

RELATÓRIO DE NÃO CONFORMIDADE (RNC) PRESTADOR DE SERVIÇO	Código: PC-QL-20 V1 Página 1 de 1
---	---

1. DADOS DA LOJA:

Número:	Loja:
---------	-------

2. DADOS DA RNC:

Data de emissão:	____/____/____
Data de encerramento:	____/____/____

3. DADOS DO PRESTADOR:

Razão Social:	
Nome fantasia:	
Contato (nome):	
Cargo:	
Telefone:	
E-mail:	
TIPO DE SERVIÇO:	☐ Análise laboratorial - laboratório ☐ Calibração de equipamentos de medição ☐ Coleta de resíduos ☐ Controle de pragas ☐ Limpeza de reservatório

4. DADOS DA NÃO CONFORMIDADE:

SERVIÇO REALIZADO	DATA DA EXECUÇÃO	NÚMERO DA ORDEM DE SERVIÇO / CERTIFICADO DE EXECUÇÃO
Descrever detalhes do problema identificado:		

Realizado por:	Função: GERENTE / LÍDER DE UNIDADE	Assinatura:
----------------	--	-------------

POP 08 - CALIBRAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE MEDIÇÃO PLANILHA DE CONTROLE 19 – CALIBRAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE MEDIÇÃO	Código: PC-QL-19 V1 Página 1 de 2
--	--

Número:	Loja:	Responsável:	Função: GERENTE / LÍDER DE UNIDADE
---------	-------	--------------	--

- Realizar anualmente a calibração dos termômetros e balanças.
- Solicitar para as empresas responsáveis os certificados de calibração dos termômetros e balanças, registrando os dados conforme tabela abaixo.

EQUIPAMENTO	MODELO	FABRICANTE	EMPRESA DE CALIBRAÇÃO	Nº DO CERTIFICADO	DATA DA CALIBRAÇÃO (dia/mês/ano)	DATA DA PRÓXIMA CALIBRAÇÃO (dia/mês/ano)	VISTO

Verificado por:	Função: ANALISTA DE QUALIDADE	Assinatura:
-----------------	---	-------------

Número:	Loja:	Responsável:	Função: GERENTE / LÍDER DE UNIDADE
---------	-------	--------------	--

- Na verificação de NÃO CONFORMIDADE referente a calibração de equipamento de medição (termômetros e balanças) deve-se descrever a não conformidade apresentada e a ação corretiva realizada.

DATA dia/mês/ano	NÃO CONFORMIDADE	AÇÃO CORRETIVA

Verificado por:	Função: ANALISTA DE QUALIDADE	Assinatura:
-----------------	---	-------------

CONTROLE DE ENTREGA DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - E.P.I.

Nome:

Data de admissão:

Data de demissão:

Calçado n°:

Tipo de E.P.I.

Quantidade

Data de Entrega

C.A

Assinatura do Trabalhador

Declaro para os devidos fins, que recebi os E.P.I.'s acima descritos e me comprometo:

Usá-los apenas para a finalidade a que se destinam;

Responsabilizar-me por sua guarda e conservação;

Comunicar ao empregador qualquer modificação que os tornem impróprios para o uso;

Responsabilizar-me pela danificação do E.P.I. devido ao uso inadequado ou fora das atividades a que se destina, bem como pelo seu extravio.

Declaro ainda estar ciente de que o uso é obrigatório.

Sob pena de ser punido conforme Lei n° 6.514, de 22/12/77, artigo 158.

Declaro, ainda, que recebi treinamento referente ao uso do E.P.I. e as Normas de Segurança do Trabalho.

_____ de _____ de 20 _____

Assinatura do Trabalhador

Número:	Loja:	Responsável:	Função: GERENTE / <u>LÍDER</u> DE UNIDADE
---------	-------	--------------	---

- Realizar o controle dos exames médicos e laboratoriais de todos os colaboradores da loja através do registro das informações abaixo:
- Para toda não conformidade (NC) identificada, registrar a ação corretiva (AC) realizada.

NOME DO COLABORADOR	FUNÇÃO	EXAME REALIZADO (CL – Clínico) (LAB – laboratorial)	DATA DO EXAME (dia/mês/ano)	RESULTADO	DATA PRÓXIMO EXAME (dia/mês/ano)

Verificado por:	Função: ANALISTA DE QUALIDADE	Assinatura:
-----------------	---	-------------

NOME DO COLABORADOR	FUNÇÃO	EXAME REALIZADO (CL – Clínico) (LAB – laboratorial)	DATA DO EXAME (dia/mês/ano)	RESULTADO	DATA PRÓXIMO EXAME (dia/mês/ano)

NOME DO COLABORADOR	FUNÇÃO	EXAME REALIZADO (CL – Clínico) (LAB – laboratorial)	DATA DO EXAME (dia/mês/ano)	RESULTADO	DATA PRÓXIMO EXAME (dia/mês/ano)

Número:	Loja:	Responsável:	Função: GERENTE DE UNIDADE
---------	-------	--------------	--------------------------------------

- Na verificação de NÃO CONFORMIDADE nos laudos e exames médicos deve-se registrar a não conformidade apresentada e a ação corretiva realizada.

DATA dia/mês/ano	NÃO CONFORMIDADE	AÇÃO CORRETIVA

Verificado por:	Função: ANALISTA DE QUALIDADE	Assinatura:
-----------------	---	-------------

POP 03 – CONTROLE DA POTABILIDADE DA ÁGUA E HIGIENIZAÇÃO DO RESERVATÓRIO PLANILHA DE CONTROLE 07 – HIGIENIZAÇÃO DOS RESERVATÓRIOS	Código: PC-QL-07 V1 Página 1 de 1
--	--

Número:	Loja:	Responsável:	Função: GERENTE / LÍDER DE UNIDADE
---------	-------	--------------	--

- Realizar semestralmente a higienização dos reservatórios de água com empresa especializada.
- Se identificado alguma não conformidade informar na coluna AÇÃO CORRETIVA a medida corretiva tomada.

DATA DA EXECUÇÃO (dia/mês/ano)	QUANTIDADE E VOLUME DE RESERVATÓRIOS	EMPRESA RESPONSÁVEL	DATA DE VALIDADE	AÇÃO CORRETIVA	VISTO

Verificado por:	Função: ANALISTA DE QUALIDADE	Assinatura:
-----------------	---	-------------

POP 02 – CONTROLE INTEGRADO DE VETORES E PRAGAS URBANAS PLANILHA DE CONTROLE 02 – MONITORAMENTO VISUAL DE PRESENÇA DE VETORES E PRAGAS URBANAS	Código: PC-QL-02 V1 Página 1 de 3
---	--

Número:	Loja:	Responsável:	Função: CHEFE DE COZINHA / LÍDER DE UNIDADE / SUPERVISOR DE SALÃO
---------	-------	--------------	--

- Realizar diariamente a inspeção visual da presença de vetores e pragas urbanas em todas as dependências da loja, registrando na planilha a execução.
- Utilizar a legenda abaixo para as anotações:

PRAGAS	A = Abelha	Av = Ave	B= Barata	C= Cupim	F= Formiga	M= Mosca / Mosquito	R= Roedores
LOCAL	C= Copa	Co =Cozinha	S =Salão	E= Área Externa	D= Depósito	SE= Sem evidências	

ANO:												
DIA	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

Verificado por:	Função: ANALISTA DE QUALIDADE	Assinatura:
-----------------	---	-------------

POP 02 – CONTROLE INTEGRADO DE VETORES E PRAGAS URBANAS PLANILHA DE CONTROLE 02 – MONITORAMENTO VISUAL DE PRESENÇA DE VETORES E PRAGAS URBANAS	Código: PC-QL-02 V1 Página 2 de 3
--	---

Número:	Loja:	Responsável:	Função: CHEFE DE COZINHA / LÍDER DE UNIDADE / SUPERVISOR DE SALÃO
---------	-------	--------------	--

- Realizar diariamente a inspeção visual da presença de vetores e pragas urbanas em todas as dependências da loja, registrando na planilha a execução.
- Utilizar a legenda abaixo para as anotações:

PRAGAS	A = Abelha	Av = Ave	B= Barata	C= Cupim	F= Formiga	M= Mosca / Mosquito	R= Roedores
LOCAL	C= Copa	Co =Cozinha	S =Salão	E= Área Externa	D= Depósito	SE= Sem evidências	

ANO:												
DIA	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

Verificado por:	Função: ANALISTA DE QUALIDADE	Assinatura:
-----------------	---	-------------

- Na verificação de NÃO CONFORMIDADE durante o monitoramento visual de presença de vetores e pragas urbanas, deve-se descrever a não conformidade apresentada e a ação corretiva realizada

[illegible]

POP 03 – CONTROLE DA POTABILIDADE DA ÁGUA E HIGIENIZAÇÃO DO RESERVATÓRIO PLANILHA DE CONTROLE 06 – INSPESÃO DOS RESERVATÓRIOS DE ÁGUA	Código: PC-QL-06 V1 Página 1 de 1
--	--

Número:	Loja:	Responsável:	Função: GERENTE / LÍDER DE UNIDADE
---------	-------	--------------	--

- Realizar a inspeção visual mensal em todos os reservatórios de água verificando a TAMPA e RERVATÓRIO, registrando nas colunas de cada critério: “C” – para CONFORME; “NC” – para NÃO CONFORME.
- Se identificado alguma não conformidade informar na coluna AÇÃO CORRETIVA a medida corretiva tomada.

MÊS	DATA (dia/mês/ano)	QUANTIDADE E VOLUME DE RESERVATÓRIOS	TAMPA (boa vedação, sem trincos e rachaduras)	RESERVATÓRIO (sem vazamentos, rachaduras e trincos)	AÇÃO CORRETIVA	VISTO
JANEIRO						
FEVEREIRO						
MARÇO						
ABRIL						
MAIO						
JUNHO						
JULHO						
AGOSTO						
SETEMBRO						
OUTUBRO						
NOVEMBRO						
DEZEMBRO						

Verificado por:	Função: ANALISTA DE QUALIDADE	Assinatura:
-----------------	---	-------------

POP 03 – CONTROLE DA POTABILIDADE DA ÁGUA E HIGIENIZAÇÃO DO RESERVATÓRIO PLANILHA DE CONTROLE 10 – ANÁLISE MICROBIOLÓGICA DA ÁGUA NO PONTO DE CONSUMO	Código: PC-QL-10 V1 Página 1 de 1
--	--

Número:	Loja:	Responsável:	Função: GERENTE / LÍDER DE UNIDADE
---------	-------	--------------	--

- Realizar semestralmente a análise microbiológica da água, preferencialmente após a higienização dos reservatórios.
- Critérios de conformidade – Portaria 888 de 04/05/2021 - Registrar na planilha: “**C**” – CONFORME para resultado satisfatório / “**NC**” – NÃO CONFORME para resultado insatisfatório.
- Pontos de consumo para coleta de amostra: torneira da copa de produção dos sucos, preparo de alimentos ou higienização das mãos.

ANÁLISE MICROBIOLÓGICA DA ÁGUA						
DATA EXECUÇÃO (dia/mês/ano)	LABORATÓRIO	PONTO DE COLETA	RESULTADO DO LAUDO	AÇÃO CORRETIVA	MÊS/ANO DA PRÓXIMA COLETA	VISTO

Verificado por:	Função: ANALISTA DE QUALIDADE	Assinatura:
-----------------	---	-------------

POP 02 – CONTROLE INTEGRADO DE VETORES E PRAGAS URBANAS PLANILHA DE CONTROLE 03 – MONITORAMENTO DAS MEDIDAS PREVENTIVAS NO CONTROLE INTEGRADO DE VETORES E PRAGAS URBANAS	Código: PC-QL-03 V1 Página 1 de 3
---	---

Número:	Loja:	Responsável:	Função: GERENTE / LÍDER DE UNIDADE
---------	-------	--------------	---

- Realizar quinzenalmente o monitoramento das medidas preventivas, registrando nas colunas: “C” – para CONFORME; “NC” – para NÃO CONFORME.

ANO:	JANEIRO		FEVEREIRO		MARÇO		ABRIL		MAIO		JUNHO	
DATA												
Presença de fechamento automático e vedação inferior nas portas de acesso à área externa												
Presença de telas em todas as janelas de acesso à área externa / Telas conservadas												
Ralos com sistema abre e fecha funcionando												
Paredes e pisos conservados / sem frestas												
Tomadas e interruptores protegidos												
Áreas internas organizadas e limpas / Ausência de objetos em desuso												
Áreas externas organizadas e limpas / Ausência de objetos em desuso												
Área do lixo protegida e limpa / Janelas teladas / Porta com vedação												
Armadilhas presentes e posicionadas conforme mapa												

Verificado por:	Função: ANALISTA DE QUALIDADE	Assinatura:
-----------------	---	-------------

POP 02 – CONTROLE INTEGRADO DE VETORES E PRAGAS URBANAS PLANILHA DE CONTROLE 03 – MONITORAMENTO DAS MEDIDAS PREVENTIVAS NO CONTROLE INTEGRADO DE VETORES E PRAGAS URBANAS	Código: PC-QL-03 V1 Página 2 de 3
--	---

Número:	Loja:	Responsável:	Função: GERENTE / LÍDER DE UNIDADE
---------	-------	--------------	---

- Realizar quinzenalmente o monitoramento das medidas preventivas, registrando nas colunas: “C” – para CONFORME; “NC” – para NÃO CONFORME.

ANO:	JULHO		AGOSTO		SETEMBRO		OUTUBRO		NOVEMBRO		DEZEMBRO	
DATA												
Presença de fechamento automático e vedação inferior nas portas de acesso à área externa												
Presença de telas em todas as janelas de acesso à área externa / Telas conservadas												
Ralos com sistema abre e fecha funcionando												
Paredes e pisos conservados / sem frestas												
Tomadas e interruptores protegidos												
Áreas internas organizadas e limpas / Ausência de objetos em desuso												
Áreas externas organizadas e limpas / Ausência de objetos em desuso												
Área do lixo protegida e limpa / Janelas teladas / Porta com vedação												
Armadilhas presentes e posicionadas conforme mapa												

Verificado por:	Função: ANALISTA DE QUALIDADE	Assinatura:
-----------------	---	-------------

- Na verificação de NÃO CONFORMIDADE durante o monitoramento das medidas preventivas no controle integrado de vetores e pragas urbanas, deve-se descrever a não conformidade apresentada e a ação corretiva realizada.

DATA dia/mês/ano	NÃO CONFORMIDADE	AÇÃO CORRETIVA

Verificado por:	Função: ANALISTA DE QUALIDADE	Assinatura:
-----------------	---	-------------

POP 02 – CONTROLE INTEGRADO DE VETORES E PRAGAS URBANAS PLANILHA DE CONTROLE 04 – SERVIÇO DE CONTROLE INTEGRADO DE VETORES E PRAGAS URBANAS	Código: PC-QL-04 V1 Página 1 de 2
--	--

Número:	Loja:	Responsável:	Função: GERENTE / LÍDER DE UNIDADE
---------	-------	--------------	---

- Realizar mensalmente o serviço de controle integrado de vetores e pragas urbanas.
- Solicitar reforço sempre que evidenciar presença de pragas e ou seus vestígios durante o mês.

ANO:					
MÊS	DATA EXECUÇÃO	EMPRESA RESPONSÁVEL	TÉCNICO APLICADOR	REFORÇO? (S/N) / DATA REFORÇO	OBSEVAÇÕES
JANEIRO					
FEVEREIRO					
MARÇO					
ABRIL					
MAIO					
JUNHO					
JULHO					
AGOSTO					
SETEMBRO					
OUTUBRO					
NOVEMBRO					
DEZEMBRO					

Verificado por:	Função: ANALISTA DE QUALIDADE	Assinatura:
-----------------	---	-------------

Número:	Loja:	Responsável:	Função: GERENTE / LÍDER DE UNIDADE
---------	-------	--------------	---

- Na verificação de NÃO CONFORMIDADE no serviço de controle integrado de vetores e pragas urbanas, deve-se descrever a não conformidade apresentada e a ação corretiva realizada.

DATA dia/mês/ano	NÃO CONFORMIDADE	AÇÃO CORRETIVA

Verificado por:	Função: ANALISTA DE QUALIDADE	Assinatura:
-----------------	---	-------------

POP 03 – CONTROLE DA POTABILIDADE DA ÁGUA E HIGIENIZAÇÃO DO RESERVATÓRIO PLANILHA DE CONTROLE 09 – MONITORAMENTO DO TEOR DE CLORO E PH DO PONTO DE CONSUMO DE ÁGUA	Código: PC-QL-09 V1 Página 1 de 3
--	---

Número:	Loja:	Responsável:	Função: GERENTE / LÍDER DE UNIDADE
---------	-------	--------------	--

- Realizar semanalmente a medição do teor de cloro e pH com o kit de reagentes realizando os registros de execução na planilha.
- Critérios de conformidade – teor de cloro residual livre: 0,2 a 2,0 mg/L; pH: 6,0 a 9,0
- Pontos de consumo para análise: torneira da copa de produção dos sucos e/ou torneira de produção dos produtos e/ou higienização de mãos – intercalar semanalmente.

AVALIAÇÃO DO TEOR DE CLORO E pH							
MÊS	SEMANA	DATA (dia/mês/ano)	PONTO DE COLETA	TEOR DE CLORO	pH	AÇÃO CORRETIVA	VISTO
JANEIRO	1ª. SEMANA						
	2ª. SEMANA						
	3ª. SEMANA						
	4ª. SEMANA						
FEVEREIRO	1ª. SEMANA						
	2ª. SEMANA						
	3ª. SEMANA						
	4ª. SEMANA						
MARÇO	1ª. SEMANA						
	2ª. SEMANA						
	3ª. SEMANA						
	4ª. SEMANA						
ABRIL	1ª. SEMANA						
	2ª. SEMANA						
	3ª. SEMANA						
	4ª. SEMANA						

Verificado por:	Função: ANALISTA DE QUALIDADE	Assinatura:
-----------------	---	-------------

Número:	Loja:	Responsável:	Função: GERENTE DE UNIDADE
---------	-------	--------------	--------------------------------------

AVALIAÇÃO DO TEOR DE CLORO E pH							
MÊS	SEMANA	DATA (dia/mês/ano)	PONTO DE COLETA	TEOR DE CLORO	pH	AÇÃO CORRETIVA	VISTO
MAIO	1ª. SEMANA						
	2ª. SEMANA						
	3ª. SEMANA						
	4ª. SEMANA						
JUNHO	1ª. SEMANA						
	2ª. SEMANA						
	3ª. SEMANA						
	4ª. SEMANA						
JULHO	1ª. SEMANA						
	2ª. SEMANA						
	3ª. SEMANA						
	4ª. SEMANA						
AGOSTO	1ª. SEMANA						
	2ª. SEMANA						
	3ª. SEMANA						
	4ª. SEMANA						

Verificado por:	Função: ANALISTA DE QUALIDADE	Assinatura:
-----------------	---	-------------

POP 03 – CONTROLE DA POTABILIDADE DA ÁGUA E HIGIENIZAÇÃO DO RESERVATÓRIO PLANILHA DE CONTROLE 09 – MONITORAMENTO DO TEOR DE CLORO E PH DO PONTO DE CONSUMO DE ÁGUA	Código: PC-QL-09 V1 Página 3 de 3
--	---

Número:	Loja:	Responsável:	Função: GERENTE DE UNIDADE
---------	-------	--------------	--------------------------------------

AVALIAÇÃO DO TEOR DE CLORO E pH							
MÊS	SEMANA	DATA (dia/mês/ano)	PONTO DE COLETA	TEOR DE CLORO	pH	AÇÃO CORRETIVA	VISTO
SETEMBRO	1ª. SEMANA						
	2ª. SEMANA						
	3ª. SEMANA						
	4ª. SEMANA						
OUTUBRO	1ª. SEMANA						
	2ª. SEMANA						
	3ª. SEMANA						
	4ª. SEMANA						
NOVEMBRO	1ª. SEMANA						
	2ª. SEMANA						
	3ª. SEMANA						
	4ª. SEMANA						
DEZEMBRO	1ª. SEMANA						
	2ª. SEMANA						
	3ª. SEMANA						
	4ª. SEMANA						

Verificado por:	Função: ANALISTA DE QUALIDADE	Assinatura:
-----------------	---	-------------

POP 03 – CONTROLE DA POTABILIDADE DA ÁGUA E HIGIENIZAÇÃO DO RESERVATÓRIO
PLANILHA DE CONTROLE 05 – MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ÁGUA NO SISTEMA DE ABASTECIMENTO

Código: PC-QL-05 V1
 Página 1 de 2

Número:	Loja:	Responsável:	Função: GERENTE / LÍDER DE UNIDADE
---------	-------	--------------	--

- Solicitar para as empresas responsáveis os laudos de análise microbiológico e físico-químico que comprovem a potabilidade da água do sistema de abastecimento público e/ou alternativo, registrando os resultados e datas na planilha. Utilizar “**C**” – CONFORME para resultado satisfatório e “**NC**” – NÃO CONFORME para resultado insatisfatório. Caso a loja não utilize sistema de abastecimento alternativo, anotar na planilha “**N/A**” – NÃO SE APLICA.

MÊS	SISTEMA DE ABASTECIMENTO PÚBLICO		SISTEMA DE ABASTECIMENTO ALTERNATIVO				
	LAUDO DE ANÁLISE MICROBIOLÓGICA	LAUDO DE ANÁLISE FÍSICO QUÍMICA	UTILIZADO? (poço artesiano / caminhão pipa)	EMPRESA	ANÁLISE MICROBIOLÓGICA	ANÁLISE FÍSICO QUÍMICA	VISTO
	DATA (dia/mês/ano) / RESULTADO	DATA (dia/mês/ano) / RESULTADO			DATA (dia/mês/ano) / RESULTADO	DATA (dia/mês/ano) / RESULTADO	
JANEIRO							
FEVEREIRO							
MARÇO							
ABRIL							
MAIO							
JUNHO							
JULHO							
AGOSTO							
SETEMBRO							
OUTUBRO							
NOVEMBRO							
DEZEMBRO							

Verificado por:	Função: ANALISTA DE QUALIDADE	Assinatura:
-----------------	---	-------------

Número:	Loja:	Responsável:	Função: GERENTE / LÍDER DE UNIDADE
---------	-------	--------------	--

- Na verificação de NÃO CONFORMIDADE nos laudos da rede de abastecimento deve-se descrever a não conformidade apresentada e a ação corretiva realizada.

DATA dia/mês/ano	NÃO CONFORMIDADE	AÇÃO CORRETIVA

Verificado por:	Função: ANALISTA DE QUALIDADE	Assinatura:
-----------------	---	-------------