

Cliente \_\_\_\_\_ Número do Bilhete \_\_\_\_\_

Designação do Circuito \_\_\_\_\_ Velocidade \_\_\_\_\_ Execução Ponta A ☐ Ponta B ☐

Estação Ponta A \_\_\_\_\_ Estação Ponta B \_\_\_\_\_ Localidade Ponta A \_\_\_\_\_ Localidade Ponta B \_\_\_\_\_

Endereço ponta A \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Endereço Ponta B \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Responsavel Local \_\_\_\_\_ Contato \_\_\_\_\_

## SERVIÇOS E ATIVIDADES SOLICITADAS

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Instalação        | <input type="checkbox"/> Mudança de Endereço |
| <input type="checkbox"/> Retirada          | <input type="checkbox"/> Teste em conjunto   |
| <input type="checkbox"/> Vistoria Tecnica  | <input type="checkbox"/> Serviço interno     |
| <input type="checkbox"/> Alteração Tecnica |  |

## ANORMALIDADE RECLAMADA

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Intermitente      | <input type="checkbox"/> Perda de Pacote                  |
| <input type="checkbox"/> Lentidão          | <input type="checkbox"/> Velocidade inferior à contratada |
| <input type="checkbox"/> Interrupção Total | <input type="checkbox"/> Outros: _____                    |

## FACILIDADES DE REDE OPTICA – GPON – RME – POTN – PTN – SDH

Estação	<input type="checkbox"/> 1-RME	<input type="checkbox"/> 2- TX	EDD <input type="checkbox"/> MMO <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 1- DID Intermediario <input type="checkbox"/> 2- TX				<input type="checkbox"/> Facilidade Optica			<input type="checkbox"/> GPON		
	Equipamento	Slot	Porta	Fila	Bastidor	Posição	Fila	Bastidor	Régua	Posição	DGO	Bandeja	Posição	CDO__	Porta

☐ Outras Tecnologias \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO – ACEITE DA ATIVIDADE

Teste de conectividade WAN realizado com sucesso? S ☐ N ☐ N/A ☐

Técnico \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Cliente Ciente \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Contato \_\_\_\_\_

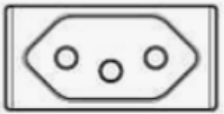
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Aceitação do serviço pelo responsável \_\_\_\_\_

**CHECK LIST**
**S N**
**EQUIPAMENTOS**

- ✓ Alimentação adequada ☐ ☐
- ✓ Aterramento adequado ☐ ☐
- ✓ Local e ambiente adequado ☐ ☐
- ✓ Rack ☐ ☐
- ✓ Temperatura adequada ☐ ☐
- ✓ Outros (OBS) ☐ ☐

**S N**

- ✓ Itens de acesso ☐ ☐
- ✓ Circuito corretamente inst. ☐ ☐
- ✓ Identificados ☐ ☐
- ✓ Jumpers Padronizados ☐ ☐
- ✓ DIO/PRECON ☐ ☐

<b>Alimentação Eletrica – CA</b>   FN ___ VAC  FT ___ VAC  NT ___ VAC	<b>Nível RX Optico</b>   Nível de Medidas _____ dBm	<b>Alimentação DC</b>   Valor Medido -----VDC	<b>Teste Digital</b>  Tempo de Duração ____  Taxa de BER _____
---	--	--	--

**EQUIPAMENTOS NO CLIENTE**

Tipo	Nº de Serie	Fabricante	Status

**EQUIPAMENTOS NA ESTAÇÃO**

Tipo	Nº de Serie	Fabricante	Status

**PROBLEMA ENCONTRADO**


**AÇÃO CORRETIVA**


**OBSERVAÇÕES**
