CONTROLE DE MUDANÇAS	Nº

TIPO DE MUDANÇA:

PRODUTO/ ITEM:

DATA:	INICIADOR:

ALTERAÇÕES

MOTIVO DA MUDANÇA:

ATUAL:

PROPOSTA:

OBSERVAÇÕES:

Foram realizados testes ou ensaios? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Quais:

(Anexar laudos ou documentos com os resultados)

AÇÕES DE IMPLEMENTAÇÃO

DOCUMENTO / PROCESSO	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO	RESPONSÁVEL	SETOR	REALIZADO EM

APROVAÇÃO

SETOR	APROVADOR	DATA	ASSINATURA

☐ **APROVADO** ☐ **REPROVADO**

ENCERRAMENTO

Todas as ações de implementação foram concluídas? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Observações:

A mudança mostrou-se eficaz? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Observações:

(Se aplicável relatar novo controle de mudanças elaborado)

Responsável pelo encerramento:_____ **Data:** ___/___/_____