

RELATORIO DE ATENDIMENTO TECNICO

Cliente _____ Número do Bilhete _____

Horário Início _____ Horario 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 Técnica | <input type="checkbox"/> Serviço interno |
| <input type="checkbox"/> Alteração Técnica | |

ANORMALIDADE RECLAMADA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Intermittente | <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 ____/____/____ Horario:_____ Aceitação do serviço pelo responsável _____

CHECK LIST

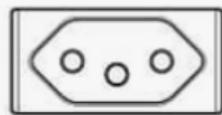
- ✓ Alimentação adequada
- ✓ Aterramento adequado
- ✓ Local e ambiente adequado
- ✓ Rack
- ✓ Temperatura adequada
- ✓ Outros (OBS)

S N

EQUIPAMENTOS

- | | S | N |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ✓ Itens de acesso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Circuito corretamente inst. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Identificados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Jumpers Padronizados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ DIO/PRECON | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Alimentação Eletrica – CA



FN ____ VAC

FT ____ VAC

NT ____ VAC

Nivel RX Optico

Nivel 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
