**Formulário de Confirmação do Representante Medtronic**

**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 da Conta:

Cidade, Estado, Código Postal:

**Como Representante Medtronic, eu certifico que as informações fornecidas neste formulário estão salvo melhor juízo, completas e precisas.**

Ao assinar este formulário, eu confirmo que:

O serviço para o Sistema de Cirurgia Robótica (RAS) Hugo™ foi concluído. Informe todos os números seriais do sistema afetado e o(s) número(s) da(s) Ordem(ns) de Serviço na tabela abaixo.

Se necessário, utilize os formulários adicionais para documentar outros sistemas.

| **Número(s) Serial(is) do Sistema** | **Número(s) da(s) Ordem(ns) de Serviço** | **Justificativa, caso não tenha sido possível concluir o Serviço** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Envie este formulário preenchido (ou perguntas respondidas) via e-mail à Medtronic para [rs.fcasurgilatamssc@medtronic.com](mailto:rs.fcasurgilatamssc@medtronic.com) e [jessica.p.bautista@medtronic.com](mailto:jessica.p.bautista@medtronic.com)

Nome do Representante Medtronic (Impresso):

Cargo:

Assinatura do Representante Medtronic (Tinta):

Data: