



TERMO DE GUARDA E RESPONSABILIDADE

Matricula ou RG:

Órgão: x Sec. Saúde - Clínica da Mulher x M7861633

Declaro que é meu compromisso zelar e guardar o mesmo, sendo que em caso de extravio, defeitos, etc, deverei comunicar imediatamente a meu superior ou a quem compete, para as devidas providências.

[illegible]

Dados Adicionais:

Conectou o cabo desde o Modem SatLink 2000 até o

(exemplo: computador no local, hub, switch, router)º () Sim () Não

Se não, inserir justificativa:

- ☐ Não autorizado
- ☐ Não possui computador na localidade
- ☐ Distância do equipamento maior que o cabo
- ☐ Não possui cabo de rede

Charros

Diários: O caso vai ficar
espetado somente
no máximo

Assinatura do Cliente Responsável:

Assinatura do Cliente Responsável: X *Fabiano B. Souza*