



ORDEM DE SERVIÇO

DADOS - LOCAL DO ATENDIMENTO

Nº Unidade/Nome	Marca	Solicitante	Setor
Etiquetadora		Thaise Maira Alves de Oliveira	
Endereço		Cidade	Estado
Avenida Presidente Kennedy 4121		Curitiba	PR
			Telefone
			() (41) 988663526

DADOS - EQUIPAMENTO

Nº Chamado Moebius	Nº Chamado CA	Nº Patrimônio	Nº Service Tag/Serial	Marca	Modelo
SR-906366			D5N220400706	ZEBRA	Zebra ZD220T
Tipo de Atendimento		Tipo Equipamento			
☒ Field Services	☐ RDM - N/º _____	☐ Desktop	☐ Monitor	☐ Etiquetadora	☐ SRX
☐ Remote Hands	☐ Projeto	☐ Notebook	☐ Impressora	☐ Ponto de Rede	☐ Servidor

DEFEITO INFORMADO

Etiquetadora não liga (Obs.: temos duas etiquetadoras na unidade, a mais antiga não está ligando)

DEFEITO CONSTATADO

Visita Improdutiva.

Obs: _____

CHECK LIST APLICADO

☐ Verificar cabos de Energia	☐ Verificar Cabo de Rede/RJ45	☐ Verificar Limpeza de Temporários	☐ Problema Reincidente?
☐ Verificar conexão de Cabo de Vídeo	☐ Verificar System Center	☐ Verificar ativação Windows/Office	
☐ Verificar conexão de Demais Periféricos	☐ Verificar Antivirus	☐ Hostname Correto?	

CHECK LIST FORMATAÇÃO

Antes	☐ Print das impressoras instaladas.	Depois	☐ Impressoras instaladas e testadas.
	☐ Print de programas instalados.		☐ Programas instalados e testados
	☐ Print das Pastas de email e cópia das PSTs.		☐ Pastas de email e PSTs restauras e teste de E-mail OK.
	☐ Print da Área de Trabalho.		☐ Área de Trabalho restaurada.
	☐ Cópia do Perfil do Usuário.		☐ Perfil do Usuário restaurado.
			☐ Testes realizados pelo usuário validados?

SOLUÇÃO APLICADA

Visita Improdutiva. Horário de atendimento até as 13:00.

Obs: Motivo da finalização (Improdutivo): Horário de atendimento até as 13:00.

☐ Problema Solucionado?	☐ Garantia Acionada?	☐ Retirado para Laboratório	☐ Será retirado por Estoque TI	☒ Visita Improdutiva?
☐ Chamado encaminhado p/: _____				

LAUDO TÉCNICO

Laudado?	☐ Sim	Motivo do Laudo:	☐ Com defeito	☐ Mau uso	☐ Obsoleto	☐ Descarte	Centro de Custo:
----------	------------------------------	------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	------------------

Nome Completo do Gerente Responsável

CPF: _____

Assinatura do Gerente Responsável

**Para uso de Estoque TI

Nº Chamado DISA:	CNPJ:	Nº Matrícula DASA:
------------------	-------	--------------------

USO EXCLUSIVO DO CLIENTE

Thaise Maira Alves de Oliveira

Thaise Maira Alves de Oliveira

Nome Completo do Solicitante

Assinatura e Carimbo do Solicitante

Como o Sr.(a) avalia o nível de atendimento efetuado?

☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim

Use aqui o Carimbo da Unidade (Obrigatório)

Esta ordem de serviço deve ser preenchida junto ao responsável da localidade e de comum acordo com todos os testes efetuados. O técnico não poderá fechar o chamado sem a assinatura e carimbo do cliente.

DADOS DO TÉCNICO

Paulo Sakai Júnior

Paulo Sakai Júnior

Nome Completo do Técnico

Assinatura do Técnico

Data Início
28 / 09 / 26

Hora Início
15 : 00

Auditado em: ____/____/____
Conf: _____ Desv: ☐ S ☐ N

Data Término
28 / 09 / 26

Hora Término
15 : 10