



# RAT OSÓRIO

## RELATORIO DE ATENDIMENTO

|                                      |                   |                                |                    |
|--------------------------------------|-------------------|--------------------------------|--------------------|
| <b>Número do Chamado</b>             | <b>Patrimonio</b> | <b>Data:</b><br>____/____/____ | <b>O.S AALLFAX</b> |
| <b>Cidade</b>                        |                   |                                |                    |
| <b>Setor:</b>                        |                   |                                |                    |
| <b>Equipamento</b>                   |                   | <b>Nº de Série :</b>           |                    |
| <b>Problema Relatado:</b>            |                   |                                |                    |
| <b>Atendimento</b>                   |                   | <b>Obs:</b>                    |                    |
| <b>Início:</b><br>_____ : _____ hrs  |                   |                                |                    |
| <b>Término:</b><br>_____ : _____ hrs |                   |                                |                    |
| <b>Relatório Técnico/Fechamento:</b> |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
|                                      |                   |                                |                    |
| <b>Técnico Responsável:</b>          |                   | <b>(nome legível):</b>         |                    |
|                                      |                   | <b>Matricula</b>               |                    |
|                                      |                   | <b>Assinatura:</b>             |                    |