**MODELO MMD-TC Nº 10/2022**

| **TÍTULO** | *Check-list* da garantia de qualidade |
| --- | --- |
| **USUÁRIOS** | Comissão de Garantia de Qualidade |
| **PERIODICIDADE** | Bienal |
| **ENVIO** | Formulário |

**CHECK LIST DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO E DE CONTROLE DE QUALIDADE**

| TC avaliado |  |
| --- | --- |
| Responsável pelo *check-list* |  |
| Data |  |

| **O TC:** | **S** | **N** | **NA** | **Observações** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Constituiu formalmente a Comissão de Avaliação, com no mínimo 3 servidores efetivos? |  |  |  |  |
| Constituiu formalmente a Comissão de Controle de Qualidade, com no mínimo 2 servidores efetivos que não tenham participado da avaliação? |  |  |  |  |
| Designou os responsáveis pelos indicadores do MMD-TC? |  |  |  |  |
| Viabilizou a participação de membros das Comissões nos treinamentos da Atricon? |  |  |  |  |
| Assegurou as condições para a garantia de qualidade (agendamento, acesso a pessoas, documentos e informações)? |  |  |  |  |
| **A Comissão de Avaliação:** |  | **N** | **NA** | **Observações** |
| Preencheu os critérios de avaliação no sistema, nos campos de sua responsabilidade? |  |  |  |  |
| Arquivou as evidências em diretório próprio, seguindo orientações da Atricon? |  |  |  |  |
| Respondeu ao questionário de informações gerais sobre o TC? |  |  |  |  |
| Indicou as boas práticas, seguindo orientações da Atricon? (se houver) |  |  |  |  |
| **A comissão de Controle de Qualidade:** |  |  |  |  |
| Preencheu os critérios de avaliação no sistema, nos campos de sua responsabilidade? |  |  |  |  |

Data