

MANUAL DA QUALIDADE



ISO 9001

Qualidade

Certificada



MANUAL DA QUALIDADE

REV.:19
DATA:
23/06/2023

ALTERAÇÕES:

ÚLTIMA (s) ALTERAÇÃO (s)	REV:	DATA:
Revisão geral dos itens.	16	18/03/2021
Exclusão de código do Manual.	17	05/07/2021
Revisão geral dos itens, exclusão de comitê da qualidade.	18	25/04/2022
Unificação (Manual da Qualidade, Manual de Procedimentos da Qualidade e Conhecimento Organizacional. Revisão geral dos itens.	19	23/06/2023



ANÁLISE CRÍTICA E APROVAÇÃO:

ANALISADO CRITICAMENTE E APROVADO POR:	DATA:
Nome: Valdenice Aparecida Lacerda	
	CONTROLE
	Controlada

Sumário

1. ESCOPO	3
2.POLÍTICA DA QUALIDADE	3
3. OBJETIVOS DA QUALIDADE	4
4. DIRETRIZES ORGANIZACIONAIS	5
4.1 MISSÃO	6
4.2 VISÃO E VALORES	6
5. FLUXOGRAMA DE PROCESSOS	7
6. ORGANOGRAMA	7
7. JUSTIFICATIVA DE EXCLUSÕES	8
8. REPONSABILIDADE E AUTORIDADE (Processos)	8
9. COMPROMETIMENTO DA DIREÇÃO	8
10. ELABORAÇÃO DOCUMENTAL	9
10.1. ANÁLISE, APROVAÇÃO, EMISSÃO E ADEQUAÇÃO DE DOC.	10
10.2 CONTROLE DE INFORMAÇÃO DOC.	10
10.3 CONTROLE DE DOCUMENTOS EXTERNOS	11
10.4 PRESERVAÇÃO DOS REGISTROS	12
10.5 SISTEMA DE BACKUP	12
11 ANÁLISE CRÍTICA DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	12
12. COMUNICAÇÃO COM AS PARTES INTERESSADAS	13
13 GESTÃO DE RECURSOS	13
13.1 GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	13
13.2. GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS	13
14. CONHECIMENTO ORGANIZACIONAL	14
15. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO	15
16. MONITORAMENTO DA SATISFAÇÃO	15
16.1 SATISFAÇÃO DOS CLIENTES EXTERNOS	15
16.2 SATISFAÇÃO DOS CLIENTES INTERNOS	16
17. MELHORIA CONTÍNUA	16
18. AUDITORIAS DA QUALIDADE	17
18.1 PLANEJAMENTO DAS AUDITORIAS	17
18.2 REALIZAÇÃO DAS AUDITORIAS	18
19. NÃO CONFORMIDADE E AÇÕES CORRETIVAS	18
19.1 NÃO CONFORMIDADE REAL	18
19.2 NÃO CONFORMIDADE POTENCIAL	18
19.3 IDENTIFICAÇÃO, SEGREGAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO DE PROD/SERV. NÃO CONFORMES	19
19.4 SOLICITAÇÃO DE AÇÃO CORRETIVA/PREVENTIVA	19
19.5 ANÁLISE DE CAUSAS REAIS/POTENCIAIS E ELABORAÇÃO DE AÇÃO CORRET. /PREVENT	19
19.6 IMPLEMENTAÇÃO E VERIFICAÇÃO DA EFICÁCIA DAS AÇÕES CORRETIVAS/PREVENTIVAS	20
20. LEI GERAL DE PROTEÇÃO AOS DADOS (LGPD)	20

1. ESCOPO:





ESCOPO

Representação dos associados, incentivo ao cooperativismo e associativismo, prestação de serviço de suporte em :

- Capacitação;
- Análise de crédito;
- Assistência empresarial ;
- Marketing;
- Saúde .

2. POLÍTICA DA QUALIDADE:

A ACEP contribui para melhorar o processo produtivo de seus clientes, através da melhoria contínua, visando satisfazer os requisitos de forma a atingir a preferência e confiabilidade.



Política da Qualidade

- Incentivar o associativismo, gerando satisfação e oportunidades de capacitação a todos os associados;
- Capacitando e motivando os colaboradores internos, promovendo a melhoria contínua dos processos e serviços, por meio do sistema de gestão da qualidade, contribuindo para o desenvolvimento econômico regional , atendendo os requisitos legais aplicáveis.

3. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA QUALIDADE:

A Direção da ACEP estabelece os objetivos da qualidade, incluindo aqueles necessários para atender os requisitos dos clientes, sendo mensuráveis e coerentes com a política da qualidade.

POLÍTICA DA QUALIDADE		OBJETIVOS DA QUALIDADE	INDICADORES	METAS	AÇÕES	RECURSOS PARA ATINGIR A META	ANÁLISE DE DADOS	
							PERIODICIDADE	RESPONSÁVEL
Parte 1								
* Incentivar o associativismo, gerando satisfação.	* Gerar satisfação aos associados	*Número de pesquisa realizadas	10% do Total de associados	* Planejar, organizar e visitar os associados; * Aplicar a pesquisa por segmento.	* Disponibilização de funcionária para acompanhamento de associados e realização de pesquisa.	*ANUAL	*GERENTE ADMINISTRATIVO	
		*Índice de satisfação dos associados	≥ 98 %	* Realizar um bom atendimento, acompanhamento, capacitação dos associados; * Melhorar continuamente nossos produtos e serviços.				
Parte 2								
*Gerar oportunidade de capacitação a todos os associados, contribuindo para o desenvolvimento econômico Regional.	*Capacitação, motivação e desenvolvimento dos associados.	*Total de treinamento realizados	≥ 5	*Firmar parcerias com Sebrae/Senaiv/Senac e Counting para disponibilizar mais Cursos/Treinamentos.	*Planejamento de recursos financeiros para novas contratações.	*ANUAL	*GERENTE/ SEBRAE/ GESTÃO QUALIDADE	
		*Índice de satisfação dos associados	≥ 98%					
Parte 3								
*Melhoria contínua dos processos e serviços.	*Melhorar continuamente processos, produtos e serviços.	*Indicador SGQ	≥90%	*Prevenção de erros,manutenção dos resultados.	*Melhoria de comunicação interna, * Reciclagem dos funcionários.	*ANUAL	*GERENTE / GESTÃO DA QUALIDADE	
Parte 4								
*Capacitando e motivando os colaboradores internos	*Capacitação, motivação e desenvolvimento dos Colaboradores internos.	*Índice de satisfação dos colaboradores	>=97%	*Investimento em qualificação, reciclagem e desenvolvimento dos colaboradores	*Planejamento de recursos financeiros para investimento na qualificação e desenvolvimento.	*ANUAL	*GERENTE / GESTÃO DA QUALIDADE	

*ATENDIMENTO / ADMINISTRATIVO	*Fidelizar e prospectar novos associados	*Indicadores novos associados - fidelização	≥ 7%	Visitar empresas que ainda não são associadas.	*Disponibilizar colaboradora para realizar as visitas	MENSAL / ANUAL	ATENDIMENTO/ COMERCIAL
		*Indicadores de retenção-exclusão	≤ 4%	Disponibilizar suporte de eficiente, com percepção de valor agregado.			ATENDIMENTO/ COMERCIAL
*COMERCIAL	*Manter os associados já homologados expandindo a utilização dos produtos e serviços.	*Indicadores novos associados - fidelização	≥ 7%	*Efetuar Visitas/Video conferências mensais (acompanhamento)	*Visitas/ Video conferências, serão realizadas pela Agente Comercial	MENSAL / ANUAL	ATENDIMENTO/ COMERCIAL
		*Indicadores de retenção-exclusão	≤ 4%	*Expandir a utilização dos serviços, de acordo com as necessidades do associado.	*Comunicação constante com o associado		
*SERVIÇO SCPC	* Acompanhar e monitorar as consultas realizadas	Indicador de de consultas SCPC	Somente acompanhamento	*Monitorar os relatórios de consultas e a utilização dos associado.	Sistema SOPHUS	MENSAL / ANUAL	ATENDIMENTO
	*Acompanhar e conferir o numero inclusões e exclusão	Indicadores de Inclusões e exclusão do SCPC	Somente acompanhamento	*Monitorar e conferir os relatórios de inclusão e exclusão	Sistema SOPHUS	MENSAL / ANUAL	ATENDIMENTO
*SERVIÇO SEBRAE	*Acompanhar o satisfação dos associados com relação aos treinamentos externos.	*Número de cursos anual.	≥ 5	*Buscar efetivar o Treinamento Planejados.	*Divulgação, para obtenção do numero desejado de alunos.	TREINAMENTO/ ANUAL	SEBRAE
		*Índice de eficácia de treinamento externo.	≥ 90%	*Efetuar treinamentos de qualidade, que vão de encontro com as necessidades do associado.	*Bom conteúdo programático e boa didática do instrutor.	TREINAMENTO/ ANUAL	SEBRAE

PROCESSOS	OBJETIVOS DA QUALIDADE	INDICADORES	METAS	AÇÕES	RECURSOS PARA ATINGIR A META	ANÁLISE DE DADOS	
						PERIODICIDADE	RESPONSÁVEL
FINANCEIRO	*Diminuir a taxa de inadimplência aos 60 dias do vencimento	*Indicador de taxa de inadimplência	≤ 3%	*Realizar cobranças, Enviar cartas judiciais e em alguns casos Fazer negociações.	Telefone; Cartas; Visitas.	MENSAL / ANUAL	FINANCEIRO

OB S: O resultado da manutenção será evidenciada através da ata de reunião crítica

4. DIRETRIZES ORGANIZACIONAIS:

4.1 Missão



Missão

Nossa Missão é prestar serviços;

- Defender;
- Amparar;
- Orientar;
- Coligar;
- Instruir;

As classes representadas.

4.2 Visão e Valores:



Visão e Valores

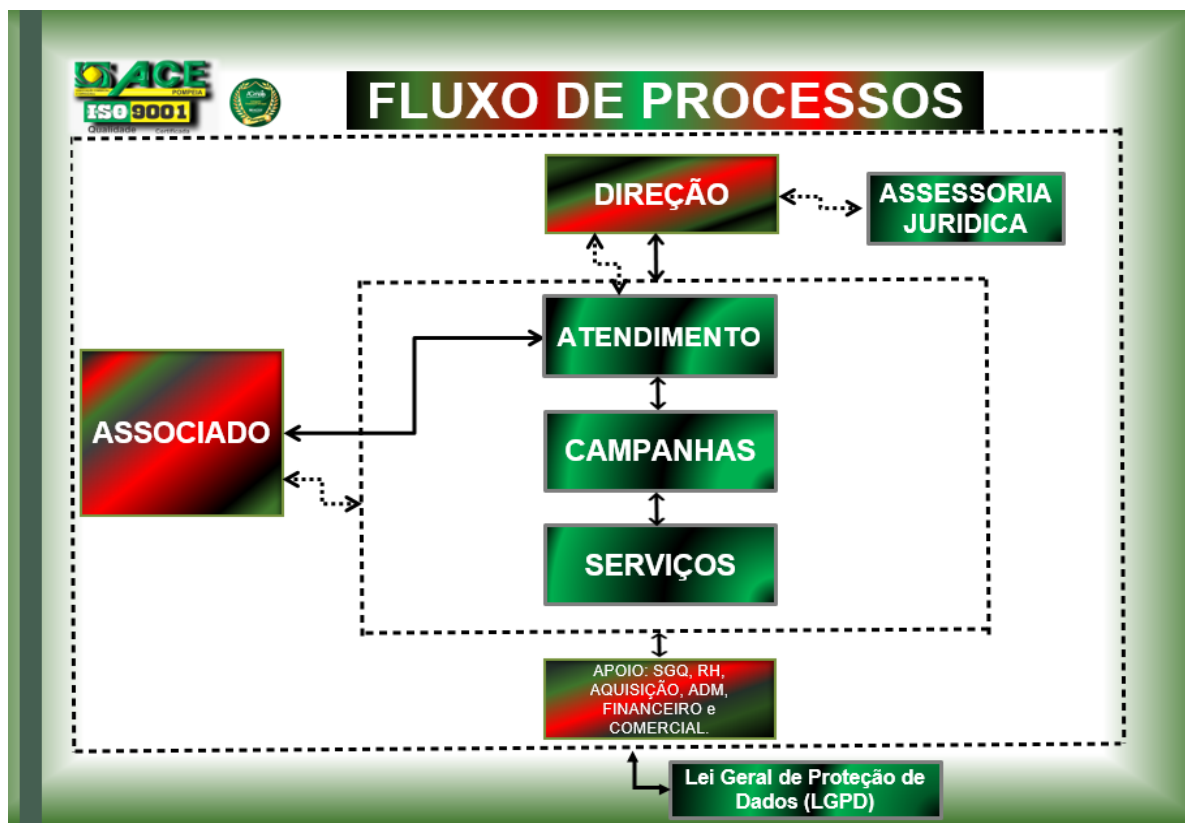
Visão:

- **Suprir com proatividade e de maneira à satisfazer as necessidades dos associados, fidelizando a representatividade da entidade perante as empresas.**

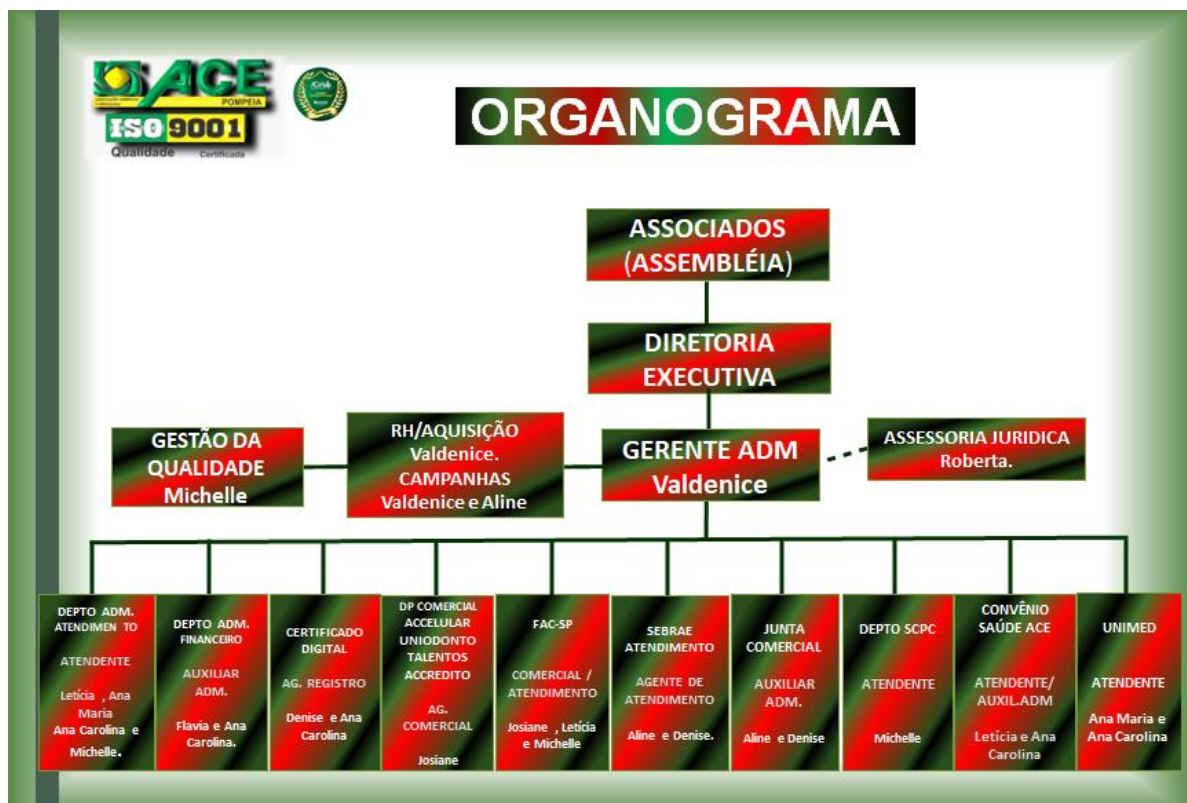
Valores:

- **Credibilidade;**
- **Proatividade;**
- **Responsabilidade;**
- **Transparência;**
- **Ética.**

5. FLUXO DE PROCESSOS:



6. ORGANOGRAMA:



7. JUSTIFICATIVA DE EXCLUSÕES:

8.5.1 (f) – Validação dos Processos, pois todos os processos de realização dos serviços podem ser medidos e/ou monitorados.

8. 3 - Projeto Desenvolvimento, pois a entidade não trabalha com este serviço.

7.1.5 – Controle de dispositivos de medição e monitoramento, pois a entidade não utiliza instrumentos de medição para garantir a qualidade de seus serviços.

8. RESPONSABILIDADES E AUTORIDADES (Processos):

PROCESSOS	PRESIDENTE	CONSELHO	GERENTE ADMINISTRATIVO	GESTOR DA QUALIDADE	ATENDENTE	AUXILIAR / ADMINISTRATIVO	AGENTE DE REGISTRO	AGENTE DE ATENDIMENTO SEBRAE/ JUCESP
ADMINISTRATIVO	RE	RE	RE/A	A	A	RE/A	A	A
CAMPANHAS	RE	RE	RE/A	A	A	A	A	A
SERVIÇOS	RE	RE	RE/A	A	A	RE/A	A	A
COMERCIAL	RE	RE	RE/A	A	A	A	A	A
AQUISIÇÃO	RE	RE	RE/A	-	A	A	-	-
FINANCEIRO	RE	RE	RE/A	-	A	A	-	-
RECURSOS HUMANOS	RE	RE	RE/A	A	-	A	-	-
SGQ	RE	RE	RE/A	RE/A	A	A	A	A

RE	Responsabilidade
A	Autoridade

9. COMPROMETIMENTO DA DIREÇÃO:

- Responsabilizando-se por prestar contas pela eficácia do sistema de gestão da qualidade;
- Assegurando que a política da qualidade e os objetivos da qualidade sejam estabelecidos para o sistema de gestão da qualidade e que sejam compatíveis com o contexto e a direção estratégica;

- Assegurando a integração dos requisitos do sistema de gestão da qualidade nos processos de negócio da organização;
- Promovendo o uso da abordagem de processo e da mentalidade de risco;
- Assegurando que os recursos necessários para o sistema de gestão da qualidade estejam disponíveis;
- Comunicando a importância de uma gestão da qualidade eficaz e de estar conforme com os requisitos do sistema de gestão da qualidade;
- Assegurando que o sistema de gestão da qualidade alcance seus resultados pretendidos;
- Engajando, dirigindo e apoiando pessoas a contribuir para a eficácia do sistema de gestão da qualidade;
- Promovendo melhoria;
- Apoiando outros papéis pertinentes da gestão a demonstrar como sua liderança se aplica às áreas sob sua responsabilidade.

10. ELABORAÇÃO DOCUMENTAL:

A estrutura documental do sistema de gestão da qualidade está dividida em 2 níveis:

- **Nível 1**- Manual de Procedimentos e Instruções de Trabalho;
- **Nível 2** - Formulários de Registros, evidências.

Na estrutura dos documentos necessários para o sistema de gestão, deve conter:

- **Cabeçalho**: logomarca, nome e/ou identificação apropriada e situação de revisão;
- **Rodapé**: quando apropriado deve conter o número de páginas, identificação do responsável pela elaboração e manutenção, e datas.

Nos manuais e instruções de trabalho, deve conter estrutura necessária para registrar a análise e aprovação, com exceção para os formulários de registros e tabelas de controle. Para os manuais com layout personalizado e/ou documentos de origem externa, essas características não serão necessárias e as versões serão controladas através dos arquivos de origem.

10.1 Análise, Aprovação, Emissão, Adequação/Alteração de Documentos.

A análise crítica dos documentos do sistema de gestão da qualidade, quanto a sua adequação/alteração, deve ser realizada pela gestão da qualidade e aprovadas pela Gerência / Direção, antes da sua emissão, e evidenciada na folha rosto.

Os formulários de registros e tabelas de controle, não necessitam de campo de alteração e análise crítica.

Os documentos/formulários devem ser revisados sempre que houver a necessidade de melhoria ou adequação dos processos referentes ao sistema de gestão da qualidade.

A última versão dos documentos/formulários necessários será disponibilizada na rede apenas para consulta e orientação, sendo que, o gerenciamento das revisões é de responsabilidade da Gestão da Qualidade.

Os documentos/formulários mantidos por meio físico (quando necessário) terão valor apenas para auxiliar nas revisões, não havendo a necessidade de controle sobre eles.

Os arquivos originais devem permanecer arquivados no servidor, em local determinado e de forma apropriada, garantindo a segurança, controle e integridade.

Qualquer pessoa que faça uso de um documento/formulário do sistema de gestão da qualidade pode sugerir e/ou indicar alterações em seu conteúdo, sendo que a alteração deve ser realizada apenas pela gestão da qualidade.

10.2 Controle de Informação Documentada.

As informações documentadas devem ser monitoradas através da **Lista mestra de controle de informação documentada** Rev.:12, data:19/07/2023, onde estão definidos os meios para:

- **Identificação** - Deve possuir uma identificação única que lhe serve de referência (Ex.: Acompanhamento de Escolaridade).

- **Armazenamento** - Deve ser indicado a forma e o local de armazenamento (Ex.: arquivo morto/ armário sala de registro/arquivo deslizante).
- **Acesso** - Deve ser indicado quem tem acesso ao mesmo e pode recuperá-lo para comprovação de uma ou mais atividades realizadas (Ex.: acesso exclusivo setor administrativo).
- **Tempo de Retenção** - Deve ser indicado o tempo de retenção (Ex.: permanente).
- **Descarte** - O que fazer após o vencimento do seu tempo de retenção (Ex.: descarte/ não aplicável).

10.3 Controle de documentos externos.

O monitoramento referente as revisões de leis e regulamentos é realizado regularmente pela Gerência / Diretoria e registrado em atas.

A análise crítica e impactos das alterações são tratadas diretamente pelo pela Diretoria e repassadas aos colaboradores para atualização da sistemática de execução das atividades.

O controle da documentação externa é realizado através da **Lista mestra de controle de informação documentada**. Rev.:12, data:19/07/2023.

10.4 Preservação dos registros.

CUIDADOS NA MANUTENÇÃO DE REGISTROS DA QUALIDADE	
TIPO DE REGISTRO	CUIDADOS NECESSÁRIOS
MEIO FÍSICO: Papel	Evitar locais com umidade e poeira; Evitar exposição a luz solar; Quando existir exclusividade no acesso o armazenamento deve conter sistema de tranca; O local de armazenamento deve fazer parte das áreas com controle de praga.

MEIO FISICO: Pen drive / HD externo	Evitar locais com umidade e poeira; Evitar exposição a luz solar; Evitar exposição a campos de magnetismo. Ex.: Próximo a caixas de som, imãs e outros; Quando existir exclusividade no acesso, o armazenamento deve conter sistema de tranca.
MEIO ELETRONICO: OneDrive.	Quando existir exclusividade no acesso o armazenamento deve conter sistema de senha; Manter sempre uma cópia “back-up”.

10.5 Sistema de backup

As cópias de segurança são efetuadas semanalmente ou quando tiver alteração e atualização no sistema de gestão da qualidade. Essa cópia será realizada no OneDrive e no Pen drive.

11. ANÁLISE CRÍTICA DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE:

As análises críticas devem assegurar a continua adequação e melhoria do sistema de gestão e de seus processos, política e objetivos da qualidade.

As reuniões serão realizadas anualmente, e quando se fizer necessário semestralmente, e os resultados registrados na **Ata de Análise Crítica**. Rev.:07, data:04/04/2023.

12. COMUNICAÇÃO COM AS PARTES INTERESSADAS:

O que comunicar?	Quando Comunicar?	Com quem?	Como Comunicar?	Quem Comunica?
Missão, visão e valores.	Integração e sempre que houver necessidades.	Colaboradores e Stakeholders.	Manual SGQ, quadros de avisos, Ata de Reunião e site.	Direção ou Gestão da Qualidade
Política da Qualidade.	Integração e quando houver necessidade.	Colaboradores e Stakeholders	Manual SGQ, quadros de avisos, Ata de Reunião e site.	Direção ou Gestão da Qualidade

Indicadores da Qualidade	Semestralmente.	Colaboradores e Stakeholders	Quadro de indicadores e Ata de Reunião.	Gestor da Qualidade e Gerente
Análise Crítica do SGQ	Anualmente.	Colaboradores e Stakeholders	Reuniões	Gestor da Qualidade
Reclamação, consultas e sugestões.	Conforme necessidade.	Stakeholders	Site, telefone, e-mail e redes sociais.	Setor Comercial e Gestão da qualidade
Instruções de trabalho dos Processos.	Sempre que houver revisão.	Colaboradores	Treinamentos e na rede.	Gestor da Qualidade e Gerente
Cronograma de Auditorias.	Anualmente.	Colaboradores e Stakeholders	Quadro de indicadores.	Gestor da Qualidade e Gerente

13. GESTÃO DE RECURSOS:

13.1 Gestão de Recursos Humanos:

As competências necessárias para executar as atividades relacionadas a qualidade dos serviços realizados pela ACE, estão definidas no **Procedimento de Perfil Profissional** Rev.: 12, data: 31/07/2023 e **Planilha de Histórico Profissional**. Rev.: 04, data:28/07/2023

As necessidades de capacitação são detectadas durante a contratação dos colaboradores, mudanças significativas nos processos ou solicitação de treinamento, são requisitadas pelos próprios responsáveis da área, bem como a avaliação em relação a sua eficácia e informações documentadas são retidas para comprovação da competência.

13.2 Gestão de Recursos Financeiros:

O planejamento de recursos da **ACEP** elaborado anualmente pela Diretoria, prove recursos para a manutenção e melhoria do sistema de gestão, atendendo as necessidades da organização, clientes e mercado. **Plano de Recursos** - Rev.:04, data:06/02/2023

14. Conhecimento Organizacional:

Conhecimento organizacional corresponde ao conhecimento específico de cada organização, obtido por experiência e informação adquiridas ao longo do tempo, compartilhada para alcançar os objetivos da organização.

Conhecimento organizacional pode ser baseado em:

- **Fontes Internas:** Propriedade intelectual, conhecimento obtido de experiências, por não conformidades ou gargalos de processo/produto/serviço, captura de compartilhamento, experiência não documentada e resultados de melhorias em processos, produtos e serviços.

- **Fontes Externas:** Normas, academia, conferências, compilação de conhecimento de clientes e provedores externos.

Para determinar o conhecimento necessário para a operação de seus processos e para alcançar a conformidade de produtos e serviços, a Empresa utiliza a tabela abaixo:

FONTE	CONHECIMENTO NECESSÁRIO	COMO MANTER REGISTROS E DEIXAR DISPONÍVEL
INTERNA	Informações gerais sobre a Empresa.	-Reuniões entre Diretoria e colaboradores.
	Conceitos do Sistema de Gestão.	-Compartilhamento de conhecimento através de treinamentos e reuniões periódicas.
		- Procedimentos do Sistema de Gestão distribuídos através sistema informatizado.
	Assuntos gerais do sistema de gestão.	-Apresentação aos colaboradores quando houver necessidade através de reuniões; - Canal de comunicação direto com a Diretoria.
	Mudanças que afetam o sistema	- Reuniões de alinhamento.
	Nível de competência de cada colaborador.	- Procedimento de perfil profissional. - Através do histórico profissional;

EXTERNA	Legislações aplicáveis ao negócio.	- Controle de Documentos externos atualizada periodicamente.
EXTERNA / INTERNA	Conhecimentos gerais sobre os clientes.	- Banco de dados de clientes no sistema Informatizado.
	Treinamentos realizados externamente.	- O Colaborador que realizou o treinamento externo, repassa o conteúdo do mesmo para outros colaboradores.

15. Planejamento Estratégico:

O Planejamento estratégico, será realizado trienalmente e revisado anualmente através **Ata de Análise Crítica**. Rev.:07, data:04/04/2023

16. MONITORAMENTO DA SATISFAÇÃO:

16.1 Satisfação dos clientes Externos:

A satisfação dos clientes externos (associados), são monitoradas mediante a visitas constantes ao decorrer do ano e através da pesquisa de satisfação do cliente, realizada anualmente.

Pesquisa Contínua de Satisfação do Associado:

- Periodicidade: Anual;
- Alvo: Associados ativos;
- Instrumento: Questionário físico;
- Amostragem: 10% do total associados ativos;
- Campo: associados atendidos na recepção ou em visitas nas empresas;
- Coleta: Realizada pelo atendente ou pelo comercial nas visitas;
- Tabulação: Gestão da qualidade;
- Análise de resultado: Anual;
- Tomada de ação: Gerente ou diretoria;
- Análise de Resultados: Anual.

16.2 Satisfação dos clientes Internos:

A satisfação dos clientes internos (colaboradores), são monitoradas mediante a reuniões e a pesquisa de clima, realizada anualmente.

Pesquisa de Satisfação do Cliente interno:

- Periodicidade: Anual;
- Alvo: colaboradores
- Instrumento: Questionário físico;
- Amostragem: 100% dos colaboradores;
- Coleta: Realizada em reunião;
- Tabulação: Gestão da qualidade;
- Análise de resultado: Anual;
- Tomada de ação: Gerente ou diretoria;
- Análise de Resultados: Anual.

17 MELHORIA CONTÍNUA:

A **ACEP** melhora continuamente a adequação, suficiência e eficácia do Sistema de Gestão da Qualidade, considerando os requisitos estratégicos e necessários para gerenciamento, como:

- Análise Crítica do SGQ;
- Análise das sugestões de stakeholders;
- Desenvolvimento de processos;
- Ações definidas no planejamento estratégico;
- Acompanhamento das ações preventivas realizadas;
- Análise das oportunidades identificadas nas auditorias internas e externas;
- Análise de Riscos e oportunidades de melhoria.

18 AUDITORIAS DA QUALIDADE.

Processo documentado, independente, para obtenção de evidências objetivas para verificação da conformidade atingida, com base nos requisitos da norma NBR ISO 9001:2015, normas de serviços e critérios definidos pela organização.

18.1. Planejamento das auditorias:

Anualmente deve ser elaborado o planejamento para realização de Auditorias, que serão relacionadas no **cronograma de auditorias** Rev.:05, data: 11/07/2023, sendo que, as auditorias internas/externas devem ser realizadas pelo menos uma vez ao ano, considerando objetivos, escopo e a situação e importância dos processos a serem auditados.

A equipe auditora deve ter independência de responsabilidade pela atividade a ser auditada e qualificação desejável, conforme tabela seguinte:

CRITÉRIOS	AUDITOR INTERNO (Organização)	AUDITOR TERCEIRO
EDUCAÇÃO	Superior completo /Cursando	Superior Completo
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	1 anos de experiência	2 anos de experiência
TREINAMENTO / EXPERIÊNCIA EM AUDITORIA	Auditor Interno da Qualidade	Auditor Líder da Qualidade

Após a definição do planejamento das auditorias, o responsável pelo SGQ deve divulgar com antecedência nos canais de comunicação interno, para que todos tomem conhecimento.

Convém que o auditor responsável utilize Programa de Auditoria, ou modelo próprio do auditor. Esse critério é necessário para realização das Auditorias da Qualidade - SGQ.

Caso for identificado impossibilidade da realização da auditoria interna/externa na data programada, este deve justificar o fato com antecedência aos responsáveis pelo SGQ, propondo nova data. Se houver alteração, todos os envolvidos devem ser informados.

18.2. Realização das auditorias.

Convém que o auditor responsável utilize Lista de Verificação, ou modelo próprio do auditor (caso seja contratado), para auxiliar durante o processo de auditoria, determinando as questões que achar necessário.

Ao final do processo de auditoria, o auditor responsável deve emitir um Relatório de Auditoria Interna/ externa, ou modelo próprio, sobre o resultado da auditoria, e relatar as não conformidades, observações e oportunidades de melhoria identificadas, entregando uma cópia para a gestão da Qualidade e/ou Diretoria.

Em caso da ocorrência de não conformidades, o auditor responsável deve combinar com o auditado os prazos para a análise das causas e verificação da eficácia das ações corretivas a serem tomadas.

19 NÃO CONFORMIDADES E AÇÕES CORRETIVAS.

Não atendimento de um requisito específico, ou seja, qualquer desvio em relação à normalidade que possa vir a comprometer a qualidade de um processo, produto ou serviço.

19.1 Não conformidade real:

Não conformidade que já aconteceu e necessita de uma ação corretiva.

19.2 Não conformidade potencial:

Não conformidade que poderá acontecer, devido a um motivo potencial, com necessidade de ação preventiva.

19.3 Identificação, Segregação e Documentação de Produto/serviço não conformes.

A não conformidade, deve ser identificada durante as verificações realizadas, antes da entrega dos produtos/serviços ao usuário, para cumprimento das obrigações legais aplicáveis.

Se a não conformidade for identificada, o produto/serviço deve ser imediatamente corrigido, registros devem ser mantidos para controle dos gargalos do processo responsável.

O formulário **Controle de não conformidades / Ações Corretivas e Preventivas** Rev.:07, data:11/04/2023, deve ser numerado para controle da rastreabilidade, devendo constar os dados dos insumos, descrição objetiva da situação e nome do responsável.

19.4 Solicitação de ação corretiva ou preventiva.

Mediante detecção de uma não conformidade real ou potencial grave, a mesma deve ser registrada no formulário de **Controle de não conformidades / Ações Corretivas e Preventivas**. Rev.:07, data:11/04/2023

A não conformidade real ou potencial pode ser proveniente de:

- Auditoria Interna;
- Auditoria Externa;
- Reclamação de Associado;
- Pesquisa de Clima Organizacional;
- Pesquisa Satisfação do Associado;
- Desvio do padrão de processo/Serviço.

A não conformidade real deve ser analisada e registrada no formulário **Controle de não conformidades / Ações Corretivas e Preventivas**. Rev.:07, data:11/04/2023. Em seguida, a mesma deve ser avaliada pelo responsável do processo juntamente ao Gestor da Qualidade, a fim de analisar as possíveis causas dando a devida ação corretiva.

19.5 Análise de causas reais/potenciais e elaboração de ações corretivas/ preventivas.

A Utilização de técnicas como os 5w2h, 4Ms, diagrama de Ishikawa entre outros, são consideradas boas práticas, podendo aprofundar o estudo da causa raiz.

No campo específico do formulário de **Controle de não conformidades / Ações Corretivas e Preventivas** Rev.:07, data:11/04/2023, os envolvidos devem registrar o plano de ações corretivas ou preventivas propostas para eliminar as causas.

19.6 Implementação e verificação da eficácia das ações corretivas / preventivas.

O envolvido juntamente com a gestão da qualidade, devem implementar as ações corretivas /preventivas conforme planejado e registrado.

Devem ser realizados acompanhamentos, para verificar se as ações tomadas foram eficientes e eficazes na eliminação das causas.

Se as causas não foram eliminadas no tempo previsto, dá-se início ao novo ciclo de análises, pontuando as possíveis causas e implementando novas ações corretivas/ preventivas.

20 LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS (LGPD).

O Sistema de Gestão da qualidade da **ACEP** detém **contratos/ formulários de serviços** que contém informações de pessoa físicas, respaldados na Lei Geral de Proteção de dados.