

Por favor envie o formulário preenchido para support@pibranemark.com

País			CR# (uso interno P-I)
Data de envio			
Preparado por			
E-mail		Telefone	
Representante			
Reclamação de Produto		Reclamação de Serviço	

1. Esta manifestação é um evento adverso?

(Houve ferimento ou risco de ferimento do paciente? Se sim, explique no campo abaixo - Breve Descrição da Manifestação)

Sim	Não

2. Breve Descrição da Manifestação

3. Produtos Envolvidos

Código	Descrição	LOT	Quantidade

4. Ocorrência

Data da Ocorrência		Data de Conhecimento da Ocorrência	
Detalhes da Ocorrência			
Fatores precedentes ou contribuintes			
Informações Adicionais			

5. Informação do Clínico

(Quando aplicável)

Nome	
E-mail	
Telefone	
Número do Paciente <small>(Por favor não informe nome ou dados pessoais do paciente)</small>	

6. Amostra do Produto

a) Amostra física disponível?

Sim	Não

b) Amostra na embalagem original?

Sim	Não

c) Se fora da embalagem original, amostra limpa, desinfetada e esterilizada?

Sim

d) Informação detalhada sobre o método de limpeza, de desinfecção e esterilização:

Importante: Por favor não retorne produtos sem a aprovação formal da área de Customer Service P-I. Produtos retornados necessitam estar em sua embalagem original ou apropriada, em que seja possível a completa visualização do produto e adequadamente limpos e esterilizados antes do retorno.

7. Anexos

(Por favor listar e nomear todas as imagens e arquivos)

Arquivo	Conteúdo

Nota: O preenchimento deste formulário não constitui a admissão de culpa dos clínicos, distribuidor, fabricante ou produtos como causa ou contribuintes para a ocorrência.

8. Resposta ao Cliente

(uso interno P-I)

Área Responsável _____ Data de Resposta