



CÂMARA MUNICIPAL DE
Manaus

“Consolidando uma nova cultura”

Diretoria de Gestão de Tecnologia da Informação
Coordenadoria de Gestão

Relatório de
Auditoria
Interna

13 de julho

2023

Relatório da auditoria interna nº RAI-01/2023 realizada no período de 10 a 14 de Julho de 2023 referente ao escopo do SGI definido no Manual de Gestão Integrado (MGI.750) da Câmara Municipal de Manaus.



IDENTIFICAÇÃO DA AUDITORIA*Data da Auditoria*

10 a 14 de julho de 2023

Equipe Auditora

Ana Lúcia Maciel – Auditor Líder

Aleksandro Machado
Izabel Maquiné
Célio TeixeiraEli Camilo Custódio
Valério Luniére*Empresa Auditada (Razão Social)*

CÂMARA MUNICIPAL DE MANAUS

Número de Funcionários

2360 Servidores e 41 Vereadores

*Endereço*RUA PADRE AGOSTINHO CABALLERO, 850 SÃO RAIMUNDO.
Município: MANAUS – AMAZONAS – CEP. 69027-020.
Fone: (92) 3303-2701 / 3303-2903
E-mail: www.cmm.am.gov.br*Unidades Auditadas (sites):**Responsável (eis):*

| | |
|--|--|
| Processo de Gestão Estratégica (DIGER / DIGTI) | Henry Vieira / Zuleinilson Portela |
| Processo Comunicação Interna (DICOM) | Aleksandro Machado / Zuleinilson Portela |
| Processo de Aquisição (DIOF / CPL / CI / Patrimônio) | Bruno Mota / Leandro Menezes / Verônica da Silva/ Pedro Bessa |
| Processo de Gestão Estratégica e Comunicação Interna (DIGTI) | Zuleinilson Portela / Aleksandro Machado |
| Processo de Manutenção (Controle Operacional - DINFE) | Kléber Pessoa |
| Processo Legislativo e Comunicação com Cliente (DLEG) | Evelina Santana |
| Processo de Comunicação com o cliente (OUV/SIC) | Thiago Monteiro |
| Processo de Comunicação Interna (DICOM / DIGTI) | Mário Marinho / Célio Teixeira |
| Processo de Assessoria Jurídica (PROG) | Roberto Tatsuo |
| Processo de Recursos Humanos (DIAGP / DIEL) | Roberta Tapajós / Maurício Brilhante |
| Processo de Manutenção (DIOF / DINFE / DISAU) | Kléber Pessoa / Zuleinilson Portela / Roberta Tapajós |
| Processo de Manutenção (DINFE / DGTI) | Kléber Tapajós / Zuleinilson Portela |

Escopo do Sistema:

“Processos legislativos, gestão administrativa e demais atividades operacionais e de suporte”.
(*Legislative procedures, administrative management and other operational and support activities*).



Representante da Administração:

Henry Walber Dantas Vieira

Normas de Referência:

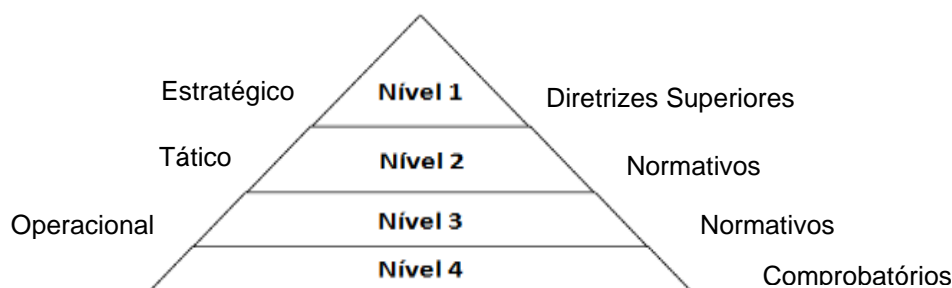
NBR ISO 9001:2015 / NBR ISO 14001:2015

REQUISITOS E ESTRUTURA DO SISTEMA

Requisitos legais e regulamentares

Banco de Dados – Previsão Legal e Lei 8.666/93

Estrutura documental do Sistema de Gestão



REQUISITOS NORMATIVOS (9K / 14K) - 992385894

| ISO 9001:2015 | ISO 14001:2015 |
|---|---|
| 4. Contexto da organização | 4. Contexto da organização |
| 4.1 Compreendendo a Organização e seu contexto | 4.1 Compreendendo a organização e seu contexto |
| 4.2 Compreendendo as necessidades e expectativas de partes interessadas | 4.2 Compreendendo as necessidades e expectativas de partes interessadas |
| 4.3 Determinando o escopo do sistema de gestão da qualidade | 4.3 Determinando o escopo do sistema de gestão ambiental |
| 4.4 Sistemas de Gestão da Qualidade e seus processos | 4.4 Sistema de gestão ambiental |
| 5. Liderança | 5. Liderança |
| 5.1 Liderança e Comprometimento | 5.1 Liderança e comprometimento |
| 5.2 Política da Qualidade | 5.2 Política ambiental |
| 5.3 Funções organizacionais, responsabilidades e autoridades | 5.3 Funções organizacionais, responsabilidades e autoridades |
| 6 - Planejamento do Sistema de Gestão da Qualidade | 6. Planejamento |
| 6.1 Ações para abordar Riscos e Oportunidades | 6.1 Ações para abordar risco associado a ameaças e oportunidades |
| 6.2 Objetivos da Qualidade e Planejamento para atingi-los | 6.2 Objetivos ambientais e planejamento para atingi-los |
| 6.3 Planejamento de Mudanças | |
| 7. Suporte | 7. Suporte |
| 7.1 Recursos | 7.1 Recursos |
| 7.2 Competência | 7.2 Competência |
| 7.3 Conscientização | 7.3 Conscientização |
| 7.4 Comunicação | 7.4 Comunicação |
| 7.5 Informação Documentada | 7.5 Informação documentada |

FQ.C920-09 (04/03/20)

ASSINADO POR CERTIFICADO DIGITAL POR ZULEINILSON PORTELA DA SILVA - EM 11/08/2023 09:12:13

ASSINADO POR CERTIFICADO DIGITAL POR ANA LUCIA MACIEL LOPES - EM 10/08/2023 15:34:53

CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO : 89FD49BF0010F20E . CONSULTE EM <https://camaradigital.cmm.am.gov.br/verificador>



| 8. Operação | 8. Operação |
|---|---|
| 8.1 Planejamento e Controle Operacional | 8.1 Planejamento e controle operacional |
| 8.2 Determinação de Requisitos de Produtos e Serviços | |
| 8.4 Controle de Produtos e Serviços adquiridos externamente | |
| 8.5 Produção e Prestação do Serviço | |
| 8.6 Liberação de Produtos e Serviços | |
| 8.7 Controle de Não conformidades das saídas dos processos, produtos e serviços | 8.2 Preparação e resposta a emergência |
| 9. Avaliação de desempenho | 9. Avaliação de desempenho |
| 9.1 Monitoramento, Medição, Análise e Avaliação | 9.1 Monitoramento, Medição, Análise e Avaliação |
| 9.2 Auditoria Interna | 9.2 Auditoria interna |
| 9.3 Análise Crítica pela Direção | 9.3 Análise crítica pela direção |
| 10. Melhoria | 10. Melhoria |
| 10.2 Não Conformidade e Ação Corretiva | 10.1 Não conformidade e ação corretiva |
| 10.3 Melhoria contínua | 10.2 Melhoria contínua |

DOCUMENTOS VERIFICADOS

| Título | Código | Check com Lista Mestra |
|---|--------------|------------------------|
| Manual de Gestão Integrada | MGI.750-09 | OK |
| Rel. Planejamento Estratégico da CMM – 2019 | RPE | OK |
| Mapa de Id. de Ris. e Op. (setorial) | MIRO | OK |
| Controle de Informações Documentadas | PP.750-07 | OK |
| Competência e Conscientização | PP.720-09 | OK |
| Preparação e Atendimento as Emergências | PP.820-07 | OK |
| Aspectos Ambientais | PP.612-05 | OK |
| Requisitos Legais | PP.613-06 | OK |
| Satisfação do Cliente | PP.912-04 | OK |
| Comunicação | PP.740-06 | OK |
| Controle Operacional de Resíduos | PP.810-05 | OK |
| Não Conformidade e Ação Corretiva | PP.102-07 | OK |
| Análise Crítica do SGI | PP.930-06 | OK |
| Objetivos, Metas e Programas | PP.620-05 | OK |
| Monitoramento, Medição, Análise e Avaliação | PP.910-06 | OK |
| Controle de Saídas Não Conforme | PP.870-06 | OK |
| Comunicação com o Cliente | PP.821-05 | OK |
| Auditoria Interna | PP.920-10 | OK |
| Aquisição | PP.840-09 | OK |
| Coleta Seletiva | IT.810.01-05 | OK |
| Patrimônio | IT.840.01-04 | OK |
| Descarte de Material de Ambulatório | IT.810.02-05 | OK |
| Processo Legislativo | IT.821.02-05 | OK |
| Manuseio de Produtos Químicos | IT.820.02-05 | OK |
| Serviço de Ouvidoria / SIC | IT.821.01-07 | OK |
| Manutenção de Licenças Ambientais | IT.613.01-07 | OK |
| Monit. de Equipa. e Medidas Contra Incêndio | IT.820.01-06 | OK |
| Tabela de Cadastro de Aspectos Ambientais (TCA) | FQ.B612-05 | OK |
| Relatório do Programa de Gestão Integrada | RPGI | OK |
| Competência e Conscientização | PP. 720-09 | OK |
| Requisito de Cargo e Função | RCF | OK |
| Necessidade de Treinamento Operacional | NTO | OK |
| Levantamento de Necessidades de Treinamento | LNT | OK |
| Plano Anual de Treinamento | PAT | OK |

FQ.C920-09 (04/03/20)

ASSINADO POR CERTIFICADO DIGITAL POR ZULEINILSON PORTELA DA SILVA - EM 11/08/2023 09:12:13

ASSINADO POR CERTIFICADO DIGITAL POR ANA LUCIA MACIEL LOPES - EM 10/08/2023 15:34:53

CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO : 89FD49BF0010F20E . CONSULTE EM <https://camaradigital.cmm.am.gov.br/verificador>

| | | |
|------------------------------------|-------------|----|
| Lista Mestra de Documentos | LMD | OK |
| Reunião da Análise Crítica do SGI | RAC-01/2022 | OK |
| Relatório de Auditoria Interna SGI | RAI-01/2022 | OK |

ENTREVISTAS

| Nome | Setor/Área |
|--|---------------------------------|
| HENRY WALBER DANTAS VIEIRA | DIGER |
| ZULEINILSON PORTELA IZABEL MAQUINÉ JONEY RICARDO ALEKSANDRO GOMES | DIGTI |
| BRUNO MOTA DANTAS ANA LUCIA MACIEL | DIOF |
| KÉBLER DE OLIVEIRA VALÉRIO LUNIÉRE JOSÉ CARLOS ROBERTA TAPAJÓS ANIK TAUMATURGO | DINFE DISAU |
| MIRELA FURTADO ELI CAMILO MAURÍCIO BRILHANTE | DAGP DIEL |
| EVELINA SANTANA | DILEG |
| ROBERTO TATSUO FABIANA SEABRA | PROCURADORIA |
| THIAGO BOTELHO ELANE BELOTA | OUV/SIC |
| MARIO MARINHO CÉLIO TEIXEIRA | DICOM |
| BRUNO MOTA LEANDRO MENEZES VERÔNICA DA SILVA PREDRO BESSA | CI CPL DIOF PATRIMÔNIO |

NÃO CONFORMIDADES

| | | | | |
|---|-----------------------------|---|--------------------------------|---|
| PROCESSO: MANUTENÇÃO DE LICENÇAS OPERACIONAIS E AMBIENTAIS | <input type="checkbox"/> 9K | <input checked="" type="checkbox"/> 14K | <input type="checkbox"/> MAIOR | <input checked="" type="checkbox"/> MENOR |
| <p>Requisito: 9.1 – Monitoramento, medição, análise e avaliação</p> <p>Setor: Diretoria de Saúde</p> <p>Entrevistados: Roberta Tapajós e Anik Taumaturgo</p> <p>OM1: Foi evidenciado ausência de registro de destinação dos resíduos hospitalares, coletados por empresa terceirizada, no setor auditado. Contrariando Resoluções RDC nº 306/04 da ANVISA e a resolução nº 358/05 do CONAMA. Segundo informado pelo setor de contratos, as respectivas comprovações de coleta e destinação final são enviadas junto ao processo de faturamento, encaminhado ao setor de finanças. Os entrevistados não apresentaram confirmação.</p> | | | | |



OPORTUNIDADES DE MELHORIA

| | | |
|--|---|--|
| PROCESSO: MANUTENÇÃO DE LICENÇAS OPERACIONAIS E AMBIENTAIS | <input checked="" type="checkbox"/> 9K <input checked="" type="checkbox"/> 14K | <input checked="" type="checkbox"/> OPORTUNIDADE DE MELHORIA |
| <p>Requisito: 6.1 – Ações para abordar riscos e oportunidades / 6.1.3 – Obrigações de conformidade / 8.1 – Controle e Planejamento Operacional / 8.2 – Prontidão e resposta a emergências / 9.1 Monitoramento, medição, análise e avaliação / 9.1.2 – Avaliação de continuidade / 10.2 – Não conformidade e ações corretivas</p> <p>Sector: Diretoria de Saúde</p> <p>Entrevistados: Roberta Tapajós e Anik Taumaturgo</p> <p>OM2: Foi evidenciado necessidade de melhoria no conhecimento relacionado a obrigações legais, manutenção de licenças e operacionais. Foi sugerido ao setor, que realize trabalho interno de conscientização com ASGIs e Diretora, buscando alinhar conhecimentos sobre tais legislações.</p> <p>OM3: Foi evidenciado necessidade de melhoria no conhecimento relacionado a documentações legais, tal como PGRSS – Programa de Gestão de Resíduos Sólidos da Saúde. Foi sugerido ao setor, que realize trabalho interno de conscientização com ASGIs e Diretora, buscando alinhar conhecimentos e necessidades de atualização de procedimentos de descarte, conforme descrito no PGRSS.</p> <p>OM4: Foi evidenciado necessidade da criação de controles internos para melhorar o processo de avaliação de não conformidades e ações corretivas aplicáveis. Foi sugerido ao setor, que crie documentação de controle para possíveis não conformidades, elencando ações corretivas, responsáveis pelas ações e monitoramento com prazos.</p> <p>OM5: Foi evidenciado necessidade da criação de documentação para gestão e manutenção de indicadores, o setor possui informações atualizadas de índices, todavia não apresentou documentação gerencial contendo valores históricos ou consolidados de tais índices. Foi sugerido ao setor, que utilize os modelos documentais mapeados pelo SGI, a fim de gerir seus indicadores.</p> <p>OM6: Foi evidenciado necessidade de criação de documentação de caráter procedimental, nas quais serão descritos procedimentos de saúde corriqueiros realizados no setor bem como sua participação correlata aos procedimentos de resposta a emergências. Foi sugerido ao setor elaborar procedimentos ou instruções de trabalho objetivando, inicialmente, o escopo da manutenção de equipamentos e resposta a emergências – com acompanhamento da equipe do SGI, para padronização de tais documentações.</p> <p>OM7: Foi evidenciado necessidade de atualização do MIRO – Mapa de Riscos e Oportunidades, refletindo a atual execução de processos no setor, responsáveis, impactos, frequência e formas de mitigação. Foi sugerido um trabalho de atualização destes, em conjunto com a equipe do SGI, para que haja também uma orientação geral aos ASGI e Diretora.</p> | | |
| PROCESSO: MANUTENÇÃO DE LICENÇAS OPERACIONAIS E AMBIENTAIS | <input checked="" type="checkbox"/> 9K <input checked="" type="checkbox"/> 14K | <input checked="" type="checkbox"/> OPORTUNIDADE DE MELHORIA |
| <p>Requisito: 6.1.3 – Obrigações de conformidade / 8.1 – Controle e Planejamento Operacional / 8.2 – Prontidão e resposta a emergências / 9.1 Monitoramento, medição, análise e avaliação / 9.1.2 – Avaliação de continuidade / 10.2 – Não conformidade e ações corretivas</p> <p>Sector: Diretoria de Infraestrutura</p> <p>Entrevistados: Kléber de Oliveira / José Carlos</p> <p>OM8: Foi evidenciado necessidade de melhoria no conhecimento relacionado manutenção de licenças operacionais. Foi sugerido ao setor, que realize trabalho interno de conscientização com ASGIs e Diretor, buscando alinhar formas de monitorar prazos e necessidades de registro em órgãos gestores.</p> <p>OM9: Foi evidenciado necessidade de itens de revisão para emissão do AVCB final. Setor apresentou bom andamento no processo de aprovações e correções, porém ainda não uma previsão de conclusão. Foi sugerido ao setor que tente uma abordagem direta ao Corpo de Bombeiros através da pessoa do Presidente da CMM, formalizando de forma mais incisiva a necessidade da casa em obter tal certidão, visto todo o histórico desde 2019.</p> | | |



OM10: Foi evidenciado no Relatório de Manutenção do SPDA de 2022, alterações nas medições de valores que ultrapassaram os limitadores indicados na NBR 5419. Não houve demonstração de novas medições. Setor apresentou processo de aquisição de peças e itens de reposição para resolução de pendências, todavia não houve apresentação de documentação de apoio e medições visuais semestrais. Foi sugerido ao setor que observe as necessidades apontadas na ACL – Auditoria de Conformidade Legal, para obtenção de conformidade.

OM11: Foi identificado que documentação de avaliação de ruídos de entorno engloba o grupo gerador, mas não em totalidade a área do prédio da CMM. Foi sugerido ao setor a contratação de mão de obra terceirizada para elaboração de projeto e tomada de ação ao atendimento em completude dessa necessidade. Obs.: Setor citou que a DISAU está em processo de elaboração da LTCAT que contará com possível avaliação de ruídos ao entorno.

OM12: Foi identificado necessidade de melhorias no processo de avaliação de fornecedores e qualidade das entregas e atendimento a requisitos ambientais por parte dos prestadores de serviço externo responsáveis por processos críticos. Foi sugerido ao setor que fiscais de contrato participem de treinamentos orientados à fiscalização de contratos no âmbito público.

OM13: Foi identificado que a retenção de documentação de evidências ambientais, tanto oriunda de prestadores de serviço externo quanto de requisitos legais próprios da CMM, pode ser otimizada de forma a melhorar as avaliações e situações de atendimento aos requisitos legais. Foi sugerido ao setor a possível criação de um *check-list* de necessidades mínimas, afixada ao quadro de informações existente no setor.

PROCESSO: MANUTENÇÃO DE FORNECEDORES (DIOF / DINFE)

9K
 14K

OPORTUNIDADE DE MELHORIA

Requisito: 6.1 – Ações para abordar riscos e oportunidades / 6.1.2 – Aspectos Ambientais / 6.1.3 – Obrigações de conformidade / 7.3 - Conscientização / 9.1 Monitoramento, medição, análise e avaliação / 9.1.2 – Avaliação de continuidade

Setores: Diretoria de Infraestrutura / Diretoria de Orçamentos e Finanças

Entrevistados: Kléber de Oliveira / Wandecy Campos

OM14: Foi evidenciado necessidade de atualização do Manual de Prestador de Serviço Externo, para constar orientações completas ao fornecedor, fiscal e coordenação de contratos. Foi sugerido ao setor que adicione no MPSE as necessidades inerentes a conformidade legal (operacional e ambiental).

OM15: Foi evidenciado necessidade e atualização da ferramenta de avaliação do prestador de serviço externo, o setor não conseguiu apresentar as últimas avaliações realizadas. Foi sugerido ao setor que trabalhe com a DIGTI/CGI na atualização dessa ferramenta e apresente treinamento operacional aos fiscais de contrato, tornando assim o uso e manutenção operacional desta, uma atribuição da fiscalização de contratos.

OM16: Foi evidenciado necessidade de melhorar a forma como é realizada a pós-avaliação do PSE – Prestador de Serviço Externo. Foi sugerido ao setor, que realize a pós-avaliação do PSE baseado na avaliação prévia feita pelos fiscais de contrato, pontuado então a meta mínima de qualidade de serviço destes terceirizados.

OM17: Foi evidenciado necessidade de consolidar a média geral da qualidade de serviço dos contratos vigentes na CMM, de forma a prover informação geral ao cliente final e relatório de gestão do biênio da atual presidência da casa. Foi sugerido ao setor criar índices para tal atividade.

OM18: Foi evidenciado necessidade de melhorar o processo de guarda e avaliação dos documentos apresentados pelo PSE à DINFE – Diretoria de Infraestrutura, dada necessidade de realização de serviços em modo emergencial. Foi sugerido ao setor que realize estudo de legislações aplicáveis, as quais podem demonstrar modo de operacionalizar e facilitar a tratativa de tais necessidades. Ex.: DIOF, CI, seriam setores que podem ser consultados.

OM19: Foi evidenciado necessidade de melhorar o controle de possíveis não conformidades contratuais, listando ações corretivas, prazos, responsáveis e contramedidas cabíveis ao PSE. Foi sugerido ao setor a implementação de métodos avaliativos e ferramentas eletrônicas para registro/controlar de tais ocorrências.



| | | |
|--|---|--|
| PROCESSO: AQUISIÇÃO (CPL / DIOF / CI / PATRIMÔNIO) | <input checked="" type="checkbox"/> 9K <input checked="" type="checkbox"/> 14K | <input checked="" type="checkbox"/> OPORTUNIDADE DE MELHORIA |
| <p>Requisito: 6.1 – Ações para abordar riscos e oportunidades / 6.1.2 – Aspectos Ambientais / 6.1.3 – Obrigações de conformidade / 7.3 - Conscientização / 9.1 Monitoramento, medição, análise e avaliação / 9.1.2 – Avaliação de continuidade</p> <p>Setores: Comissão de Licitação / Diretoria de Orçamentos e Finanças / Controle Interno / Pedro Bessa</p> <p>Entrevistados: Leandro Menezes / Bruno Mota / Verônica da Silva / Pedro Bessa</p> <p>OM20: Foi evidenciado necessidade de implementar melhorias no tratamento de índices de mediação/avaliação das atividades de cada setor, estes possuem informação necessária, fonte das informações, etc., mas não foi demonstrando ferramenta de trabalho e descrição consolidada desses dados. Foi sugerido ao setor que criem planilha eletrônica para armazenamento, descrição e demonstração avaliativa, quantitativa e qualitativa destes índices.</p> | | |

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A auditoria realizada de acompanhamento, tinha como objetivo realizar uma avaliação da conformidade do sistema de gestão integrado. Tal objetivo foi no essencial conseguido, todos os locais previstos de auditar e onde possível validar o âmbito de recertificação, foram auditados.

Considerando a renovação massiva do quadro funcional ocorrida em 2023, o SGI manteve-se em um nível aceitável de operação com marcas de melhorias aplicáveis aos processos listados em seu escopo. É do entendimento deste auditor interno, que o grau da maturidade do SGI é alto e sólido o suficiente a garantir continuidade sem perdas na qualidade de processo e/ou atendimento as legislações ambientais obrigatórias aplicáveis ao funcionado desta casa legislativa.

Evidenciado como ponto forte nessa Auditoria Interna a inovação nos canais de Acesso aos documentos do SGI em uma versão bidimensional através do QR Code.

Oportuno observar que no compromisso na questão ambiental estamos com resultado significativo na redução do consumo de água como dispositivo dosador da torneira do banheiro, bem como reuso da água, também na questão do consumo de energia -elétrica: sensor de luz nos corredores e áreas externas, bem como nos banheiros- troca de lâmpadas led, energia solar; redução significativa do consumo e economia de mais de 75% e ainda não atingiu 100%;

O ponto mais relevante que posso evidenciar nesta auditoria, foi o comprometimento e dedicação da alta direção e diretorias na busca pela manutenção das certificações ISO da CMM. Não podemos dizer que não há falhas e/ou melhorias possíveis no processo, afinal nada é totalmente perfeito. Contudo podemos afirmar que o processo está harmônico, as melhorias ou não conformidades apontadas foram recebidas e compreendidas pelos gestores dos processos, estes estão demonstrando imenso interesse na correção e obtenção do grau maior de conformidade.

Em resultado da presente auditoria, e tendo em conta a amostragem efetuada, conclui-se que o modelo de gestão definido e implementado, está no essencial configurado e estruturado de acordo com os referenciais previstos. A Câmara Municipal de Mnaus evidencia, no geral, práticas com capacidade de resposta aos requisitos dos referenciais normativos e dos seus “clientes” e demais partes interessadas.

CONCLUSÃO

- Quantidade de NC

01

- Quantidade de OM

20

FQ.C920-09 (04/03/20)

ASSINADO POR CERTIFICADO DIGITAL POR ZULEINILSON PORTELA DA SILVA - EM 11/08/2023 09:12:13

ASSINADO POR CERTIFICADO DIGITAL POR ANA LUCIA MACIEL LOPES - EM 10/08/2023 15:34:53

CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO : 89FD49BF0010F20E . CONSULTE EM <https://camaradigital.cmm.am.gov.br/verificador>

PARECER FINAL DO AUDITOR

O Sistema de Gestão Integrada apresenta grau satisfatório de conformidade com as Normas ABNT NBR ISO 9001:2015 e ABNT NBR ISO 14001:2015, deixando apenas uma marcação de busca da resolução de Oportunidade de Melhorias apontadas.

AUDITOR LÍDER

14/07/2023

Ana Lucia Maciel**DIRETORIA DGTI**

14/07/2023

Zuleinilson Portela

FQ.C920-09 (04/03/20)

ASSINADO POR CERTIFICADO DIGITAL POR ZULEINILSON PORTELA DA SILVA - EM 11/08/2023 09:12:13

ASSINADO POR CERTIFICADO DIGITAL POR ANA LUCIA MACIEL LOPES - EM 10/08/2023 15:34:53

CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO : 89FD49BF0010F20E . CONSULTE EM <https://camaradigital.cmm.am.gov.br/verificador>

Solicitação de Ação Corretiva - SAC

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------------------------|--|-----------------------|-------------------------------------|--------------------|--|
| DATA OCORRÊNCIA | 10/07/2023 | Nº SAC | 01 | | | | | | | |
| EMITENTE DO SAC | CELIO TEIXEIRA | RESPONSÁVEL DA NC | ROBERTA TAPAJÓS | | | | | | | |
| ÁREA DE DETECÇÃO | DIGER | ÁREA DE ORIGEM | DISAU | | | | | | | |
| ORIGEM | | | CLASSE DA NC | TIPO DE NC | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | (AE) Auditoria externa | <input type="checkbox"/> | (PI) Processo interno | <input type="checkbox"/> | (CL) Aval. Conf. legal | <input type="checkbox"/> | Maior | <input type="checkbox"/> | Real | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | (AI) Auditoria interna | <input type="checkbox"/> | (RC) Reclamação Cliente | <input type="checkbox"/> | (MU) Mudanças | <input type="checkbox"/> | Menor | <input checked="" type="checkbox"/> | Potencial | |
| <input type="checkbox"/> | (AC) R. Análise Crítica | <input type="checkbox"/> | (FO) Fornecedores | <input type="checkbox"/> | (RI) Riscos (ameaças) | <input type="checkbox"/> | (OU) Outros | | | |
| NC recorrente? | <input checked="" type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sim | SAC Nº: 01 | DATA: 10.07.2023 | | | | |
| P (Plan) | DESCRIÇÃO DA NÃO CONFORMIDADE | FATO (Evidencia do não atendimento a um requisito ou falha potencial) | | | | | | | | |
| | | Foi evidenciado ausência de registro de destinação dos resíduos hospitalares, coletados por empresa terceirizada, no setor auditado | | | | | | | | |
| | | ATRIBUIÇÃO (Norma ou procedimento não atendido) | | | | | | | | |
| | | 9.1 – Monitoramento, medição, análise e avaliação. (ISO 9001 / ISO 14001) | | | | | | | | |
| | | EXPLICAÇÃO (Transcrição do texto não atendido da norma ou procedimento) | | | | | | | | |
| Contrariando Resoluções RDC nº 306/04 da ANVISA e a resolução nº 358/05 do CONAMA. Segundo informado pelo setor de contratos, as respectivas comprovações de coleta e destinação final são enviadas junto ao processo de faturamento, encaminhado ao setor de finanças. Os entrevistados não apresentaram confirmação. | | | | | | | | | | |
| D (Do) | PLANO DE AÇÃO (4W1H) | POR QUE ACONTECEU? (Why) – Investigação da causa-raiz da não conformidade | | | | | | | | |
| | | Potencial lacuna no entendimento dos fiscais de contrato, dos regimentos/normatizações internas demandas pela Controladoria Interna e Coordenação de Contratos e Convênios no quesito [Avaliação e Monitoramento] do Prestador de Serviço Externo. | | | | | | | | |
| | | O QUE FAZER? (What) | | COMO FAZER? (How) | | | QUANDO? (When) | | QUEM? (Who) | |
| | | Provar treinamento orientativo aos fiscais de contrato, detalhando demandas internas. | | Alinhar com DIEL para realização de treinamento orientativo a todos os fiscais de contrato, com exemplos práticos. | | | até novembro 2023 | | DISAU / DIEL | |
| | | Gestor do processo: Roberta Tapajós | | | Data: 25.07.2023 | | | Assinatura: | | |
| C (Check) | VERIFICAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO | OBSERVAÇÕES (Dados verificados durante a implantação das ações) | | | | DOCUMENTOS REVISADOS | | | | |
| | | Checar controle de certificados de destinação final, constando destinação realizada desde janeiro-2023 até o presente momento (considerando coleta no período do mês vigente e não corrente). | | | | | | | | |
| | | Checar armazenamento de documentos no sistema virtual SINIR-MTR ou cópia digital destes, nos servidores da arquivos da CMM. | | | | NOTA: anexar evidencias da implantação ao SAC. | | | | |
| | | Verificador: Anik Taumaturgo | | | Data: até novembro 2023 | | | Assinatura: | | |
| A (Action) | VERIFICAÇÃO DA EFICÁCIA | CONCLUSÃO (Dados verificados durante a aplicação das ações já implementadas) | | | | | | | | |
| | | A ação tomada para eliminar a (s) causa (s) foi eficaz? | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | Sim. O plano de ação eliminou o desvio ou desvio potencial. | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | Sim. O plano de ação eliminou o desvio ou desvio potencial e é necessário mudanças no SGI. | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | Não. Plano de ação insuficiente para eliminar o desvio ou desvio potencial. | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Realizar nova análise das causas do desvio através do SAC nº | | | | | | | | | |
| Verificador: | | | Data: | | | Assinatura: | | | | |

FQ.A102-06 (26/10/21)

ASSINADO POR CERTIFICADO DIGITAL POR ANA LUCIA MACIEL LOPES - EM 10/08/2023 15:34:53

ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR CELIO EDUARDO SIMAS TEIXEIRA - ANALISTA LEGISLATIVO EM 11/08/2023 09:18:32

PENDENTE DE ASSINATURA POR ZULEINILSON PORTELA DA SILVA - 456.103.472-20

 CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO : EBCEF5950010F20F . CONSULTE EM <https://camaradigital.cmm.am.gov.br/verificador>


Documento 2023.10000.10507.9.053116
Data 10/08/2023



TRAMITAÇÃO
Documento Nº 2023.10000.10507.9.053116

Origem

Unidade COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO E
ORÇAMENTO
Enviado por ANA LUCIA MACIEL LOPES
Data 10/08/2023

Destino

Unidade DIRETORIA DE GESTÃO E
TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO
Aos cuidados de ZULEINILSON PORTELA DA SILVA

Despacho

Motivo ANÁLISE E PROVIDÊNCIAS
Despacho ENCAMINHA- SE O DOCUMENTO PARA
ANALISE E PROVIDENCIA

