**Pág 1/2**

**Dados do formulário**

**Dados do cliente**

**1) CNPJ :**

**2) Razão Social :**

**Local da ocorrência**

**3) Setor :**

**Profissional relator da reclamação**

**4) Nome :**

**5) E-mail :**

**6) Classe profissional :**

**7) Telefone direto :**

**Produto reclamado**

**8) Descrição :**

**9) Código :**

**10) Lote :**

**11) Venda via MP :**

**12) Quantidade :**

**13) Disponível amostra do produto para análise técnica? :**

**14) Quantidade de amostra :**

**15) Número da nota fiscal :**

**Soluções, medicamentos utilizados, e/ou produtos para saúde que interagiram com nosso produto (detalhar o nome do medicamento e/ou produto utilizado):**

**16) Soluções :**

**RELATO DETALHADO DA OCORRÊNCIA (Condição do paciente, condição/marca do material coadjuvante, etc):**

**17) Mensagem/**

**Anexo**

**18) Anexo :** Se disponível para análise: foto/vídeo anexar a este documento.