



**Secretaria Municipal de Saúde de Iguaraçu**  
**Estado do Paraná**



**Ofício N°412/2023**

**Iguaraçu, 23 de maio de 2023**

**EXMO. SR:**  
**ELISEU DA SILVA COSTA**  
**PREFEITO MUNICIPAL**

Em resposta ao requerimento N° 42/2023, venho através deste informar, ao Sr Prefeito Municipal que no dia 25/04/2023 nosso equipamento de Conservação de Imunobiológico (geladeira de vacina) começou apresentar “FALHA DE MEMÓRIA”, porém não apresentou alteração de temperatura, imediatamente foi entrado em contato com a empresa que fabricou e que faz a manutenção do equipamento solicitando a presença do técnico, fomos informados que o técnico só teria agenda disponível no dia 08/06/2023, no entanto no dia 04/05/2023 ao chegarmos na UBSF COPACABANA as 07:00 horas, foi verificado que nosso equipamento estava com temperatura acima de 22°C, nesse momento nossa equipe colocou todos os Imunobiológicos (vacinas) em caixas térmicas e mantendo a temperatura preconizada e controlada entre 2°C à 8°C, foi informado a 15ª RS de Maringá e posteriormente a SESA-PR, através de um sistema de Informação (SISAVAIMUNO). A empresa responsável pela manutenção conseguiu enviar o técnico no dia 11/05/2023 e no dia 12/05/2023 recebemos um parecer da SESA-PR, liberando o uso dos imunobiológicos, porém resolvemos deixá-los em nossa geladeira doméstica que temos na UBSF até o dia 15/05/2023 (segunda-feira), neste mesmo dia com o equipamento vazio começou um sinal sonoro e no visor apareceu “ALTA TEMPERATURA”, foi entrado em contato novamente com a empresa e foi enviado o técnico no dia 16/05/2023, e segundo ele o equipamento apresentou funcionamento normal durante a visita e liberado para o uso. No mesmo dia 16/05 passamos todos os imunobiológicos para o equipamento, sendo que ao chegarmos na UBSF NO DIA 17/05/2023 nosso equipamento apresentava aumento da temperatura novamente foi informado a 15ª Regional de saúde de Maringá e posteriormente a SESA-PR, e fomos informados que TODOS OS IMUNOBIOLÓGICOS deveriam ser descartados. No dia 17/05/2023 o técnico responsável retorna e finalmente consegue solucionar o problema, sendo assim foi feito um novo pedido para a 15ª RS de Maringá que nos enviou os novos lotes de vacinas.

Rua: Antônio Cesário, 126 – Jardim Copacabana – Iguaraçu/PR – CEP: 86750-000 – Fone: (44) 3248-1681

E-mail: saude@iguaracu.pr.gov.br /  
saudeiguaracu@gmail.com CNPJ: 75.772.525/0001-  
44 – ID CNES 9578757



**Secretaria Municipal de Saúde de Iguaraçu  
Estado do Paraná**

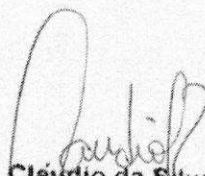


Saliento ainda que não foi aplicado nenhuma dose de vacina das que sofreram alteração de temperatura, e também que nosso trabalho é pautado em protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde.

Segue em anexo as comprovações das visitas técnicas da Empresa Indrel.

Era isso que tinha a informar.

Desde já agradeço a compreensão;



**Cláudio da Silva Jr.**  
Diretor Mún. de Saúde  
RG 8.021.290-6

**CLAUDIO DA SILVA JUNIOR  
DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE**



**Valdemir S. Canavezi Junior**  
ENFERMEIRO - Coren-Pr 296.668  
UBS 24 Horas - Iguaraçu-Pr

**VALDEMIR SANTO CANAVEZI JUNIOR  
ENFERMEIRO COORDENADOR DA IMUNIZAÇÃO MUNICIPAL**

Rua: Antônio Cesário, 126 – Jardim Copacabana – Iguaraçu/PR – CEP: 86750-000 – Fone: (44)  
3248-1681

E-mail: [saude@iguaracu.pr.gov.br](mailto:saude@iguaracu.pr.gov.br) /  
[saudeiguaracu@gmail.com](mailto:saudeiguaracu@gmail.com) CNPJ: 75.772.525/0001-  
44 – ID CNES 9578757

ASSISTÊNCIA TÉCNICA AUTORIZADA

FONE: \_\_\_\_\_ - E-MAIL: relacionamento@indrel.com.br  
TÉCNICO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO: Matheus

DADOS DO CLIENTE (LOCAL ONDE O EQUIPAMENTO ESTÁ INSTALADO)

Cliente: Fundo Municipal de Saúde  
Endereço: Rua Antônio Carlos, 126 - Jardim Copacabana  
Telefone: \_\_\_\_\_ Cidade: Siquaraçu

DADOS DO EQUIPAMENTO

MODELO: RVV22VGS SÉRIE: 44560

SERVIÇOS EXECUTADOS

MANUTENÇÃO PREVENTIVA - OS: \_\_\_\_\_  MANUTENÇÃO CORRETIVA - OS: \_\_\_\_\_

PARA PREENCHIMENTO DA EQUIPE TÉCNICA (OBRIGATÓRIO)

Descreva em detalhes a solicitação do cliente e o diagnóstico do equipamento antes da execução dos serviços:  
Falha de memória - Temperatura alta

O local de instalação atende as recomendações do fabricante para o perfeito funcionamento do equipamento? (rede elétrica, nivelamento do piso, conexão à rede telefônica, sala climatizada).  
 SIM  NÃO

A rede elétrica do local está dentro dos padrões estabelecidos?  SIM  NÃO

Qual a tensão da tomada de energia no momento do atendimento? 124V

Funcionamento da(s) bateria(s) do Safety System (se houver)

Testado  SIM  NÃO. Aprovado  SIM  NÃO.

O Compressor foi avaliado e está funcionando corretamente?  SIM  NÃO.

A discadora foi testada e está funcionando corretamente?  SIM  NÃO sem linha

Phase Log testado e funcionando corretamente?  SIM  NÃO N.D

Saída Serial testada e funcionando corretamente?  SIM  NÃO

SERVIÇOS EXECUTADOS

Descrição detalhada dos serviços realizados: Formatação do cartão SD.  
Troca do capacitor de partida

CONCLUÍDO  NÃO CONCLUÍDO

Diagnóstico do equipamento após a execução dos serviços: OK

Informar os testes realizados no equipamento após a execução dos serviços: S.S, alarme, compressor, ventiladores

Tipo de serviço realizado:  AVALIAÇÃO  CORRETIVA SIMPLES  CORRETIVA MECÂNICA  CORRETIVA ELÉTRICA

Matheus Ribeiro  
ASSINATURA DO TÉCNICO

Datiana G. Mendes  
NOME COMPLETO DO CLIENTE (legível)

11/05/2023  
DATA DO SERVIÇO

\_\_\_\_\_  
FUNÇÃO/ DEPARTAMENTO

## ASSISTÊNCIA TÉCNICA AUTORIZADA

FONE: \_\_\_\_\_ - E-MAIL: relacionamento@indrel.com.br  
TÉCNICO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO: Matheus

## DADOS DO CLIENTE (LOCAL ONDE O EQUIPAMENTO ESTÁ INSTALADO)

Cliente: Fundo Municipal de Saúde  
Endereço: Rua Antônio Casaró, 126 - Jd Copacabana  
Telefone: \_\_\_\_\_ Cidade: Iguaraçu

## DADOS DO EQUIPAMENTO

MODELO: RVV22DVSS SÉRIE: 44560

## SERVIÇOS EXECUTADOS

 MANUTENÇÃO PREVENTIVA - OS: MANUTENÇÃO CORRETIVA - OS:

## PARA PREENCHIMENTO DA EQUIPE TÉCNICA (OBRIGATÓRIO)

Descreva em detalhes a solicitação do cliente e o diagnóstico do equipamento antes da execução dos serviços:

Temperatura alta

O local de instalação atende as recomendações do fabricante para o perfeito funcionamento do equipamento? (rede elétrica, nivelamento do piso, conexão à rede telefônica, sala climatizada).

 SIM  NÃOA rede elétrica do local está dentro dos padrões estabelecidos?  SIM  NÃOQual a tensão da tomada de energia no momento do atendimento? 123V

Funcionamento da(s) bateria(s) do Safety System (se houver)

Testado  SIM  NÃO, \_\_\_\_\_Aprovado  SIM  NÃO \_\_\_\_\_O Compressor foi avaliado e está funcionando corretamente?  SIM  NÃOA discadora foi testada e está funcionando corretamente?  SIM  NÃOPhase Log testado e funcionando corretamente?  SIM  NÃOSaída Serial testada e funcionando corretamente?  SIM  NÃO

## SERVIÇOS EXECUTADOS

Descrição detalhada dos serviços realizados: Equipamento apresentou funcionamento normal durante a rotina. Após testes de estresse do compressor, foi identificada a necessidade de troca do protetor térmico do compressor. Após troca, equipamento manteve o funcionamento adequado. CONCLUÍDO  NÃO CONCLUÍDODiagnóstico do equipamento após a execução dos serviços: OKInformar os testes realizados no equipamento após a execução dos serviços: SS, alarme, compressor, ventidoresTipo de serviço realizado:  AVALIAÇÃO  CORRETIVA SIMPLES  CORRETIVA MECÂNICA  CORRETIVA ELÉTRICAMatheus Pitro  
ASSINATURA DO TÉCNICO16/05/2023

DATA DO SERVIÇO

Datiana G. Mendes  
NOME COMPLETO DO CLIENTE: (legível)

FUNÇÃO/ DEPARTAMENTO

ASSISTÊNCIA TÉCNICA AUTORIZADA

FONE: \_\_\_\_\_ - E-MAIL: relacionamento@indrel.com.br  
TÉCNICO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO: Mateus

DADOS DO CLIENTE (LOCAL ONDE O EQUIPAMENTO ESTÁ INSTALADO)

Cliente: Fundo Municipal de Saúde  
Endereço: Rua Antonia Casarao, 126  
Telefone: \_\_\_\_\_

Cidade: Iguaraçu

DADOS DO EQUIPAMENTO

MODELO: RV22 DVSS

SERIE: 44560

SERVIÇOS EXECUTADOS

MANUTENÇÃO PREVENTIVA - OS:

MANUTENÇÃO CORRETIVA - OS:

PARA PREENCHIMENTO DA EQUIPE TÉCNICA (OBRIGATÓRIO)

Descreva em detalhes a solicitação do cliente e o diagnóstico do equipamento antes da execução dos serviços:

Temperatura alta

O local de instalação atende as recomendações do fabricante para o perfeito funcionamento do equipamento? (rede elétrica, nivelamento do piso, conexão à rede telefônica, sala climatizada).

SIM  NÃO

A rede elétrica do local está dentro dos padrões estabelecidos?  SIM  NÃO

Qual a tensão da tomada de energia no momento do atendimento? 127V

Funcionamento da(s) bateria(s) do Safety System (se houver)

Testado  SIM  NÃO

Aprovado  SIM  NÃO

O Compressor foi avaliado e está funcionando corretamente?  SIM  NÃO

A discadora foi testada e está funcionando corretamente?  SIM  NÃO

Phase Log testado e funcionando corretamente?  SIM  NÃO

Saída Serial testada e funcionando corretamente?  SIM  NÃO

SERVIÇOS EXECUTADOS

Descrição detalhada dos serviços realizados: Phase log apresentou falha intermitente, não reconhecendo a rede elétrica. Após substituição, apresentou funcionamento normal

CONCLUÍDO  NÃO CONCLUÍDO

Diagnóstico do equipamento após a execução dos serviços: OK

Informar os testes realizados no equipamento após a execução dos serviços: SS, alarme, compressor, ventiladores

Tipo de serviço realizado:  AVALIAÇÃO  CORRETIVA SIMPLES  CORRETIVA MECÂNICA  CORRETIVA ELÉTRICA

Mateus Pitro  
ASSINATURA DO TÉCNICO

[Assinatura]  
NOME COMPLETO DO CLIENTE: (legível)

17/05/2023  
DATA DO SERVIÇO

\_\_\_\_\_  
FUNÇÃO/ DEPARTAMENTO