



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES

RAZÃO SOCIAL:

ENDEREÇO:

CIDADE:

ESTADO:

CONTATO:

TELEFONE(S):

E-MAIL:

ENDEREÇO DA WEB:

1) Quais os produtos fornecidos para a Neogen (anexar especificações)?

2) Quais são suas condições comerciais?

Prazo para entrega:

Frete CIF ou FOB:

CIF

FOB

Prazo para pagamento:

Faturamento mínimo:

Quantidade mínima:

Outras:

3) Comerciliza produto controlado pelas Polícias Federal ou Civil? (Anexar Certificado / Licença)

sim

não

não aplicável

4) Comercializa produto controlado pelo Exército? (Anexar Certificado)

sim

não

não aplicável

5) Possui Licença de Funcionamento da Vigilância Sanitária ou outro órgão fiscalizador? (Anexar)

sim

não

não aplicável

6) Possui Autorização de Funcionamento da ANVISA? (Anexar)

sim

não

não aplicável

7) Possui certificação ISO IEC 17025:2017? (em caso afirmativo, anexar Certificado)

sim

não

não aplicável

8) Possui Sistema de Garantia da Qualidade implantado e formalizado? (anexar evidências)

sim

não

não aplicável

9) Possui Procedimento para Controle de Documentos e Registro implantado e formalizado? (Anexar evidências)

sim

não

não aplicável

10) Possui Procedimento para Qualificação de Fornecedores implantado e formalizado? (Anexar evidências)

- | | sim | não | não aplicável |
|--|-----|-----|---------------|
| 11) Possui Procedimento para Inspeção e Recebimento de Materiais implantado e formalizado? (Anexar evidências) | sim | não | não aplicável |
| 12) Possui Procedimento / Instruções de Trabalho de Produção de produtos e/ou serviços implantado e formalizado? (Anexar evidências) | sim | não | não aplicável |
| 13) Possui Laboratório de Controle de Qualidade próprio? (Anexar evidências) | sim | não | não aplicável |
| 14) Os equipamentos de medição são calibrados / verificados periodicamente? (Anexar evidências) | sim | não | não aplicável |
| 15) Possui Procedimento para Tratamento de Reclamações de Clientes implantado e formalizado? | sim | não | não aplicável |
| 16) Possui Procedimento para Tratamento de Não Conformidades (Ação Corretiva e Preventiva) implantado e formalizado? | sim | não | não aplicável |
| 17) Possui Plano de Treinamento e Capacitação de Colaboradores? (Anexar evidências) | sim | não | não aplicável |
| 18) Possui Plano de Auditorias Internas? (Anexar evidências) | sim | não | não aplicável |
| 19) Segue as Boas Práticas de Fabricação conforme recomenda a ANVISA? (Anexar evidências) | sim | não | não aplicável |

Responsável pelo preenchimento:

Assinatura: _____

Data: