

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE: Distribuidor Usuário Final (Profissional da Saúde)

Cliente: _____ Fone:() _____ Celular:() _____

Endereço: _____ E-mail: _____

Origem da reclamação: SAC Pesquisa de Satisfação

Após tentativa de contato com o cliente o mesmo forneceu as informações necessárias para a investigação? Sim Não

IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO:

Descrição: _____ Número Lote: _____

NATUREZA DA RECLAMAÇÃO:

Não atendimento da identidade do produto, ou seja, o produto enviado pela IMPLACIL foi diferente do esperado

Não atendimento das características que o produto se propõe (falta de desempenho ou durabilidade do produto)

Produto/embalagem/rotulagem apresenta não conformidades não atendimento do prazo de entrega

Relativa a óbito, lesão ou ameaça a saúde pública não foi bem atendido

outros _____

Recebido por: Oral E-mail (anexar) Escrito (anexar) Pesquisa

Devolução de Material: Sim Não

DETALHES DA RECLAMAÇÃO:

Emitente: _____ Data: _____

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELA GARANTIA DA QUALIDADE

CLASSIFICAÇÃO DO PROBLEMA		Probabilidade	Impacto	Barreira	Criticidade	Ações	
<input type="checkbox"/> (1) Raro	x	<input type="checkbox"/> (1) Desprezível	x	<input type="checkbox"/> (1) Monitorada	=	<input type="checkbox"/> Ação preventiva	
<input type="checkbox"/> (2) Improvável		<input type="checkbox"/> (2) Menor		<input type="checkbox"/> (2) Existente		<input type="checkbox"/> C > 40 Maior (Urgente)	<input type="checkbox"/> Ação Corretiva
<input type="checkbox"/> (3) Possível		<input type="checkbox"/> (3) Moderada		<input type="checkbox"/> (3) Frágil		Tratamento entre 1 a 7 dias	<input type="checkbox"/> Revisão do Projeto
<input type="checkbox"/> (4) Provável		<input type="checkbox"/> (4) Maior		<input type="checkbox"/> (4) Fraca		<input type="checkbox"/> 15 > C ≥ 40 Médio (Curto prazo)	<input type="checkbox"/> Revisão do Ger. De Risco
<input type="checkbox"/> (5) Quase certo		<input type="checkbox"/> (5) Catastrófica		<input type="checkbox"/> (5) Ausente		Tratamento entre 1 e 15 dias	<input type="checkbox"/> Ação de Usabilidade
				<input type="checkbox"/> C ≤ 15 Menor (Médio prazo)	<input type="checkbox"/> Já previsto anteriormente		
				Tratamento entre 1 e 30 dias	<input type="checkbox"/> Outro: _____		

Não é necessário analisar a reclamação. Justificativa: _____

ANÁLISE DA RECLAMAÇÃO (Investigação)

Procedente → Emitir Ação Corretiva por Estatística Imediata - Ação Corretiva nº: _____

Não Procedente → Uso Incorreto Falha na Higienização Fadiga esperada após uso Torque Excessivo Teste com retém e/ou peça do lote está conforme Outro: _____

Inconclusivo → Falta de dados para análise Outro: _____

Responsável pela análise: _____ Data: _____

AÇÃO DE CORREÇÃO (resolver a reclamação deste cliente)

Bonificação do Cliente - Prazo para envio: 3 dias úteis após autorização da Garantia da Qualidade

Outra ação: _____

VERIFICAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES IMEDIATAS

Nº	Verificação da implantação			Replanejamento		Verificação da implantação (após replanejamento)		
	Sim	Não	Verificado por / Data	Replanejado para	Autorizado por	Sim	Não	Verificado por / Data
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
	PV nº							
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____

Informar às Autoridades Sanitárias: Não Sim (NRS nº _____) Responsável Técnico: _____ Data: _____

RESPOSTA AO CLIENTE (Reclamante):

Não foi dada uma resposta ao cliente → Justificativa: _____

Cliente concordou com a solução Cliente não concordou com a solução

Meio de Contato: Carta Telefone E-mail Fax Visita Whatsapp

Responsável pela resposta: _____ Data: _____