

# Protocolo de Conhecimento Médico

*Por favor use letras de forma*

## Informações Importantes sobre Dispositivo Médico

**Descrição do Assunto:**

Alerta de Desempenho de Bateria e Atualizações de Firmware de Segurança Cibernética para determinados dispositivos ICD & CRT-D

**Dispositivos:**

ICD, CRT-D, Fortify™, Fortify Assura™, Quadra Assura™, Quadra Assura MP™, Unify™, Unify Assura™, Unify Quadra™, Ellipse™, Promote Quadra™, Current™, Promote™

**Data: (AAAA-MM-DD):**

2018-06-05

### Cliente

**Nome do Médico:**

**Hospital / Instituição:**

**Cidade:**

**País:**

**Certifico que apresentei o cliente acima mencionado uma cópia das Informações Importantes sobre Dispositivos Médicos**

**Nome do Representante:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

Depois de entregar as informações ao seu cliente, envie por e-mail o Protocolo de Conhecimento Médico para a Qualidade Local