



MEDANET
SOLUCIONES PARA LAS COMUNICACIONES
AN STM COMPANY

Funcionário: *x Maria da Ajuda Amaral*
Órgão: *Secretaria de Saúde*

20m-4.193.457

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]

Conectou o cabo desde o Modem SatLink 2000 ate o

Se não, inserir justificativa:

<input type="checkbox"/>	Não autorizado
<input 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:

"Patch cord" from
Connecticut appears no
markings

Assinatura do Cliente Responsável:

Maria da Ajuda Amaral

Aux. Enfermagem
COREN-MG 563.514
SMS-Poté/MG