



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Rua Barão de Itapary, nº 227 - Bairro Centro
São Luís-MA, CEP 65020-070
(98) 2109-1000 - <http://huufma.ebserh.gov.br>

Nº da OS / OFB:

Data de Emissão:

Emergencial: () Sim () Não

Área Requisitante da Solução:

Nome do Projeto:

Sigla:

Contratada:

Contrato nº:

2. ESPECIFICAÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS E VOLUMES

Id	PRODUTO / SERVIÇO	MÉTRICA	QUANTIDADE	PREÇO
1				
2				
3				

TOTAL:

3. INSTRUÇÕES COMPLEMENTARES

3.1. Digite aqui o texto... ..

3.2. Digite aqui o texto... ..

4. CRONOGRAMA

Id	TAREFA	INÍCIO	FIM
1			
2			
3			

5. DOCUMENTOS ENTREGUES

5.1. Digite aqui o texto... .. [SE HOUVER... apagar esta seção caso não seja entregue documentos]

5.2. Digite aqui o texto... [SE HOUVER... apagar esta seção caso não seja entregue documentos]

6. **DATAS E PRAZOS**

Data Prevista para Início dos Produtos/Serviços:

Data Prevista para Entrega dos Produtos/Serviços:

Prazo Total do Contrato (com a garantia):

O presente documento segue assinado pelo Fiscal Requisitante da Solução, Gestor do Contrato e Preposto da Contratada.
