



**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 (Poder Judiciário RJ). 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 27/01/2026.

## 2 DEFINIÇÕES



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

## 3 RESPONSABILIDADES GERAIS



FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Administração Superior	<ul style="list-style-type: none"><li>• Assegurar o tratamento e a eliminação das saídas e dos produtos não conformes;</li><li>• supervisionar a abertura e\ou encerramento dos relatórios de avaliação de não conformidade;</li><li>• assegurar a eliminação das não conformidades identificadas pertinentes à sua unidade organizacional.</li></ul>
Secretário(a)-Geral da Secretaria Geral de Governança, Inovação e Compliance ( <u>SGGIC</u> )	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estabelecer a política de tratamento de não conformidades.</li></ul>
Diretor(a) do Departamento Governança e Planejamento Estratégico da Secretaria-Geral de Governança, Inovação e Compliance (SGGIC/DEGEP)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Planejar, supervisionar e orientar a implementação da política de tratamento de não conformidades e tratamento de saídas e produtos não conformes;</li><li>• acompanhar os prazos relativos à eliminação de não conformidades.</li></ul>

## TRATAMENTO DE NÃO CONFORMIDADES

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Representante da Administração Superior (RAS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisionar a adequada eliminação das saídas e produtos não conformes da respectiva unidade, quando delegado;</li> <li>• controlar os prazos e acompanhar as ações corretivas tomadas pertinentes à sua respectiva unidade organizacional;</li> <li>• questionar a área responsável sobre a eficácia das ações corretivas executadas;</li> <li>• informar ao DEGEP a <u>emissão</u> do Relatório de Avaliação de Não Conformidade (RANAC).</li> </ul>
Gestor de Unidade Executora Competente para tratar a não Conformidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Emitir</u> o Relatório de Avaliação de não Conformidade (RANAC);</li> <li>• promover a correção dos problemas identificados;</li> <li>• investigar as causas das não conformidades identificadas e propor as respectivas ações;</li> <li>• realizar análise crítica dos resultados das ações executadas;</li> <li>• informar ao RAS/RD/RDS sobre o resultado das ações concluídas.</li> <li>• encerrar o RANAC.</li> </ul>
Representante da Administração (RD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar ao DEGEP a <u>emissão</u> do Relatório de Avaliação de Não Conformidade (RANAC);</li> <li>• controlar os prazos e acompanhar as ações corretivas tomadas pertinentes à sua respectiva unidade organizacional;</li> <li>• questionar a área responsável sobre a eficácia das ações corretivas executadas.</li> </ul>
Servidor/Colaborador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detectar e informar não conformidades reais ou potenciais de sua unidade;</li> <li>• registrar as saídas e os produtos não conformes observados no formulário Quadro de Controle de Saída e Produto Não Conformes (PNC) da respectiva unidade;</li> <li>• executar, no seu nível de autoridade, as correções e/ou ações corretivas propostas para as não conformidades pertinentes da respectiva unidade.</li> </ul>

### 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-SGGIC-013-01 - 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.seigi-cert@tjrj.jus.br](mailto:degep.seigi-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 Apoio à Implementação e Manutenção dos Sistemas de Gestão Institucionais](#) da Secretaria-Geral de Governança, Inovação e Compliance (SGGIC/SEIGI) 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.seigi-cert@tjrj.jus.br](mailto:degep.seigi-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.seigi-cert@tjrj.jus.br](mailto:degep.seigi-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.seigi-cert@tjrj.jus.br](mailto:degep.seigi-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 SEIGI através do e-mail degep.seigi-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.
- 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*	RESPON-SÁVEL	ACESSO	ARMAZE-NAMENTO	RECUPE-RAÇÃO	PROTEÇÃO	RETENÇÃO (ARQUIVO CORRENTE - PRAZO DE GUARDA NA UO**)	DISPOSIÇÃO
FRM-SGGIC-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 PROCESSO DE TRABALHO****11.1 FLUXO DO PROCESSO DE TRABALHO - TRATAMENTO DE NÃO CONFORMIDADE**