



**REGISTRO DE RECLAMAÇÃO, APELAÇÃO  
E/OU DENÚNCIA**

FOR.Q.09

1/2

Rev.01

Aprovado:  
10/10/2018

Cliente / solicitante / fornecedor / laboratório / consumidor final:

Data:

Reclamação  Apelação  Denúncia

*e-mail:*

Telefone (opcional):

Endereço (opcional caso não tenha *e-mail*/telefone):

Número do processo de  
certificação:

**Descrição completa da Reclamação/Apelação/Denúncia**

**a)** descrição detalhada do(s) fato(s)/ocorrência(s) que deu(ram) origem à reclamação ou apelação;

**b)** data(s), horário(s) e local(is) do(s) fato(s)/ocorrência(s), quando disponível;

**c)** nome(s) da(s) pessoa(s) envolvida(s) no(s) fato(s)/ocorrência(s); e

**d)** nome(s) e meio(s) de comunicação(ões) para contato de outra(s) pessoa(s) que pode(m) auxiliar no processo de apuração.

	<b>REGISTRO DE RECLAMAÇÃO, APELAÇÃO E/OU DENÚNCIA</b>	<b>FOR.Q.09</b>	<b>2/2</b>
		<b>Rev.01</b>	<b>Aprovado: 10/10/2018</b>

**PARA USO DO OCP OCAN CERTIFICAÇÃO**

Responsável pelo tratamento da reclamação/apelação/denúncia:	Data do recebimento: / /
A reclamação/apelação/denúncia procede? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Responsável:
Há não-conformidade no SGQ do OCP relativa à reclamação/apelação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

**Disposição imediata, ou correção da Reclamação/Apelação/Denúncia:**

Plano de ação:

O que fazer?	Como?	Quem?	Quando?

Análise Crítica e avaliação da eficácia do tratamento da Reclamação/Apelação/Denúncia:

Eficaz  Parcialmente eficaz  Não eficaz (Se não foi eficaz, justificar)

Data da resposta ao cliente:	Efetuada por:
Evidências:	Observações:

Assinatura do Coordenador de Certificação	
Assinatura do Comitê de Certificação (quando aplicável)/Conselho Diretivo:	