



Órgão:

Unidade de Saúde

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 ate o

(exemplo: computador no local, hub, switch, router)? ☐ Sim ☒ Não

Se não, inserir justificativa:

<input type="checkbox"/>	Não autorizado
<input checked="" type="checkbox"/>	Não possui computador na localidade
<input type="checkbox"/>	Distância do equipamento maior que o cabo
<input type="checkbox"/>	Não possui cabo de rede

Outros:

Assinatura do Cliente Responsável: Sebastião Pereira