

Nº OS:		SETOR SOLICITANTE	
--------	--	-------------------	--

DATA INÍCIO		HORÁRIO INÍCIO	
DATA TÉRMINO		HORÁRIO TÉRMINO	

### IDENTIFICAÇÃO DO EQUIPAMENTO/ATIVO

TIPO:		MODELO:		PATRIMÔNIO:	
MARCA:		NÚMERO DE SÉRIE:			

- |   |                                     |                                   |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Equipamento patrimônio do hospital | <input type="checkbox"/> Locação    | <input type="checkbox"/> Comodato |
| <input type="checkbox"/> Equipamento com contrato           | <input type="checkbox"/> Empréstimo | <input type="checkbox"/> Outros:  |

### TIPO DE SERVIÇO

- |  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Manutenção Corretiva  | <input type="checkbox"/> Calibração                  | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> Manutenção Preventiva | <input type="checkbox"/> Teste de Segurança Elétrica |                                  |

### SERVIÇO REALIZADO

OCORRÊNCIA/DEFEITO:			
CAUSA:			
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO REALIZADO:			

- Necessário manutenção externa  
 Problema resolvido / OS concluída  
 Necessário abertura de processo de aquisição de peças/contratação de serviços

Nº do Processo:

### PEÇAS / INSUMOS

QUANTIDADE	DESCRIÇÃO	CÓD MV

### OBSERVAÇÕES


ASSINATURA DO CLIENTE

ASSINATURA DO TÉCNICO