



**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

Av. Roraima, nº 1000, Prédio 22 – Bairro Camobi  
CEP 97105-900 – Santa Maria – RS

**ENCARTE A – MODELO DE ORDEM DE SERVIÇO**

IDENTIFICAÇÃO DO PEDIDO	
Nº OS:	Unidade Requisitante:
Data de Emissão:	Serviço:
Contrato nº:	Processo nº:

IDENTIFICAÇÃO DA CONTRATADA		
Razão Social:		CNPJ:
Endereço:		
Telefone:	Fax:	E-mail:

DEFINIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS					
Item	Serviço	Unidade de Medida	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor Global (R\$)
Total					

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS	

DEMAIS DETALHAMENTOS

LOCAL DE REALIZAÇÃO			
Item	Quantidade	Endereço	Data a ser executado

RECURSOS FINANCEIROS	
Os recursos financeiros necessários ao pagamento desta Ordem de Serviço serão originários da classificação funcional programática abaixo especificada:	
Unidade Orçamentária:	
Função Programática:	
Projeto de Atividade:	
Elemento de Despesa:	
Fonte de Recurso:	
Saldo Orçamentário:	

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS	
<div>Local, data</div> <div>_____</div> <div>Responsável pela solicitação do serviço</div>	<div>Local, data</div> <div>_____</div> <div>Responsável pela avaliação do serviço</div>