##### Data Abertura: ${DATA\_ABERTURA}

##### Nome do Contato (Profissional da Saúde) ${PROFISSIONAL\_SAUDE}

##### Setor / Categoria Profissional ${SETOR}

##### Empresa ${EMPRESA}

##### CNPJ ${CNPJ}

##### E-mail para contato ${EMAIL}

##### Telefone para contato ${TELEFONE}

##### Endereço completo + CEP ${ENDERECO}

##### Modelo do equipamento ${MODELO}

##### Lote / Número de Série ${LOTE}

##### Data da última calibração ${DATA\_ABERTURA}

##### Motivo do retorno ${MOTIVO}

##### Observações iniciais:

Garantia de venda ( )

Garantia de serviço ( )

Lacre Intacto: Sim ( ) Não ( )

Gabinete: C ( ) NC ( )

Temperatura Inicial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tensão na bateria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ C ( ) NC ( )

Display: C ( ) NC ( )

Teclado / membrana: C ( ) NC ( )

Pés de borracha C ( ) NC ( )

T1:\_\_\_\_\_\_\_

T2:\_\_\_\_\_\_\_

T100:\_\_\_\_\_

T300:\_\_\_\_\_

**Defeito encontrado:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_