

Cliente _____ Número do Bilhete _____

Horário Início _____ Horário de termino _____

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 _____

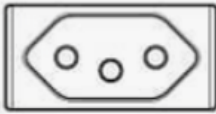
Assinatura _____ Contato _____

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 ☐ ☐

Alimentação Elétrica – CA  FN ___ VAC FT ___ VAC NT ___ VAC	Nível RX Optico Nível de Medidas _____ dBm	Alimentação DC Valor Medido -----VDC	Teste Digital 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
