

	<b>TOMMASI LABORATÓRIO</b>		Código: <b>FR 034</b>
	<b>Formulário de Registro</b>		Versão: <b>1.0</b>
	<b>Controle do Fluxo de Atendimento</b>		Página: 1 de 1

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ UNIDADE HOSPITALAR: \_\_\_\_\_

CHAMADO			ATENDIMENTO		RETORNO	
HORÁRIO (HH : mm)	QUEM CHAMOU ? SETOR / PESSOA	QUEM ATENDEU O TELEFONE ?	HORÁRIO QUE FOI ATENDER (HH : mm)	QUEM FOI ATENDER?	HORÁRIO (HH : mm)	RESPONSÁVEL PELO REGISTRO
:	/		:		:	
:	/		:		:	
:	/		:		:	
:	/		:		:	
:	/		:		:	
:	/		:		:	
:	/		:		:	
:	/		:		:	
:	/		:		:	
:	/		:		:	
:	/		:		:	
:	/		:		:	
:	/		:		:	
:	/		:		:	
:	/		:		:	
:	/		:		:	
:	/		:		:	

**ATENÇÃO:** É NECESSÁRIO EXTREMO RIGOR NO PREENCHIMENTO DESTES DADOS, APÓS O PREENCHIMENTO DESTE FORMULÁRIO, O MESMO DEVERÁ SER ARQUIVADO E ENCAMINHADO À UNIDADE DE GARANTIA DA QUALIDADE PARA ANÁLISE ESTATÍSTICA DO PROCESSO.