**Solicitação de Instalação / Cadastro de Equipamentos ao CEB**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ID / PI** | | **Equipamento** | | |
| **Fabricante** | | **Modelo** | | **Série** |
| **Código de Órgão** | **Local** | | | |
| **Nome do Contato** | | | **Ramal** | **Nº Folha da Nota Fiscal/DI no Processo**  **(uso do Patrimônio)** |
| **O equipamento está instalado ou em funcionamento?**  **Sim**  **Não Obs:** | | | | |

**OBS.:**

1. **Este formulário deve ser preenchido com TODOS OS CAMPOS COMPLETOS e juntado ao processo;**
2. **Se houverem orientações do fornecedor ou fabricante quanto à instalação, juntá-las ao processo;**
3. **O equipamento deve estar CADASTRADO no Sistema de Patrimônio da Unicamp – CIC´S;**
4. **Em caso de equipamentos com mais de 6 meses de aquisição, será realizado apenas o cadastro do equipamento em nosso Sistema de Informação, baseado nas informações prestadas.**

À Área de Engenharia Clínica / CEB

1 - Para Cadastro / Instalação do equipamento acima.

**Data:**     /   /     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Patrimônio da Unidade**

Carimbo e Assinatura