

Follow-Up

Regras de Ouro do Fornecedor

Prezado Fornecedor,

Contamos com sua colaboração no fornecimento das informações a seguir, com o objetivo de melhorar o acompanhamento dos pedidos no processo de nossos clientes.

Ressaltamos que estas ações geram uma avaliação de qualidade para você.

Acessando documentos obrigatórios do cliente:

 **Passo1:** Clicar no nome do cliente;

Nº	Filial	Emissão	Entrega	Status	Valor	Dt Envio	Status	Nº NF	Arq. NF	Comentários	Atraso
2	HOSPITAL MODELO FUP	02/03/23	06/03/23	ACEITAR	5.563		[Selecio...]		Documentos		0 dias ACEITAR

 **Passo2:** Clicar na aba Documentos (clique no nome de cada documento para abri-lo).

Ficha

Documentos

HOSPITAL MODELO FUP

Documentos legais

	Nomes	Usuário	Data
1	CNPJ: carto_CNPJ	Comprador 13806	25/10/2019
2	Licença Sanitária - VISA: ALVAR_2	Comprador 44166	02/03/2022

Aceitando/Resgatando o pedido do cliente:

Passo1: Clicar no nº do pedido ou no botão ACEITAR na sua tela de INICIO ou de PEDIDOS;

Nº	Filial	Emissão	Entrega	Status	Valor	Dt Envio	Status	Nº NF	Arq. NF	Comentários	Atraso
2	HOSPITAL MODELO FUP	02/03/23	06/03/23	ACEITAR	5.563		[Selecio...]		Documentos		0 dias

Passo2: Confirmar a leitura, depois o botão ACEITAR ou REJEITAR no topo da página.

2 HOSPITAL MODELO FUP

CSV PENDENTE Aceitar Consultar Rejeitar Imprimir Receber PDF

Filial: HOSPITAL MODELO FUP CNPJ: 00.000.000/0000-00

Fornecedor: FORNECEDOR TESTE FUP CNPJ: 00.000.000/0000-00

Data: 02/03/23 16:21

Endereço de entrega: Rua Recebimento, S/N
00000-000 - Recebimento (Brasil)

Endereço: Rua Modelo, SN
00000-000 - Modelo (Brasil)

Entrega: 06/03/2023

Local de entrega: Recebimento

Forma de pagamento: A prazo / Faturado.
Prazo de pagamento: Pagamento para 30 dias.

Cotação: 300

Pedido mínimo de R\$ 200

Ref.	Nomes	Marca	Ud.Básica	Valor Ud. básica (R\$)	Quantidade solicitada (Ud. básica)	Valor total (R\$)
1	171 DIPIRONA 1G; IM/IV	TESTE	AMP	3,1600	20	63,20
2	413 SERINGA VIDRO 20ML	TESTE	SER	55,0000	100	5.500,00

Documentos

No momento de aceitar o pedido o fornecedor se compromete a respeitar todas as condições.

☐ Confirmo a leitura e confirmação dos comentários do cliente.

Frete: 0,00

Valor Total do Pedido 5.563,20

Se REJEITAR,
informar
o motivo.

Informando faturamento do pedido:

➡ **Fornecedor**, preencha as informações abaixo, assim que faturar os pedidos e ajude o seu cliente a acompanhá-los.

Região: [Todas] Empresa: [Todas] Filial/CNPJ: [] Núm. Pedido: [] Status: [Ativos] Vendedor: [Todos] Período: [Todos] **Buscar**

PEDIDOS - Por favor, informe qualquer ocorrência nos seus pedidos o quanto antes possível

Nº	Filial	Emissão	Entrega	Status	Valor	Dt Envio	Status	Nº NF	Arq. NF	Comentários
2	HOSPITAL MODELO FUP	02/03/23	06/03/23	ACEITAR	5.56	<input type="text"/>	[Selecio...]	<input type="text"/>	<input type="button" value="Documentos"/>	<input type="text"/>

↕

Aqui você informa a data de envio

↕

Aqui você informa se enviou TOTAL ou PARCIAL

↕

Aqui você informa o nº da NF

↕

Aqui você insere a NF

↕

Aqui você pode informar, transportadora, previsão de entrega, código para rastreamento do pedido...

Obrigado!