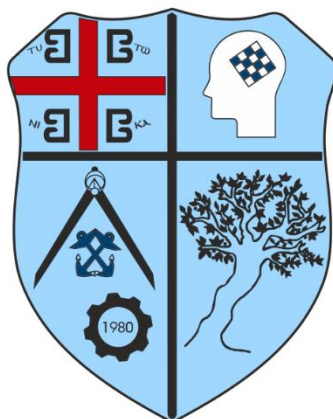




LIBEROASSURANCE

www.liberoassurance.org

Relatório de Auditoria para a Fase II -
CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA - 5ª REGIÃO (CRBM5)

SUMÁRIO EXECUTIVO

Resultado geral da avaliação e adequação do escopo:

O resultado geral da avaliação do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) do CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA - 5ª REGIÃO (CRBM5) revela que o sistema está bem estruturado, com o escopo claramente definido e alinhado às normas e à missão institucional, contemplando registro profissional, orientação, fiscalização, processos éticos, atendimento institucional e gestão administrativa relacionadas a regulação e supervisão do exercício da Biomedicina.

Eficácia, conformidade e melhoria contínua do sistema:

A eficácia do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) do CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA - 5ª REGIÃO (CRBM5) é evidenciada pela conformidade com os requisitos da norma ISO 9001:2015, confirmada por auditorias internas e externas que apontam o cumprimento das exigências aplicáveis. O sistema demonstra mecanismos de monitoramento, controle documental e gestão de riscos para garantir a conformidade e o atendimento dos objetivos estabelecidos. O processo de análise crítica realizado pela alta direção fornece elementos para a identificação de oportunidades de melhoria.

Recomenda-se proceder com uma avaliação detalhada das oportunidades de aprimoramento identificadas, assegurando a implementação eficaz das ações corretivas propostas, de modo a fortalecer ainda mais a robustez e a capacidade de evolução do SGQ.

Pontos Fortes:

- 1) Participação do Escritório de Qualidade em reuniões estratégicas, garantindo alinhamento com o contexto institucional.
- 2) Postura Preventiva na Capacitação Técnico-Normativa
- 3) Processos de melhoria conduzidos com base nas solicitações das partes interessadas.
- 4) Auditados se mostraram comprometidos com o SGQ;
- 5) Utilização de sistemas e indicadores de monitoramento.

Áreas para atenção da gestão:

Processo: SGQ - requisito 9.2 - Monitoramento da satisfação dos clientes internos e externos

Recomenda-se consolidar a metodologia de monitoramento da satisfação dos clientes internos e externos, garantindo maior clareza na apresentação dos indicadores, na interpretação dos resultados e na definição das ações de melhoria decorrentes das pesquisas realizadas. O aprimoramento dessa sistemática contribuirá para uma análise mais consistente da percepção das partes interessadas e para o fortalecimento da tomada de decisão baseada em evidências.

Alterações propostas para a próxima auditoria (ou seja, transições)

Transição para a Emenda ISO 9001:2015/Amd 1:2024: Consolidação definitiva do tratamento de riscos climáticos. Na próxima auditoria, a gestão deverá migrar os cenários abordados de forma isolada no Plano de Contingência (06/2026 Rev.00) diretamente para a planilha corporativa unificada de Gestão de Riscos e Oportunidades (PL.QUA.02), auditando o cálculo de NPR, impactos nos processos e as ações preventivas formais.

Número de descobertas:

Número de NC(s) Principais: 00

Número de NC(s) Menores: 00

Número de Observações: 00

No caso de constatações, um relatório adicional é anexado ao presente relatório.

Isenção de responsabilidade: Os métodos de auditoria utilizados baseiam-se em um processo de amostragem das atividades do negócio por meio de entrevistas, observação de atividades, revisão de documentação impressa, revisão de documentação retida eletronicamente e revisão de registros. A conclusão baseia-se na evidência obtida durante a auditoria a partir de exemplos representativos. Não é possível colher amostras de todos os detalhes de uma empresa e o(s) auditor(es) utilizou(m) técnicas de amostragem padrão para obter esta prova e não pode ser dada nenhuma garantia de que uma conclusão diferente poderia ter sido alcançada se amostras diferentes tivessem sido colhidas. As recomendações da auditoria serão sujeitas a uma revisão independente, antes de ser tomada uma decisão final relativamente à atribuição ou manutenção da certificação.

Confidencialidade: Este relatório é confidencial e sua distribuição será limitada à equipe de auditoria, representante do cliente e escritório da LA

1	DETALHES DA EMPRESA			
Nome da empresa:	CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA - 5ª REGIÃO	Nº Total de Funcionários: Meio período: Temporário: Contratado: Outros: Número de turnos:	22 Colaboradores 01 Turno (08:00-17:00)	
ID da empresa:	260093-BR	Representante da Empresa:	Inacio Borges - Responsável pelo Setor de Qualidade	
Endereço:	AV CAIRU, Nº 1293 - NAVEGANTES - CEP 90.230-031 - PORTO ALEGRE - RS AV PREF. OSMAR CUNHA, Nº 260, SALA 303 - CENTRO - CEP 88.015-100 - FLORIANÓPOLIS - SC	Telefone:	(51) 3325-2040 (51) 8206-6667	
E-mail:	assessoria@crbm5.gov.br			
Forma legal:	13.738.204/0001-76			

2	DETALHES GERAIS DA AUDITORIA						
Auditor líder:	Sandra Soares Mariano						
Equipe de auditoria	N/A						
Técnico especializado	N/A						
Tipo de auditoria:	Certificação - Fase 2						
Auditoria de transição	☐ Sim ☒ Não						
Integrado:	☐	Combinado:	☐	Agrupada	☐		
Data de início da auditoria:	12/06/2026	Data de término da auditoria:	12/06/2026	Dias:	1,0		
Norma(s) do Sistema de Gestão:	ISO 9001:2015			Código EA/ESYD	36 - Administração Pública		
Acreditação	☒ Acreditado			☐ Não acreditado			
Objetivo da auditoria:	☒ Confirmar que o sistema de gestão está em conformidade com os requisitos da norma de auditoria;						
	☒ Confirmar que a organização implementou eficazmente o sistema de gestão planejado;						
	☒ Para confirmar que o sistema de gestão é capaz de atingir os objetivos da política da organização						
Escopo: Conforme constará no Certificado: Incluir também solicitações em outros idiomas:	<i>O sistema de Gestão da Qualidade do CRBM5, abrange as atividades de registro profissional, orientação, fiscalização, processos éticos, atendimento institucional e gestão administrativa relacionadas a regulação e supervisão do exercício da Biomedicina nos Rio Grande do Sul e em Santa Catarina.</i>						
Exclusões baseadas em norma /cláusula	Faz referência a não aplicação ao SGQ dos requisitos 7.1.5.2 e 8.3 da Norma ABNT NBR ISO 9001:2015.						
Justificativa de Exclusões	1) requisito 7.1.5.2 - Este requisito não se aplica ao sistema, pois não utilizam equipamentos de medição para verificação do serviço, por se tratar de um serviço administrativo. 2) requisito 8.3 - Projetos e desenvolvimento de produtos e serviços foram considerados não aplicáveis, já que não são realizadas atividades de projetos e desenvolvimento, não podendo inovar sendo as diretrizes de competência do CFBM.						
Desvio, se houver, do plano e justificativa	N/A						

Problemas, se houver, com impacto no programa de auditoria	N/A
--	-----

A Reunião de Abertura e Encerramento foi realizada conforme lista de verificação no anexo 1

Nome	Posição	Participação na Reunião de Abertura	Participação na Reunião de Encerramento
Renato Minozzo	Presidente do CRBM5	SIM	SIM
Inácio Ferreira Borges	Coordenador responsável (SGQ)	SIM	SIM
Lisiane da Luz Rocha Balzan	Assessora de Comissões	SIM	SIM
Luciana Pasqualini Milagre	Coordenadora de Fiscalização	SIM	SIM
Maicon Nunes	Assessor TI	SIM	SIM
Letícia Becker	Supervisora de Atendimento	SIM	SIM
Jonas Weschenfelder	Supervisor de Faturamento	SIM	SIM
Camille Vitória	Assessora de Diretoria	SIM	SIM
Gian Carlo Lopes de Oliveira	Assessor Contábil	SIM	SIM
Jéssica Azevedo	Fiscal	SIM	SIM
Thais Weiss	Fiscal	SIM	SIM

3	STATUS DE REVISÃO DO SISTEMA DE GESTÃO DOCUMENTADO DA EMPRESA
Documentos de política:	A política está definida no MQ.01- MANUAL DA QUALIDADE - CRBM-5 Rev. 06. Está divulgada no site e analisada anualmente na reunião de análise crítica do SGQ. A Política da Qualidade atende aos princípios gerais do requisito 5.2 da ISO 9001:2015, estando documentada, alinhada ao direcionamento estratégico e contendo compromisso com melhoria contínua.
Procedimentos:	A organização estabeleceu sistemática documentada para controle das informações documentadas do SGQ, contemplando identificação, revisão, atualização, distribuição, retenção e rastreabilidade documental. Foram evidenciados documentos controlados em diversos processos do SGQ, incluindo qualidade, fiscalização, riscos, auditoria, RH, compras, comunicação, fornecedores, planejamento estratégico e análise crítica. Registros verificados: • Manual da Qualidade MQ.01 Rev. 06 - item 7.5 • PL.QUA-04 Rev. 01 - Controle de Informação Documentada • MA.DEPFIS.01 - Manual da Fiscalização Rev. 04 • PL.QUA.02 - Gestão de Riscos • POP.QUA.01 - Procedimento Auditoria Interna - Rev. 02 • POP.DEPFIS.01 - Recebimento e Apuração de Denúncia • POP.ADM.04 - Avaliação e Qualificação de Fornecedores • REG.QUA.01 - Plano e Checklist de Auditoria • MA.ADM.02 - Manual da Comunicação • MA.ADM.03 - Manual de Contabilidade • POP.DEPFIS.03 - Cadastro de Visitas; • POP.DEPFIS.04 - Processos de Fiscalização; • MA.ADM.01 - Manual de Cargos

Instruções de trabalho:	N/A
Outros: (por exemplo, possíveis alterações ocorridas desde a última auditoria)	• PL.QUA.02 - RISCOS PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO - 2026 • PL.QUA-02 - RISCOS -PARTES INTERESSADAS 2025 • Decisão Normativa TCU nº 198/2022 • Decisão Normativa TCU nº 216/2025 • Instrução Normativa TCU nº 84/2020 • Código de Ética do Biomédico • Regulamentação pela Resolução nº 330 do Conselho Federal de Biomedicina - 2020. • Lei nº 7.017, de 30/08/1982- Dispõe sobre o desmembramento dos Conselhos Federal e Regionais de Biomedicina e Biologia.

4	Sede e filiais avaliadas por meio de visita, revisão de documentos ou remotamente durante esta auditoria		
Data	Localização	Atividade Auditada	Auditor
12/06/2026	AV CAIRU, Nº 1293 - NAVEGANTES - CEP 90.230-031 - PORTO ALEGRE - RS AV PREF. OSMAR CUNHA, Nº 260, SALA 303 - CENTRO - CEP 88.015-100 - FLORIANÓPOLIS - SC	Todos os processos	Sandra Soares Mariano

5	Cliente / Locais do Contrato / Locais Temporários avaliados por meio de visita, revisão de documentos ou remotamente durante esta auditoria (se aplicável)		
Data	Localização e atividade auditadas	Atividade auditada	Auditor
N/A	N/A	N/A	N/A

6	USO DAS MARCAS DE CERTIFICAÇÃO	
O uso da Marca de Certificação (se usada) está de acordo com as Regras de Registro	Sim	
Breves detalhes de onde a marca de certificação do Organismo de Acreditação e o logotipo LiberoAssurance são usados	N/A	

7	ACOMPANHAMENTO DE RESULTADOS DE AUDITORIA ANTERIOR	
Revisão de relatórios e descobertas anteriores. Solicitações de melhoria / não conformidades levantadas anteriormente foram efetivamente encerradas		Não foram registradas Não-Conformidades nas auditorias externas de 2025.
<u>Se não, quais ações corretivas foram implementadas (se houver)</u>		

8	PRINCIPAIS CONTROLES DO SISTEMA DE GESTÃO	
Objetivos	Procedimento: MQ.01 Rev. 06 - Manual da Qualidade Descrição resumida: Os objetivos do sistema estão definidos e correlacionados às intenções estratégicas do Conselho e à sua Política da Qualidade. Registros verificados: • Manual da Qualidade MQ.01 Rev. 06 - item 6.2. • Referência direta ao documento PE.01 - Planejamento Estratégico. • Satisfação do Cliente Interno - Meta: 75% e atingido 73% em 2025 - plano de ação em andamento;	

	- Satisfação do Cliente Externo: Acompanhar a satisfação das partes interessadas (site). Indicador: nº de insatisfeitos. Meta: Máximo 5/1000. Ao longo do ano de 2025 pelas respostas das pesquisas não ocorreram valores superiores a 5/1000 - 100% - Melhorar o atendimento aos usuários. Meta: No mínimo um treinamento para os atendentes e realizado treinamento para 100% dos atendentes em 2025; - Adequar o sistema da rede de dados. Indicador: Status da avaliação. Meta: concluir 100% da avaliação e atingido 100%; - Criar matérias de comunicação das ações do CRBM5 no canal do youtube. Nº de matérias Meta: mínimo 2 e atingido 100% (foram efetuadas 2 publicações No mês do biomédico); - Desenvolver colaboradores em suas competências. Nº de capacitações executadas. Meta: participação no mínimo de um evento e atingido 100%. Todos os colaboradores participaram de no mínimo um evento em 2025. Conclusão: Conforme
Riscos, Oportunidades, Perigos, Aspectos Ambientais, Uso de Energia, outros itens específicos da norma, PRPs, OPRPs, CCPs, análise HACCP	Procedimento: MQ.01 Rev. 06 - Manual da Qualidade Descrição resumida: A organização incorporou a mentalidade de risco em suas esferas, realizando identificações, ponderações e o monitoramento das ações mapeadas para mitigar falhas ou aproveitar oportunidades. A eficácia dessas ações é monitorada e revisada periodicamente, incluindo avaliação anual formal, com os resultados discutidos em auditorias internas e na Análise Crítica pela Direção, promovendo a melhoria contínua do sistema. ACRBM demonstrou de forma clara que avaliou o impacto das mudanças climáticas em seu contexto organizacional e na prestação de seus serviços finalísticos. Foram identificados os impactos diretos na continuidade operacional, na integridade do atendimento aos biomédicos e na realização de fiscalizações presenciais. Como resposta, a autarquia formalizou diretrizes operacionais de mitigação e adaptação para enfrentar situações excepcionais, assegurando canais alternativos e níveis graduais de contingência para garantir a resiliência institucional. Registros verificados: - Manual da Qualidade MQ.01 Rev. 06 - item 6.1. - PL.QUA.02 - Gerenciamento de Riscos - Planejamento Estratégico 2026 - PL.QUA.02 - Gerenciamento de Riscos - Jurídico 2025 - revisado em dez/25 - PL.QUA.02 - Gerenciamento de Riscos - Fiscalização 2025 - revisado em dez/25 - Plano de Contingência - CRBM 5 (06/2026 Rev.00): Documento inicial aprovado e assinado eletronicamente pelo Presidente, Dr. Renato Minozzo, instituindo as diretrizes de governança em crises. - Relatório de Análise Crítica - RAC de 12/01/2026 com a análise do Gerenciamento de Riscos Conclusão: Conforme
Análise Crítica da Direção	Procedimento: MQ.01 Rev. 06 - Manual da Qualidade Descrição resumida: A alta direção realiza análise crítica periódica do SGQ considerando auditorias internas e externas, desempenho de processos, indicadores, satisfação de partes interessadas, gestão de riscos, não conformidades, ações corretivas, recursos, planejamento estratégico e oportunidades de melhoria. Foram evidenciadas entradas e saídas compatíveis com os requisitos da cláusula 9.3 da ISO 9001:2015. Registros verificados: - Manual da Qualidade MQ.01 Rev. 06 - Relatório de Análise Crítica - RAC de 12/01/2026 com a análise do Gerenciamento de Riscos. Todas as entradas e saídas definidas e atendidas.

	A reunião contou com a presença de representantes de diversas áreas e cargos estratégicos da organização. Conclusão: Conforme
Audições internas	Procedimento: MQ.01 Rev. 06 - Manual da Qualidade / POP.QUA.01 Rev. 02 - Procedimento da Auditoria Interna Descrição resumida: A organização estabeleceu procedimento documentado para auditoria interna contendo critérios, responsabilidades, escopo, seleção de auditores, comunicação e registros associados. Foi evidenciado plano e checklist de auditoria interna executado em jan./2026, contemplando requisitos da ISO 9001:2015, definição de auditores, setores auditados, critérios de auditoria e registros das verificações realizadas. Registros verificados: - Manual da Qualidade MQ.01 Rev. 06 - POP.QUA.01 Rev. 02 - Procedimento da Auditoria Interna - REG.QUA.01 Rev. 03 - Plano e Checklist Auditoria Interna Jan/2026 Conclusão: Conforme
Reclamações / Satisfação do Cliente / Comunicações (Internas e Externas)	Procedimento: MQ.01 Rev. 06 - Manual da Qualidade e Matriz de Comunicação Institucional. Descrição resumida: A organização possui processos formalizados para comunicação interna e externa, utilizando canais institucionais e matriz de comunicação definida para disseminação das informações e interação com as partes interessadas. O monitoramento da satisfação dos clientes é realizado por meio de indicadores específicos e pesquisas aplicadas após a conclusão dos atendimentos, sendo os resultados analisados para definição de ações de melhoria. As reclamações recebidas são registradas, tratadas e acompanhadas conforme procedimentos internos, garantindo a resposta às demandas e a melhoria contínua dos serviços prestados. Registros verificados: - Satisfação do Cliente Externo: Acompanhar a satisfação das partes interessadas (site). Indicador: nº de insatisfeitos. Meta: Máximo 5/1000. Ao longo do ano de 2025 pelas respostas das pesquisas não ocorreram valores superiores a 5/1000 - 100% - Melhorar o atendimento aos usuários. Meta: No mínimo um treinamento para os atendentes e realizado treinamento para 100% dos atendentes em 2025; - PL.DEFIS.01 Rev. 01 - Controle de Denúncias / Indicador de Denúncias Atendidas no Prazo PL.DEFIS.04 Rev.00 - Cronograma de Fiscalizações; - Peças Publicitárias da Campanha "CRBM 5 de Portas Abertas": Registros de posts e cronogramas da Semana de Orientação Presencial executada nas sedes de Porto Alegre (01/06 a 03/06) e Florianópolis (09/06 a 11/06); - Plataforma Trello (Workspace CRBM 5): Cartões operacionais ativos controlando postagens de fiscalização, carrosséis de dúvidas e eventos institucionais (CONGREHOF 2026, CONGRELAB 2026 e COMAC Balneário 2026).
Sistema de ação corretiva e preventiva	Procedimento: MQ.01 Rev. 06 - Manual da Qualidade Descrição resumida: A organização possui diretrizes documentadas para registrar desvios, analisar causas raízes e implementar ações corretivas permanentes, realizando posterior análise de eficácia. Registros verificados: Manual da Qualidade MQ.01 Rev. 06

	Formulários de tratativa de desvios operacionais e planos de ação preventivos (ex: plano montado para contornar problemas de instabilidade gerados por migração de sistemas no setor de atendimento em fevereiro). Conclusão: Conforme.
Processo terceirizado	Procedimento: MQ.01 Rev. 06 - Manual da Qualidade Descrição resumida: As aquisições e contratações externas são conduzidas de acordo com a Lei nº 14.133/2021. Foram evidenciados relatórios estruturados de avaliação contínua de fornecedores. Registros verificados: - Processo de Contratação Direta por Dispensa de Licitação nº 027/2026 (objeto: Aquisição de bandeiras), englobando Documento de Formalização de Demanda (DFD), Pesquisa de Preços detalhada no Compras.gov.br editada por Juliana Veiga, Parecer Jurídico fundamentado no art. 75, II da Lei 14.133/21, Nota de Empenho nº 188 e Nota Fiscal Eletrônica nº 4.046. Termo de Recebimento de Objeto datado de 07/05/2026, com ateste de conformidade assinado por Juliana Veiga. - Planilha de Avaliação de Fornecedores - Consolidado (REG.ADM 09 Rev.00 - Elaborado em 05/26), com notas mensais de desempenho de prestadores de serviços chaves (ex: Correios, Realize Limpeza, Implanta). Conclusão: Conforme.
Gestão de informação documentada	Procedimento: MQ.01 Rev. 06 - Manual da Qualidade Descrição resumida: A organização possui regras bem estabelecidas para a criação, codificação, parametrização, revisão, aprovação, controle de acesso, distribuição e retenção de suas informações documentadas e registros técnicos, operacionais e administrativos. Todos os documentos e planilhas de controle auditados utilizam o padrão corporativo de cabeçalho e controle de alterações fixados pela qualidade. Registros verificados: - MQ.01 Rev. 06 - Manual da Qualidade - POP.QUA.01 Rev. 02 - Procedimento da Auditoria Interna - REG.QUA.01 Rev. 03 - Plano e Checklist de Auditoria Interna - RAC.01 Rev.00 - Relatório de Análise Crítica - PL.QUA.02 Rev.00 - Gestão de Riscos e Oportunidades (com subdivisões setoriais) - MA.ADM.02 Rev. 04 - Manual da Comunicação - REG.ADM.05 Rev. 01 - Registro de Ambientação - REG.ADM.11 Rev.00 - Registro de Avaliação de Treinamento - PL.ADM.03 Rev.00 - Planilha de Necessidade de Treinamento - PL.ADM.04 Rev.00 - Acompanhamento dos Treinamentos Gerais - REG.ADM.09 Rev.00 - Avaliação de Fornecedores - Consolidado - MA.DEPREG.01 Rev. 01 - Manual do Trabalho / Departamento de Registro - CHECKLIST.ADM 01 (10 ABR26) - Identificação, Requisitos e Planejamento de Serviços e Eventos
Requisitos regulamentares	Lei Federal nº 14.133/2021: Nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos; Lei Federal nº 6.684/1979 e Decreto nº 88.439/1983: regulamenta a profissão de Biomédico, cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Biomedicina, e fixa as suas competências de fiscalização do exercício profissional; Resolução CFBM nº 276/2017 (utilizada na assinatura de termos de fiscalização); Resoluções CFBM 01/1987 e 78/2002 (aplicadas no enquadramento de infrações por alteração contratual não comunicada)

9	Trilhas de auditoria operacional para justificativa do escopo em relação à norma que está sendo auditada
Detalhes do Departamento / Processo	Detalhes da revisão e descobertas
Alta Direção	Durante a entrevista formal de auditoria, o Presidente do CRBM 5, Dr. Renato Minozzo, reforçou o compromisso da Alta Direção com a governança, a melhoria contínua e o fortalecimento do Sistema de Gestão da Qualidade, destacando a certificação ISO 9001 como um marco estratégico de relevância nacional para ampliar a eficiência, a transparência e a credibilidade institucional. Foi enfatizado que a missão do Conselho é proteger a sociedade por meio da fiscalização do exercício profissional e da gestão preventiva dos riscos biomédicos, apoiada pela contratação de novos colaboradores para ampliar a capacidade operacional e a qualidade dos serviços prestados. A Alta Direção ressaltou que a padronização dos processos, alinhada às diretrizes do Conselho Federal de Biomedicina, constitui um dos principais mecanismos para assegurar segurança jurídica, uniformidade das decisões e atuação preventiva. Como evidência dessa sistemática, toda nova resolução é acompanhada de treinamentos obrigatórios antes de sua publicação, garantindo que as equipes estejam plenamente capacitadas para sua aplicação. Também foi destacado o compromisso institucional com iniciativas de responsabilidade social, incluindo a integração das ações do SGQ ao Sistema de Defesa da Mulher, fortalecendo o papel do CRBM 5 como agente promotor da cidadania, da legalidade e da proteção da sociedade.
Contabilidade	Procedimento: MQ.01 Rev. 06 - Manual da Qualidade Descrição resumida: A organização realiza o controle orçamentário, a prestação de contas anual e empenhos de valores sob condições controladas. O setor realiza reuniões trimestrais para monitoramento e análise de balancetes de despesas, apresentando conformidade nos fluxos de governança financeira. Registros verificados: - Planilha e Gráficos do Indicador de Gestão Orçamentária 2025 (compilando dados consolidados de Despesas Correntes de 2023, 2024 e 2025). - Ata da Segunda Reunião da Comissão Fiscal do Conselho Regional de Biomedicina da Quinta Região, datada de 24 de abril de 2026, com aprovação unânime do Balancete Trimestral (janeiro, fevereiro e março de 2026). Conclusão: Conforme.
Atendimento /Registros	Procedimento: MA.DEPREG.01 Rev. 01 - Manual do Departamento de Registro Descrição resumida: O processo operacional de registro profissional e atendimento institucional é executado sob condições controladas, com triagem documental via site e trâmite eletrônico rastreável por histórico de status. A liberação das inscrições segue a validação das comissões técnicas e gera certidões automáticas com dispositivos de segurança. Registros verificados: - Protocolo eletrônico de inscrição nº 12542/2026 (aberto em 10/06/2026 e concluído em 12/06/2026) e telas de histórico de preenchimento, análise e deferimento no sistema SISCAF. - Certidão de Situação Cadastral 2026 emitida em 12/06/2026 em nome da profissional RCS (Inscrição nº 015096), contendo chave de autenticidade e QR Code. Parecer Final deferido da Reunião da Comissão de Ensino e Docência (CED), datado de 08/06/2026, referente ao Processo de Inclusão de Habilitação em Biomedicina Estética nº 0242/2026, assinado digitalmente via Sisdoc. - Gráfico e relatório de Pesquisa de Satisfação de Atendimento (Janeiro a Maio) com plano de ação corretiva para tratativa de desvio pontual em fevereiro. Conclusão: Conforme.
Fiscalização	Procedimento: MQ.01 Rev. 06 - Manual da Qualidade

	Descrição resumida: Os processos finalísticos de fiscalização proativa e de apuração de denúncias são executados de forma planejada e controlada. As saídas não conformes detectadas pelos fiscais em campo geram autos de infração com prazos legais para regularização e monitoramento via processos administrativos formais no sistema. Registros verificados: • PL.DEPFIS.04 - Cronograma de Fiscalizações - Rev. 00 (Planejamento mensal por município e fiscais designadas). • PL.DEPFIS.01 - Planilha de Controle e Indicador de Denúncias Atendidas no Prazo (Resultados de 2026 registrando Jan: 94,4%, Fev.: 100%, Mar: 94,7% e Abr.: 95,2%, perante meta > 80%). • Processo de Apuração de Denúncia nº DN 118/2025 e documentos vinculados da autuada Clinica Fluorita Estética Avançada Ltda: Termo de Visita Pessoa Jurídica nº 0148/2026 (10/03/2026), Auto de Infração nº 0068/2026 (10/03/2026) assinado pela fiscal Jenifer Cristina Martins, e Declaração de Encerramento de Caso homologada em 17 de abril de 2026. Conclusão: Conforme.
Recursos Humanos e Desenvolvimento Profissional	Procedimento: MQ.01 Rev. 06 - Manual da Qualidade Descrição resumida: A organização determina as competências para as funções e gerencia a qualificação contínua das equipes através de integração e do plano anual de treinamentos. São retidos registros individuais comprobatórios de contratação, ambientação inicial e avaliações de eficácia. Registros verificados: • PL.ADM 04 - Planilha de Acompanhamento dos Treinamentos Gerais 2025 e 1º Semestre de 2026. • PL.ADM.03 Rev.00 - Planilha de Necessidade de Treinamento para o 2º Semestre de 2026, aprovada pelo presidente Dr. Renato Minozzo. Expediente Administrativo de Contrato de Trabalho nº 3.2026 e Portaria CRBM-5 nº 12/2026, datada de 01/04/2026, nomeando provisoriamente Maicon Berzosa Nunes para o cargo de Assessor de Tecnologia da Informação. • Prontuário de Letícia Ynaiara Fernandes Becker (Agente Administrativo - Registro), admitida via concurso público por meio da Portaria CRBM-5 nº 03/2024. • Fichas de Integração/Ambientação (REG.ADM.05 Rev. 01) assinadas e formulários de Registro de Avaliação de Treinamento (REG.ADM 11), incluindo certificados de cursos (ex: Curso de Pregoeiro de Laura Petersen com 20h e Gestão de Contratos de Juliana Veiga com 40h). Conclusão: Conforme.
Compras	Procedimento: MQ.01 Rev. 06 - Manual da Qualidade Descrição resumida: As aquisições de produtos e contratações de prestadores de serviço externos são conduzidas, avaliadas e fiscalizadas sob os ritos formais estabelecidos pela Lei nº 14.133/2021. O desempenho dos fornecedores cadastrados é monitorado por meio de uma planilha de avaliação consolidada mensal. Registros verificados: • REG.ADM 09 Rev.00 - Planilha de Avaliação de Fornecedores - Consolidado (contendo notas mensais de desempenho de prestadores chaves de janeiro a maio de 2026). • Processo Administrativo de Contratação Direta por Dispensa de Licitação nº 027/2026 (objeto: Aquisição de bandeiras), contendo Documento de Formalização de Demanda (DFD), Relatório de Pesquisa de Preço no portal Compras.gov.br editado por Juliana

	Sortica da Veiga, Parecer Contábil de viabilidade orçamentária e Parecer Jurídico fundamentado no art. 75, II da Lei 14.133/21. Documentos de liquidação e encerramento do Processo nº 027/2026: Nota de Empenho nº 188 (10/04/2026), DANFE/Nota Fiscal Eletrônica nº 4.046 da empresa Bandeiras Online Artefatos Têxteis Ltda, Nota de Liquidação nº 562 (08/05/2026) e Termo de Recebimento de Objeto assinado em 07/05/2026. Conclusão: Conforme.
Comunicação	Procedimento: MA.ADM.02 Rev. 04 - Manual da Comunicação Descrição resumida: Os processos de comunicação com o público externo e interno são formalmente controlados através de canais autorizados e fluxos de aprovação prévia. O setor gerencia postagens em mídias sociais e campanhas institucionais preventivamente, assegurando critérios de acessibilidade e padronização visual. Registros verificados: Manual da Comunicação institucional MA.ADM.02 Rev. 04, com vigência e validação estipuladas até 04/28. Painel de Gestão e Planejamento Trello (Workspace CRBM-5), controlando demandas gerais de redes sociais e fluxos de eventos chaves (CONGREHOF 2026, CONGRELAB 2026 e COMAC Balneário 2026). Portfólio de layouts e posts publicados no Instagram referentes à campanha externa "CRBM-5 de Portas Abertas: Semana de Orientação Presencial com a Fiscalização" executada nas sedes de Porto Alegre e Florianópolis. Formulário CHECKLIST.ADM 01 - EVENTOS (Aprovação de Evento/Serviço datada de 10/04/2026), atestando a verificação prévia de identidade visual, dimensões de adesivagem e critérios legais de acessibilidade (LIBRAS e Braille). Conclusão: Conforme.

10	PLANO DE AUDITORIA PRÓXIMA VISITA				
Observe que alterações nos Auditores podem ser inevitáveis devido a requisitos operacionais					
Auditor líder	Sandra Soares Mariano	Auditores Adicionais (Especialista)	N/A		
Normas	ISO 9001:2015		Tipo de auditoria (ou seja, manutenção / recertificação, etc.)	1ª Manutenção	
Datas de auditoria	Antes de junho/2027	Localizações)	AV CAIRU, Nº 1293 - NAVEGANTES - CEP 90.230-031 - PORTO ALEGRE - RS AV PREF. OSMAR CUNHA, Nº 260, SALA 303 - CENTRO - CEP 88.015-100 - FLORIANÓPOLIS - SC		
Hora de início da auditoria	08:00	O Cliente precisa confirmar a visita ao local com a Sede da LS antes da próxima visita? SIM / NÃO			Sim
Idioma da auditoria, se não for inglês	Português	É necessário planejamento de recertificação - SIM / NÃO			Não

Notas do Auditor (se houver) a serem incluídas no Anexo B

11	PROGRAMA DE AUDITORIA QUE ABRANGE O CICLO DE AVALIAÇÃO DE 3 ANOS				
	Estágio 1	Etapa 2 / Recertificação	Manutenção #1	Manutenção #2	Recertificação
Data da Auditoria	25/05/2026	12/06/2026	Antes de Junho/2027	Antes de Junho/2028	Antes de Junho/2029
Número de dias	0,5	1,0	1,0	1,0	1,0
Normas	ISO 9001:2015	ISO 9001:2015	ISO 9001:2015	ISO 9001:2015	ISO 9001:2015
Número de descobertas para cada auditoria	00	00	A ser definido	A ser definido	A ser definido
Sede	Porto Alegre - RS Florianópolis - SC	Porto Alegre - RS Florianópolis - SC	Porto Alegre - RS Florianópolis - SC	Porto Alegre - RS Florianópolis - SC	Porto Alegre - RS Florianópolis - SC
Localização 1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Processos, Funções Auditadas	Todos os processos	Todos os processos	Todos os processos	Todos os processos	Todos os processos

12	QUESTÕES NÃO RESOLVIDAS
Foram identificados problemas não resolvidos?	SIM ☐ NÃO ☒
Análise de questões não resolvidas	NA

A equipe de auditoria considera apropriado o escopo da certificação e recomenda que com base nas evidências obtidas durante esta auditoria; a certificação deverá ser:

Recomendada ☒ Continuada ☐ Adiada (até correções satisfatórias / ações corretivas estejam completadas) ☐

Anexo A Lista de verificação da reunião de abertura e encerramento.

Reunião de abertura	Comentários
Será realizada uma reunião formal de abertura, onde a presença será registrada, com a administração do cliente e, se for o caso, com os responsáveis pelas funções ou processos a serem auditados. O objetivo da reunião de abertura, que normalmente será conduzida pelo líder da equipe de auditoria, é fornecer uma breve explicação de como as atividades de auditoria serão realizadas e deverá incluir os seguintes elementos. O grau de detalhe deve ser consistente com a familiaridade do cliente com o processo de auditoria:	
Apresentação dos participantes, incluindo um esboço de suas funções	ok
Confirmação do escopo da certificação	ok
confirmação do plano de auditoria (incluindo tipo e escopo da auditoria, objetivos e critérios), quaisquer alterações e outros acordos relevantes com o cliente, como data e hora da reunião de encerramento, reuniões intermediárias entre a equipe de auditoria e a administração do cliente	ok
Confirmação de canais formais de comunicação entre a equipe de auditoria e o cliente	ok
Confirmação de que os recursos e instalações necessários à equipe de auditoria estão disponíveis	ok
Confirmação de assuntos relativos à confidencialidade	ok
Confirmação dos procedimentos relevantes de segurança, emergência e proteção do trabalho para a equipe de auditoria	ok
Confirmação da disponibilidade, funções e identidades de quaisquer guias e observadores	ok
Método de relatório, incluindo qualquer classificação das conclusões da auditoria	ok
Informações sobre as condições sob as quais a auditoria pode ser encerrada prematuramente	ok
Confirmação de que o líder da equipe de auditoria e a equipe de auditoria que representa o organismo de certificação são responsáveis pela auditoria e devem estar no controle da execução do plano de auditoria, incluindo atividades de auditoria e trilhas de auditoria	ok
Confirmação do status das conclusões da revisão ou auditoria anterior, se aplicável	ok
Métodos e procedimentos a serem utilizados para conduzir a auditoria com base em amostragem	ok
Confirmação do idioma a ser usado durante a auditoria	ok
Confirmação de que, durante a auditoria, o cliente será mantido informado sobre o progresso da auditoria e quaisquer preocupações	ok
Oportunidade para o cliente tirar dúvidas	ok

Reunião de encerramento	Comentários
Será realizada uma reunião formal de encerramento, onde será registrada a presença, com a administração do cliente e, se for o caso, com os responsáveis pelas funções ou processos auditados. O objetivo da reunião de encerramento, que normalmente será conduzida pelo líder da equipe auditora, é apresentar as conclusões da auditoria, incluindo a recomendação quanto à certificação. Eventuais não conformidades deverão ser apresentadas de forma que sejam compreendidas e o prazo para resposta deverá ser acordado. NOTA “Entendida” não significa necessariamente que as não conformidades foram aceitas pelo cliente A reunião de encerramento também incluirá os seguintes elementos. O grau de detalhe deve ser consistente com a familiaridade do cliente com o processo de auditoria:	
Informar ao cliente que a evidência de auditoria coletada foi baseada em uma amostra da informação; introduzindo assim um elemento de incerteza	ok
O método e o prazo do relatório, incluindo qualquer classificação das conclusões da auditoria	ok
O processo do organismo de certificação para lidar com não conformidades, incluindo quaisquer consequências relacionadas ao status da certificação do cliente	ok
O prazo para o cliente apresentar um plano de correção e ação corretiva para quaisquer não conformidades identificadas durante a auditoria	ok
As atividades pós-auditoria do organismo de certificação	ok
Informações sobre o tratamento de reclamações e processos de recurso	ok

Anexo B Notas do Auditor

Reunião abertura e encerramento:

