|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FICHA DE ENTREVISTA | | | | | | |
| 1. **Identificação da Fiscalizada** | | | | | | |
| * 1. Nome | | | | | * 1. CPF / CNPJ nº | |
|  | | | | |  | |
| * 1. Endereço para Correspondência | | | | | * 1. Telefone | |
|  | | | | |  | |
| * 1. Município | | | | * 1. UF | * 1. CEP | |
|  | | | |  |  | |
| 1. **Identificação do Representante da Fiscalizada** | | | | | | |
| * 1. Nome | | | | | * 1. CPF nº | |
|  | | | | |  | |
| * 1. Cargo na Empresa | | | | | * 1. RG nº | |
|  | | | | |  | |
| * 1. Endereço para Correspondência | | | | | * 1. Telefone | |
|  | | | | |  | |
| * 1. Município | | | | * 1. UF | * 1. CEP | |
|  | | | |  |  | |
| 1. **Identificação do Serviço** | | | | | | |
| * 1. Serviço Prestado. | | | | | | |
| Serviço de Comunicação Multimídia (SCM).  Serviço de Valor Adicionado (SVA).  Outro: | | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
| * 1. Exploração Comercial. | | | | | | |
| Não.  Sim. Início da exploração: | | | | | |  |
|  | | |  | | |  |
| * 1. Faz interconexão/interligação com outras redes de telecomunicação? | | | | | | |
| Não.  Sim. Prestadora: | | | | | |  |
|  | |  | | | |  |
| * 1. Forma de interconexão da estação principal. | | | | | | |
| Interconexão (celebra contrato de interconexão com prestadora).  Ponto de acesso (ponto de acesso de prestadora para prover o serviço).  Interesse restrito (não faz interligação com outras redes). | | | | | |  |
|  | | | | | | |
| * 1. Possui alguma relação com prestadora do SCM? | | | | | | |
| Não se aplica. O entrevistado é o responsável direto pelo serviço.  Não.  Sim. Prestadora: | | | | | |  |
|  | |  | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. Qual o objeto do contrato com a autorizada do SCM (se o item 3.5 for “SIM”) | | | | | | | | | | | | | |
| Alugar ou fornecer infraestrutura de telecomunicações  Realizar manutenção na rede de telecomunicações  Revender serviço de comunicação multimídia (SCM)  Prover serviço de valor adicionado (SVA)  Outros: | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | |  |
| * 1. Principais equipamentos utilizados na prestação do serviço da empresa. | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Usa transceptores?   Não.  Sim. Detalhar no item 4.   1. Compartilha equipamentos para prestar SCM e SVA em conjunto?   Não.  Sim. Detalhar no item 4? | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  | | | | |
| 1. **Principais Equipamentos Utilizados** | | | | | | | | | | | | | |
| **Item** | | **Fabricante** | | | | | **Modelo** | | **Homologação** | | **Serviço a que se destina** | | |
| 01 | |  | | | | |  | |  | |  | | |
| 02 | |  | | | | |  | |  | |  | | |
| 03 | |  | | | | |  | |  | |  | | |
| 04 | |  | | | | |  | |  | |  | | |
| 05 | |  | | | | |  | |  | |  | | |
| 1. **Produtos Ofertados ao Cliente** | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. SCM | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Velocidade de transmissão: | | | | | |  | | | | | | |  |
| 1. Outros: | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |  |
| * 1. SVA e outros (ex: manutenção) | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Conteúdo: | | | |  | | | | | | | | |  |
| 1. Outros: | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |  |
| * 1. Planos de serviço e valores ofertados ao cliente | | | | | | | | | | | | | |
| **Serviço**  (ex: SCM, SVA) | | | | | **Nome do plano** | | | **Valor** | | **Taxa de transmissão**  (Kbps ou Mbps) | | **Detalhe do plano**  (ex: sem fidelidade, com manutenção grátis, n/a) | |
|  | | | | |  | | |  | |  | |  | |
|  | | | | |  | | |  | |  | |  | |
|  | | | | |  | | |  | |  | |  | |
|  | | | | |  | | |  | |  | |  | |
|  | | | | |  | | |  | |  | |  | |
|  | | | | |  | | |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. Quantidade de clientes | | | | | | | | | | |
| 1. SCM: |  | | | | | | | |  | |
| 1. SVA e outros: | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |  | |
| 1. **Parâmetros da Exploração do Serviço** | | | | | | | | | | |
| * 1. Existe contrato de SCM com cliente? | | | | | | | | | | |
| Não.  Sim. | | | | | | | | |  | |
| * 1. Existe contrato de SVA com cliente? | | | | | | | | | | |
| Não.  Sim. | | | | | | | | |  | |
| * 1. Existe venda individualizada do SCM? | | | | | | | | | | |
| Não Produto vendido em conjunto:  Sim. | | | |  | | | | |  | |
|  | | | | |
| 1. **Informações Complementares** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **Identificação do(s) Agente(s) de Fiscalização** | | | | | | | | | | |
| * 1. Nome do Agente de Fiscalização (1) | | | | | | | * 1. Credencial nº | * 1. Assinatura | | |
|  | | | | | | |  |  | | |
| * 1. Nome do Agente de Fiscalização (2) | | | | | | | * 1. Credencial nº | * 1. Assinatura | | |
|  | | | | | | |  |  | | |
| * 1. Local, Data e Hora | | |  | | | | | | | |
| 1. **Representante da Fiscalizada no Ato da Fiscalização** | | | | | | | | | | |
| * 1. Assinatura do representante da Fiscalizada | | | | |  |  | | | | |
|  |  | | | |  |