|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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  Recusar | Responsável: |
| Data: / / 2021 | Ass. |