



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Fundação Saúde

ANEXO III

<u>Caracterizar:</u> Nome da Empresa Endereço completo Telefone/FAX					
Cliente: Endereço:			Ordem de Serviço n°:		
<u>Equipamento</u>					
N° do BP:		Serie:			
Marca:		Local Instalado/Disponibilizado:			
Modelo:					
<u>Tipo de Serviço</u>					
<input type="checkbox"/> Manutenção Corretiva		<input type="checkbox"/> Treinamento			
<input type="checkbox"/> Manutenção Preventiva		<input type="checkbox"/> Chamado em garantia			
<input type="checkbox"/> Instalação		<input type="checkbox"/> Chamado em contrato			
<u>Local Atendimento</u>					
<input type="checkbox"/> Laboratório/Oficina			<input type="checkbox"/> Cliente		
Problema Reclamado que Gerou o Chamado					
Descrição do Reparo					
Peças Utilizadas					
Item	Código	Descrição	Qtd.	Valor	Observação
<u>Condição do Equipamento</u>					
<input type="checkbox"/> Inoperante			<u>Observação:</u>		
<input type="checkbox"/> Operando Plenamente					
<input type="checkbox"/> Operacional					
<input type="checkbox"/> Descontinuado					
<u>Demanda de Tempo</u>					
Início			Termino		
Data:			Data:		
Hora:			Horas Técnicas:		
Assinatura do Técnico (CPF)		Assinatura cliente/Setor (Matrícula)		Assinatura Empresa Responsável (CREA)	
<u>Atenção:</u> Quando o atendimento caracterizar manutenção preventiva, em conformidade com o cronograma elaborado, deverá constar o check-list específico do equipamento.					