|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Quem relatou: | Quem vai analisar:  Coordenador SSMAQ | | Quem vai aprovar:  Gerente - Geral |
| Quando aconteceu: ...../...../..... | | Quando foi relatado: ...../...../..... – **Prazo: 24h** | |
| Tipo de evento: ⬜ Acidente ⬜ Quase acidente (=Incidente) | | | |
| CLASSIFICAÇÃO DO EVENTO | | | |
| CONDIÇÕES INSEGURAS DE OPERAÇÃO  ⬜ Trabalho  ⬜ Trânsito  ⬜ Desvios na Qualidade do produto  ⬜ Limpeza | ⬜ Abastecimento  ⬜ Documentos de transporte  ⬜ Emplacamento, identificação ou sinalização  ⬜ Atrasos na coleta / entrega  ⬜ Multas por falta de atendimento a exigências legais  ⬜ Manutenção  ⬜ Outro: ... | | CONDIÇÕES INSEGURAS DO AMBIENTE  ⬜ Instalações  ⬜ Autos de infração  ⬜ Resultados da fiscalização  ⬜ Outro: ... |
| Descrição do evento pelo autor:  O cliente foi informado? ⬜Sim ⬜Não | | | |
| Análise da causa-raiz pelo Coordenador SSMAQ:   1. Por que aconteceu? ................................................................................................. 2. Por que aconteceu? ................................................................................................. 3. Por que aconteceu? ................................................................................................. 4. Por que aconteceu? ................................................................................................. 5. Por que aconteceu? ................................................................................................. | | | |
| PLANO DE AÇÃO CORRETIVA/PREVENTIVA – Aprovação Gerente Geral:... | | | |
| O QUE FAZER PRAZO RESP.  ...........................................................................................................................................................  ...........................................................................................................................................................  ...........................................................................................................................................................  Há necessidade de mudança do procedimento: ⬜Não ⬜Sim:... | | | |
| Avaliação da eficácia da ação corretiva/preventiva: ⬜  ⬜ Em processo de validação até (6 meses): ...../...../..... - Validado: ⬜ Sim ⬜ Não: ... | | | |