



ORDEM DE SERVIÇO

Clinica do Reparo - Assistência Técnica Especializada

| | | | | | |
|-----------|----|-------|------------|---------|----------|
| Nº da OS: | #1 | Data: | 04/11/2025 | Status: | PENDENTE |
|-----------|----|-------|------------|---------|----------|

DADOS DO CLIENTE

| | |
|-----------|------------------------|
| Nome: | Raí Silva |
| E-mail: | raisilva.smt@gmail.com |
| Telefone: | (86) 98895-9957 |
| CPF: | 059.515.233-38 |
| Endereço: | Rua de Teste, 158 |

DADOS DO EQUIPAMENTO

| | |
|----------------------|---------------------|
| Tipo de Serviço: | Reparo de Celulares |
| Aparelho: | teste teste |
| Número de Série: | 11656565651 |
| Defeito Informado: | teste |
| Diagnóstico Técnico: | teste |

CUSTOS

| Descrição | Valor (R\$) |
|------------------------|-------------------------|
| Tela | 100,00 |
| Subtotal Peças | 100,00 |
| Mão de Obra | 50,00 |
| TOTAL | 150,00 |

CONDIÇÕES GERAIS DE SERVIÇO

1. O prazo de execução do serviço será informado ao cliente no momento da avaliação. 2. O cliente será notificado quando o serviço estiver concluído. 3. A garantia do serviço é de 30 dias para peças e mão de obra. 4. Em caso de não retirada do aparelho em até 30 dias após a conclusão, serão cobradas taxas de armazenamento. 5. Peças substituídas tornam-se propriedade da oficina, exceto se solicitado pelo cliente no ato do orçamento. 6. O cliente deve comparecer pessoalmente para retirada do aparelho ou autorizar por escrito outra pessoa. 7. A oficina não se responsabiliza por dados perdidos durante o reparo. 8. Em caso de reparo não autorizado, será cobrado apenas o valor da avaliação.

ASSINATURAS

Assinatura do Cliente: _____

Assinatura do Técnico: _____

Data da Retirada: ____ / ____ / ____