

URGENTE: Correção de Dispositivo Médico Formulário de Confirmação do Representante da Medtronic

Synergy™ Cranial (9733763) e StealthStation™ Cranial (9735585)

FA1204

Novembro 2021

Nome do Cliente:

Número da conta:

Endereço:

Cidade, Estado, CEP:

Unicamente utilize este formulário se não se você não conseguir obter a assinatura do cliente no formulário de confirmação do cliente

Instruções:

- Este formulário é para uso do Representante de Medtronic para documentar três tentativas de contato (um formulário por cliente).
- Envie este formulário completo por email para a Medtronic: monica.c.rodrigues@medtronic.com ou rs.fcaneurolatamssc@medtronic.com.

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 opção apropriada abaixo, por favor, preencha e assine a área na parte inferior deste formulário.

1. **Comunicação - cliente não confirmado:** Confirmando que entreguei pessoalmente a Carta de Notificação da Ação de Campo e o formulário de confirmação do cliente, para o cliente afetado por essa ação do campo. O cliente se recusou a assinar o formulário de confirmação do cliente.
2. **Não Localizado:** Confirmando que tentei entrar em contato com o cliente mencionado acima. Apesar de todos os esforços, o cliente não pode ser localizado.

Como representante de Medtronic, certifico que a informação fornecida neste formulário é, no melhor do meu conhecimento e crença, completa e precisa.

Nome (Impresso): _____

Data:

Cargo (Impresso): _____

Assinatura (manual): _____

Comentários: _____

Confidential