

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO TÉCNICO - RAT

Tipo de serviço: () **INSTALAÇÃO** () **REPARO**

Cliente:	CPF:
Endereço:	Bairro:
Cidade:	Estado:
CEP:	Telefone / Contato:
Loja:	Técnico:

Data de abertura da OS					Data agendada com o cliente				
DD	MM	AA	HH	Min	DD	MM	AA	HH	Min
Início do atendimento					Fim do atendimento				
DD	MM	AA	HH	Min	DD	MM	AA	HH	Min

CHECAGEM E ACEITE DOS SERVIÇOS EXECUTADOS

INSTALAÇÃO

A Antena foi instalada em local autorizado pelo cliente?	()	SIM	()	NÃO
O Telhado estava em perfeito estado antes da instalação?	()	SIM	()	NÃO
Após a instalação o telhado permanece nas mesmas condições encontradas antes da instalação?	()	SIM	()	NÃO
O Cabo coaxial foi passado e fixado em percurso autorizado pelo cliente?	()	SIM	()	NÃO
As paredes no percurso do cabo estavam em perfeito estado antes da instalação?	()	SIM	()	NÃO
Após a instalação as paredes no percurso do cabo permanecem nas mesmas condições encontradas antes da instalação?	()	SIM	()	NÃO
O receptor foi ligado em tomada dedicada e em perfeito funcionamento?	()	SIM	()	NÃO
O serviço foi habilitado e está em perfeito funcionamento?	()	SIM	()	NÃO

REPARO

Qual foi o defeito constatado?

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------|---|
| () Receptor queimado / não liga | () Cabo desconectado | () LNB queimado |
| () Receptor sem sinal | () Cabo rompido | () Antena desapontada |
| () Receptor sem imagem | () Conector Quebrado | () Infraestrutura (base antena,tomada) |

Qual foi a solução aplicada?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|------------------------|
| () Troca de receptor | () Reapontamento da antena | () Orientação cliente |
| () Troca de LNB | () Reconfiguração receptor | |
| () Troca de cabo | () Troca de conectores (F) | |

O ambiente onde a antena e receptor estão instalados estavam em perfeitas condições antes da realização do serviço?	()	SIM	()	NÃO
O ambiente onde a antena e receptor estão instalados permanecem em perfeitas condições após a realização do serviço?	()	SIM	()	NÃO
O serviço foi reativado e está em perfeito funcionamento?	()	SIM	()	NÃO

DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

Observações/Justificativas do Técnico sobre atendimento e/ou anormalidade a ser informada:

Observações/Justificativas do Cliente sobre atendimento e/ou anormalidade a ser informada:

DADOS DA ATIVAÇÃO

CAID: _____ NÍVEL DE SINAL: _____

RESPONSABILIDADE DE EXECUÇÃO / APROVAÇÃO CLIENTE

Técnico:	RG:	Data:	Assinatura:
Cliente:	RG:	Data:	Assinatura: