



**FMT14 – REGISTRO DE RECLAMAÇÃO,
APELAÇÃO E/OU DENÚNCIA**

Nº _____ FL1/2
Revisão:00
Data: 27/05/2024

REGISTRO DE RECLAMAÇÃO, APELAÇÃO E/OU DENÚNCIA			
Cliente / solicitante / fornecedor / laboratório / consumidor final:			Data:
<input type="checkbox"/> Reclamação <input type="checkbox"/> Apelação <input type="checkbox"/> Denúncia	e-mail:	Telefone (opcional):	
Endereço (opcional caso não tenha e-mail/telefone):			Número do processo de Reclamação:
Descrição completa da Reclamação/Apeleção/Denúncia			
a) descrição detalhada do(s) fato(s)/ocorrência(s) que deu(ruim) 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.			
PARA USO DA WEND TREINAMENTOS			
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 Se "sim", a NC deve ser registrada no formulário RNC-001/2025.			
Disposição imediata, ou correção da Reclamação/Apeleção/Denúncia:			
Plano de ação:			
O que fazer?	Como?	Quem?	Quando?
Análise Crítica e avaliação da eficácia do tratamento da Reclamação/Apeleção/Denúncia: <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Parcialmente eficaz <input type="checkbox"/> Não eficaz (Se não foi eficaz, justificar)			
Data da resposta ao cliente:		Efetuada por:	
Evidências:		Observações:	

Assinatura do Coordenador da Wend Treinamentos:

Assinatura da Comissão de Imparcialidade (quando aplicável):

