|  |
| --- |
| 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**. 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 |