

**INSTITUTO DO CORAÇÃO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FMUSP**

Serviço de Infra-estrutura e Logística Unidade de Engenharia Clínica			OS N°
Código da Área	Andar/Sala	Ramal/Interfone	Data ____/____/____
Unidade Requisitante _____ Nome do requisitante _____ Equipamento _____ Marca _____ Modelo _____ Série _____ Patrimônio _____ Local Instalado _____ Defeito Apresentado _____ _____ Acessórios Anexos _____ Dados Gerais _____ _____ Empresa Representante _____ Fone _____ ☐ Contrato ☐ Garantia ☐ Suporte Técnico			
Campo para Uso da Engenharia Clínica			
Material Necessário e/ou Utilizado _____ _____ _____ _____		Descrição dos Serviços _____ _____ _____ _____	
Serviço Executado		Hora Técnica	
☐ "In Loco" ☐ Bancada Executante _____ Data de Entrega _____ Recebido Por _____ Obs.: _____ _____		_____ _____ _____ _____ Total _____	
De Acordo da Área-Meio _____			Data ____/____/____