

## REGISTO DE OCORRÊNCIAS

<b>Origem:</b>	Reclamação	<input type="checkbox"/>	Auditoria	<input type="checkbox"/>	Não-conformidade	<input type="checkbox"/>
	Disputa	<input type="checkbox"/>	Visita	<input type="checkbox"/>	Constatação	<input type="checkbox"/>
	Sugestão	<input type="checkbox"/>	Inspeção	<input type="checkbox"/>	Discriminação	<input type="checkbox"/>
	Acidente	<input type="checkbox"/>	Assédio sexual	<input type="checkbox"/>	Outros	_____

**Descrição:**

Resp. \_\_\_\_\_ Data: / /

**Causa / Parecer:**

Resp. \_\_\_\_\_ Data: / /

Avaliação de perda  ou dano  Tipo de perda ou dano \_\_\_\_\_  
 Nome do lesado \_\_\_\_\_ Valor da perda/dano/compensação \_\_\_\_\_, \_\_\_ €

Ação Corretiva: <input type="checkbox"/> Ação Preventiva: <input type="checkbox"/>  Resp. _____      Data: / /	Resp.	Prazo

<b>Seguimento:</b>  Resp. _____      Data: / /	Resp.	Prazo

**Eficácia / Fecho da Ação:**

Resp. \_\_\_\_\_ Data: / /

Em caso de acidente de trabalho, preencher o FR.021.