

DASA		ORDEM DE SERVIÇO	
DADOS - LOCAL DO ATENDIMENTO			
Nº Unidade/Nome	Marca	Solicitante	Setor
FRISCHMANN Unidade D265 PLINIO		Eduardo Adriano Gonçalves	
Endereço	Cidade	Estado	Telefone
RUA BRUNO FILGUEIRA 369 - CEP: 80240-220	CURITIBA	PR	(41) 3358 - 0344
DADOS - EQUIPAMENTO			
Nº Chamado Moebius	Nº Chamado CA	Nº Patrimônio	Nº Service Tag/Serial
INC-924376			
Tipo de Atendimento		Tipo Equipamento	
☒ Field Services ☐ RDM - N/º _____ ☐ Remote Hands ☐ Projeto		☐ Desktop ☐ Monitor ☐ Etiquetadora ☐ SRX ☐ _____ ☐ Notebook ☐ Impressora ☒ Ponto de Rede ☐ Servidor	
DEFEITO INFORMADO			
Precisamos de Field para fixar o ponto de rede que está solto e aparentemente sem funcionamento			
DEFEITO CONSTATADO			
Mau contato e ponto de rede caído			
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	Depois		
☐ Print das impressoras instaladas. ☐ Print de programas instalados. ☐ Print das Pastas de email e cópia das PSTs. ☐ Print da Área de Trabalho. ☐ Cópia do Perfil do Usuário.	☐ Impressoras instaladas e testadasas. ☐ Programas instalados e testados ☐ Pastas de email e PSTs restauras e teste de E-mail OK. ☐ Área de Trabalho restaurada. ☐ Perfil do Usuário restaurado. ☐ Testes realizados pelo usuário validados?		
SOLUÇÃO APLICADA			
Refeito ponto de rede e fixado na tomada			
Obs: _____			
☐ Problema Solucionado? ☐ Garantia Acionada? ☐ Retirado para Laboratório ☐ Será retirado por Estoque TI Visita Improdutiva? ☐ Chamado encaminhado p/: _____			
LAUDO TÉCNICO			
Laudado?	Motivo do Laudo:		Centro de Custo:
☐ Sim	☐ Com defeito ☐ Mau uso ☐ Obsoleto ☐ Descarte		
Nome Completo do Gerente Responsável CPF: _____		Assinatura do Gerente Responsável _____	
**Para uso de Estoque TI			
Nº Chamado DISA:	CNPJ:	Nº Matricula DASA:	
USO EXCLUSIVO DO CLIENTE			
Jessica Cavalli Nome Completo do Solicitante		Jessica Cavalli Assinatura e Carimbodo 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 Nome Completo do Técnico		Paulo Sakai Júnior Assinatura do Técnico	
Data Início	Hora Início	Auditado em:	Data Término
01 / 10 / 26	09 : 55	Conf: _____ Desv: ☐ S ☐ N	01 / 10 / 26
		Hora Término	
		10 : 55	