

Nº Chamado *	Cliente *	Endereço (logradouro, nº - bairro - cidade) *

Data *	Horário *	
	Início	Término
/ /		

Tipo de Equipamento *	Dados do Equipamento *	Testes Realizados *
<input type="checkbox"/> Balança (Elgin) <input type="checkbox"/> Central de Alarme <input type="checkbox"/> Degustador <input type="checkbox"/> Desktop <input type="checkbox"/> Display (Painel) <input type="checkbox"/> Gaveteiro <input type="checkbox"/> Impressora <input type="checkbox"/> Monitor <input type="checkbox"/> Outro (Especificar): _____	<input type="checkbox"/> No-Break <input type="checkbox"/> Notebook <input type="checkbox"/> PinPad <input type="checkbox"/> Scanner <input type="checkbox"/> Tablet <input type="checkbox"/> Thin Client <input type="checkbox"/> Totem Marca _____ Modelo _____ Número de Série _____	<input type="checkbox"/> Conectividade <input type="checkbox"/> Fonte / Bateria <input type="checkbox"/> Impressão via Windows <input type="checkbox"/> Impressão via Aplicação <input type="checkbox"/> Outros (Especificar Abaixo): _____ _____ _____ _____

Equipamento apto para uso? *	Necessário Retorno? *
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Responsável pelo Suporte *: _____

Descrição do Problema Inicial *

_____Causa *

_____Solução Aplicada *

* campos obrigatórios / Caso necessário, utilizar o verso deste documento para maiores detalhes ou observações

AVALIAÇÃO (preenchido pelo cliente)

O atendimento prestado foi:	Conclusão do Serviço
() Ótimo () Regular	Data / /
() Bom () Ruim	Hora :

Assinaturas - De acordo com o solicitado o atendimento foi realizado:_____
Técnico (nome legível)_____
Usuário Solicitante ou Responsável