

**Formulário de Confirmação do Representante Medtronic**  
**URGENTE: CORREÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS**  
**Atualização do projeto do Cateter Intratecal Ascenda™**  
**Modelos 8780, 8781 e 8784**

Este formulário destina-se a ser utilizado pelos Representantes da Medtronic para documentar tentativas de comunicação, para os destinatários e/ou concluir ações adicionais, conforme aplicável, para a ação corretiva de campo (por exemplo, atualizações de software).

Orientações importantes:

- Deve haver pelo menos 7 dias corridos entre a primeira tentativa e a última tentativa de se adequar à expectativa regulatória de tentativas de boa-fé.
- Por favor, forneça o máximo de detalhes que estiver disponível.
- Um formulário por conta/médico

Apesar de várias tentativas, a Medtronic não conseguiu obter uma confirmação de consignatário assinada para a conta/médico mencionado acima. Por favor, documente as tentativas de confirmação na tabela abaixo. Estas tentativas devem ser feitas de acordo com as exigências regionais.

Tentativa	Data (DD/MM/YYYY)	Método de comunicação	Nome e Cargo do Indivíduo Contatado
1		<input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Visita ao Local <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Outro _____	Nome: Cargo:
2		<input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Visita ao Local <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Outro _____	Nome: Cargo:
3		<input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Visita ao Local <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Outro _____	Nome: Cargo:

OU

Confirmo que não foram necessárias várias tentativas porque:

- A conta não está mais no negócio
- Recusou-se a assinar
- Médico é aposentado\*
- Médico falecido\*
- Médico realocado (fornecer qualquer nova informação de localização conhecida) \* \_\_\_\_\_

\*Por favor, forneça novo(s) nome(s) médico(s) para registros existentes na seguinte linha, se conhecido (se um médico específico não tiver sido designado, confirme a seguinte clínica/conta) \_\_\_\_\_

Como Representante Medtronic, certifico que as informações contidas neste formulário são, tanto quanto sei, completas e precisas.

Nome do representante Medtronic (impressão): \_\_\_\_\_

Título do representante Medtronic (impressão): \_\_\_\_\_

Assinatura Representativa Medtronic (Tinta): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Por favor, envie este formulário preenchido (ou perguntas) por e-mail para a Medtronic em [rs.fcaneurolatamssc@medtronic.com](mailto:rs.fcaneurolatamssc@medtronic.com).