

**DATA:** 28 de Janeiro de 2020 (Período de Setembro/2019 à Dezembro/2019)

**PARTICIPANTES:** Paulo Roberto G. Mesquita, Larissa Mesquita, Paulo Filho, Raimundo Gargur, Amanda Caetano, Wilmar Fernandes, Jader Norberto, Wilton Mendes, Henrique Coutinho, Daniely Castro e Jamile Costa.

ITEM	PAUTA		DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	AÇÕES PROPOSTAS	RESPONSÁVEL	PRAZO	
1.0	ENTRADAS DA ATA DE ANÁLISE CRÍTICA	Pendências da reunião de Análise Crítica anterior	Melhoria (Qualidade, Processo, Produto) em relação aos requisitos do cliente. - Oportunidades para melhoria	Iniciada uma parceria com a Audium, empresa especializada em projetos acústicos.	A Empresa Audium estará na SEDE, em Janeiro 2020, fazendo apresentação Sobre Isolamento Acústico Industrial.	Coord. da Qualidade	-
			Melhorias de eficiência do sistema de gestão e seus processos. - Qualquer necessidade de mudança no sistema de gestão da qualidade	Revisão dos indicadores de 2020.	Revisar as metas para as saídas de cada processo mapeado.	Coord. da Qualidade	Fev/2020
			Necessidade de recursos humanos e materiais - Necessidade de recursos	Contratado mão de obra de 97 colaboradores para parada PMA, que ocorreu no período de nov e dez de 2019.	Não Aplicável.	Direção	-
2.0	ENTRADAS DA ATA DE ANÁLISE CRÍTICA	Mudanças (internas e externas) que possam afetar o sistema de Gestão da Qualidade	Área Foco ( Gestão Integrada)	Em dezembro a empresa HOOM, concluiu o desenvolvimento do software do Sistema de Gestão.	A partir do mês de janeiro de 2020, ficará 30 dias para teste e adequação do intranet.	Qualidade	Janeiro 2020
		Reclamação dos Clientes	<b>Não houve reclamação de cliente.</b>	Não Aplicável.		-	
		Satisfação dos Clientes e Retroalimentação das Partes Interessadas:	Retroalimentação das Partes (Inclusive sugestões de cliente)	Foi realizada auditoria programada do ANEXO DE SMS, foram identificadas 03 (três) não conformidades: 1. A Empresa não estabeleceu indicadores de meio ambiente; 2. A empresa não evidenciou que realizou auditorias internas de SMS; 3. A empresa não evidenciou que realiza possui sistemática de VCP.	1. Implantar e apresentar os indicadores de meio ambiente da Risoterm; 2. Implantar e apresentar os indicadores de meio ambiente da Risoterm; 3. Implantar e registrar o processo de VCP - Verificação de Conformidade com o Procedimento; <b>Plano de Ação Efetivo (Concluído em 06/01/2020).</b>	Coord. da Qualidade	-
4.0	ENTRADAS DA ATA DE ANÁLISE CRÍTICA	Alcance dos objetivos da qualidade	Avaliação dos Objetivos do SGI	A alta direção definiu manter a Política de Qualidade da Risoterm até a presente data. Os presentes concluíram que os objetivos estabelecidos no "Desdobramento da Política da Qualidade" foram alcançador no referido período.	Não Aplicável.	Coord. da Qualidade	Janeiro 2020
5.0		Desempenho do processo e conformidade do produto/serviço:	Relatórios de não-conformidade	Foram registrados 05 não conformidades no período de Setembro a Outubro, sendo que Novembro e Dezembro/2019 não foram registrados não conformidades.	Ações foram estabelecidas e devidamente tratadas.	Coord. da Qualidade	-
			Produto não conforme	Não foram evidenciados registros de produtos não conformes durante o período.	Não Aplicável.	Coord. da Qualidade	-
6.0	ENTRADAS DA ATA DE ANÁLISE CRÍTICA	Situação das não conformidades e ações corretivas.	Não conformidades	<b>Não Conformidade Nº 005/17, Em auditoria Interna:</b> Descumprimento de Procedimento.  RH: Colaborador Evaldo Leandro da Silva, função Funileiro. Conforme Plano de Cargos aprovado, para função de funileiro deverá ser arquivado na pasta o treinamento de PADRÃO DE FUNILARIA. A existência do padrão não foi evidenciada.	<b>Ação Imediata:</b> Levantamento de todos os colaboradores ativos. <b>Ação¹:</b> Verificar pelo plano de cargos quais os treinamentos necessários para cada função realizando posteriormente o cruzamento destas informações com o levantamento realizado. <b>Ação²:</b> Entre os colaboradores ativos, realizar levantamento para identificar a existência dos treinamentos conforme nova definição no plano. <b>Plano de Ação Pendente.</b>	RH	01/19
6.1			Não conformidades	<b>Não Conformidade Nº 001/19, Em auditoria Interna:</b> Documento obrigatório não apresentado.  RH: Não foram evidenciadas cartilhas do colaborador para serem entregues no treinamento da Parada de Manutenção da Obra Paranapanema.	<b>Imediato:</b> Solicitar aprovação da diretoria para impressão de novas cartilhas. <b>Ação¹:</b> Imprimir novas cartilhas. <b>Ação²:</b> Comunicar os responsáveis das obras sobre os documentos e treinamentos de integração aplicáveis. <b>Ação³:</b> Verificar, se todos os colaboradores da casa, receberam os devidos treinamentos. <b>Plano de Ação Pendente.</b>	RH	Ação¹: 30/08/19 Ação²: 30/08/19 Ação³: 30/09/19

**DATA: 28 de Janeiro de 2020 (Período de Setembro/2019 à Dezembro/2019)**
**PARTICIPANTES: Paulo Roberto G. Mesquita, Larissa Mesquita, Paulo Filho, Raimundo Gargur, Amanda Caetano, Wilmar Fernandes, Jader Norberto, Wilton Mendes, Henrique Coutinho, Daniely Castro e Jamile Costa.**

ITEM	PAUTA	DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	AÇÕES PROPOSTAS	RESPONSÁVEL	PRAZO	
6.2	Situação das não conformidades e ações corretivas.	Não conformidades	<p><b>Não Conformidade Nº 005/19</b>, Em auditoria Interna: Falta de inspeção desse equipamento. Desgaste do equipamento, bastante tempo de uso.</p> <p><b>DOW -ARATU</b>: Bancada com Frizadeira (FZM003) acoplada de propriedade do cliente sem TAG de identificação e em condições de uso que apresentam riscos à saúde do colaborador.</p>	<p><b>Imediato</b>: Identificar o equipamento, solicitar manutenção do cliente e manter fora de uso até a conclusão</p> <p><b>Ação<sup>1</sup></b>: Solicitar manutenção para o cliente;  <b>Ação<sup>2</sup></b>: Inserir identificação no equipamento;  <b>Ação<sup>3</sup></b>: Inserir placa de aviso no equipamento: "Equipamento fora de uso – aguardando manutenção"  <b>Plano de Ação Efetivo (Concluído em 02/09/2019).</b></p>	Cleber/Tiago Santos	jul/19
6.3		Não conformidades	<p><b>Não Conformidade Nº 006/19</b>, Em auditoria Interna: Observação identificada na auditoria/ Falha no preenchimento do documento.</p> <p><b>DOW -ARATU</b>: Check list da atividade dos equipamentos AP-25 D, APO – 15, APO – 26 com os itens: Acompanhamento aprovado, Percepção de Avanço e Registro de Não conformidade assinalados, porém, o serviço está em andamento o que impossibilita a análise dos itens apontados quando o serviço for concluído.</p>	<p><b>Imediato</b>: O colaborador responsável pelo documento foi orientado ao concluir o preenchimento do mesmo, somente após a finalização da atividade.</p> <p><b>Ação<sup>1</sup></b>: Treinar o responsável quanto ao preenchimento adequado;  <b>Ação<sup>2</sup></b>: Criar rotina de verificação semanal do Check List da Atividade;  <b>Plano de Ação Efetivo (Concluído em 10/09/2019).</b></p>	Henrique Coutinho	ago/19
6.4		Não conformidades	<p><b>Não Conformidade Nº 007/19</b>: Em Auditoria Interna - 2º semestre: Falha na elaboração do Plano de Manutenção Preventiva.</p> <p><b>Braskem AL</b>: Em Auditoria Interna, Foi evidenciado que o Plano de Manutenção Preventiva, contempla Frisadeira Manual com Cód. FRB 002 e Frisadeira Manual com Cód. FRB 017, sendo que são correspondentes aos Check list das Furadeiras a Bateria.</p>	<p><b>Imediato</b>: Corrigir plano de Manutenção Preventiva.</p> <p><b>Ação<sup>1</sup></b>: Corrigir plano de Manutenção Preventiva.  <b>Ação<sup>2</sup></b>: Fazer levantamento de todos os equipamentos e máquinas da obra e comparar com o Plano de Manutenção;  <b>Plano de Ação Pendente</b></p>	Laryssa Giaia	31/01/2020
6.5		Não conformidades	<p><b>Não Conformidade Nº 008/19</b>: Em Auditoria Interna: Falta de priorização na utilização do documento do Sistema.</p> <p><b>UO-ES</b>: Em Auditoria Interna, Foi identificado Lista de Ferramental e EPI Embarque P-31 (Requisição de Transporte – Carga) com data 24/05/2019 com modelo diferente do exigido pelo PQO da Obra;</p>	<p><b>Imediato</b>: Transcrever os itens no documento de Lista de Ferramental indicado no PQO da Obra.</p> <p><b>Ação<sup>1</sup></b>: Transcrever os itens no documento de Lista de Ferramental indicado no PQO da Obra.  <b>Ação<sup>2</sup></b>: Inserir no PQO da Obra, todos os documentos do cliente que são utilizados na obra.  <b>Plano de Ação Pendente.</b></p>	Simone Rocha	31/01/2020

**DATA: 28 de Janeiro de 2020 (Período de Setembro/2019 à Dezembro/2019)**
**PARTICIPANTES: Paulo Roberto G. Mesquita, Larissa Mesquita, Paulo Filho, Raimundo Gargur, Amanda Caetano, Wilmar Fernandes, Jader Norberto, Wilton Mendes, Henrique Coutinho, Daniely Castro e Jamile Costa.**

ITEM	PAUTA		DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	AÇÕES PROPOSTAS	RESPONSÁVEL	PRAZO	
6.6	ENTRADAS DA ATA DE ANÁLISE CRÍTICA	Situação das não conformidades e ações corretivas.	Não conformidades	<p><b>Não Conformidade Nº 009/19:</b> Em Auditoria Interna - 2º semestre: Falta de percepção, quanto a importância para rastreabilidade da informação.</p> <p><b>Braskem AL:</b> Foram verificados os Relatórios Diário de Obras, RDO com data 05/08/2019 cliente Usina Seresta, com o serviço de Remoção dos Tijolos da Parede Lateral e Reabertura do Refratário na região das BV's, RDO com data 06/08/2019 Cliente Usina Seresta, com o serviço de Remoção dos Tijolos da Parede Lateral e Remoção do Isolamento do coletor Lado Economizador, RDO com data 07/08/2019 cliente Usina Seresta, com o serviço de Remoção dos Tijolos da Parede Lateral e Remoção do isolamento do Coletor lado Economizador. Alguns campos do RDO não contempla todos os campos preenchidos.</p>	<p><b>Imediato:</b> Solicitar que seja orientado quanto ao preenchimento do documento (RDO).</p> <p><b>Ação<sup>1</sup>:</b> Orientar aos responsáveis quanto ao preenchimento de todos os campos do documento.</p> <p><b>Ação<sup>2</sup>:</b> Verificar a possibilidade de Unificar o modelo de RDO.</p> <p><b>Plano de Ação Pendente.</b></p>	Laryssa Gaia / Coordenadora de Qualidade.	31/01/2020
6.7			Não conformidades	<p><b>Não Conformidade Nº 010/19:</b> Em Auditoria Interna - 2º semestre: Falta de percepção, quanto a importância para rastreabilidade da informação (Não apresentado documento do Sistema).</p> <p><b>Braskem AL:</b> No PQO da Obra não menciona os documentos do cliente utilizados na Obra.</p>	<p><b>Imediato:</b> Incluir no PQO das Obras, os documentos do cliente que são utilizados na Obra.</p> <p><b>Ação<sup>1</sup>:</b> Solicitar aos responsáveis que revise o PQO da OBRA, incluindo todos os documentos do cliente que são utilizados na obra.</p> <p><b>Ação<sup>2</sup>:</b> Revisar PQO das Obras.</p> <p><b>Plano de Ação Pendente.</b></p>	Coordenadora de Qualidade./ Coordenadores das Obras	31/01/2020

**DATA: 28 de Janeiro de 2020 (Período de Setembro/2019 à Dezembro/2019)**
**PARTICIPANTES: Paulo Roberto G. Mesquita, Larissa Mesquita, Paulo Filho, Raimundo Gargur, Amanda Caetano, Wilmar Fernandes, Jader Norberto, Wilton Mendes, Henrique Coutinho, Daniely Castro e Jamile Costa.**

ITEM	PAUTA	DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	AÇÕES PROPOSTAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
7.0	Plano de ações corretivas.	<b>Plano de Ação Corretiva nº 03.19:</b> Durante a Reunião Anual de Planejamento Estratégico, foi identificado que a Rotatividade dos Colaboradores entre obras é um ponto forte interno, mas precisa de atenção.	<b>Ação Imediata:</b> Criar metodologia voltada para gerenciamento da rotatividade dos colaboradores. <b>Ação¹:</b> Realizar reunião com foco nas políticas e normas da organização quanto a rotatividade dos colaboradores; <b>Ação²:</b> Realizar reunião para tratar do processo de comunicação entre os envolvidos <b>Plano de Ação Efetivo (Concluído em 10/10/2019).</b>	RH/ Qualidade	abr/19
7.1					
7.2	Situação das não conformidades e ações corretivas.	<b>Plano de Ação Corretiva nº 04.19:</b> Durante a Reunião Anual de Planejamento Estratégico de janeiro 2018, foi identificado que a base de clientes é pequena, sendo considerado como ponto fraco da organização. Após avaliação da efetividade do plano 05/2018 e constatação da sua ineficiência, a direção definiu sobre a abertura de um novo plano.	<b>Ação Imediata:</b> Definir nova estratégia para aumentar o número de clientes. <b>Ação¹:</b> Acompanhar mensalmente as visitas realizadas pelos gestores possíveis clientes; <b>Ação²:</b> Qualificar empresa para realização de nova atividade, buscando aumentar a base de clientes. <b>Plano de Ação Efetivo ( Concluído em 30/10/2019.</b>	Qualidade/ Direção	nov/19
7.3					
7.2		<b>Plano de Ação Corretiva nº 05.19:</b> Durante a Reunião Anual de Planejamento Estratégico, foi identificado que precisamos dar atenção ao planejamento de paradas de manutenção, sendo considerado como ponto fraco da organização.	<b>Ação Imediata:</b> Criar metodologia para orientação dos envolvidos em processo de parada de manutenção. <b>Ação¹:</b> Realizar reunião com gestores para apresentação da metodologia desenvolvida; <b>Ação²:</b> Exigir que para todas as paradas devem existir reuniões pré e pós. <b>Plano de Ação Pendente.</b>	RH/ Qualidade	abr/19
7.4					
7.3	<b>Plano de Ação Corretiva nº 008/19:</b> Durante auditoria interna que foi realizada em maio/19, identificamos que o sistema SESMO está disponível para utilização, inclusive adaptado tecnologicamente, para atendimento ao E-social. Salientando a importância de abertura de um plano de ação afim de realizar os cadastros no sistema o quanto antes para atender o prazo do governo de implantação do E-social. Lembrando que se trata de um requisito legal, seu não atendimento é passível de não conformidade.	<b>Imediato:</b> Solicitar que a diretoria designe um responsável para cadastro das informações de Segurança, Saúde e Meio Ambiente no sistema SESMO para atendimento ao E-Social. <b>Plano de Ação Efetivo ( Concluído em 30/10/2019.</b>	RH	out/19	
7.4					
7.4	<b>Plano de Ação Corretiva nº 009/19:</b> Verificado que a qualidade encontra-se com diversas propostas em aberto, ou seja, sem o arquivo PDF, WORD e histórico de negociação, conforme descrito no item 5.3 Emissão da Proposta do PQR 004 - Relação com o Cliente.	<b>Imediato:</b> Fazer levantamento de todas as propostas em aberto da empresa. <b>Ação¹:</b> Cobrar dos responsáveis as propostas. <b>Ação²:</b> Criar metodologia para que as propostas sejam enviadas para o cliente pelo intranet da empresa. <b>Plano de Ação Pendente.</b>	Qualidade	ago/19	
7.4					

**DATA: 28 de Janeiro de 2020 (Período de Setembro/2019 à Dezembro/2019)**
**PARTICIPANTES: Paulo Roberto G. Mesquita, Larissa Mesquita, Paulo Filho, Raimundo Gargur, Amanda Caetano, Wilmar Fernandes, Jader Norberto, Wilton Mendes, Henrique Coutinho, Daniely Castro e Jamile Costa.**

ITEM	PAUTA		DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	AÇÕES PROPOSTAS	RESPONSÁVEL	PRAZO	
7.5	ENTRADAS DA ATA DE ANÁLISE CRÍTICA	Situação das não conformidades e ações corretivas	Plano de ações corretivas.	<p><b>Plano de Ação Corretiva nº 010/2019:</b> Durante a auditoria externa realizada nos dias 05 e 06 de setembro, pelo auditor Carlos Gomes, não foi evidenciado a análise e/ou determinação de ações para os indicadores Número de Propostas Emitidas, Número de Visitas Realizadas a Cliente, Análise de Quantidade de Sugestões Depositadas na Caixa de Ideias, Análise Crítica de Proposta.</p>	<p><b>Imediato:</b> Reavaliar os indicadores de 2019, inserindo as análises e/ou ações para os indicadores que não tiverem atingido as metas.</p> <p><b>Ação<sup>1</sup>:</b> Treinar a nova responsável da Qualidade em como acompanhar os indicadores, quando as metas dos mesmos não forem atingidas.</p> <p><b>Ação<sup>2</sup>:</b> Revisar e divulgar todos os indicadores do ano de 2019.</p> <p><b>Ação<sup>3</sup>:</b> Verificar a necessidade de abertura de Plano de Ação para algum indicador que não tenha atendido a meta.</p> <p><b>Ação:</b> Revisar e divulgar a Ata de Análise Crítica (maio-agosto), incluindo as análises e/ou ações necessárias para os indicadores que não atingiram as metas.</p> <p><b>Plano de Ação Pendente.</b></p>	Larissa/ Qualidade	set/19
7.6		Situação das não conformidades e ações corretivas	Plano de ações corretivas.	<p><b>Plano de Ação Corretiva nº 011/2019:</b> Durante a auditoria externa realizada nos dias 05 e 06 de setembro, pelo auditor Carlos Gomes, não foi evidenciado a qualificação do auditor interno Jader Norberto na norma ISO 9001:2015.</p> <p>Evidência: Relatório de Auditoria Interna Nº 01 de 2019, de 02/05/19 à 14/05/19. Auditores internos: Allison Ramon e Jader Norberto.</p>	<p><b>Imediato:</b> Agendar treinamento de Interpretação na norma ISO 9001:2015 para o Gerente Operacional.</p> <p><b>Ação<sup>1</sup>:</b> A empresa deverá fornecer curso de interpretação na norma ISO 9001:2015 para o gerente operacional.</p> <p><b>Ação<sup>2</sup>:</b> Capacitar a nova responsável do setor da qualidade no curso de interpretação na norma ISO 9001:2015.</p> <p><b>Plano de Ação Pendente.</b></p>	Direção	out/19

DATA: **28 de Janeiro de 2020 (Período de Setembro/2019 à Dezembro/2019)**

PARTICIPANTES: Paulo Roberto G. Mesquita, Larissa Mesquita, Paulo Filho, Raimundo Gargur, Amanda Caetano, Wilmar Fernandes, Jader Norberto, Wilton Mendes, Henrique Coutinho, Daniely Castro e Jamile Costa.

ITEM	PAUTA		DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	AÇÕES PROPOSTAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
7.7	Situação das não conformidades e ações corretivas	Plano de ações corretivas.	<b>Plano de Ação Corretiva nº 012/2019:</b> Durante a auditoria externa realizada nos dias 05 e 06 de setembro, pelo auditor Carlos Gomes, foi observado que o contrato da DOW realizou as aferições dos esquadros, porém deixou de registrar no Plano de Calibração / Verificação da DOW de 2019 a data desta verificação em dois equipamentos.	<b>Imediato:</b> Realizar o registro pendente. <b>Ação<sup>1</sup>:</b> Re-treinar o responsável pela realização do check list de manutenção. <b>Ação<sup>2</sup>:</b> Checar se outros equipamentos/instrumentos estão com o registro incompleto. <b>Ação<sup>3</sup>:</b> Divulgar OBS, para as demais obras, sinalizando o ocorrido e evitando repetição do erro. <b>Plano de Ação Efetivo ( Concluído em 29/10/2019.</b>	Qualidade	out/19
7.8	Situação das não conformidades e ações corretivas	Plano de ações corretivas.	<b>Plano de Ação Corretiva nº 013/2019:</b> Durante a auditoria externa realizada nos dias 05 e 06 de setembro, pelo auditor Carlos Gomes, foi apontada a Oportunidade de Melhoria, de incluir nos gráficos dos indicadores uma coluna de média ou acumulado no ano para auxiliar na análise dos resultados.	<b>Imediato:</b> Durante a auditoria externa realizada nos dias 05 e 06 de setembro, pelo auditor Carlos Gomes, foi apontada a Oportunidade de Melhoria, de incluir nos gráficos dos indicadores uma coluna de média ou acumulado no ano para auxiliar na análise dos resultados. <b>Ação<sup>1</sup>:</b> Redefinir, quando aplicável, a média das metas dos indicadores. <b>Ação<sup>2</sup>:</b> Divulgar para todos os envolvidos a nova forma de acompanhar as metas dos indicadores. <b>Plano de Ação Pendente.</b>	Direção/ Qualidade	out/19
7.9	Situação das não conformidades e ações corretivas	Plano de ações corretivas.	<b>Plano de Ação Corretiva nº 014/2019:</b> Durante a auditoria externa realizada nos dias 05 e 06 de setembro, pelo auditor Carlos Gomes, foi apontada a Oportunidade de Melhoria em criar uma metodologia para monitorar a percepção dos clientes de serviços spot.	<b>Imediato:</b> Verificar junto a Diretoria, a metodologia para monitorar a satisfação dos clientes spots. <b>Ação<sup>1</sup>:</b> Redefinir, a metodologia para monitorar a satisfação do cliente spot, incluindo-a no PQR 04-Relação com o Cliente. <b>Ação<sup>2</sup>:</b> Divulgar para todos os envolvidos a nova forma de acompanhar a satisfação dos clientes spots. <b>Ação<sup>3</sup>:</b> Treinar os responsáveis pelas obras spots. <b>Ação:</b> Incluir na Ata de Análise crítica, os resultados do monitoramento da satisfação do cliente spot. <b>Plano de Ação Pendente.</b>	Direção/ Qualidade	out/19
7.10	Situação das não conformidades e ações corretivas	Plano de ações corretivas.	<b>Plano de Ação Corretiva nº 015/2019:</b> Durante a auditoria externa realizada nos dias 05 e 06 de setembro, pelo auditor Carlos Gomes, foi apontada a Oportunidade de Melhoria, incluir o Laboratório no plano de calibração, mesmo que não esteja operando.	<b>Imediato:</b> Levantar quais os equipamentos que existem no Laboratório e incluir no plano de calibração da SEDE. <b>Ação<sup>1</sup>:</b> Fazer levantamento dos equipamentos do laboratório, e seus devidos certificados de calibração, quando aplicável, e inclui-los no plano. <b>Ação<sup>2</sup>:</b> Informar no PQR 008- Manutenção, Inspeções e Calibração, a necessidade de calibrar os equipamentos do laboratório só quando tiver demanda para o mesmo. <b>Plano de Ação Efetivo ( Concluído em 23/12/2019.</b>	Qualidade.	out/19

**DATA:** 28 de Janeiro de 2020 (Período de Setembro/2019 à Dezembro/2019)

**PARTICIPANTES:** Paulo Roberto G. Mesquita, Larissa Mesquita, Paulo Filho, Raimundo Gargur, Amanda Caetano, Wilmar Fernandes, Jader Norberto, Wilton Mendes, Henrique Coutinho, Daniely Castro e Jamile Costa.

ITEM	PAUTA		DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	AÇÕES PROPOSTAS	RESPONSÁVEL	PRAZO	
7.11	ENTRADAS DA ATA DE ANÁLISE CRÍTICA	Situação das não conformidades e ações corretivas	Plano de ações corretivas.	<p><b>Plano de Ação Corretiva nº 016/2019:</b> Ajuste necessário observado durante auditoria de SMS, gerência UO-ES, em 10/09/2019 – Item 01/03: A empresa não estabeleceu indicadores de meio ambiente.</p>	<p><b>Imediato:</b> Implantar e apresentar os indicadores de meio ambiente da Risoterm.  <b>Ação<sup>1</sup>:</b> Implementar indicadores de meio ambiente na empresa;  <b>Ação<sup>2</sup>:</b> Treinar e apresentar a toda força de trabalho, os indicadores de meio ambiente;  <b>Plano de Ação Efetivo ( Concluído em 01/11/2019.</b></p>	Coord. de SGI/ Simone Rocha	nov/19
7.12		Situação das não conformidades e ações corretivas	Plano de ações corretivas.	<p><b>Plano de Ação Corretiva nº 017/2019:</b> Não conformidade observada durante auditoria de SMS, gerência UO-ES, em 10/09/2019 – Item 02/03: A empresa não evidenciou que realiza auditorias de SMS.</p>	<p><b>Imediato:</b> Abertura de plano de ação e comunicação aos responsáveis e envolvidos.  <b>Ação<sup>1</sup>:</b> Estabelecer um programa de auditoria interna (com foco em SMS), contemplando os requisitos legais e contratuais vigentes.  <b>Ação<sup>2</sup>:</b> Divulgar a toda força de trabalho o resultado da auditoria e ações propostas para tratar eventuais NC e observações pontuadas;  <b>Plano de Ação Pendente.</b></p>	Coord. de SGI/ Simone Rocha	abr/19
7.13		Situação das não conformidades e ações corretivas	Plano de ações corretivas.	<p><b>Plano de Ação Corretiva nº 018/2019:</b> Não conformidade observada durante auditoria de SMS, gerência UO-ES, em 10/09/2019 – Item 03/03: A empresa não evidenciou que realiza sistemática de VCP (Verificação de Conformidade com o Procedimento)</p>	<p><b>Imediato:</b> Abertura de plano de ação e comunicação aos responsáveis e envolvidos.  <b>Ação<sup>1</sup>:</b> Implantar e registrar o processo de VCP - Verificação de Conformidade com o Procedimento;  <b>Ação<sup>2</sup>:</b> Treinar todos os colaboradores envolvidos no processo sobre a sistemática VCP.  <b>Plano de Ação Pendente.</b></p>	Coord. de SGI/ Simone Rocha	dez/19

**DATA: 28 de Janeiro de 2020 (Período de Setembro/2019 à Dezembro/2019)**
**PARTICIPANTES: Paulo Roberto G. Mesquita, Larissa Mesquita, Paulo Filho, Raimundo Gargur, Amanda Caetano, Wilmar Fernandes, Jader Norberto, Wilton Mendes, Henrique Coutinho, Daniely Castro e Jamile Costa.**

ITEM	PAUTA	DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	AÇÕES PROPOSTAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
8.0	Resultados de Monitoramento e Medição (Análise dos indicadores e metas): Indicador: N° de conformidades na inspeção no recebimento do material. Meta: 95%	Até o momento a meta de 95% de conformidade no recebimento de material foi devidamente atendida nos meses de Setembro, Outubro, Novembro e Dezembro de 2019, uma vez que o resultado obtido foi de 100%.	Não Aplicável.	Obra	-
9.0	Indicador: Numero de Não Conformidades na Atividade. Meta: 95%	Até o momento a meta de 95% de conformidade do número de conformidade na atividade foram devidamente atendidas nos meses de setembro a dezembro de 2019, uma vez que o resultado obtido foi de 100%. Entre Setembro e Dezembro não ocorreram registros de não conformidade na atividades.	Não Aplicável.	Obra	-
9.1	Indicador: Análise Crítica de Propostas. Meta: 95%	Até o momento a meta de 95% das análises críticas de propostas foram atendida apenas no mês de setembro de 2019. Em Setembro foram emitidas 04 propostas, 01 proposta foi cancelada e as 03 foram avaliadas; No mês de Outubro foram emitidas 09 propostas, porem só analisamos 01. Em Novembro foram emitidas 04 propostas, só analisamos 01 e no mês de Dezembro foram emitidas 05 propostas, analisamos 2.	O setor da Qualidade não recebeu dos emitentes as avaliações pendentes, solicitado por e-mail aos responsáveis. A alta direção definiu abertura do Plano de Ação Plano de Ação Corretiva nº 009/19 para tramento, também foi registrada uma NC para o setor comercial, pelo não envio das Propostas.	Direção	-
9.2	Resultados de Monitoramento e Medição (Análise dos indicadores e metas): Indicador: Cumprimento do Plano de Treinamento. Meta: 90	Até o momento a meta de 90% do cumprimento do plano de treinamento foi devidamente atendido nos meses: <b>No mês de setembro de 2019</b> , uma vez que o resultado obtido foi de 100% (Dow: Foi realizado treinamento de Radiação Não ionizante), (UO-ES: Previsto Treinamento de NR 06, UO ES: não houve treinamento devido a impossibilidade de embarque), (Braskem - AL: Foram realizados os treinamentos de PCA e Programa de Ergonomia). <b>No mês de Outubro de 2019</b> , o resultado obtido foi 100% (Dow: Foi realizado o treinamento de EPI's e "EPE'S, não houve treinamento devido a impossibilidade de embarque), Braskem AL: Foram realizados os treinamentos de Plano de Emergência e PR 006 Tratamento de Acidentes e Incidentes). <b>No mês de Novembro 2019</b> , o resultado obtido foi 100% (Dow: Procedimentos Críticos das Tarefas - Risoterm, UO ES: Foi realizado treinamento NR 17 - Ergonomia, Braskem AL: Foram realizados os treinamentos do PQO 004 Obra Braskem AL e Programa de Meio Ambiente). <b>No mês de Dezembro 2019</b> , o resultado obtido foi 100% (Dow: Foram realizados os treinamentos Segurança, utilização, Manuseio e Armazenagem de Produtos Químicos e Programa de Ergonomia, UO ES: Foram realizados os treinamentos de divulgação da IT-I-02 Aplicação de Isolamento Térmico a Alta Temperatura e Equipamentos e a divulgação da IT-I-003 Aplicação de Isolamento Térmico Frio em Equipamento e Tubulação, Braskem AL: Foram realizados os treinamento das IT Refratário 01/02/03 e 04 e treinamento de divulgação do PSGI 005 Saúde Ocupacional).	Não Aplicável.	RH	-

ENTRADAS DA ATA DE ANÁLISE CRÍTICA



**DATA: 28 de Janeiro de 2020 (Período de Setembro/2019 à Dezembro/2019)**
**PARTICIPANTES: Paulo Roberto G. Mesquita, Larissa Mesquita, Paulo Filho, Raimundo Gargur, Amanda Caetano, Wilmar Fernandes, Jader Norberto, Wilton Mendes, Henrique Coutinho, Daniely Castro e Jamile Costa.**

ITEM	PAUTA	DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	AÇÕES PROPOSTAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
9.3	Indicador: Análise das sugestões depositadas na Caixa de Ideias. Meta: 02	A meta de 02 registros depositados nas caixas de ideias só foi depositado 01 (uma) ideia em setembro de 2019, em novembro e dezembro não obteve registro nas caixas de ideias. Nos meses de Outubro, Novembro e Dezembro não houveram registros de ideias.	A alta direção avaliou e definiu não abrir Plano de Ação para tramento.	Rh	-
9.4	Indicador: Conforme indicado no Mapeamento de Processos. Meta: 90%	A meta de 90% do desempenho dos processos foram atingidas pelos processos NF, SSMA e Qualidade no mês de setembro de 2019. No processo de RH não foi atingida a meta no mês de Setembro, devido ao atestado de 13 dias na Obra DOW. Qualidade nos meses de Novembro e Dezembro/ 19, não houveram não conformidades registradas. RH no mês de Dezembro, ocorreram 02 registros de atestados: 01 atestado PMA com 03 dias e 01 atestado SEDE com 15 dias.	A alta direção avaliou e definiu não abrir Plano de Ação para tramento.	Qualidade	-
9.5	Indicador: Através de pesquisa de satisfação do cliente. Meta: 3	A meta de 3 (bom) na pesquisa de satisfação do cliente. Obra Dow: Nos meses de Setembro, Outubro, Novembro e Dezembro, obtivemos o resultado satisfatório das pesquisas, dentro da meta estabelecida que é 3 bom. Obra Braskem - AL: Nos meses de Setembro, Novembro e Dezembro obtivemos o resultado da pesquisa como excelente e no mês de Outubro Obtivemos dentro da meta. Obra UO ES: Setembro, Outubro, Novembro e Dezembro, Obtivemos os resultado satisfatório atingindo a nota máxima em todos os meses.	Não Aplicável.	Obra	-
9.6	Indicador: Relatório de Eficiência e Produtividade. Meta: IFO $\geq$ TIF (Índice de Faturamento obtido $\geq$ Total do Índice de Faturamento)	A meta de Índice do Faturamento Obtido Maior que o Índice de Faturamento foram atingidos: Na <b>Obra DOW</b> : Setembro (Planejado 99,65, Obtido 437,40), Outubro (Planejado 92,21 e Obtido 321,79), Novembro (Planejado 92,82 e Obtido 105,83) Dezembro (Planejado 75,20 e Obtido 260,23). <b>Obra BRASKEM AL</b> : Foram alcançadas a meta nos meses Setembro (Planejado 141,97 e Obtido 574,28), Novembro (Planejado 149,14 e Obtido 423,17), Dezembro (Planejado 129,01 e Obtido 265,09) e Não foi obtido a meta no mês de Outubro, o faturamento incompleto devido ter zerado a verba do centro de custo do setor (Planejado 152,93 e Obtido 87,85) . <b>Obra UO ES</b> : Nos meses de setembro, outubro e novembro, não houve faturamento devido a impossibilidade de embarque, no mês de dezembro a meta foi alcançada (Planejado 52,88 e Obtido 189,83).	Não Aplicável.	Obra	-

**DATA: 28 de Janeiro de 2020 (Período de Setembro/2019 à Dezembro/2019)**
**PARTICIPANTES: Paulo Roberto G. Mesquita, Larissa Mesquita, Paulo Filho, Raimundo Gargur, Amanda Caetano, Wilmar Fernandes, Jader Norberto, Wilton Mendes, Henrique Coutinho, Daniely Castro e Jamile Costa.**

ITEM	PAUTA		DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	AÇÕES PROPOSTAS	RESPONSÁVEL	PRAZO	
9.7	ENTRADAS DA ATA DE ANÁLISE CRÍTICA	Indicador: Número de Visitas Realizadas. Meta: 03	<p>A meta de 03 visitas foi atingida:  <b>no mês de setembro</b>, onde foram realizadas 07 visitas (Jader: Bayer, Oxiteno, Paranapanema, Oleoquímica e Petrobras) (Gaia: Reluznor e Point).  <b>No mês de Outubro</b>, foram realizadas 03 visitas (Larissa Mesquita/ Daniely Castro: White Martins/ Gargur: Brisa e Petrobras Taquipe).            A meta de 03 visitas não foi atingida:  <b>No mês de Novembro</b>, foi realizada 01 visita (Gargur: RLAM).  <b>No mês de Dezembro</b>, foram realizadas 02 visitas (Jader Norberto: Oxiteno/ Timac).</p>	Nos meses de Novembro e Dezembro, a força de trabalho estava concentrada na Intervenção PMA 2019, por isso o número de visitas foram menores. A alta direção avaliou e definiu não abrir Plano de Ação para tramento.	Comercial	-	
9.8		Resultados de Monitoramento e Medição (Análise dos indicadores e metas):	Indicador: Número de Propostas Emitidas x Propostas Ganhas. Meta: 50% das emitidas deverão ser Ganhas.	<p>A meta de 50% de propostas ganhas em relação as propostas emitidas foi atingida:  <b>no mês de setembro 2019</b>, onde foram emitidas 04 (Quatro) propostas, sendo que 01 (um) proposta foi cancelada, 02 (duas) foram ganhas e 01 (um) proposta ainda não obteve retorno.            A meta de 50% de propostas ganhas em relação as propostas emitidas, não foram atingidas:  <b>No mês de Outubro</b>, foram emitidas 09 propostas, sendo que 01 foi ganha.  <b>No mês de Novembro</b> foram emitidas 04 Propostas, até o momento nenhuma foi confirmada.  <b>No mês de Dezembro</b>, foram emitidas 05 propostas, sendo 01 ganha.</p>	A alta direção avaliou e definiu não abrir Plano de Ação para tramento.	Comercial	-
9.9		Resultado das Auditorias:	Auditoria Interna	Auditoria interna realizada em 06/11/2019 (Comercial / NF / Diretoria), 07/11/2019 (Suprimentos / SSMA / DP / Recursos Humanos), 08/11/2019 (SGQ / Manutenção e Calibração / TI), 11/11/2019 (Braskem-AL), 12/11/2019 (UO-ES), 14/11/2019 (DOW).	<p>Realizamos nossa auditoria interna entre os dias 06/11/2019 e 14/11/2019. Foram registradas 02 Não Conformidades, 01 Oportunidades de Melhoria e 01 Observações, sendo: 02 Não Conformidades, 01 Oportunidade de Melhoria e 01 Observação, sendo: Braskem AL (01 NC e 01 OBS), UO ES (01 NC e 01 OPM).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Quantidade de Registo de Não Conformidade por PRQ e Item: PQR 08 (5.5.1);</li> <li>Quantidade de Registo de Não Conformidade por PQQ: PQQ UO ES (10).</li> </ul>	Coord. da Qualidade	-
9.10		Auditoria Externa	Auditoria externa realizada nos dias 05 e 06 de setembro de 2019, com o auditor Carlos Gomes.	Na auditoria Externa foram registradas 02 Não Conformidades ( Monitoramento dos Indicadores e Qualificação do Auditor Interno), 01 Observação ( Aferição de Equipamento) e 03 Oportunidades de Melhorias ( Gráficos dos Indicadores, Clientes de Serviços SPOT e Gestão de Equipamentos Calibrados).	Coord. da Qualidade	-	
10.0		Desempenho de provedores externos	Não foram evidenciados não conformidades durante avaliação de análise crítica de fornecedores no período.	<b>Não Aplicável.</b>	Coord. da Qualidade	-	
11.0		Necessidade de Recursos Humanos e Materiais	<b>Foram contratados 97 colaboradores da empresa para Intervenção PMA, sendo:</b> 46 Ajudantes; 02 Aux. Administrativos; 02 Encarregados; 01 Téc. Segurança do Trabalho; 03 Estagiários; 02 Líderes; 07 Marteleiros; 05 Operadores de Máquinas; 28 Pedreiros Refrataristas; 01 Supervisor.	Em virtude da conclusão da Intervenção PMA, foram aproveitados, os seguintes contratados: 02 ajudantes e 01 Estagiário.	Coord. da Qualidade	-	

**DATA: 28 de Janeiro de 2020 (Período de Setembro/2019 à Dezembro/2019)**
**PARTICIPANTES: Paulo Roberto G. Mesquita, Larissa Mesquita, Paulo Filho, Raimundo Gargur, Amanda Caetano, Wilmar Fernandes, Jader Norberto, Wilton Mendes, Henrique Coutinho, Daniely Castro e Jamile Costa.**

ITEM	PAUTA	DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	AÇÕES PROPOSTAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
12.0	Eficácia das ações para abordar riscos e oportunidades	<b>Não Aplicável.</b>	<b>Não Aplicável.</b>	Coord. da Qualidade	-
13.0	Recomendações para Melhoria	Os documentos do Sistema de Gestão passará por revisão e serão incluído nos documentos a codificação para facilitar a rastreabilidade dos documentos.	Em fevereiro de 2020, será codificado dos os documentos.	Coord. da Qualidade	-
14.0	Oportunidades para melhoria (Qualidade, Processo, Produto).	Em parceria com a empresa Audim, vamos criar apresentacao informativa sobre acustica, que será divulgada para nossos clientes no primeiro trimestre de 2020.	<b>Não Aplicável.</b>	Coord. da Qualidade	-
15.0	Qualquer necessidade de mudança no sistema de gestão da qualidade	Devido a parada de manutencao na Paranapanema , que ocorreu no mês de dez / 2019, não podemos realizar nossa reuniao mensal do comite nessa data. Os documentos do Sistema de Gestão passará por revisão e serão incluídos nos documentos a codificação para facilitar a rastreabilidade dos documentos.	Em fevereiro de 2020, será codificado dos os documentos.	Coord. da Qualidade	-
16.0	Necessidade de recursos	Foram contratados 02 Estagiarios estudante de Engenharia para apoio a Intervenção Paranapanema.	<b>Não Aplicável.</b>	Coord. da Qualidade	