

Para: LATAM *Medical Affairs*¹ via e-mail: RA-MDDCO-InfoReqMAF@ITS.JNJ.com

Data:

Este formulário foi criado para que Profissionais de Saúde solicitem informações médicas, científicas ou técnicas para a área de Medical Affairs LATAM da Johnson & da Johnson & Johnson MedTec América Latina, para esclarecer ou complementar informações de prescrição atuais de produto ou Instruções de Uso (IFU), conforme liberado ou aprovado pela autoridade reguladora competente (por exemplo, Food and Drug Administration (FDA), ANVISA ou outra autoridade local).

Caso queira encaminhar um relato de EVENTO ADVERSO ou RECLAMAÇÃO DE PRODUTO, por favor utilize nossos canais específicos : COEPRODUCTCOMPLAINTLATAM@its.jnj.com .

As informações pessoais solicitadas abaixo serão utilizadas para confirmar sua identidade e especialidade, e para estabelecer o contato formal para responder à sua solicitação.

Se a Solicitação de Informações Médicas incluir informações que se qualificam como uma reclamação e/ou um evento adverso, as suas informações pessoais também podem ser processadas para conformidade com as obrigações de vigilância pós-comercialização previstas na legislação nacional para Produtos para Saúde, incluindo o gerenciamento de reclamações e relatórios de eventos adversos.

As suas informações pessoais também podem ser processadas para fins de negócios, como análise de dados, auditorias e melhoria de nossos produtos e serviços.

Elas podem ser transferidas para afiliadas ou terceiros fora de seu país de seu país de residência, inclusive para os EUA, para que sejam atendidas. Neste caso procuramos utilizar medidas contratuais e de segurança para proteger sua informação.

Caso deseje revisar, corrigir, atualizar ou excluir informações pessoais que você forneceu ou tiver qualquer pergunta adicional, entre em contato com Medical Affairs LATAM através do e-mail: MedicalInformationRequest_MAF_LATAM@its.jnj.com ou envie sua solicitação através do Formulário (<https://privacyportal.onetrust.com/webform/96f23ee1-34e3-41d6-8d5a-07f0d554152b/6baf7ddb-0e95-41b7-b728-278e756d74ff>).

Por favor leia nossa Política de Privacidade (<https://www.jnjmedicaldevices.com/pt-br/policies-privacy>) para obter mais informações sobre como processamos os dados pessoais.

DETALHES DO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOLICITANTE:

Médico Enfermeiro Farmacêutico Outros

Cargo: _____ Nome: _____

Hospital / Instituição: _____

Endereço: _____

País: _____

Endereço de e-mail: _____

Número de telefone: _____

Método de resposta desejado: E-mail Telefone

PRODUTO SENDO CONSULTADO SOBRE:

PERGUNTA:

() Reconheço que sou um profissional de saúde e as informações fornecidas são verdadeiras. Certifico que a pergunta acima não foi indicada ou solicitada por qualquer pessoa da Johnson & Johnson e que o texto acima declara com precisão minha pergunta.

() Declaro que li, entendi e concordo com o conteúdo da Política de Privacidade do meu país de residência.

Assinatura do HCP*:

O REPRESENTANTE J&J DEVE PREENCHER:

A consulta inclui um Evento Adverso ou Reclamação de Produto: Sim Não

Se sim, foi reportado usando o procedimento apropriado: Sim Não

Identificação do representante: _____