



CENTRO SOCIAL DE PARAMOS

OCORRÊNCIAS /SUGESTÕES/RECLAMAÇÕES

1. TODA E QUALQUER OCORRÊNCIA /SUGESTÃO/RECLAMAÇÃO QUE CONSIDERE CONVENIENTE REPORTAR, DEVERÁ PREENCHER ESTE IMPRESSO E ENVIÁ-LO PARA O ENDEREÇO DIRECAOSERVICOS@CENTROSOCIALPARAMOS.ORG.
2. SERÁ CONTACTADO, POR ESCRITO, NO PRAZO DE 2 DIAS ÚTEIS, A CONTAR DA DATA DE RECEÇÃO DO EMAIL, CONFIRMANDO QUE A MESMA FOI RECEBIDA E REGISTADA E QUE ESTÁ A SER ANALISADA;
3. NO PRAZO MÁXIMO DE 10 DIAS ÚTEIS, A CONTAR DA DATA REFERIDA NO NÚMERO ANTERIOR, SERÁ INFORMADO, POR ESCRITO, SOBRE A DECISÃO TOMADA EM RELAÇÃO À MESMA E OS PROCEDIMENTOS ADOTADOS PARA A SUA RESOLUÇÃO.

PREENCHIMENTO FACULTATIVO: (PREENCHA O MODO COMO PRETENDE SER CONTACTADO)				
NOME:	Nº TELEMÓVEL:			
MORADA:	EMAIL:			
<table border="1"><tr><td>OCORRÊNCIA</td><td>SUGESTÃO</td><td>RECLAMAÇÃO</td></tr></table>		OCORRÊNCIA	SUGESTÃO	RECLAMAÇÃO
OCORRÊNCIA	SUGESTÃO	RECLAMAÇÃO		

DATA DA OCORRÊNCIA: / / ASSUNTO:

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

NOME/CONTACTO DAS TESTEMUNHAS QUE POSSAM CONTRIBUIR PARA O ESCLARECIMENTO DA SITUAÇÃO:

Assinatura (de quem rececionou a nota de ocorrência) _____ Data / /
--

_____, / /

ASSINATURA



A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

RELATÓRIO Nº

IDENTIF. DA AÇÃO(*): NC/AC

REC.

RISCO

AM

ANÁLISE E IDENTIFICAÇÃO DE CAUSAS (MENCIONAR RESPOSTAS SOCIAIS/SERVIÇOS/OUTROS ENVOLVIDOS DIRETAMENTE)

DATA: / / ASSIN. RESP.: _____

AÇÃO A EXECUTAR (O QUÊ, QUANDO, COMO E QUEM):

DATA: / / ASSIN. RESP.: _____

QUEM VAI EXECUTAR:

DATA PREVISTA DE CONCLUSÃO: / /

VERIFICAÇÃO DA EFICÁCIA DA AÇÃO:
(DEFINIR MODO DE AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA)

DATA PREVISTA PARA AVAL. DA EFICÁCIA: / /

DATA: / / ASSIN. DIRETORA DE SERVIÇOS: _____

EFICAZ: SIM NÃO DATA DE FECHO: / / ASSINATURA: _____

ENCERRAMENTO: SIM NÃO DATA DE FECHO: / / APROVADO POR (DIR/DS): _____

OBSERVAÇÕES: (MENCIONAR RELATÓRIOS RELACIONADOS)

(*) AÇÃO CORRETIVA (APLICA-SE A NÃO CONFORM.); AP – AÇÃO PREVENTIVA (APLICA-SE A POTENCIAIS NÃO CONFORM.); AM – AÇÃO DE MELHORIA; REC – RECLAM. CLIENTES