



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
ANEXO V - MODELO DE RELATÓRIO TÉCNICO DE VISITA

Pág. 1 / 2

LOGO DA EMPRESA	RELATÓRIO TÉCNICO DE VISITA- RTV (MANUTENÇÕES PREVENTIVAS)				CONTRATO:		
					DATA:		
Contratante:		Unidade:		Mês / Ano de Referência:			
DADOS DA MANUTENÇÃO							
TIPO DE ATENDIMENTO			Data	Hora		Data	Hora
PREVENTIVO ()		Início			Término		

SERVIÇOS EXECUTADOS								
Nº	EQUIPAMENTO	PATRIMÔNIO / TAG	LOCAL (SALA)	EQUIP. OPERANDO?	TIPO DE MANUTENÇÃO	SERV. EXECUTADO	Observação	Assinatura (INSS) / Matrícula
1				Sim () Não ()	Mensal () Semestral ()	Sim () Não ()		
2				Sim () Não ()	Mensal () Semestral ()	Sim () Não ()		
3				Sim () Não ()	Mensal () Semestral ()	Sim () Não ()		
4				Sim () Não ()	Mensal () Semestral ()	Sim () Não ()		
5				Sim () Não ()	Mensal () Semestral ()	Sim () Não ()		
6				Sim () Não ()	Mensal () Semestral ()	Sim () Não ()		

SERVIÇOS FORAM INTEGRALMENTE EXECUTADOS CONFORME ESTABELECIDO EM CONTRATO	
Resp. Técnico (Contratada) / Nº CREA	Técnico executante serviço / Doc. Identificação



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
ANEXO V - MODELO DE RELATÓRIO TÉCNICO DE VISITA

Pág. 2 / 2

7				Sim () Não ()	Mensal () Semestral ()	Sim () Não ()		
8				Sim () Não ()	Mensal () Semestral ()	Sim () Não ()		
9				Sim () Não ()	Mensal () Semestral ()	Sim () Não ()		
10				Sim () Não ()	Mensal () Semestral ()	Sim () Não ()		

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	PERIODICIDADE	EQUIPAMENTOS
• Exemplo de preenchimento: Limpeza de filtro; 2 – Limpeza de carenagem, etc	MM / MS	Split / ACJ
•		
•		
•		
•		
OBSERVAÇÕES GERAIS		
•		
•		

OBS.: 1- As tarefas desenvolvidas em cada manutenção são as programadas conforme o Plano de Manutenção Operação e Controle.
2- O tipo de manutenção desenvolvido está em conformidade com o PMOC.
3- Será imprescindível a Assinatura de um servidor do INSS no campo ASSINATURA INSS, para o recebimento provisório dos serviços por parte da fiscalização técnica.

SERVIÇOS FORAM INTEGRALMENTE EXECUTADOS CONFORME ESTABELECIDO EM CONTRATO	
Resp. Técnico (Contratada) / N° CREA	Técnico executante serviço / Doc. Identificação



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO V
MODELO DE SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO CORRETIVOS

LOGOMARCA DA EMPRESA	Solicitação de serviço corretivo	SS N°
		Data solicitação

Dados da solicitação

Solicitante (Nome/ Setor):	Unidade:	Nível de anormalidade: () Emergência () Urgência
Serviço solicitado:		

Dados do Serviço Executado

Início do Serviço Corretivo		Término do Serviço Corretivo	
Data:	Hora:	Data:	Hora:
Descrição dos Serviços Executados:			
Materiais/Peças aplicadas:			
Falha Corrigida: Sim () Não ()			

Observação

ASSINATURAS / N° DE DOCUMENTO IDENTIFICAÇÃO

Executado por (Contratada) / n° de identificação.	
Representante INSS / Matrícula.	