

**CONFIRMAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE DISPOSITIVO MÉDICO
RESPOSTA REQUERIDA**

Preencha este formulário e envie-o à GE HealthCare imediatamente após o recebimento e no prazo máximo de 30 dias a partir do recebimento. Isso confirmará o recebimento e a compreensão do Aviso de Correção de Dispositivo Médico.

São duas opções para sua comodidade:

- 1) Formulário de resposta eletrônico (esta página)

OU

- 2) Formulário de resposta preenchido manualmente e digitalizado (próxima página)

Formulário de resposta eletrônico

Leia o código QR ou siga o link abaixo para preencher o formulário

<https://app.sc.ge.com/esurveys/takesurvey/18446744073711477876>



Formulário de resposta preenchida manualmente

GE HealthCare Ref. N° 34136

Se o fluxo de trabalho eletrônico na página anterior não for possível, favor preencher este formulário e devolvê-lo à GE HealthCare imediatamente após o recebimento ou não mais do que 30 dias após o recebimento. Isso confirmará o recebimento e a compreensão do Aviso de Correção de Dispositivo Médico.

*Nome do Cliente/Destinatário: _____

*Endereço: _____

*Cidade/Estado/CEP/País: _____

*E-mail do cliente: _____

*Número de telefone do cliente: _____

É importante que confirmemos que nossos clientes receberam este aviso de correção. Esta etapa deve ser concluída antes do processo de substituição e remessa começarem.

Marque **uma** das seguintes opções, preencha as informações solicitadas e nos envie de volta via um dos métodos abaixo.

- Confirmamos o recebimento e a compreensão do Aviso de Correção de Dispositivo Médico Urgente. Colocamos o adendo com o manual de referência do usuário (URM). Confirmamos que **não** temos tampas de porta e interruptor de ACGO para instalar em nosso(s) dispositivo(s). Exigimos o número de kits de ação de campo detalhados na tabela abaixo:

Quantidade necessária de kits de ação de campo	Nome do destinatário do Kit de Ação de Campo (se diferente da assinatura no formulário de resposta)

OU

- Confirmamos o recebimento e a compreensão do Aviso de Correção de Dispositivo Médico Urgente. Colocamos o adendo com o manual de referência do usuário (URM). Confirmamos que **temos** tampas de porta e interruptor de ACGO instaladas em todos os nossos dispositivos, conforme ilustrado na Figura 1 do Aviso de Correção de Dispositivo Médico Urgente. Portanto, não necessitamos de kits de ação de campo.

OU

- Confirmamos o recebimento e a compreensão do Aviso de Correção de Dispositivo Médico Urgente. Identificamos que **não** temos nenhum dos produtos afetados identificados no Aviso de Correção do Dispositivo Médico Urgente.

Forneça o nome da pessoa responsável que preencheu este formulário.

*Assinatura: _____

*Nome impresso: _____

*Cargo: _____

*Data (DD/MM/AAAA): _____

*Indica os campos obrigatórios

Devolva o formulário preenchido digitalizado ou tire uma foto do formulário preenchido e envie por e-mail para FMI34136.ACGO@gehealthcare.com.
Você pode obter este endereço de e-mail através do QR code abaixo:

