



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital das Clínicas da Faculdade de
Medicina de Marília
HCFAMEMA



| | | | |
|-------------------------------|-----|------------|-------------|
| Laudo de baixa de imobilizado | LBI | Revisão 03 | Página: 1/1 |
|-------------------------------|-----|------------|-------------|

Revisado em 23/11/2018

PARA SER PREENCHIDO PELO SOLICITANTE: (Favor preencher todos os campos)

| | | | | |
|------------------|--------------|--------|---------|-------------|
| Departamento: | | Setor: | | |
| Responsável: | | Ramal: | | |
| Bem/Equipamento: | | | | |
| Nº de patrimônio | Instituição: | Marca: | Modelo: | Nº de Série |

OS BENS DA FAMEMA INSERVÍVEIS ATÉ O Nº 9176, DEVERÃO TER O LAUDO DE BAIXA ENCAMINHADO PARA HCFAMEMA, APÓS ESTE, PARA A FAMEMA.

MOTIVO DA BAIXA:

| |
|---|
| <input type="radio"/> Valor da manutenção inviável (valor ultrapassa 50% de um equipamento novo); |
| <input type="radio"/> Manutenção impossível (não existem mais peças de manutenção no mercado); |
| <input type="radio"/> Tecnologia obsoleta; |
| <input type="radio"/> Inservível (equipamento em funcionamento, porém sem serventia para instituição). |
| <input type="radio"/> Outro: _____ |

ESTADO GERAL DO BEM MÓVEL.

| |
|---|
| Estado visual de conservação: <input type="radio"/> Sucata <input type="radio"/> ruim <input type="radio"/> Bom |
| Composição Estrutural: |
| <input type="radio"/> Completo (não está faltando nenhum item/peça/componente) |
| <input type="radio"/> Incompleto (descrever itens faltantes): _____ |
| |
| |
| Observações complementares importantes: _____ |
| |

| | |
|---|--|
| RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO: | APROVAÇÃO: |
| Nome do solicitante, assinatura e data: | Nome técnico avaliador, assinatura e data: |
| | |

DESPACHO DO DIRETOR:

Fica aprovado a baixa do bem patrimonial pelos motivos técnicos registrados acima.

| |
|--|
| Carimbo e assinatura do diretor do Departamento: |
| |

Para uso do Setor de Patrimônio:

| | | |
|--------------------|-----------------------|-------------------|
| Laudo de baixa Nº: | Bem desincorporado em | Nome e assinatura |
| | _____/_____/____ | |