



CHECK LIST DE ATENDIMENTO

OS/ATENDIMENTO n° _____ Seguradora: _____

Nome do Segurado: _____

End.: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Referência: _____

Agendamento: Dia ____/____/____ das ____:____ às ____:____ Serviço: _____

1° Visita Retorno Conclusão Devolução Garantia

Chegada Prestador: Data: ____/____/____ Horário: ____:____hs

AVALIAÇÃO PRÉVIA DO LOCAL/EQUIPAMENTO

DIAGNÓSTICO

AUTORIZAÇÃO PRÉVIA: Autorizo a execução dos serviços acima descritos, concordando com as informações e condições expostas neste check list.

Assinatura do Segurado (antes da execução)

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO EXECUTADO E PEÇAS SUBSTITUÍDAS

HAVERÁ RETORNO? SIM NÃO - MOTIVO: _____

REG. FOTOGRÁFICOS? SIM NÃO - MOTIVO: _____

DEIXOU LOCAL LIMPO? SIM NÃO - OBS: _____

CUMPRIU HORÁRIO? SIM NÃO - OBS: _____

HOUE EXCEDENTE? SIM NÃO - R\$ _____

PARECER TÉCNICO (observações e recomendações)

AVARIAS PRÉ-EXISTENTES

Data término: ____/____/____ Horário término ____:____

Prestador: _____

RG: _____

DECLARO TER COMPROVADO A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E OS TESTES NECESSÁRIOS DESCRITOS NESTE CHECK LIST. DECLARO TAMBÉM SEGUIR AS ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DEIXADAS PELO TÉCNICO.

Nome: _____

RG: _____

OBS: A CENTRAL ASSISTÊNCIA A SEGUROS só fará o pagamento AO PRESTADOR perante a chegada desta Ordem de Serviços à Empresa, devidamente Preenchida e Assinada pelo Segurado.

modelo: 05/2010

Assinatura do Usuário/Segurado