

Certificação de Sistema de Gestão Relatório de Auditoria

Organização:	MUNICÍPIO DE VILA FLOR		
Morada:	PAÇOS do CONCELHO Avenida Marechal Carmona 5360-303 Vila Flor		
Representante:	Sr. Vice - Presidente da Câmara: Sr. Quintino Pimentel Gonçalves		
Locais Auditados:	PAÇOS do CONCELHO Avenida Marechal Carmona 5360-303 Vila Flor Armazém Municipal (economato) - Rua Dr. Francisco Guerra S/N		
Norma(s):	NP EN ISO 9001:2008	Acreditação:	IPAC
Código EA:	36	Código NACE:	84.11
Nr. do Processo:	J13.0781.9110.111	Nr. da Auditoria:	3
Data(s) da Auditoria:	2014/04/08	Tipo de Auditoria:	1ª Auditoria de Acompanhamento
Auditor Coordenador:	Manuel Correia	Auditor(es):	-----
Data do Relatório:	2014/04/08	Perito(s):	-----
Este relatório é confidencial. Distribuição: Representante da Organização (original), SGS ICS, e Equipa Auditora.			

1. Objetivos da Auditoria

Confirmar que o sistema de gestão:

- Cumpre todos os requisitos da norma de referência, e requisitos legais e regulamentares aplicáveis;
- Está efetivamente implementado e mantido; e
- É eficaz, conduzindo ao cumprimento dos objetivos e à realização da política da Organização.

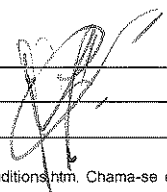
2. Âmbito da Auditoria

- Prestação de Serviços: Licenças Administrativas

Locais Cobertos pelo Âmbito:

PAÇOS do CONCELHO
Avenida Marechal Carmona
5360-303 Vila Flor

Armazém Municipal (economato) - Rua Dr. Francisco Guerra S/N

Representante:		Auditor Coordenador:	
-----------------------	---	-----------------------------	---

Este documento foi emitido pela Companhia de acordo com as Condições Gerais de Serviço disponíveis em http://www.sgs.com/terms_and_conditions.htm. Chama-se especial atenção às cláusulas referentes aos limites de responsabilidade, indemnização e jurisdição.
Informa-se qualquer portador deste documento que a informação nele contida reflecte apenas as constatações da Companhia na altura da sua intervenção e dentro dos limites das instruções do Cliente, se existentes. A Companhia apenas é responsável perante o seu Cliente e este documento não exonera as partes envolvidas numa transacção de exercerem todos os seus direitos e obrigações à luz da documentação dessa transacção. Qualquer alteração não autorizada, adulteração ou falsificação do conteúdo ou aparência deste documento é ilegal e os transgressores poderão ser alvo de todas as acções legais previstas.

SGS ICS, Serviços Internacionais
de Certificação, Lda.

Pólo Tecnológico de Lisboa, Lote 6, pisos 0 e 1, 1600-546 Lisboa, t(+351) 217 104 200, f(+351) 707 200 329
Rua Veloso Salgado, 583/587, 4450-801 Leça da Palmeira, t(+351) 229 994 500, f(+351) 707 200 329

Capital Social 5.000 Euros - Reg. Com. de Lisboa e Contribuinte nº 504 254 960 - Mail: pt.info@sgs.com - Web: www.pt.sgs.com - Linha SGS: 707 200 747

Atividades Fora do Âmbito:

A Organização ainda tem várias divisões/sectores que não se encontram abrangidos pelo sistema de gestão a qualidade e âmbito da certificação nomeadamente a divisão de Obras, Habitação, Urbanismo e Ambiente, Serviços de Ação Social, Cultura, Educação, Turismo e Desporto e Saúde e Salubridade Pecuária e Serviço Municipal de Proteção Civil.

Número atual, aproximado, de Pessoas que concorrem para as atividades em avaliação:	16
Número de Turnos	1

Representante:

Auditor Coordenador:

Este documento foi emitido pela Companhia de acordo com as Condições Gerais de Serviço disponíveis em http://www.sgs.com/terms_and_conditions.htm. Chama-se especial atenção às cláusulas referentes aos limites de responsabilidade, indemnização e jurisdição. Informa-se qualquer portador deste documento que a informação nele contida reflecte apenas as constatações da Companhia na altura da sua intervenção e dentro dos limites das instruções do Cliente, se existentes. A Companhia apenas é responsável perante o seu Cliente e este documento não exonera as partes envolvidas numa transacção de exercerem todos os seus direitos e obrigações à luz da documentação dessa transacção. Qualquer alteração não autorizada, adulteração ou falsificação do conteúdo ou aparência deste documento é ilegal e os transgressores poderão ser alvo de todas as acções legais previstas.

3. Conclusões da Auditoria

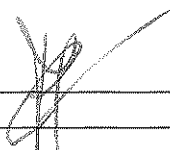
O sistema de gestão: está, globalmente, concebido, implementado e mantido de acordo com os requisitos da norma de referência; e demonstra aptidão para, de uma forma consistente, cumprir os requisitos aplicáveis, e atingir os objectivos e realizar a política da Organização.	☒ Sim	☐ Não		
A Equipa Auditora poderá recomendar à Direcção da SGS ICS a Decisão de Certificação quando se encontrarem <u>fechados os PAC Maiores</u> .	☐ N/A	☒ Sim		
A Equipa Auditora poderá recomendar à Direcção da SGS ICS a Decisão de Certificação quando se encontrarem analisadas e <u>aceites as propostas de Acção Correctiva para os PAC menores</u> .	☐ N/A	☒ Sim		
A Equipa Auditora, <u>não tendo sido formulados PAC</u> , irá recomendar à Direcção da SGS ICS a Decisão de Certificação.	☐ Sim	☒ N/A		
Pedidos de Acção Correctiva (PAC) abertos:	2	Maior (es)	5	Menor (es)

4. Resultados de Auditorias Anteriores

A Equipa Auditora reviu os resultados da auditoria anterior, incluindo os Pedidos de Acção Correctiva (PAC) abertos e as Observações (OBS) formuladas.			
Todos os Pedidos de Acção Correctiva (PAC) / Constatações abertos na auditoria anterior foram corrigidos, e as correspondentes acções correctivas continuam a ser eficazes.	☐ Sim	☒ Não	☐ N/A
Todas as Observações (OBS) formuladas na auditoria anterior foram adequadamente tratadas.	☐ Sim	☒ Não	☐ N/A

5. Constatações da Auditoria

A documentação do sistema de gestão cumpre os requisitos da norma de referência, e é adequada para suportar a implementação e manutenção do sistema de gestão.	☒ Sim	☐ Não	
A Organização estabeleceu política, objetivos e indicadores de desempenho adequados; e monitoriza a sua evolução por forma a cumprir a políticas e os objetivos estabelecidos.	☒ Sim	☐ Não	
O sistema de gestão demonstrou a conformidade com os requisitos da norma de referência, e requisitos legais e regulamentares aplicáveis.	☒ Sim	☐ Não	
O programa de auditorias internas está implementado, e demonstra a sua eficácia como ferramenta para a manutenção e melhoria do sistema de gestão e da sua eficácia.	☐ Sim	☒ Não	
O processo de revisão do sistema de gestão pela Gestão de Topo assegura que este se mantém adequado e eficaz.	☒ Sim	☐ Não	
A Organização demonstrou uma adequada implementação, manutenção e melhoria contínua do sistema de gestão e da sua eficácia.	☒ Sim	☐ Não	
ISO 9001: As exclusões são adequadas e justificadas. (7.3/7.5.2/7.6)	☒ Sim	☐ Não	☐ N/A
Foi verificado o uso conforme da Marca de Certificação da SGS.	☒ Sim	☐ Não	☐ N/A

Representante:		Auditor Coordenador:	
----------------	---	----------------------	---

Este documento foi emitido pela Companhia de acordo com as Condições Gerais de Serviço disponíveis em http://www.sgs.com/terms_and_conditions.htm. Chama-se especial atenção às cláusulas referentes aos limites de responsabilidade, indemnização e jurisdição. Informa-se qualquer portador deste documento que a informação nele contida reflecte apenas as constatações da Companhia na altura da sua intervenção e dentro dos limites das instruções do Cliente, se existentes. A Companhia apenas é responsável perante o seu Cliente e este documento não exonera as partes envolvidas numa transacção de exercerem todos os seus direitos e obrigações à luz da documentação dessa transacção. Qualquer alteração não autorizada, adulteração ou falsificação do conteúdo ou aparência deste documento é ilegal e os transgressores poderão ser alvo de todas as acções legais previstas.

6. Pistas de Auditoria Significativas

A Equipa Auditora conduziu o processo de auditoria, de acordo com o plano de auditoria, focando, por amostragem, requisitos/ aspetos/ riscos/ objetivos significativos requeridos pela(s) norma(s) de referência. Os métodos utilizados para a auditoria foram: entrevista; observação/ simulação das atividades; avaliação de recursos humanos, materiais e infraestruturas; e revisão de registos e documentação do sistema. A Equipa Auditora desenvolveu as seguintes pistas de auditoria, incluindo ligações entre processos e funções (e cujas evidências foram registadas em Listas de Verificação, arquivadas na SGS ICS):

Revisão do sistema de gestão.

Objetivos, indicadores de desempenho, e demais elementos de monitorização e medição dos processos e produtos/ serviços.

Avaliação da satisfação dos Clientes / Partes Interessadas.

Reclamações; Não-Conformidades; Auditorias internas; Ações corretivas; Ações preventivas.

Processos das licenças administrativas; Relatórios de atividades; Pedidos diversos; Contratos, encomendas a fornecedores, avaliação de fornecedores, registos de manutenção e informáticos.

7. Evolução da Organização; evolução do sistema de gestão, e da sua eficácia

Evolução/ alterações da Organização:

Inserção da documentação do Sistema de gestão da Qualidade na Intranet do município.

Evolução/ pontos fortes do sistema de gestão:

Durante a execução da auditoria, foi perfeitamente perceptível o empenho do gestor da qualidade nomeado.

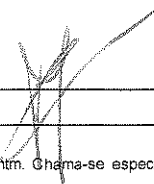
Evolução/ pontos fortes da eficácia do sistema de gestão:

Inexistência de reclamações em 2013 no âmbito da certificação.

Representante:



Auditor Coordenador:



Este documento foi emitido pela Companhia de acordo com as Condições Gerais de Serviço disponíveis em http://www.sgs.com/terms_and_conditions.htm. Chama-se especial atenção às cláusulas referentes aos limites de responsabilidade, indemnização e jurisdição. Informa-se qualquer portador deste documento que a informação nele contida reflecte apenas as constatações da Companhia na altura da sua intervenção e dentro dos limites das instruções do Cliente, se existentes. A Companhia apenas é responsável perante o seu Cliente e este documento não exonera as partes envolvidas numa transacção de exercerem todos os seus direitos e obrigações à luz da documentação dessa transacção. Qualquer alteração não autorizada, adulteração ou falsificação do conteúdo ou aparência deste documento é ilegal e os transgressores poderão ser alvo de todas as acções legais previstas.

8. Pedidos de Acção Correctiva (PAC)

A Organização deve:

1. Tratar os **Pedidos de Acção Correctiva (PAC)** abaixo formulados, analisando as suas **causas**, e empreendendo **acções de correcção / acções correctivas** adequadas, através do processo/ procedimento de acções correctivas do próprio sistema da Organização, de acordo com os requisitos para acções correctivas da(s) norma(s) de referência, incluindo as acções para prevenir a sua recorrência; e

2. Manter registos adequados que documentem a análise das **causas** e a implementação e a eficácia das **acções de correcção / acções correctivas** empreendidas.

3. Em relação à SGS ICS, responder aos **Pedidos de Acção Correctiva (PAC)**:

No caso de PAC Maiores:

A Organização deve, **de imediato**, iniciar acções adequadas; e deve, no prazo máximo de **30 dias**, enviar para a SGS ICS evidências das acções de correcção/ acções correctivas implementadas; estas serão objecto de análise e carecem de aceitação por parte da SGS ICS.

Será então avaliada, pela SGS ICS, a necessidade da realização de uma **Auditoria de Seguimento**, para verificação da implementação e eficácia das respectivas acções de correcção/ acções correctivas.

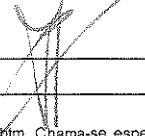
No caso de PAC menores:

A Organização deve, no prazo máximo de **30 dias**, enviar para a SGS ICS as acções propostas, e respectivos prazos; estas serão objecto de análise, e carecem de aceitação por parte da SGS ICS.

4. **NOTA:** Na próxima auditoria, a SGS ICS irá rever todos os PAC formulados, para confirmar que as correspondentes acções de correcção/ acções correctivas continuam a ser eficazes.

Pedido de Acção Correctiva		Nr: 1 de 7		☐ Maior ☒ Menor	
Norma	☒ ISO 9001	☐ ISO 14001	☐ OHSAS 18001	☐	☐
Requisito	6.2.2				
Não foi evidenciada a realização da avaliação da eficácia da ação de formação Licenciamento Zero (realizada pela ATAM em Alfandega da Fé no dia 13/11/2013) pelo respetivo superior hierárquico, nos três meses seguintes de acordo com o estabelecido documentalmente no PA.01.01 - Pedido de Formação (frequentado pelos colaboradores dr. João Correia, Carlos Carvalho e Eng.º Valdemar).					

Pedido de Acção Correctiva		Nr: 2 de 7		☒ Maior ☐ Menor	
Norma	☒ ISO 9001	☐ ISO 14001	☐ OHSAS 18001	☐	☐
Requisito	6.3				
Não foi evidenciada a definição formal da política de acessos à informação informática existente no município (repetição da PAC 4 de 8 da ultima auditoria da SGS – ICS de 2013/04/03/04/05).					

Representante:		Auditor Coordenador:	
----------------	---	----------------------	---

Este documento foi emitido pela Companhia de acordo com as Condições Gerais de Serviço disponíveis em http://www.sgs.com/terms_and_conditions.htm. Chama-se especial atenção às cláusulas referentes aos limites de responsabilidade, indemnização e jurisdição. Informa-se qualquer portador deste documento que a informação nele contida reflecte apenas as constatações da Companhia na altura da sua intervenção e dentro dos limites das instruções do Cliente, se existentes. A Companhia apenas é responsável perante o seu Cliente e este documento não exonera as partes envolvidas numa transacção de exercerem todos os seus direitos e obrigações à luz da documentação dessa transacção. Qualquer alteração não autorizada, adulteração ou falsificação do conteúdo ou aparência deste documento é ilegal e os transgressores poderão ser alvo de todas as acções legais previstas.

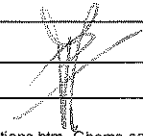
Pedido de Acção Correctiva		Nr: 3 de 7		☐ Maior ☒ Menor	
Norma	☒ ISO 9001	☐ ISO 14001	☐ OHSAS 18001	☐	☐
Requisito	6.3/7.5/8.2.3				
Não foi evidenciada a adequada etiquetagem do património do Balcão Único de Atendimento (licenças administrativas) de acordo com o estabelecido no PA.04. Património, de forma a cumprir as metas estabelecidas para o indicador que monitoriza a atividade do Património.					

Pedido de Acção Correctiva		Nr: 4 de 7		☐ Maior ☒ Menor	
Norma	☒ ISO 9001	☐ ISO 14001	☐ OHSAS 18001	☐	☐
Requisito	8.2.1				
Não foi evidenciada a avaliação do grau de satisfação dos munícipes, desde a realização da última auditoria da SGS, de acordo com o previsto documentalmente no PG.01.07 – Avaliação e Satisfação dos Munícipes.					

Pedido de Acção Correctiva		Nr: 5 de 7		☒ Maior ☐ Menor	
Norma	☒ ISO 9001	☐ ISO 14001	☐ OHSAS 18001	☐	☐
Requisito	8.2.2				
Não foi evidenciada a realização de nenhuma auditoria interna ao sistema de gestão da qualidade desde a última auditoria de concessão de 2ª fase da SGS de 2013/04/03/04/05.					

Pedido de Acção Correctiva		Nr: 6 de 7		☐ Maior ☒ Menor	
Norma	☒ ISO 9001	☐ ISO 14001	☐ OHSAS 18001	☐	☐
Requisito	8.2.2/8.5.3				
Não foi evidenciado o adequado tratamento das 3 observações decorrentes da auditoria externa da SGS, realizada a 2013/04/03/04/05, de acordo com a metodologia estabelecida documentalmente.					

Pedido de Acção Correctiva		Nr: 7 de 7		☐ Maior ☒ Menor	
Norma	☒ ISO 9001	☐ ISO 14001	☐ OHSAS 18001	☐	☐
Requisito	8.5.2				
Não foi evidenciada a adequada implementação das ações estabelecidas para dar resposta à PAC nº 2 de 8 da última auditoria da SGS de 2013/04/03/04/05 no que diz respeito ao licenciamento Zero nomeadamente com a aprovação dos regulamentos municipais até Maio de 2013, tendo-se constatado que a metodologia estabelecida nas Licenças Administrativas, continua a ser a mesma.					

Representante:		Auditor Coordenador:	
-----------------------	---	-----------------------------	---

9. Observações/ Oportunidades de Melhoria

A Organização deve:

1. Analisar as Observações abaixo formuladas através do processo/ procedimento de acções preventivas do próprio sistema de gestão, cumprindo os requisitos para acções preventivas da norma de referência; e
2. Manter registos adequados que documentem as análises realizadas e a implementação e a eficácia das acções empreendidas.

NOTA: As Observações são formuladas com o propósito de melhorar o sistema de gestão e a sua a eficácia; não carecem de resposta ou notificação por parte da Organização; e serão objecto de re-avaliação na próxima auditoria da SGS ICS.

OBS 1 [Requisito: 4.2.3]:

A organização deve avaliar do interesse em disponibilizar o mais rapidamente possível no seu site os requerimentos que os munícipes devem utilizar quando solicitam uma licença administrativa, adequadamente protegidos para salvaguardar o seu conteúdo original.

OBS 2 [Requisito: 4.2.3]:

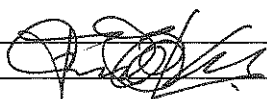
A organização deve avaliar do interesse em melhorar a metodologia de numeração e de acesso à informação relativamente aos requerimentos que entram pelo BUA ou pelo registo de documentos do Gabinete de Apoio.

OBS 3 [Requisito: 6.3]:

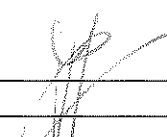
A organização deve avaliar do interesse em melhorar a definição da metodologia de controlo do património municipal.

Fim do Relatório.

Representante:



Auditor Coordenador:



Este documento foi emitido pela Companhia de acordo com as Condições Gerais de Serviço disponíveis em http://www.sgs.com/terms_and_conditions.htm. Chama-se especial atenção às cláusulas referentes aos limites de responsabilidade, indemnização e jurisdição. Informa-se qualquer portador deste documento que a informação nele contida reflecte apenas as constatações da Companhia na altura da sua intervenção e dentro dos limites das instruções do Cliente, se existentes. A Companhia apenas é responsável perante o seu Cliente e este documento não exonera as partes envolvidas numa transacção de exercerem todos os seus direitos e obrigações à luz da documentação dessa transacção. Qualquer alteração não autorizada, adulteração ou falsificação do conteúdo ou aparência deste documento é ilegal e os transgressores poderão ser alvo de todas as acções legais previstas.