



SÃO PAULO

PLANO DE ATENDIMENTO

OAC

DADOS DA EMPRESA

Razão social:

CNPJ:

Endereço:

Contato:

Telefone:

E-mail:

ATENDIMENTO

Responsável pelo atendimento:

Data do recebimento da solicitação:

Forma de recebimento da solicitação: () Fax () E-mail () Fone () outros _____

Data de envio da solicitação ao laboratório (quando aplicável):

DEMANDA / EXPECTATIVA DO CLIENTE

- Há definição clara das necessidades do cliente? (**X**) Sim () Não
Se não, por quê?
- Necessita visita? () Sim (**X**) Não

SERVIÇO A SER REALIZADO:

NORMA/METODOLOGIA A SER UTILIZADA:

ANÁLISE CRÍTICA DE PEDIDOS, PROPOSTAS E CONTRATOS

1) SERVIÇO É INÉDITO? () Sim (X) Não

• **Caracterização do Atendimento**

- (X) Ensaaios/calibração
() Certificação de produto
() Desenvolvimento Projetos
() Consultoria
() Outros _____

• **Responsabilidade da amostragem**

() SENAI (X) Cliente () Outros _____

• **Recomendações para a amostragem e entrega da amostra**

Quantidade de corpos de prova _____

Quantidade de amostras: _____

Temperatura _____

Umidade _____

Outros _____

2) ANÁLISE CRÍTICA PARA O ATENDIMENTO:

Há disponibilidade de Recursos Humanos?	(X) Sim	() Não	() Não aplicável
Há disponibilidade de Recursos Físicos?	(X) Sim	() Não	() Não aplicável
Há disponibilidade de Insumos?	(X) Sim	() Não	() Não aplicável
Há disponibilidade de Matéria Prima?	(X) Sim	() Não	() Não aplicável
Há disponibilidade de Metodologia/Norma?	(X) Sim	() Não	() Não aplicável

Em caso negativo, descrever as necessidades abaixo:

ANÁLISE CRÍTICA DE PEDIDOS, PROPOSTAS E CONTRATOS

3) VIABILIDADE DA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO

- O laboratório poderá realizar o serviço? () sim () não

Se não justificar: _____

Data da previsão da realização: _____

Responsável pela Análise Crítica: _____

Data da análise crítica: _____

Data da resposta ao cliente: _____

Número da proposta/sequencial: _____

Observações emendas: