

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:			

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Necessário manutenção externa | |
| <input type="checkbox"/> Problema resolvido / OS concluída | |
| <input type="checkbox"/> 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