

REGISTO DE OCORRÊNCIAS

Origem:	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

Seguimento: 	Resp.	Prazo

Eficácia / Fecho da Ação:

Resp. _____ Data: / /

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