

Formulário de Confirmação do Cliente**URGENTE: Correção de Dispositivo Médico****Imprecisão no Revezamento de Visões do Medidor de Profundidade da
Biópsia do Synergy™ Cranial (9733763) e StealthStation™ Cranial (9735585)**

FA1204

Novembro 2021

Nome do Cliente:

Endereço:

Cidade, Estado, CEP:

A ser preenchido apenas por clientes da Medtronic - por favor, preencha todos os campos abaixo e devolva o formulário imediatamente**Produto(s) Afetado(s)**

Sistema de Navegação	Nome do Software	# Modelo/CFN	Versão
StealthStation S7/i7	Synergy Cranial S7	9733763	2.2.8
StealthStation S7/i7	StealthStation Cranial	9735585	3.1.1
StealthStation S7/i7	StealthStation Cranial	9735585	3.1.2
StealthStation S7/i7	StealthStation Cranial	9735585	3.1.3

Selecione a caixa apropriada abaixo, preencha e assine a área na parte inferior deste formulário.

Ao assinar este formulário, eu confirmo que:

- Eu revisei as informações incluídas nesta notificação com todos os usuários dos sistemas StealthStation™ S7 o i7 que utilizam Synergy™ Cranial (9733763) e StealthStation™ Cranial (9735585), incluindo todos os usuários médicos.
- O cartão de instrução e advertência foi afixado nos sistemas StealthStation S7 / i7 afetados de acordo com as instruções de instalação fornecidas.

Complete a tabela abaixo para identificar que é um sistema que tem um cartão de instruções e advertência anexado.

Número de Série do Sistema	Cartão de instruções e advertência anexado
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não: Razão:
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não: Razão:
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não: Razão:
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não: Razão:
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não: Razão:
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não: Razão:
	<input type="checkbox"/> Sim

	<input type="checkbox"/> Não: Razão:
	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não: Razão:

Medtronic solicita que a assinatura abaixo é de **uma** das seguintes pessoas:

Requested role for customer signature (One signature required)					
Chefe ou Diretor de Neurocirurgia	Diretor o Gerente da Sala de Cirurgia	Coordenador de NeuroCirurgia	Diretor Médico	Gerente perioperatório	Gerente do departamento Responsável de comunicar a informação aos médicos

Complete y firme el formulario como se indica a continuación y envíelo por correo electrónico a rs.fcaneurolatamssc@medtronic.com dirigido al Coordinador de FCA.

Nome do Cliente (Impresso): _____ Data: _____
(Nome e Sobrenome)

Cargo do Cliente (Impresso): _____

Assinatura do Cliente (manual): _____

Telefone: _____

Para perguntas entre em contato com o seu Representante de Vendas de Medtronic.

Nota: Es posible que se sigan enviando recordatorios de este aviso hasta que se reciba una respuesta.

Si hay algún campo en el formulario que desconozca o del cual no tenga información por favor ponga N/A o cancele el espacio con una línea. Los campos de nombre, firma, fecha y país siempre deben estar diligenciados. Por favor tenga en cuenta que formularios con espacios en blanco, no son aceptados como válidos