

ANEXO V – MAPA DE MONITORAMENTO/TESTAGEM DO GERADOR

 GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE			URS:	
			MÊS/ANO:	
			NOME:	
			ASSINATURA:	
ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE OS TESTES:			MAPA DE MONITORAMENTO/TESTAGEM DO GERADOR	
DIA	TEMPO DE FUNCIONAMENTO		ANOTAÇÕES/PROCEDIMENTOS REALIZADOS	RUBRICA
	ÍNICIO	FIM		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				