**Formulário de Confirmação de atualização de Software**

**URGENTE: CORREÇÃO DE DISPOSITIVO MÉDICO**

**App StealthStation™ S8 versões 1.0.1, 1.0.2, 1.0.3, 1.1.0, 1.2.0 (Nº do Modelo 9735762)**

Aplicação StealthStation™ S8 – Caractere Ausente no Texto do Banner

Nome da Conta:

Número da Conta:

Endereço:

Cidade, Estado, Código Postal:

**Na qualidade de Representante da Medtronic, certifico que as informações fornecidas neste formulário são, tanto quanto é do meu conhecimento, completas e precisas.**

Ao assinar este formulário, confirmo que:

1. Notifiquei a conta sobre a próxima atualização de software e forneci uma cópia da Carta de notificação. O software StealthStation™ S8 App versão 1.0.1, 1.0.2, 1.0.3, 1.1.0, 1.2.0 (Modelo nº 9735762) está sendo atualizado para a versão 1.3.2 ou 2.1.

- Qualquer sistema com uma versão de software 1.3.0 ou superior não precisa de uma atualização de software como parte desta ação.

2. Todos os sistemas foram atualizados com sucesso; caso contrário, observe abaixo se a atualização não foi bem-sucedida/ incompleta ou se não foi afetada.

3. A ordem de serviço do Salesforce.com foi concluída com as informações de atualização de software.

4. Descartei todos os discos de software StealthStation™ S8 App versão 1.0.1, 1.0.2, 1.0.3, 1.1.0, 1.2.0 que estavam em minha posse.

Determine a versão do aplicativo S8 no sistema e, em seguida, preencha os campos abaixo para cada sistema da conta. Se necessário, use formulários adicionais para documentar outros sistemas.

| **Número de série do sistema** | **Versão do aplicativo S8 encontrada no sistema** | **Número da ordem de serviço do Salesforce****[N/A se o sistema não for afetado ou não puder ser atualizado]** | **Versão do software instalado****[N/A se o sistema não for afetado ou não puder ser atualizado]** | **Justificativa se não for possível concluir a atualização do software** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

Nome do Representante Medtronic (Impresso): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo do Representante Medtronic (Impresso): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Medtronic (Tinta): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 comentários:

## Envie este formulário preenchido (ou perguntas) por e-mail para a Medtronic ao rs.fcaneurolatamssc@medtronic.com