



Data: 09/01/06 e 11/01/06	Horário: 15:00 às 17:30	Local: Sala de Reuniões – 1º andar
Participantes:	- Amélia, Bernadete, Beth, César, Cristiane, Eugênia, Elane, Giovanna, Ivana, Luiz, Manassés, Marcos, Margareth(09/01/06) - Amélia, Alexandre, Bernadete, Carlos, César, Cristiane, Edvar, Eugênia, Elane, Giovanna, Hilária, Ivana, Luiz, Ricardo (11/01/06)	
Entradas discutidas:	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Acompanhamento das ações oriundas de reuniões anteriores. <input type="checkbox"/> 2. Política e Objetivos da Qualidade <input checked="" type="checkbox"/> 3. Resultados de auditorias <input type="checkbox"/> 4. Realimentação de cliente <input checked="" type="checkbox"/> 5. Desempenho de processo e conformidade de produto (Indicadores) <input checked="" type="checkbox"/> 6. Ações corretivas e preventivas <input type="checkbox"/> 7. Mudanças que possam afetar o Sistema de Gestão da Qualidade <input checked="" type="checkbox"/> 8. Melhorias contínuas	
Descrição: (Entradas 1,3, 5, 6 e 8)	1ª Fase: Análise Crítica dos Indicadores do mês de dezembro Na análise dos indicadores de periodicidade mensal referentes ao mês de dezembro temos: <ul style="list-style-type: none">▪ Subsecretaria, Departamento de Informática, Gabinete da Presidência, Núcleo de Apoio Logístico e Assessoria de comunicação foram lidos e aprovados, uma vez que todos atingiram ou ultrapassaram a meta estabelecida.▪ Núcleo de Atendimento e Protocolo: O indicador 1 foi lido e aprovado. O indicador 2 apresentou um resultado de 61,50%, inferior à meta estabelecida de 73%, contudo, não foi apresentada uma justificativa para a ocorrência tendo sido aberta uma não conformidade, conforme previsão para esses casos. O indicador 3 foi lido e aprovado, contudo, foi ressaltada a necessidade de se fazer um trabalho de conscientização junto às áreas para que tramitem no SAP os processos que necessitem refazer a etiqueta.▪ Sala das Sessões: Os indicadores foram lidos e aprovados, contudo foi ressaltado que no indicador 2 o percentual ultrapassou 100% em decorrência da realização de duas Sessões extraordinárias, antes do recesso.▪ Secretaria Geral: O indicador 1 apresentou um resultado de 60%, inferior à meta estabelecida de 85%, contudo, a justificativa apresentada mostrou coerência com o relatório, em que esclarece que a ocorrência deveu-se ao fato dos processos que chegaram no período do recesso. Os indicadores 2, 3 e 4 foram lidos e aprovados, uma vez que atingiram ou ultrapassaram a meta estabelecida. O indicador 5 foi lido e aprovado, contudo, foi sugerido que o mesmo passasse a ter periodicidade trimestral, uma vez que a publicação das atas só pode ser feita após sua leitura na próxima Sessão.▪ Coordenadoria: O indicador 1 apresentou um resultado de 1, inferior a meta estabelecida de 4, contudo, a justificativa apresentada foi considerada suficiente, tendo em vista que na planilha de visitas da área referente ao mês de dezembro não havia previsão para início de auditorias. Foi feita uma observação de que no referido indicador fosse feita uma indicação através de três asteriscos(***) para indicar que na planilha de visitas entrariam também a 7ª e 8ª Inspetorias.	



- Gabinete dos Conselheiros:
Os indicadores 1 e 2 foram lidos e aprovados, contudo foi ressaltada a necessidade de se fazer uma reunião com os gabinetes dos conselheiros para análise do indicador 1, sobre o recebimento dos processos no SAP.
- Serviço de Arquivo:
O indicador 1 não atingiu a meta estabelecida, contudo a justificativa apresentada foi suficiente para esclarecer que a ocorrência deveu-se ao fato de que no período de 16 a 31 de dezembro o sistema AUTODOC, não funcionou, pois estava passando por um processo de atualização. O indicador 2 foi lido e aprovado.
- Serviço de Biblioteconomia:
O indicador 1 apresentou um resultado de 82%, inferior à meta estabelecida de 88%, contudo a justificativa apresentada foi considerada suficiente, tendo em vista que o período de recesso afeta a contagem do referido indicador.

Foi sugerido por Manassés que fosse criado:

- Controle de processos com vista ao Ministério Público;
- Controle de tempo para devolução do processos quando o relator pede vista.
- Controle de tempo para lavratura dos acórdãos. Foi sugerida então a possibilidade de elaboração de Ato Regimental para que se possa fixar esses prazos e incluí-los nos PCI's.

Foi sugerido por Giovanna que fosse disponibilizada na consulta do SAP:

- Dos processos pendentes do Ministério Público;
- Das resoluções, acórdãos, e datas de publicações das atas.

OBS: Foi sugerida e aceita a interrupção da reunião para prosseguimento da mesma no dia 11/01/06.

2ª Fase: Análise dos Resultados da 2ª Auditoria Interna (11/01/06)

Foram apresentadas para análise as 12 oportunidades de melhoria contidas nos Relatórios de Auditoria Interna (ver planejamento anexo), tendo em vista verificar a viabilidade de suas implementações, prazos e responsáveis.

Foi ressaltado durante a análise:

- Que embora as oportunidades de melhoria sugeridas pelos Auditores Internos/externos não representem uma obrigatoriedade, contudo, a decisão de sua adoção requer uma análise criteriosa por parte do responsável, tendo em vista que, se a opção do responsável for desconsiderar a sugestão, o mesmo deve estar ciente de que na auditoria posterior, caso ocorra um problema referente à sugestão citada nessa área, poderá resultar em uma não conformidade.
- A sugestão de que as áreas deveriam ter acesso à consulta da numeração nos dois sistemas de ofícios.
- A necessidade de se criar duas situações a mais: “processos em instrução” e “contas diferidas” de modo a esclarecer melhor o encaminhamento/situação dos processos nos relatórios de consulta.
- A sugestão de unificar o entendimento com relação aos termos “certificado” e “informação”, entre as Inspetorias.



	<p>Análise das Não conformidades:</p> <p>Foram apresentadas as 05 Não Conformidades detectadas durante a auditoria Interna (RNAC's nºs: 22, 23, 24, 25 e 26) e 01 detectada em reunião de análise crítica (RNAC nº 21) (ver planejamento anexo), cuja leitura dos relatórios evidenciou que a investigação das causas, através da "metodologia dos cinco porquês", foi aplicada de forma adequada conduzindo a área à identificação da "causa raiz", bem como, à descrição das ações corretivas. Foi ressaltado durante a análise, que seriam implementadas as ações descritas nos relatórios 21, 22, 23, 25 e 26. No relatório nº 24 da 6ª Inspeção, a ação descrita seria reavaliada pela coordenadora da qualidade de modo a encontrar uma solução para contemplar no "Procedimento de Controle de Documentos e Registros", a materialização das retificações realizadas em certificados e outros documentos que sejam registros de PCI's.</p>
--	---