

Formulário de Confirmação do Representante Medtronic  
**URGENTE: CORREÇÃO DE DISPOSITIVO MÉDICO**

Ventiladores Puritan Bennett™ Série 500

Informações Importantes Relacionadas à Extensão do Uso Cumulativo

FA1380

Junho de 2024

Apesar das múltiplas tentativas, a Medtronic não conseguiu obter uma confirmação do consignatário assinada para a <conta/médico> indicada acima. Documente as tentativas de confirmação na tabela abaixo. Essas tentativas devem ser feitas de acordo com os requisitos regionais.

Tentativa	Data (DD/MM/AAAA)	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: Título:
2		<input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Visita ao Local <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Outro _____	Nome: Título:
3		<input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Visita ao Local <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Outro _____	Nome: Título:

OU

Eu confirmo que as múltiplas tentativas não foram necessárias porque:

- A conta não está mais operando
- Recusou-se a assinar
- O médico se aposentou\*
- O médico faleceu\*
- Médico realocado (fornecer todas as informações conhecidas sobre o novo local) \* \_\_\_\_\_

\*Fornecer o(s) nome(s) do(s) novo(s) médico(s) para os prontuários existentes na linha a seguir, se conhecido(s) (se um médico específico não tiver sido designado, confirmar a seguinte clínica/conta) \_\_\_\_\_

Como Representante Medtronic, eu certifico que as informações deste formulário estão salvo melhor juízo, completas e precisas.

Nome do Representante Medtronic (Impresso): \_\_\_\_\_

Cargo do Representante Medtronic (Impresso): \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Medtronic (Tinta): \_\_\_\_\_

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

## Confirmação do Representante Medtronic

Página 2 de 2

Formulário

Medtronic

Envie este formulário preenchido (ou perguntas respondidas) via e-mail à Medtronic para [rs.fcasurgilatamssc@medtronic.com](mailto:rs.fcasurgilatamssc@medtronic.com).

Diretrizes Importantes:

- Forneça o máximo de detalhes que estiverem disponíveis.
- Um formulário por conta/médico