

EXPEDIÇÃO (LOJA)

IDENTIFICAÇÃO DA LOJA

Nome da Loja

Vendedor/a

IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO

Selecionar e preencher as opções consoante o produto a devolver:

Nº da Venda Original Data da Venda Original

Modelo (TPxxx) IMEI 1 (15 dígitos)

Anomalia

IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO Selecionar o motivo da devolução do produto:

Importante: anexar este documento ao produto de forma segura (preferencialmente com um elástico). Não serão aceites produtos sem o presente formulário preenchido.

Equipamento com Defeito de Fabrico (DOA) Data de DOA **Devolução de Produto (RMA)**

Pré-Venda Pós-Venda

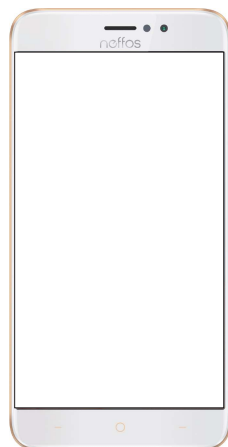
Descrição da anomalia

CHECK-UP DE COMPONENTES

Componente	SIM	NÃO	Obs.
Adaptador de carregador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Adaptador de cartão SIM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Auriculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Bateria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Borrachas dos Auriculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cabo de dados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Componente	SIM	NÃO	Obs.
Carregador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Capas extra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cartão de memória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Manuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

IDENTIFICAÇÃO DE DANOS FÍSICOS



IDENTIFICAÇÃO DO DISTRIBUIDOR

Distribuidor responsável pela venda do produto

Data Assinatura do assistente _____