



RIFARMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E CORRELATOS
CNPJ 83.929.976/0001-70
Conjunto Catalina, Trav. 14, n°182 – Mangueirão
CEP: 66150-000 / Belém(PA)
Fone: (91) 3279-5246 / 3279-5353
e-mail: rifarmed@rifarmed.com.br

FICHA DE RECLAMAÇÃO

N° da Reclamação: _____

I - Identificação e Registro da Reclamação (A preencher pelo receptor da reclamação ou cliente)		
Cliente: _____ N° do Cliente: _____ Telefone / email: _____		Data da reclamação: ____ / ____ / ____ Nome do receptor da reclamação: _____
Tipo de reclamação: <input type="checkbox"/> Atendimento <input type="checkbox"/> Prazo de reparação <input type="checkbox"/> Avaria <input type="checkbox"/> Logística <input type="checkbox"/> Outros _____	Registrada por: <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> E-mail	Descrição da reclamação: <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
Documentos anexos <input type="checkbox"/> Sim n° págs: _____ <input type="checkbox"/> Não		
II – Análise da Reclamação (A preencher pela diretoria ou farmacêutico responsável)		
Reclamação <input type="checkbox"/> Aceita <input type="checkbox"/> Não Aceita Motivo da não aceitação: _____ Responsável: _____		
III - Resolução da Reclamação (A preencher pela diretoria ou farmacêutico responsável)		
Causas apuradas da reclamação: _____		
Correções: _____		
Data prevista de correção: ____ / ____ / ____	Responsável: _____	
Data de conclusão: ____ / ____ / ____	Concluído por: _____	