



IMPORTANTE: sempre verifique no site do TJRJ se a versão impressa do documento está atualizada.

1 CAMPO DE APLICAÇÃO, OBJETIVO E VIGÊNCIA



Esta Rotina Administrativa (RAD) se aplica às unidades organizacionais certificadas pela NBR ISO 9001 e às unidades de apoio do Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro (PJRJ). Tem o objetivo de estabelecer critérios e procedimentos para tratar não conformidades detectadas, identificar e controlar saídas e produtos não conformes, passando a vigorar a partir de 19/02/2025.

2 DEFINIÇÕES



Os termos técnicos deste documento estão no [Glossário do Sistema Integrado de Gestão do PJRJ](#).

3 RESPONSABILIDADES GERAIS



FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Administração Superior	- Assegurar o tratamento e a eliminação das saídas e dos produtos não conformes; - supervisionar a abertura e\ou encerramento dos relatórios de avaliação de não conformidade; - assegurar a eliminação das não conformidades identificadas pertinentes à sua unidade organizacional.
Secretário(a)-Geral da Secretaria-Geral de Governança, Inovação e Compliance	Estabelecer a política de tratamento de não conformidades.
Diretor(a) do Departamento Governança e Planejamento Estratégico da Secretaria-Geral de Governança, Inovação e Compliance (SGGIC/DEGEP)	- Planejar, supervisionar e orientar a implementação da política de tratamento de não conformidades e tratamento de saídas e produtos não conformes; - acompanhar os prazos relativos à eliminação de não conformidades.

TRATAMENTO DE NÃO CONFORMIDADES

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Representante da Administração Superior (RAS)	• Supervisionar a adequada eliminação das saídas e produtos não conformes da respectiva unidade, quando delegado; • controlar os prazos e acompanhar as ações corretivas tomadas pertinentes à sua respectiva unidade organizacional; • questionar a área responsável sobre a eficácia das ações corretivas executadas; • informar ao DEGEP a abertura do Relatório de Avaliação de Não Conformidade (RANAC).
Gestor de Unidade Executora Competente para Tratar a não Conformidade	• Abrir o Relatório de Avaliação de não Conformidade (RANAC); • promover a correção dos problemas identificados; • investigar as causas das não conformidades identificadas e propor as respectivas ações; • realizar análise crítica dos resultados das ações executadas; • informar ao RAS/RD/RDS sobre o resultado das ações concluídas. • encerrar o RANAC.
Representante da Administração (RD)	• Informar ao DEGEP a abertura do Relatório de Avaliação de Não Conformidade (RANAC); • controlar os prazos e acompanhar as ações corretivas tomadas pertinentes à sua respectiva unidade organizacional; • questionar a área responsável sobre a eficácia das ações corretivas executadas.
Servidor/ Colaborador	• Detectar e informar não conformidades reais ou potenciais de sua unidade; • registrar as saídas e os produtos não conformes observados no formulário Quadro de Controle de Saída e Produto Não Conformes (PNC) da respectiva unidade; • executar, no seu nível de autoridade, as correções e/ou ações corretivas propostas para as não conformidades pertinentes da respectiva unidade.

4 CONDIÇÕES GERAIS



4.1 Não conformidades são detectadas nas seguintes situações:

- em auditorias de gestão (internas e externas);
- no desenvolvimento cotidiano dos processos de trabalho das unidades organizacionais;

- em reuniões de análise crítica;
- por sugestões e reclamações de usuário / resultados de pesquisa de satisfação.

4.2 A presente rotina está de acordo com a NBR ISO 9001 e, dessa forma, orienta o tratamento das ocorrências de não conformidades, quando aplicável, com ações de controle e correção e, caso haja necessidade de ação para eliminar a causa de não conformidades, com ações corretivas.

5 IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DE NÃO CONFORMIDADE



5.1 Os servidores e colaboradores do PJERJ têm a responsabilidade de identificar e informar aos seus superiores a ocorrência de não conformidades, de acordo com o nível de informação técnica de suas respectivas funções.

5.2 O servidor ou colaborador que identificar a existência de não conformidade discute a situação com a equipe e com o gestor da unidade, analisando o fato.

5.3 Como resultado da análise, o gestor da unidade organizacional pode decidir pela proposição de ação para controle, de correção e/ou ação corretiva.

5.3.1 Para tratamento da não conformidade, o gestor registra e preenche o FRM-PJERJ-004-01 - Relatório de Avaliação de Não Conformidade (RANAC).

5.4 Deve-se emitir um RANAC, quando a não conformidade:

- for frequente;
- produzir efeito sistêmico no SGQ;
- interferir na execução das atividades planejadas, provocando prejuízo ou comprometendo o resultado do processo de trabalho;
- provocar riscos pessoais e ou danos materiais;
- afetar diretamente o usuário final;

5.5 Não conformidades maior ou menor, detectadas em auditoria de gestão externa ou interna, exigem sempre avaliação da necessidade de ação corretiva, com registro no RANAC.

5.6 Para melhor acompanhamento dos prazos relativos à eliminação de não conformidades, os RANACs emitidos devem ser encaminhados ao degep.seger-cert@tjrj.jus.br, bem como as informações de prorrogação e encerramento.

5.6.1 O prazo para envio do Relatório de Avaliação de Não Conformidade ao Serviço de Gestão por Resultado da Secretaria-Geral de Governança, Inovação e Compliance (SGGIC/SEGER) é de 14 dias a contar da identificação da não conformidade.

6 PROPOSIÇÃO DE AÇÃO CORRETIVA



6.1 As ações corretivas devem ser propostas em tempo hábil, após a identificação da não conformidade e determinação formal de tratamento.

6.1.1 O DEGEP apoia a emissão dos RANAC mediante solicitação da unidade proponente.

6.1.2 Caso a unidade necessite de apoio para a elaboração ou revisão de RANAC oriundos de auditoria, deve se manifestar formalmente encaminhando e-mail à Divisão de Apoio à Gestão da Secretaria-Geral de Governança, Inovação e Compliance (SGGIC/DIAGE) (degep.seger-cert@tjrj.jus.br) com antecedência de até 72 horas do prazo estabelecido para a emissão do documento.

6.2 Os RANAC emitidos por força de apontamentos em auditorias internas devem ser encaminhados para o e-mail degep.seger-cert@tjrj.jus.br em até 14 dias a contar do recebimento do relatório da auditoria pela unidade.

6.3 Os RANAC emitidos por força de apontamentos em auditorias externas devem ser encaminhados para o e-mail degep.seger-cert@tjrj.jus.br dentro do prazo limite apontado no relatório da respectiva auditoria.

6.4 Quando for necessário o envolvimento de outra unidade para realização de ações corretivas, o RAS/RD deve contatar o RAS/RD da unidade de apoio para definição das ações e prazos.

7 EXECUÇÃO E REGISTRO DE AÇÃO CORRETIVA



- 7.1 O RAS/RD acompanha o curso das etapas das ações corretivas, mesmo quando executadas em unidades de apoio, com o fim de assegurar que a ação seja concluída no tempo previsto.
- 7.2 À medida que as etapas da ação corretiva forem executadas, as datas de conclusão devem ser registradas no RANAC pelo servidor responsável por sua realização.
- 7.3 O responsável pela execução e o responsável pelo acompanhamento das etapas propostas devem demonstrar as evidências das etapas concluídas, apresentando fatos, registros ou outras informações verificáveis.
- 7.4 Se a execução da ação for de responsabilidade de unidade de apoio e a data prevista para a conclusão se mostrar insuficiente, o RAS/RD negocia a prorrogação justificadamente com o RAS/RD da unidade proponente, que a leva à consideração da Administração Superior.
- 7.5 Quando a execução da ação se der na unidade proponente e houver necessidade de prorrogação de prazo, o responsável pela execução da ação ajusta a prorrogação justificada com o RAS/RD, que leva à consideração da Administração Superior.
- 7.6 Caso o responsável pela execução seja o próprio RAS/RD, este prepara a justificativa e a leva à consideração da Administração Superior.
- 7.7 A prorrogação da implementação da ação corretiva deve ser comunicada ao SEGER por e-mail endereçado ao degep.seger-cert@tjrj.jus.br.

8 ANÁLISE CRÍTICA DA EFICÁCIA DAS AÇÕES



- 8.1 Caso a ação tomada tenha sido ineficaz, com base na análise crítica da eficácia das ações, o RAS/RD registra a ineficácia das ações e encerra o RANAC sob a supervisão da Administração Superior.
 - 8.1.1 O RAS/RD emite novo RANAC, para que as causas sejam novamente analisadas a fim de eliminá-las.



- 8.2** Após verificada a eficácia das ações executadas, o RAS/RD informa à equipe a solução do tratamento dado, objetivando reforçar a participação voluntária dos servidores em melhorias de desempenho.
- 8.3** Caso a situação ou meio no qual se originou a não conformidade deixe de existir, de forma que não seja possível analisar criticamente a eficácia, encerra a ação corretiva por perda de objeto, sem a necessidade de abertura de novas ações.

9 CONTROLE DE SAÍDAS E DE PRODUTOS NÃO CONFORMES

- 9.1** A organização controla e identifica as saídas/produtos que não estejam conforme seus requisitos.
- 9.2** A unidade organizacional deve tomar ações apropriadas baseadas na natureza da não conformidade e em seus efeitos sobre a conformidade de produtos e serviços. Isso também se aplica aos produtos e serviços não conformes detectados após a entrega de produtos, durante ou depois da provisão de serviços.
- 9.3** A saída/produto não conforme é tratada de um ou mais dos seguintes modos:
- correção;
 - segregação, contenção, retorno ou suspensão de provisão de produtos e serviços;
 - informação ao cliente;
 - obtenção de autorização para aceitação sob concessão.
- 9.4** O controle de saída/produto não conforme contempla a descrição da não conformidade, a data da ocorrência, as ações tomadas, a descrição das concessões obtidas, a identificação da autoridade que decide a ação com relação a não conformidade e a data da ação de tratamento.
- 9.5** É facultado às unidades definir as saídas/produtos não conformes em RAD que trata de atividades relacionadas a controle de saídas/produtos não conformes, observando as diretrizes estabelecidas neste documento.

TRATAMENTO DE NÃO CONFORMIDADES

- 9.6** O servidor ou colaborador que identificar a saída/produto não conforme, efetua o registro no quadro de controle, promove ação para corrigi-lo, e, não estando apto a fazê-lo, informa ao superior hierárquico, a fim de providenciar a correção.
- 9.6.1** Caso novas saídas/produtos não conformes não definidas ocorram, devem ser monitoradas da mesma forma que as saídas não conformes já definidas.
- 9.7** A avaliação do resultado do tratamento da saída/produto não conforme é realizada pela área envolvida, mediante análise das ações concluídas, verificando se o seu resultado eliminou o problema de modo a evitar a reincidência e comparando, sempre que possível, a situação anterior com a situação atual.
- 9.8** O RAS/RD/RDS entra em contato com a área envolvida, certificando-se da eficácia das ações tomadas.



10 GESTÃO DA INFORMAÇÃO DOCUMENTADA

- 10.1** As informações deste processo de trabalho são geridas pela UO e mantidas em seu arquivo corrente, de acordo com a tabela de gestão da informação documentada apresentada a seguir:

IDENTIFICAÇÃO	CÓDIGO CCD*	RESPONSÁVEL	ACESSO	ARMAZENAMENTO	RECUPERAÇÃO	PROTEÇÃO	RETENÇÃO (ARQUIVO CORRENTE - PRAZO DE GUARDA NA UO**)	DISPOSIÇÃO
FRM-PJERJ-004-01 - Relatório de Avaliação de Não Conformidade	01c	UO	Irrestrito	Arquivo eletrônico	Data	Backup	2 anos	Eliminação na UO

Legenda:

*CCD = Código de Classificação de Documentos.

**UO = Unidade Organizacional.

*** DEGEA = Departamento de Gestão de Acervos Arquivísticos, da Secretaria-Geral de Gestão do Conhecimento

Notas:

- Eliminação na UO – procedimentos – Organizar os Arquivos Correntes das Unidades Organizacionais.
- DEGEA – procedimentos – Arquivar e Desarquivar Documentos no DEGEA; Avaliar, Selecionar e Destinar os Documentos do Arquivo Intermediário e Gerir Arquivo Permanente.
- Os dados lançados no Sistema Corporativo são realizados por pessoas autorizadas e recuperados na UO. O armazenamento, a proteção e o descarte desses dados cabem à Secretaria Geral de Tecnologia da Informação SGTEC, conforme RAD-SGTEC-021 – Elaborar e Manter Rotinas de Armazenamento de Cópias de Segurança de Dados.



Base Normativa: Ato Executivo nº 2.950/2003

Proposto por: Equipe da Divisão de Apoio à Gestão (DIAGE)

Aprovado por: Secretário-Geral da Secretaria-Geral de Governança, Inovação e Compliance (SGGIC)

11 FLUXO DO PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO DE NÃO CONFORMIDADE

