|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Favor retornar formulário preenchido via e-mail aos Cuidados do “Departamento da Qualidade” com o assunto:  *“SOLICITAÇÃO DE AUDITORIA MODULO REMOTO GLOBALG.A.P. – RAZÃO SOCIAL”.*  Fone: (34) 3832-0530 – E-mail: [**qualidade@savassicertificadora.com.br**](mailto:qualidade@savassicertificadora.com.br).  Favor preencher em formato digital ou de forma legível todos os campos abaixo. | | |
| **1. INFORMAÇÕES GERAIS DO CLIENTE** | | |
| **Nome/Razão Social:** | | **CPF/CNPJ:** |
| **Nome Fantasia:** | | **IE:** |
| **Contato:** | **E-mail:** | |
| **Tel.:** | **Cel.:** | |
| **2. DETENTOR DO CERTIFICADO** | | |
| **Nome:** | | |
| **Número ID do Membro:** | | |
| **3. MOTIVO(S) PARA SOLICITAÇÃO DE MÓDULO REMOTO DE AUDITORIA GLOBALG.A.P.:** | | |
| A entidade certificadora pode decidir por dividir as inspeções anunciadas em 2 módulos , um deles sendo off-site de forma on-line. A inspeção off-site é uma revisão de mesa da documentação enviada pelo produtor à entidade certificadora. | | |
| **4. REQUISITOS/MÉTODOS PARA CONDUÇÃO DE AUDITORIA REMOTA:** | | |
| **Concordo com o método proposto pela SAVASSI CERTIFICADORA para condução de Auditora Remota;**  **Disponibilizo de tecnologia apropriada disponível (computadores) para compartilhar documentação necessária e conectar diretamente com a equipe auditora através de conexão de BANDA LARGA;**  **Disponibilizo de pessoal técnico capacitado para operar e conduzir o meio tecnológico disponível para a execução da atividade de auditoria remota;**  **Disponibilizo sala privativa para entrevistas com trabalhadores amostrados pelo auditor e garanto que não haverá nenhum tipo de gravação/interferência por parte da unidade armazenadora e sua administração durante sua execução;**  **Disponibilizo meios de comunicação para realização de entrevistas através de telefonia fixa/móvel (celular/smartphone) ou videoconferência (Skype, Zoom, etc.);**  **Comprometo-me a enviar conforme Item 5 deste documento, toda a documentação solicitada, para que a SAVASSI CERTIFICADORA realize uma avaliação preliminar do processo de auditoria de certificação no prazo máximo de 03 (três) dias úteis antes da data da Auditoria Remota;**  **Entendo que, esse sistema de módulos não diminui a duração total da inspeção, mas permite um uso mais eficiente do tempo no local e a duração da inspeção no local nunca deve ser inferior a 2 horas.**  **Entendo que, a auditoria remota inicia a contagem de 28 (vinte oito) dias para que seja feita a auditoria no local. Em casos específicos onde a auditoria no local não possa ocorrer no prazo de 4 (quatro) semanas, esse período pode ser estendido até no máximo 90 (noventa) dias, a ser decidido pela entidade certificadora.** | | |
| **5. DOCUMENTOS E REGISTROS NECESSÁRIOS:** | | |
| Os documentos e registros deverão ser apresentados de forma organizada, incluindo, mas não limitando-se à: auto avaliação, análise de riscos, programas de análises (frequência, parâmetros e locais), resultados de análises, licenças, listas de produtos usados, comprovação de acreditação dos laboratórios, certificados ou relatórios de inspeção dos subcontratados, registros de aplicações de agroquímicos e fertilizantes e procedimentos requiridos em diversos pontos de controle.  Link:  OBS: O link ficará visível aqueles que possuem acesso ao mesmo até a finalização da auditoria, por isso não compartilhe este documento. A Entidade Certificadora assegura que os dados compartilhados não serão divulgados e estarão retidos e bloqueados ao acesso após encerramento da auditoria até a aprovação do processo, momento em que serão excluídos do sistema utilizado. | | |
| **6. DADOS ADICIONAIS** | | |
|  | | |

{Cidade/UF - dd/mm/aaaa}

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME:

Nome do Solicitante (Representante da Organização)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA SAVASSI CERTIFICADORA** | | | |
| **7. TIPO AUDITORIA REMOTA A SER UTILIZADA PARA ESTE PROCESSO (PARA USO DA CERTIFICADORA)** | | | |
| **PARCIAL** | **TOTAL** | | **NEGADA** |
| OBS.: | | | |
| **8. AVALIAÇÃO PELA SAVASSI CERTIFICADORA** | | | |
| Data da Avaliação da Solicitação em: | | Nome:  Certificador/Gerente | |