

CORREÇÃO URGENTE DE DISPOSITIVO MÉDICO**Acompanhamento da Imprecisão do Medidor de Profundidade do StealthStation™
Cranial e Synergy™ Cranial****Formulário de Resposta do Cliente****Instruções:**

Para fins de cumprimento de exigência legal, solicitamos o preenchimento e assinatura desse registro de contato, assim que recebido, para que possamos comprovar o repasse da notificação junto à ANVISA. Favor encaminhar uma cópia digitalizada para o Departamento de Qualidade Medtronic, para o e-mail: monica.c.wenke@medtronic.com ou paulo.g.araujo@medtronic.com

Nome do Cliente: _____

Endereço: _____

Cidade, Estado e Código Postal: _____

Número de Telefone: _____

Nome do Representante do Cliente: _____

Cargo do Representante: _____

Confirmo que recebi as informações incluídas nesta notificação com todos os usuários dos sistemas StealthStation™ S7 ou i7, incluindo todos os usuários médicos.

Assinatura do Cliente_____
Data