

ENCARTE C - MODELO DA ORDEM DE SERVIÇO 1

(Da Fiscalização para a Empresa)

1 - IDENTIFICAÇÃO			
OS nº:		Data:	
Contratada:		Contrato nº:	
Requisitante:		Setor:	
E-mail:		Telefone:	

2 - DESCRIÇÃO DO SERVIÇO/PRODUTO			
Tipo:	☐ Instalação ☐ Fornecimento de Produto ☐ Manutenção Preventiva ☐ Manutenção Corretiva	Emergência:	☐ Sim ☐ Não
Id.	Produto/Serviço	Quantidade	Unidade
1			
2			
3			

3 - CRONOGRAMA			
Id.	Produto/Serviço	Início	Fim
1			
2			
3			

4 – OBSERVAÇÕES/INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

5 - CIENTE	
Contratante (Gestor e Fiscal)	
_____ [Nome do Gestor do Contrato] Gestor do Contrato Identificação (RG – CPF – SIAPE) Assinatura/Carimbo	_____ [Nome do Fiscal do Contrato] Fiscal do Contrato Identificação (RG – CPF – SIAPE) Assinatura/Carimbo
Contratada (Responsável/Preposto)	
_____ [Nome do Representante Legal da Licitante] Cargo Identificação (RG – CPF) Assinatura/Carimbo	
Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2023.	

ENCARTE C - MODELO DE FORMULÁRIO PARA CHAMADOS INTERNOS

(Usuário Interno – preenchido através do sistema Web Chamados HUGG - GLPI)

Telefonia 	
Dados Funcionais	
Nome do Requiritante *	
Setor Requiritante *	
Ramal ou Telefone de Contato do Requiritante *	
Telefone Celular ou Ramal próximo para contato	
E-mail *	
Chefia ou Responsável pelo Setor *	
Dados Técnicos	
Local da Ocorrência *	
Horário preferencial para atendimento *	
Problemas ocorridos: *	
☐ Solicitação de Ramal	
☐ Mudo	
☐ Chiado	
☐ Campainha	
☐ Eco	
☐ Linha Cruzada	
☐ Teclado	
☐ Mudança de Local	
☐ Outros - Especifique	
Enviar	

ENCARTE C - MODELO DA ORDEM DE SERVIÇO 2

(Gerada através do sistema Web Chamados HUGG - GLPI)



Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
CNPJ: 34.023.077/0002-80
Rua Mariz e Barros, 775 - Maracanã - Rio de Janeiro / RJ
<http://www2.ebserh.gov.br/web/hugg-unirio/> - (21) 4104-2706

OS N°
00000
23/11/2023

DADOS DO CLIENTE

Empresa: _____ Telefone: _____
Endereço: _____ E-Mail: _____
CNPJ: _____ CEP: _____

DETALHES DA ORDEM DE SERVIÇO

Título: _____ Responsável: _____
Data/Hora de Início: _____ Data/Hora de Término: _____

DESCRIÇÃO**Dados Funcionais**

- 1) Requisitante:
- 2) Setor Requisitante:
- 3) Ramal ou Telefone de Contato:
- 4) E-mail:
- 5) Chefia ou Responsável pelo Setor:

Dados Técnicos

- 7) Local da Ocorrência:
- 8) Horário preferencial para atendimento:
- 9) Problemas ocorridos:
- 10) Descritivo do Problema:
- 11) Justificativa da Solicitação:
- 12) Descrição do Problema:

PESQUISA DE SATISFAÇÃO**1. Qualidade do Serviço** (Como você avalia o resultado final)

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim/Péssimo - Justifique: _____

2. Apresentação da Equipe (Postura, EPI, Uniforme, etc)

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim/Péssimo - Justifique: _____

3. Tempo para Resposta (Feedback do chamado, prazo de atendimento)

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim/Péssimo - Justifique: _____

SOLUÇÃO

ASSINATURAS

Infraestrutura Física

Hospital Universitário Gaffrée e Guinle