(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-POA; |
| ( ) Manutenção de equivalência/Ampliação de escopo ao SISBI-POA. |
| 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 correspondete ao indicado no e-SISBI: |  |

**III-PLANO DE AÇÃO DA AUTOAVALIAÇÃO DE EQUIVALÊNCIA -Data de envio da Autoavaliação de Equivalência :\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: |  |

\* No caso de pendências nos quesitos 1, 2\*, 5\* e 6**, não há condição satisfatória** para processimento da integração ao SISBI, devendo o plano de ação ser concluído primeiramente, para posterior protocolo do requerimento de integração ao SISBI-POA. No caso de assinalados como **“parcial”** os quesitos: 3, 4 e 7 para prosseguir com o processo de integração, o prazo de conclusão deve ser de 90 dias a partir da data de envio da autoavaliação de equivalência, prazos superiores ou alguns item assinalado como “Não” indicam que **não há condição satisfatória** para prosseguimento da integração ao SISBI.

\*\* Especificar as medidas e meios necessários que serão providenciados para efetivar a adequação, devendo ser indicado a documentação comprobatório que será gerada, a qual devem ser apresentados no programa de trabalho atualizado, as legislações ou informações de cadastro corrigidas no e-SISBI.

**IV-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-POA.

**V -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: |  |