



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 carengem, 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.	