

# FORMULÁRIO DE RESPOSTA DO CLIENTE

## Correção de Dispositivo Médico

Camã Centuris Pro, Etiqueta com número de registro regulatório

**22 de Abril de 2024**

FA-2024-015

NOME DO CLIENTE:

ENDEREÇO:

CIDADE/CEP:

Código de Produto	Descrição do Produto	Números de série
LI900B1	Centuris Pro	Todos os dispositivos foram instalados no Brasil a partir de 18/Jul/2019 (ver anexo)

**Preencha esse formulário de resposta mesmo que não exista estoque restante em suas instalações.** O preenchimento deste formulário indica que (1) você entendeu o conteúdo da carta anexa, (2) você executou as ações descritas, e (3) você disseminou a informação, se aplicável.

**Somente para Distribuidores** – Assinale a caixa para indicar que sua empresa disseminou esse comunicado para seus clientes diretos.

Preenchido por: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
*Nome Completo*

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Envie uma cópia deste formulário para [andressa\\_meneguelo@baxter](mailto:andressa_meneguelo@baxter) e [faleconosco@baxter.com](mailto:faleconosco@baxter.com), mantendo em cópia [sac@vrmedical.com.br](mailto:sac@vrmedical.com.br), como confirmação de que recebeu esse comunicado.