



ANEXO II – MODELO DE FICHA DE VERIFICAÇÃO DE SERVIÇO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  | FVS - Ficha de Verificação de Serviço | | Reparo | | | | | | | | |
| | | | Serviço: | | | | | | | | |
| | | Área → | | | | | | | | | |
| Item de inspeção | Método de verificação | Tolerância | RESULTADO | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

NOTA: É obrigatório inserir o resultado da medição no campo “RESULTADO”, confrontando o mesmo com o campo da “TOLERÂNCIA”. Onde no campo da “TOLERÂNCIA” estiver “N/A” basta colocar os símbolos da “Legenda”.

| | | | | |
|---------|-------------------------|----------|-----------|--------------------------|
| Legenda | Ainda Não Inspeccionado | Aprovado | Reprovado | Aprovado após reinspeção |
| | Em branco | ○ | × | ⊗ |



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Fundação Saúde

| Ocorrência de não conformidade e tratamento | | | |
|---|-----------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Nº | Descrição do problema | Solução proposta (Disposição) | Reinspeção |
| | | | |
| Local da inspeção: | Inspecionado por: | Data de abertura: ____/____/____ | Data de fechamento: ____/____/____ |