(Inserir o timbre e a identificação do Serviço/Órgão)

## PLANO DE AÇÃO DO SERVIÇO DE INSPEÇÃO

I-IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE INSPEÇÃO:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do Serviço: |   | CNPJ:  |   |
| Tipo de Serviço: | ( )SIE ( ) SIM ( ) Consórcio Público Municipal | Município sede: |   |
| UF: |   |

II -DECLARAÇÃO:

|  |
| --- |
| O Serviço de Inspeção acima identificado, nesta data representado pelos abaixo identificados, apresenta o Plano de Ação, a seguir descrito, e se compromete a adotar todas as ações previstas, nos prazos estipulados, para correção das não-conformidades e melhorias apontadas nas avaliações realizadas com a finalidade de: |
| ( ) Avaliação técnica prévia |
| ( ) Reconhecimento de equivalência e adesão ao SISBI-POV; |
| ( ) Manutenção de equivalência/Ampliação de escopo ao SISBI-POV. |
| Local e data do documento: | Local, XX de XXXXX de XXX. |
| Assinatura e identificação do gestor superior do órgão executor do serviço de inspeção: |  |
| Assinatura e identificação do coordenador do Serviço de Inspeção: |  |

**III-PLANO DE AÇÃO DA AVALIAÇÃO DOCUMENTAL -Data da Avaliação Documental:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **Descrição das não conformidades/ oportunidades de melhorias** | **Descrição detalhada das medidas corretivas\*** | **Data de início** | **Data de conclusão**  | **Setor responsável pela execução.** | **Responsável pelo acompanhamento do cumprimento** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Assinaturas e identificação do(s )responsável(is) pelo setor(es) de execução(ões) e acompanhamento do cumprimento: |  |

\*Devem ser apresentados o programa de trabalho atualizado, as legislações ou informações de cadastro corrigidas no e-SISBI. No caso de não conformidade documental, a correção será primordial para o avanço no processo de reconhecimento ou manutenção de equivalência ao SISBI-POV.

IV -PLANO DE AÇÃO DO RELATÓRIO DE AUDITORIA - Período da auditroria / / a / / .

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Descrição das não conformidades/ oportunidades de melhorias** | **Descrição detalhada das medidas corretivas** | **Data de início** | **Data de conclusão** | **Setor responsável pela execução.** | **Responsável pelo acompanhamento do cumprimento** | **Data e resultado da verificação (Atendido, não atendido, no prazo)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Assinaturas e identificação do(s )responsável(is) pelo setor(es) de execução(ões) e acompanhamento do cumprimento: |  |