

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?: | |
| Conektor de carga funciona?: | Conektor 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: ____ / ____ / ____ |