

RELATÓRIO DE VISITA PARA HOMOLOGAÇÃO DE FORNECEDOR

Engenharia Clínica – InCor/HCFMUSP

Empresa: _____
Contato: _____
Escopo da visita: _____
Data da visita: _____

	conforme	não conforme	Observações
Controle de documentos e dados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Revisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aprovações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Procedimentos de calibração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rastreabilidade de padrões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Controle ambiental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Treinamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Parecer final:

Visita feita por:

assinatura do funcionário