

ASSISTÊNCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA			
Telefone			
Endereço:			
DADOS DO CLIENTE			
Nome:		CNPJ/CPF:	
Endereço:		CEP:	
Cidade:		Estado:	
Telefone:		E-mail:	
EQUIPAMENTO			
Nome do equipamento	Marca	Modelo	IMEI
Serviço a ser realizado:			
ORDEM DE SERVIÇO Nº		DATA: ____/____/____	
Checklist Realizado:		Autoriza outra pessoa retirar celular? Qual nome?	
Aparelho reserva?:		Aparelho tem chip/cartão sd?:	
Tem capa de proteção?:		Aparelho ligado?:	
Aparelho tem imagem?:		Toque na tela funciona?:	
Vidro trincado?:		Carcaça/Aro com marcas de uso?:	
Chassi amassado ou torto?:		Botões externos funcionam?:	
Tampa traseira trincada?:		Lente câmera trincada?:	
Conector de carga funciona?:		Conector indução funciona?:	
Wifi liga?:		Bluetooth liga?:	
Tem sinal de chip?:		Campainha funciona?:	
Auricular funciona?:		Microfone funciona?:	
Câmera Frontal funciona?:		Câmera Traseira funciona?:	
Face Id/iris funciona?:		Touch Id/biometria funciona?:	
Lanterna liga?:		Previsão Entrega?:	
DADOS DE PAGAMENTO			
Valor:		Obsevação:	
Assinatura do cliente:		Saída: ____/____/____	