**Formulário de Confirmação do Cliente**

**CORREÇÃO DE DISPOSITIVO MÉDICO URGENTE**

**Sistema de Cirurgia Robótica (RAS) Hugo™**

**Nº do Modelo da Estrutura do Carrinho do Braço: MRASC0002**

**Nº do Modelo da Torre: MRASC0003, MRASC0005**

Nome da Conta:

Número da Conta:

Endereço:

Cidade, Estado, Código Postal:

***Somente para o preenchimento dos Clientes da Medtronic - Preencha todos os campos abaixo e devolva imediatamente***

**Ao assinar este formulário, eu confirmo que recebi e li a Carta de Notificação de Correção de Dispositivo Médico datada em junho de 2023***,* **relacionada ao Sistema de Cirurgia Robótica (RAS) Hugo™ da Medtronic e que tomei a medida apropriada.**

Preencha e assine o formulário conforme indicado abaixo e envie-o por e-mail para rs.fcasurgilatamssc@medtronic.com e jessica.p.bautista@medtronic.com

Nome do Cliente (Impresso): Data:

(Nome, Sobrenome)

Cargo do Cliente (Impresso):

Assinatura do Cliente (Tinta):

Telefone:

E-mail:

Em caso de dúvidas, entre em contato com o *seu Representante Local Medtronic.*

Nota: O destinatário pode continuar recebendo os lembretes deste aviso até uma resposta ser recebida.