

Setor: \_\_\_\_\_

Responsável pelo Setor: \_\_\_\_\_

Equipamento: \_\_\_\_\_

Modelo / Fabricante: \_\_\_\_\_

Nº de Identificação do Equipamento: \_\_\_\_\_

Data da Verificação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

| Itens de Verificação                | C | NC | NA | Verificado pela Eng. Clínica | Recebido pelo setor |
|-------------------------------------|---|----|----|------------------------------|---------------------|
| Equipamento Integro Externamente    |   |    |    |                              |                     |
| Relatório de Calibração na Validade |   |    |    |                              |                     |
| Relatório de Preventiva na Validade |   |    |    |                              |                     |
| Teste de Calibração Elétrica        |   |    |    |                              |                     |
| Data de Validade da Documentação    |   |    |    |                              |                     |

**Observações:**

---

---

---

---

**Saída do equipamento:**

Data de saída: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora de saída: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Equipamento liberado por:** \_\_\_\_\_

\*Esta validação tem a duração de 6 meses, não dispensando as evidências dos testes de calibração elétricas realizados sempre que o equipamento der entrada na Unidade, vide tabela no verso.

**OBSERVAÇÕES EVIDENCIADAS NO TESTE DE CALIBRAÇÃO ELÉTRICA**

| <b>DATA DO TESTE</b> | <b>RESPONSÁVEL PELO TESTE</b> | <b>OBSERVAÇÕES:</b> |
|----------------------|-------------------------------|---------------------|
| Data:                |                               |                     |
| Data:                |                               |                     |
| Data:                |                               |                     |
| Data:                |                               |                     |
| Data:                |                               |                     |
| Data:                |                               |                     |
| Data:                |                               |                     |
| Data:                |                               |                     |
| Data:                |                               |                     |
| Data:                |                               |                     |