

VISITA DIA: <u>30/01/19</u>	CÓDIGO: <u>95195</u>
HORA: <u>16:30</u> hs	EMPRESA: <u>OSCA DE CARNES SHEKINAH</u>
CHEGADA: <u>16:15</u> hs	RESPONSÁVEL: <u>ELIZABETH DRA Juliana</u>
SAÍDA: <u>17:20</u> hs	FONE FIXO: <u>30101019</u> CELULAR: <u>987335272</u>
ATENDIMENTO EXTERNO: <u>VINCULOS</u>	
COBRANÇA DE DESLOCAMENTO TÉCNICO – R\$ 35,00: <input checked="" type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO <u>B</u>	

TREINAMENTO PRÁTICO DE SOLUÇÕES			
<input type="checkbox"/> Cadastro de Clientes	<input checked="" type="checkbox"/> Produto Estoque <u>OK</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Frente de Caixa <u>OK</u>	<input type="checkbox"/> Emissão de Boletos
<input type="checkbox"/> Consultas de Crédito	<input type="checkbox"/> Parcelamento de Débitos	<input checked="" type="checkbox"/> Negativação de Devedores	<input type="checkbox"/> Site e Loja Virtual
<input type="checkbox"/> Equipamentos Automação (Impressora Térmica, Leitor de Código de Barras, Gaveta de Dinheiro, Computador, Monitor, outros)			

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

SOLICITAÇÕES DO CLIENTE

Declaro ter recebido o Treinamento pessoalmente do Atendimento Externo nesta data e minha avaliação é:

( ) RUIM ( ) REGULAR ( ) BOM (X) MUITO BOM

[Assinatura]

Assinatura do Associado

ÁREA EXCLUSIVA PARA CONFERÊNCIA			
Visita realizada no Horário:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO	Promoção Indique um Amigo:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO
Treinamento Completo:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO	Manuseou Computador:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO
Reagendar Visita:	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Apto a Utilizar o Sistema:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO
O que o cliente mais usa? <u>Produto Estoque / Frente de caixa.</u>			
Obs:			

OBSERVAÇÕES ADMINISTRATIVAS
Procedimentos Realizados:
<input checked="" type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO
Diretoria: _____

ADVERTÊNCIAS GERENCIAIS
( ) SIM ( ) NÃO
Gerência: _____