|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES DO SOLICITANTE** |
| RAZÃO SOCIAL |   | Web site:  |
| NOME FANTASIA |   | CNPJ |  |
| ENDEREÇO |   | CEP |  |
| BAIRRO |   | CIDADE/ESTADO |  |
| RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO |  | E-MAIL |  |
| TELEFONE |  | DATA SOLICITAÇÃO |  |
| RESPONSÁVEL FINANCEIRO E SEU E-MAIL  |  | TELEFONE  |  |
|  |
| OBTEVE CONSULTORIA? | Sim [ ]  | NÃO [ ]  | NOME DO CONSULTOR: | TELEFONE: |
|  |  |
| NORMA PARA CERTIFICAÇÃO: |  |
| LEGISLAÇÕES APLICÁVEIS: |  |
| ÓRGÃO REGULAMENTADOR: |  | País |  |
| CATEGORIA: |  | SUB CATEGORIA: |  |
| Grupo: |  | PRODUTO: |  |
| **O SISTEMA DE GESTÃO ESTA?** |
| Integrado? Sim [ ]  Não [ ]  | Qual(is) Norma(s) |  |
| [ ]  certificação inicial | [ ] transferência | [ ]  recertificação |
| Deseja pré-auditoria? | [ ]  SIM | [ ]  NÃO | Frequência das auditorias |  [ ]  Anual [ ]  Semestral |
| **EM CASO DE TRANSFERÊNCIA DA CERTIFICAÇÃO** |
| Norma | Emissão | Fase | Vencimento | Organismo |
|  |  |  |  |  |
| DATA PREVISTA PARA A AUDITORIA  | FASE 1 |  | FASE 2 |  | TRANSFER |  |
| **ESCOPO DE CERTIFICAÇÃO**: |
|  |
| Quant. Total de funcionários |  | Quant. De APPCC |  | Quant. Sites |  |
| **PROCESSOS TERCEIRIZADOS?** | **NÃO** |  | **SIM** |  | **Se sim, qual?** |  |
| **ENDEREÇO DOS SITES RESPONSÁVEIS PELO APPCC** |
| **CNPJ** |  | Endereço |  |
| E-mail  |  | Telefone  |  | Resp. pelo APPCC |  |
| Quant. Funcionários no site. |  | Quant. APPCC |  | Categoria |  | Sub Categoria |  |
| Legislação  |  | Órgão Regulamentador |  | País  |  |
| Grupo |  | Produto |  |

|  |
| --- |
| **ASSINALE ABAIXO QUAIS RISCOS NOSSA EQUIPE AUDITORA ENCONTRARÁ.** |
| Doenças contagiosas, como febre amarela entre outras. | [ ]  S | [ ]  N |
| Lugares hostis onde a marginalidade mantém domínio e sem segurança pública | [ ]  S | [ ]  N |
| Locais onde o clima é diferente de outras regiões do Brasil ou regiões equivalentes  | [ ]  S | [ ]  N |
| Deslocamento que gerar enjoo ou descompensação emocional  | [ ]  S | [ ]  N |

|  |
| --- |
| **QUAL GRAU DE RISCO QUE O ESCOPO SOLICITADO SE ENQUADRA?** |
| **Baixo:** Risco com significância e gravidade baixa a saúde do colaborador,  |[ ]
| **Médio:** Risco com significância e gravidade média a saúde do colaborador |[ ]
| **Alto:** Risco com significância e gravidade alta a saúde do colaborador |[ ]

|  |  |
| --- | --- |
| **NÍVEL DE IMPLANTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO?** | **Atende?** |
|  | **Sim**  | **Não**  |
| Realizou auditoria interna em cada site relacionado ao APPCC declarado em um intervalo de 12 meses? |[ ] [ ]
| Ensaios laboratoriais realizados?  |[ ] [ ]
| BPF, (Boas praticas de fabricação) implantando? |[ ] [ ]
| Sistema de Gestão da Segurança de Alimentos atende? |[ ] [ ]
| Reunião de análise crítica peal diretoria realizada cobre todos os sites? |[ ] [ ]
| Há um controle sobre as legislações aplicáveis aos produtos? |[ ] [ ]

|  |
| --- |
| **RESERVADO PARA DSG CERTIFICAÇÕES** |
| Aceitar [x]  Recusar [ ]  | Responsável: |
| Data: / / 2021 | Ass. |