

ANO: \_\_\_\_\_

RESUMO DO REGISTO	
REGISTO Nº:	
NOME DO CLIENTE:	
DATA DE ENTRADA (DD/MM/AAAA):	
DEVOLUÇÃO:	<input type="checkbox"/>
RECLAMAÇÃO:	<input type="checkbox"/>

REGISTO DA DEVOLUÇÃO / RECLAMAÇÃO: (INSERIR A INFORMAÇÃO EM TODOS OS CAMPOS)			
PARÂMETRO	INFORMAÇÃO		
CÓDIGO DO PRODUTO (INTERNO)			
PRODUTO (NOME, DOSAGEM, FORMA FARMACÊUTICA, APRESENTAÇÃO, SE APLICÁVEIS)			
LOTE Nº			
VALIDADE (DD/MM/AAAA)			
QUANTIDADE (Nº EMBALAGENS UNITÁRIAS)			
MOTIVO			

Comercial: \_\_\_\_\_ Atensão ao cliente: \_\_\_\_\_

Cliente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**SE FOR UMA RECLAMAÇÃO, CLASSIFICAR QUANTO AO TIPO E GRAVIDADE:**

RECLAMAÇÃO DE QUALIDADE

RECLAMAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO

MUITO GRAVE:

GRAVE:

NÃO GRAVE:

**INFORMAÇÃO ADICIONAL**

**CONCLUSÕES**

**(ANEXAR A INFORMAÇÃO RECOLHIDA E TODOS OS DOCUMENTOS DE SUPORTE)**

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_