



RioSaúde

ORDEM DE SERVIÇO E CONSERVAÇÃO

() PREVENTIVA () CORRETIVA

Nº DA OS:

PROTÓCOLO:

RESPONSÁVEL PELA VERIFICAÇÃO:

NOME DO FUNCIONÁRIO:

DATA:

HORA DA CHEGADA:

HORA DA SAÍDA:

UNIDADE:

OCORRÊNCIA	ENTRADA	EQUIPAMENTO	PEÇA	DEFEITO	SOLUÇÃO	SAÍDA	MATERIAL
							() Colocado () A ser colocado

PREVENTIVA DO MÊS

Reconheço a exatidão da presente ordem de serviço às horas apontadas e defeitos verificados, declarando que o elevador:

Ficou em funcionamento: () Sim

() Não

() Depende de posterior substituição de material

Assinatura do responsável da unidade:

() MATERIAL RETIRADO () ENTREGUE AO SIGNATÁRIO () RECOLHIDO

VALOR DO MATERIAL:

AUTORIZAÇÃO:

() Instalação do material **AUTORIZADA**() Instalação do material **NÃO AUTORIZADO**

Data:

Assinatura do responsável da unidade: