QPack

QPack Soluções Analíticas Ltda.
Rua Ema Gazzi Magnusson, 138 – Comercial Vitória Martini
13347-630 – Indaiatuba – SP
www.qpack.com.br – Fone:(19) 2660-1110

ORDEM DE

857/18

Data e horário do chamado: 01/10/2018		Atendente: Jaqueline
Cliente: Vidora Farmacêutica	Bairro: Rubem Berta	Fone: 51 3366-3408
Endereço: Rua Alberto Rangel 823	CEP:91180-840	Cidade/UF: Porto Alegre - RS
Contato: Moacir Kaiser	Depto.: Controle de Qualidade	Cargo: Supervisor

Equipamento: HPLC Merck Lachrom **ID/TAG:** HPLC-002

Módulo: L-7100	N/S: 1402-005	Módulo: D-7000IF	N/S: 1022-052
Módulo: L-7200	N/S: 1391-004	Módulo:	N/S:
Módulo: L-7300	N/S: 1041-048	Módulo:	N/S:
Módulo: L-7400	N/S: 1389-049	Módulo:	N/S:

Especificação do Serviço:

Tipo: ☒ Avulso ☐ Contrato ☐ Garantia ☐ Outros _____

Serviço: ☐ Instalação ☒ Manutenção Preventiva ☐ Manutenção Corretiva ☒ Qualificação ☐ Transferência ☐ Treinamento ☐ Validação

Histórico relatado pelo cliente:

Manutenção Preventiva e qualificação periódica

Diagnóstico detectado:

Recomendamos a substituição da seringa de 500µl e do Selo rotatório.
Seringa 0,5ml P/N 080-1064
Selo Rotatório P/N ~~ANO-0818~~ 7010-039

Serviços efetuados:

Foi realizado a manutenção preventiva com limpeza interna e externa de cada módulo e lubrificação das partes mecânicas.
Foi realizado a qualificação periódica conforme o protocolo de qualificação Nº 857/18 na qual todos os resultados dos testes realizados foram satisfatórios.
O equipamento está liberado para o uso.

Peças utilizadas no Serviço:

Qtde.	Código	Descrição	Qtde.	Código	Descrição

Tempo gasto na Execução do Serviço:

Data	Início	Término	Total Horas de Serviço	Total de deslocamento	Data	Início	Término	Total Horas de Serviço	Total de deslocamento
05/11/18	11:00	17:20	—	04					
06/11/18	08:00	17:20	—	01					
07/11/18	08:00	10:00	—	01					

Confirmamos a execução dos serviços acima.

(Este campo não requer preenchimento quando o serviço for realizado nas instalações da QPack)

Nome técnico responsável: Danilo Mel	**Assinatura técnico responsável:**	**Data:**
Nome representante cliente:	**Assinatura representante cliente:**	**Data:**