HOSPITAL DI CAMP	COMUNICADO DE AVARIA	Versão 01

Data: _____/_____/_____

Setor Comunicante: _____

Setor Comunicado: **CME**

Acessório Tipo: _____

Marca: _____

Modelo: _____

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____

Identificado por
(Carimbo e Assinatura)

Data/Hora: _____/_____/_____ às _____:_____

_____

Coordenação Imediata
(Carimbo e Assinatura)

Data/Hora: _____/_____/_____ às _____:_____

_____

Supervisão CME
(Carimbo e Assinatura)

Data/Hora: _____/_____/_____ às _____:_____