



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



Laudo de baixa de imobilizado	LBI	Revisão: 02	Página: 1/1
-------------------------------	-----	-------------	-------------

Revisado em 22/10/2018

**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

**MOTIVO DA BAIXA:**

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

**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): _____
<b>Observações complementares importantes:</b> _____

<b>RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:</b>	<b>APROVAÇÃO:</b>
Nome do solicitante, assinatura e data:	Nome técnico avaliador, assinatura e data:

**DESPACHO DOS DIRETORES:**

<b>Fica aprovada a baixa do bem patrimonial pelos motivos técnicos registrados acima.</b>	
Carimbo e assinatura do diretor do Departamento:	Carimbo e assinatura do diretor do DEFC:

**Para uso do Setor de Patrimônio:**

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