



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

ANEXO VII

MODELO DE CHECK-LIST DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA – (NOME DO EQUIPAMENTO)

Unidade Hospitalar:	Mês:	
Local:	Marca:	
Modelo:	Nº série:	Nº BP:

Itens de Verificação:

Item	Descrição	Ok	Não Ok	Não Aplic
1	Verificação xxxxxx			
2	Verificação xxxxxx			
3	Verificação xxxxxxxx			
4	Verificação xxxxxxxx			
5	Verificação xxxxxxxx			
6	Testes de Funcionamento			

Em caso de manutenção de ventilador Pulmonar, são obrigatórios os itens abaixo:

<p>Horas de uso: ____ h Data da próxima preventiva: Capacidade do cassete expiratório: ____ % Tempo de bateria: ____ min</p>
--

Instrumentos Utilizados:

Descrição	Marca	Modelo	Série

Observação:

--

Avaliação Final:

<input type="checkbox"/>	FUNCIONANDO	<input type="checkbox"/>	FUNCIONANDO COM RESTRIÇÃO
--------------------------	-------------	--------------------------	---------------------------

Assinatura do Técnico	
Assinatura do Responsável pelo Equipamento	
Data do Término do Serviço	