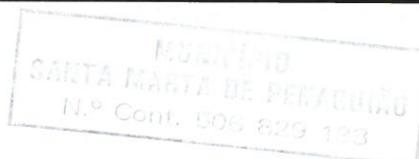


# Relatório de Auditoria de Certificação



Nº DE PROCESSO: C/0975/2013

IDENTIFICAÇÃO		
Designação do Cliente:	MUNICIPIO DE SANTA MARTA DE PENAGUIÃO	
Âmbito da Certificação:	NP EN ISO9001: 2008 - Qualidade: "Atendimento; Operações Urbanísticas; Obras Municipais por Empreitadas; Acção Social; Processamento Administrativo do Serviço de Águas e Saneamento; Emissão de Licenças; Gestão do Cemitério Municipal; Gestão de Actos Eleitorais; Serviços Urbanos; Gestão do Fórum de Atividades". OHSAS 18001:2007/NP 4397:2008 - SST: "Atendimento; Operações Urbanísticas; Obras Municipais por Empreitadas; Acção Social; Processamento Administrativo do Serviço de Águas e Saneamento; Emissão de Licenças; Gestão do Cemitério Municipal; Gestão de Actos Eleitorais; Serviços Urbanos; Gestão do Fórum de Atividades". Extensão para Caminhos pedestres do concelho de Santa Marta de Penaguião	
Referencial(ais) Normativo(s):	NP EN ISO9001: 2008 e OHSAS 18001:2007/NP 4397:2008	
Tipo de Auditoria:	1º Acompanhamento ao Sistema de Gestão Integrado: Qualidade e Segurança	
Data(s) de Auditoria:	04/02/2015	
EQUIPA AUDITORA		
Nome	Competência na EA	Tempo de Participação
José Lopes	Auditor(a) Coordenador(a)	0,75 dia
Luís Soveral	Auditor(es) Técnico(s)	0,75 dia
Idioma:	Português	



NOTA: A presente página deverá conter o carimbo da entidade

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized name or set of initials.

# Relatório de Auditoria de Certificação



Nº DE PROCESSO: C/0975/2013

## Índice

1. Disposições gerais
2. Objectivos da Auditoria
3. Âmbito da Certificação
4. Identificação de exclusões ao âmbito da certificação
5. Hora de início e conclusão da auditoria
6. Locais auditados no decorrer da auditoria
7. Resposta ao Relatório da Auditoria
8. Prazos
9. Decisão Após Auditoria
10. Verificação de Acções Correctivas Decorrentes de Auditoria Anterior
11. Resumo da Auditoria
12. Descrição de Não Conformidades
13. Quadro Resumo dos Requisitos da Norma

Identificação do Representante do Cliente	Função	Assinatura e Carimbo da Entidade
Sílvia Fonseca Silva	Vice- Presidente	The stamp is rectangular and contains the text 'SECRETARIA DE PENAGUIÃO' at the top, 'N.º Com' followed by the number '129 133' below it. A handwritten signature is written over the stamp.
Identificação da Equipa Auditora	Função	Assinatura
José Lopes	Auditor Coordenador	
Luís Soveral	Auditor Técnico	

Este Relatório, bem como toda a informação a que a Equipa Auditora teve acesso pela sua participação na Auditoria, será tratado de forma confidencial.

# Relatório de Auditoria de Certificação



Nº DE PROCESSO: C/0975/2013

## 1. Disposições gerais

O relatório constitui o registo de realização da auditoria relatando as principais constatações referentes ao Sistema de Gestão, produto ou serviço auditado. A Equipa Auditora elaborou o presente relatório no final da auditoria de forma a que o Cliente fique com a informação necessária que lhe permite imediatamente identificar quais as acções que deve promover para adequação do seu Sistema de Gestão, produto ou serviço.

**A EIC fica com o original do relatório e o Cliente fica com cópia.** No caso do relatório ter sido elaborado em formato electrónico, o mesmo pode ser disponibilizado ao Cliente em formato pdf. Do relatório fazem parte integrante todos os pontos listados no respectivo índice.

Para fins relacionados com a acreditação, a(s) Entidade(s) Acreditadora(s) da EIC poderão ter acesso ao presente relatório.

## 2. Objectivos da Auditoria

- Avaliar a conformidade e eficácia do(s) sistema(s) com os critérios da auditoria;
- Avaliar a eficácia do sistema de forma a garantir o cumprimento dos requisitos regulamentares, estatutários, legais e contratuais aplicáveis às actividades das Organizações (identificação, controlo e verificação da conformidade);
- Avaliar a eficácia do sistema de forma a garantir o cumprimento contínuo com os objectivos definidos e um julgamento da capacidade da organização para providenciar de forma sistemática um produto e/ou um serviço de acordo com os requisitos aplicáveis;
- Identificar potenciais áreas de melhoria no sistema da organização.

## 3. Âmbito da Certificação

(O âmbito da Certificação é o que consta na folha de rosto do presente relatório. Este deve ser confirmado no início da auditoria. Caso se tenha verificado a necessidade de proceder a alterações deve registar-se neste espaço do relatório.)

Validado o âmbito:

i) NP EN ISO9001: 2008 - Qualidade: "Atendimento; Operações Urbanísticas; Obras Municipais por Empreitadas; Acção Social; Processamento Administrativo do Serviço de Águas e Saneamento; Emissão de Licenças; Gestão do Cemitério Municipal; Gestão de Actos Eleitorais; Serviços Urbanos; Gestão do Fórum de Actividades".

ii) OHSAS 18001:2007/NP 4397:2008 - Segurança: "Atendimento; Operações Urbanísticas; Obras Municipais por Empreitadas; Acção Social; Processamento Administrativo do Serviço de Águas e Saneamento; Emissão de Licenças; Gestão do Cemitério Municipal; Gestão de Actos Eleitorais; Serviços Urbanos; Gestão do Fórum de Actividades".

Extensão para Caminhos pedestres do concelho de Santa Marta de Penaguião.

Localização: Sede; Obras; Fórum de Actividades; Auditório Municipal; Biblioteca Municipal; Posto de Turismo; Zona Oficial; Cemitério e Caminhos pedestres do concelho de Santa Marta de Penaguião.

## 4. Identificação de exclusões ao âmbito da certificação / Nº de Planos de HACCP

(Indicar todas as exclusões propostas pelo Cliente e as que são aceites pela EA. No caso de não aceitação pela EA, referir se os requisitos em causa se encontram ou não implementados.)

NA



# Relatório de Auditoria de Certificação



Nº DE PROCESSO: C/0975/2013

## 5. Hora de início e conclusão da auditoria

10:00 – 17:00.

## 6. Locais auditados no decorrer da auditoria

(Devem ser identificados, com a designação e endereço, todos os locais auditados pela EA, nomeadamente obras, armazéns ou escritórios)

Identificação do Local	Morada	Código Postal - Localidade	Referencial							
			NP EN ISO 9001	NP EN ISO 14001 / EMAS II (*)	OHSAS 18001 / NP 4397 (*)	NP EN ISO 22000 / Codex Alimentarius (*)	NP 4427	Franchising	Marcação CE	Outro
Sede	Rua dos Combatentes	5030 Santa Marta de Penaguião	X		X					
Fórum de Atividades	Alameda 13 de janeiro	5030 Santa Marta de Penaguião	X		X					
Zona Oficial	Lugar de Sarnadeu	5030 Santa Marta de Penaguião	X		X					
Biblioteca Municipal	Rua dos Combatentes	5030 Santa Marta de Penaguião	X		X					
Auditório Municipal	Alameda 13 de janeiro	5030 Santa Marta de Penaguião	X		X					
Percurso Pedestre	Trilho do Corgo	5030 Santa Marta de Penaguião	X		X					
Obra Construção de Escola C+S	Rua de Santa Comba	5030 Santa Marta de Penaguião	X		X					

## 7. Resposta ao Relatório da Auditoria

A auditoria realizada destinou-se a verificar o grau de implementação do Sistema de Gestão e/ou o grau de conformidade do sistema, produto ou serviço com os requisitos da norma de referência aplicável. A presente auditoria foi realizada por amostragem pelo que podem existir outras não conformidades para além das constatadas no presente relatório.

O Cliente compromete-se a apresentar à EIC a resposta ao relatório tendo em vista corrigir as situações descritas como Não Conformidade. A resposta deve ser elaborada tendo em consideração: **análise das causas** que deram origem à Não Conformidade, **ação correctiva**, **prazo de implementação**, **responsável** e **as respectivas evidências de implementação**.

Na resposta deve ser sempre referido o **número da constatação identificada no presente relatório**. A documentação enviada juntamente com a resposta deve ser explícita relativamente à constatação a que se refere. A resposta pode ser enviada para a EIC por email (geral@eic.pt), fax ou via postal.

Caso não sejam registadas não conformidades na auditoria, a EIC dá sequência imediata ao processo.

Nas Auditorias Prévias, a EIC não exige qualquer resposta às Não Conformidades.

# Relatório de Auditoria de Certificação



Nº DE PROCESSO: C/0975/2013

## 8. Prazos

	Tempo máximo de implementação das acções correctivas e fecho das Não Conformidades	
	Concessão	Renovação / Acompanhamento / Seguimento / Extraordinária
<u>Não Conformidade Maior</u>	6 meses	1 mês
<u>Não Conformidade Menor</u>	6 meses	3 meses

O prazo inicia-se após a data de entrega do presente relatório. Poderão ser considerados prazos excepcionais, desde que devidamente justificados.

## 9. Decisão Após Auditoria

A decisão de conceder a certificação em auditorias de concessão não é tomada enquanto todas as não conformidades não tiverem sido corrigidas e a respectiva acção verificada pela EIC (análise documental ou outra forma de verificação adequada).

Para fundamentar a decisão da EIC podem ser solicitadas evidências adicionais.

No caso de não se reunirem as condições para tomada de decisão por parte da EIC, até sete meses após a data da presente auditoria, esta situação poderá originar a realização de uma nova auditoria para reavaliação do Sistema, produto ou serviço.

## 10. Verificação da Eficácia de Acções Correctivas Decorrentes de Auditoria Anterior

(Analisar a eficácia das acções correctivas decorrentes da auditoria anterior. Escrever "Não aplicável" quando for esse o caso)

A EA efectuou o encerramento das Acções Correctivas associadas às Não Conformidades, declaradas no relatório da auditoria de Renovação realizada a 07 e 10/01/2014.

# Relatório de Auditoria de Certificação



Nº DE PROCESSO: C/0975/2013

## 11. Resumo da Auditoria

1. O MUNICÍPIO DE SANTA MARTA DE PENAGUIÃO(MSMP), desenvolve um conjunto de actividades no sentido de garantir a salvaguarda das necessidades do Município.

Possui um efectivo de 133 colaboradores, sendo que 76 directamente associados aos âmbitos.

A Equipa Auditora (EA) verificou, pela leitura efectuada durante as actividades de auditoria, que a sua Presidência procura garantir que os serviços existentes e as metodologias associadas aos processos definidos se encontrem de acordo com as orientações dos referenciais em causa.

No decorrer da auditoria a EA verificou que a entidade, possui uma Estrutura Organizacional e Sistema Documental de suporte do Sistema de Gestão Integrado (SGI) que, na generalidade, vai ao encontro das exigências dos referenciais normativos e legais aplicáveis, bem como das orientações refletidas pela Presidência.

De acordo com a avaliação, efectuada pela EA no decurso da auditoria, verifica-se que a Presidência garante que os recursos técnicos e humanos se encontrem, de um forma geral, sintonizados com as necessidades para cumprimento dos objectivos definidos.

2. A EA, efectuou na reunião de abertura a análise e aprovação do Plano de Auditoria, tendo cumprido as actividades nele previstas.

O objectivo desta auditoria foi o de avaliar a conformidade da eficácia do sistema de gestão da qualidade implementado, o grau de cumprimento dos referenciais NP EN ISO9001: 2008 e OHSAS 18001:2007/NP 4397:2008 e a aplicabilidade ao âmbito da certificação, com vista decidir sobre a Manutenção da Certificação, que inclui a extensão para a actividade "Caminhos pedestres do concelho de Santa Marta de Penaguião".

3. Os recursos técnicos e humanos avaliados no decurso da auditoria, de uma forma geral, correspondem às necessidades para cumprimento dos objectivos previstos.

4. A EA, efectuou na reunião de abertura a análise e aprovação do Plano de Auditoria, tendo cumprido as actividades nele previstas.

Os "dossier" analisados, permitiram avaliar as actividades presentes do âmbito, inclusive a extensão para a actividade "Caminhos pedestres do concelho de Santa Marta de Penaguião" e garantem o cumprimento dos principais critérios impostos para o 1º Acompanhamento, nomeadamente em termos da manutenção da abrangência da capacidade da entidade ir ao encontro das exigências dos referenciais de Sistemas de Gestão em causa.

Dos locais previstos, e devido a constrangimentos de ordem logística não foram visitados o Cemitério e o Posto de Turismo.

O Armazém foi deslocalizado para a "Zona Oficial, Lugar de Samadeu, 5030 Santa Marta de Penaguião", também visitado.

Foi também alvo de visita o "Percurso Pedestre, Trilho do Corgo, 5030 Santa Marta de Penaguião" para avaliação da extensão requerida.

Foram realizadas as reuniões planeadas, nomeadamente a de abertura que contou com a presença do Sr Presidente e dos elementos que constituem a Comissão da Qualidade e Segurança, onde foram referidos e validados o âmbito, objectivo, referencial e metodologia da auditoria. Na reunião de encerramento, foram referidos mais uma vez os objectivos, âmbito, referencial, lidas e explicadas as constatações registadas neste relatório.

5. O objectivo desta auditoria foi o de avaliar a conformidade da eficácia do sistema de gestão implementado, o grau de cumprimento dos referenciais NP EN ISO9001: 2008 e OHSAS 18001:2007/NP

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'A' with a vertical line through it, located at the bottom right of the page.

# Relatório de Auditoria de Certificação



Nº DE PROCESSO: C/0975/2013

4397:2008 e a aplicabilidade ao âmbito da certificação, com vista decidir sobre a Manutenção da Certificação e Exrtenção para a actividade "Caminhos pedestres do concelho de Santa Marta de Penaguião".

6. A auditoria foi realizada recorrendo a metodologias de amostragem de análise documental e de registos, algumas abordagens através de entrevistas com responsáveis/colaboradores e também por observação de algumas práticas.
7. No decorrer das actividades desencadeadas, verificou-se adequada consciência, motivação e envolvimento dos entrevistados.
8. A EA valida um adequado nível de confiança na metodologia de Revisão pela Gestão, formalizada por parte do MSMP e evidenciado pelo:
  - Relatório de Revisão pela Gestão - 2014(SGQ) de 09/01/2015, cumprindo com o previsto pelo ponto 5.6 da NP EN ISO9001: 2008. Foi evidenciada a análise e tratamento de todas as entradas e saídas requeridas pela norma de referência, com realce para estado e resultados da análise a: Alterações que implicam o SGQ; Objectivos da Qualidade; Não Conformidades; Resultados das auditorias; Ações correctivas e preventivas; Satisfação do Cliente; Avaliação dos Fornecedores; Desempenho dos Processos; Seguimento da última revisão; Conclusões e Decisões.
  - Relatório de Revisão pela Gestão – 2013(SST) de 12/01/2015, cumprindo o previsto pelo referencial OHSAS 18001:2007/NP 4397:2008.

Nestas reuniões foi também analisada a monitorização da informação relativa à medição do desempenho do SGI, através da avaliação de resultados associados a objectivos, indicadores e metas (evidência: "Plano de Objectivos (CMSMP09/Rev2) – 2014, encerrado a 6/1/2014"). Foi igualmente evidenciado o acompanhamento ao referido plano e decisões tomadas a 4/8/2014.

No que concerne a monitorização do SGI através da realização de auditoria, a EA verificou que foram realizadas auditorias, nomeadamente a área da Qualidade em 3, 4 e 5/11/2014 (tendo sido registadas 3 NC) e auditoria ao SST em 11/12/2014 (tendo sido registadas 3 NC e 1OM), sendo esta última por auditor subcontratado, cuja competência foi validada através da avaliação do seu Curriculum Vitae do auditor datada de Julho de 2013. Relativamente a auditoria a área da Qualidade, foram lançadas as respectivas Acções Correctivas no Plano de Acções(CMSMP271/Rev0) de 05/11/2014(Qualidade) e 11/12/2014(SST).

9. No que respeita à conformidade e eficácia do SGI com os critérios da auditoria, a EA verificou a existência de processos, planos, procedimentos, instruções e registos associados, que evidenciam a consistência dos mesmos para a validação do cumprimentos dos requisitos aplicáveis.

As métricas utilizadas são, em geral adequadas, o acompanhamento do desempenho dos processos e do SGI é efectuado de forma planeada, de acordo com o verificado no registo de acompanhamento relativo aos referenciais NP EN ISO9001: 2008 e OHSAS 18001:2007/NP 4397:2008.

Igualmente a melhoria contínua foi evidenciada através de um conjunto de decisões e resultados de gestão, formalizadas no plano de acções (CMSMP271/Rev0) – Melhoria Contínua de 09/01/2014, com registo de resultados e acções até Dezembro de 2014.

O sistema de gestão foi avaliado na totalidade dos requisitos aplicáveis e demonstrou um grau de implementação, comum nível de maturidade que se encontra de acordo com o tempo de implementação.

Através da análise dos registos gerados pelo SGI, atrás referidos, foi possível concluir que no período considerado pela entidade (2014), o sistema atinge a maioria dos objectivos e metas estabelecidas.

10. Após análise das evidências apresentadas, a EA verificou que o sistema possui um conjunto de elementos que permitem validar, de uma forma geral, uma estruturação adequada de processos e procedimentos associados e práticas, para dar resposta às exigências dos referenciais NP EN ISO9001:

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and strokes, is located at the bottom right of the page.

# Relatório de Auditoria de Certificação



Nº DE PROCESSO: C/0975/2013

2008 e OHSAS 18001:2007/NP 4397:2008.

A EA recomenda, no entanto, que deve ser dada especial atenção ao tratamento das constatações registadas neste relatório.

A Política da Qualidade e Segurança, encontra-se incluída tanto no Manual da Qualidade, como em modelo próprio. Encontram-se definidos objectivos e decorrentes planeamentos que com esta se sintonizam.

A organização identificou os seguintes processos, e de acordo com o âmbito em causa: GESTÃO DO SISTEMA; MELHORIA CONTÍNUA; ATENDIMENTO; OPERAÇÕES URBANÍSTICAS; OBRAS MUNICIPAIS POR EMPREITADAS; ACÇÃO SOCIAL; ÁGUAS E SANEAMENTO (PROCES. ADMINIST.); EMISSÃO DE LICENÇAS; GESTÃO DO CEMITÉRIO MUNICIPAL; GESTÃO DE ACTOS ELETORAIS; GESTÃO DO FÓRUM DE ATIVIDADES; APROVISIONAMENTO; GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS; GESTÃO DE INFRA-ESTRUTURAS E EQUIPAMENTOS; GESTÃO DO EQUIPAMENTO INFORMÁTICO; GESTÃO DO PATRIMÓNIO; EXPEDIENTE GERAL; HIGIENE, SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO, com mecanismos de controlo, monitorização e gestão identificados e implementados de acordo com os requisitos aplicáveis.

11. O Sistema de Gestão está documentalmentemente estruturado no Manual da Qualidade e Segurança, Processos, Procedimentos, documentos externos com os respetivos mecanismos de controlo estabelecidos e implementados. A EA valida que o SGI possui metodologias para a garantia do cumprimento dos requisitos regulamentares, estatutários, legais aplicáveis às actividades.
12. As metodologias de planeamento do SGI encontram-se previstas e implementadas. No entanto recomenda-se a avaliação e tratamento da NC01.

As acções estratégicas e de melhoria, definidas na decorrência das diversas actividades de monitorização do serviço e do SGI, encontram-se previstas.

A EA não valida como adequada a metodologia utilizada para o tratamento de situações anómalas (não conformidades internas e externas), pela entidade, e o lançamento de Acções Correctivas e Preventivas.

Em 2014 e até ao momento houve lugar ao registo de 1 reclamação por parte do cliente (Município), devidamente tratada (evidência CMSMP271/0 – Melhoria contínua, Acção nº 1 – Reclamações de 9/7/2014).

O feedback do cliente foi avaliado, através de abordagem específica e pela utilização de inquérito e no sentido de validar a satisfação pelo serviço prestado. Os elementos decorrentes dessa auscultação são tratados de acordo com a metodologia de análise de resultados prevista. Foram entregues 200 inquéritos e entregues 59, tendo sido obtido como resultado para a avaliação do desempenho e para a totalidade das questões colocadas 11,76% - nível excelente, 37,88% - nível bom, 4,35% - pode melhorar e 29,75% sem opinião. Na decorrência foi aberta a Acção de Melhoria nº 1 (6/1/2015), no CMSMP271/0 – Melhoria contínua, em fase de implementação.

Os meios definidos para a comunicação e envolvimento da estrutura organizacional, contemplam a realização de acções de sensibilização e formação específicas, a nível geral e a distribuição de informação escrita inerente às actividades internas, decisões e acções validadas pela Presidência.

A EA verificou a adequada utilização do logo eic.

## 13. Pontos Fortes do Sistema

A EA destaca pelo menos os seguintes:

- Esforço da Presidência, para garantir um adequado serviço ao Município;
- Estrutura documental do SGI;
- Competência demonstrada pelos intervenientes;

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and lines, is located in the bottom right corner of the page.

# Relatório de Auditoria de Certificação



Nº DE PROCESSO: C/0975/2013

- Aplicações informáticas para planeamento e controlo das operações;
- Levantamento de riscos psico-sociais em escolas.

## 14. Oportunidades de Melhoria

A EA releva como oportunidades de melhoria:

OM 1:

No sentido de tornar mais célere a avaliação de contadores de água, para os quais existem dúvidas de funcionamento, a EA recomenda a utilização de contadores padrão calibrados para a sua avaliação.

OM02:

Preparação de tabela resumo, com o principais perigos e riscos associados a utilização de produtos químicos no armazém, para além das fichas de dados de segurança, e assim melhorar a informação directa associada a este tema.

OM03:

Maior rigor da identificação do nº de revisão dos impressos.

No âmbito da OHSAS 18001:2007/NP 4397:2008, será de relevar que a implementação de um Sistema Integrado não é por si só o garante da eliminação da ocorrência de acidentes ou doenças profissionais. Concretamente este procura criar metodologias que, ao longo do tempo e em face das experiências vividas, sejam continuamente melhoradas, produzam efeitos positivos reduzindo a probabilidade de ocorrência de acidentes e doenças profissionais e porventura também os seus efeitos.

É fundamental que a organização trate as constatações que foi tendo conhecimento durante o decorrer da auditoria, e em particular das oportunidades de melhoria referidas neste relatório.

Relativamente à particularidade da auditoria ter sido realizada por meio de provas aleatórias, impõe-se a referência a que, desvios adicionais podem existir, apesar de não terem sido detectados durante esta auditoria.

A EA agradece a forma simpática e o espírito de colaboração de todos aqueles que directamente intervieram nas actividades previstas, para a realização desta auditoria.

A handwritten signature in black ink, consisting of several stylized, overlapping loops and lines, positioned at the bottom right of the page.

# Relatório de Auditoria de Certificação



Nº DE PROCESSO: C/0975/2013

## 12. Descrição de Não Conformidades

Identificar o Requisito da norma

Número	Tipo(M / m )	NP EN ISO 9001	NP EN ISO 14001 / EMAS II	OHSAS 18001 NP 4397	NP EN ISO 22000:2005/Codex Alimentarius	NP 4427:2004	Franchising	Marcação CE	Outro	Descrição
01				4.3.3						Na resposta ao relatório respeitar sempre o número da constatação
										Não foi evidenciado a EA, o planeamento respectivo a manutenção da rede municipal de percursos, de forma a garantir uma adequada utilização.

# Relatório de Auditoria de Certificação



Nº DE PROCESSO: C/0975/2013

## 13. Quadro Resumo dos Requisitos da Norma / NP EN ISO 9001:2008

Registrar em cada requisito o número sequencial atribuído a cada Não Conformidade.

No campo Equipa Auditora: 1) Identificar com siglas os requisitos auditados por cada auditor; 2) Assinalar com NA os requisitos da norma não aplicáveis; 3) Assinalar com ---- os requisitos não auditados.

Os requisitos do sistema assinalados a itálico e negrito são obrigatoriamente auditados em todas as auditorias. Os restantes requisitos são auditados ao critério da EA, condicionados pelo facto de todos terem de ser auditados antes da auditoria de renovação.

<b>Requisitos da Norma NP EN ISO 9001:2008</b>	<b>NC M</b>	<b>NC m</b>	<b>Equipa Auditora</b>
4.1. Requisitos Gerais			JL
4.2 Requisitos da documentação			JL
<b>5.1 Comprometimento da Gestão</b>			JL
5.2 Focalização no Cliente			JL+LS
<b>5.3 Política da Qualidade</b>			JL+LS
<b>5.4 Planeamento</b>			JL+LS
5.5 Responsabilidade, autoridade e comunicação			JL+LS
<b>5.6 Revisão pela Gestão</b>			JL
6.1 Provisão de recursos			JL
6.2 Recursos Humanos			JL
6.3 Infraestrutura			JL
6.4 Ambiente de Trabalho			JL+LS
7.1 Planeamento da Realização do produto			JL+LS
7.2 Processos relacionados com o cliente			LS
7.3 Concepção e desenvolvimento			JL+LS
7.4 Compras			LS
<b>7.5 Produção e fornecimento do serviço</b>			LS
7.6 Controlo do equipamento de monitorização e de medição			JL+LS
8.1. Medição, análise e melhoria – generalidade			JL
<b>8.2 Monitorização e Medição</b>			JL+LS
8.3 Controlo do Produto não conforme			JL+LS
8.4 Análise de Dados			JL
<b>8.5 Melhoria</b>			JL
<b>Reclamações de Terceiros</b> <small>(incluído em 7.2.3 Comunicação com o Cliente)</small>			JL
<b>Verificação do uso da Marca (ex: material promocional, página electrónica)</b>			JL+LS
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	

# Relatório de Auditoria de Certificação



Nº DE PROCESSO: C/0975/2013

## 13. Quadro Resumo dos Requisitos da Norma OHSAS 18001:2007/NP 4397:2008

Registar em cada requisito o número sequencial atribuído a cada Não Conformidade.

No campo Equipa Auditora: 1) Identificar com siglas os requisitos auditados por cada auditor; 2) Assinalar com NA os requisitos da norma não aplicáveis; 3) Assinalar com ---- os requisitos não auditados.

Os requisitos do sistema assinalados a itálico e negrito são obrigatoriamente auditados em todas as auditorias. Os restantes requisitos são auditados ao critério da EA, condicionados pelo facto de todos terem de ser auditados antes da auditoria de renovação.

<b>Requisitos da Norma OHSAS 18001 : 2007</b>	<b>NC M</b>	<b>NC m</b>	<b>Equipa Auditora</b>
<b>4.1 Requisitos Gerais</b>			JL+LS
<b>4.2 Política da SST</b>			JL+LS
<b>4.3 Planeamento</b>			LS
4.3.1 Identificação de Perigos, Avaliação de Riscos e Determinação de Medidas de Controlo			LS
4.3.2 Requisitos Legais e Outros Requisitos			JL+LS
4.3.3 Objectivos e Programa(s)		01	LS
<b>4.4 Implementação e Funcionamento</b>			JL+LS
4.4.1 Recursos, Atribuições, Responsabilidades, Obrigações e Autoridade			JL+LS
4.4.2 Competência, Formação e Sensibilização			JL+LS
4.4.3 Comunicação, Participação e Consulta			LS
4.4.4 Documentação			JL+LS
4.4.5 Controlo dos documentos			JL+LS
4.4.6 Controlo operacional			JL+LS
4.4.7 Prevenção e resposta a emergências			LS
<b>4.5 Verificação</b>			LS
4.5.1 Medição e monitorização do desempenho			LS
4.5.2 Avaliação da Conformidade			JL+LS
4.5.3 Investigação de incidentes, não conformidades, acções correctivas e acções preventivas			LS
4.5.4 Controlo dos registos			JL+LS
4.5.5 Auditoria Interna			JL+LS
<b>4.6 Revisão pela Direcção</b>			JL+LS
<b>Verificação do uso da Marca</b>			JL+LS
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	