



Nº 000000



CADASTRO DO CLIENTE

Data: / /

CHECKLIST MOTO

Nome/Razão: Data Nasc:
 Código CNPJ/CPF: Insc. Est/RG:
 Endereço:
 Bairro CEP: Cidade: UF:
 Fone Com: Fone Res: Celular:
 Contato:

CADASTRO DO VEICULO



Placa: Frota: Marca: Modelo:
 Ano: Cor: Alarme: Km:
 Chassis: Prisma:

BOM RUIM



VERIFICAÇÕES

BOM RUIM



<input type="checkbox"/>	Farol	Coluna de Direção	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Lâmpadas	Caixa de Direção/ Rolamentos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Buzinas	Altura Regulagem Manetes	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bateria	Punho Manetes	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Aro de Roda	Bengala Dianteira	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ajuste Raios	Amortecedor Traseiro	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Pastilhas/ Lonas	Óleo do Motor	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Regulagem freios	Vazamento motor/ transmissão	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Rolamentos de Roda	Funcionamento/ Estado Geral	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Flexíveis/ Cabos de Freio	Capacete	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Nível do Fluido de Freio	Báú/ Caixas Injetadas e Refletivos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Cubo da Roda	Kit Ferramentas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Pneu Dianteiro	Óculos de proteção	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Pneu Traseiro	Balança/ Buchas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Nível Sonoro - Escapamentos	Trinco Quadro	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Kit Relação	Retrovisor Direito/ Esquerdo	<input type="checkbox"/>

RELATO DO PROBLEMA PELO CLIENTE



.....

.....
 Mecânico Responsável