**MODELO MMD-TC Nº 10/2024**

| **TÍTULO** | *Check-list* de garantia da qualidade |
| --- | --- |
| **USUÁRIOS** | Comissão de Garantia da Qualidade e Subcomissões de Garantia da Qualidade  |
| **PERIODICIDADE** | Bienal |
| **ENVIO** | Via Sistema Aprimore |

**CHECK LIST DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO E DE CONTROLE DA 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 da Qualidade, com no mínimo 2 servidores efetivos que não tenham participado do processo de avaliação - seja na condição de responsável pelo indicador ou de integrante da Comissão de Avaliação? |  |  |  |  |
| Designou os responsáveis pelos indicadores do MMD-TC? |  |  |  |  |
| Viabilizou a participação de membros das Comissões nos treinamentos da Atricon (pelo menos um representante de cada uma de suas Comissões - de Avaliação e de Controle da Qualidade, bem como de todos os membros e servidores que integrem a Comissão de Garantia da Qualidade instituída pela Atricon)? |  |  |  |  |
| Assegurou as condições para a garantia da qualidade (agendamento, acesso a pessoas, documentos e informações)? |  |  |  |  |
| **A Comissão de Avaliação:** | **S** | **N** | **NA** | **Observações** |
| Preencheu os critérios de avaliação no sistema, nos campos de sua responsabilidade? |  |  |  |  |
| Respondeu ao questionário de informações gerais sobre o TC? |  |  |  |  |
| Indicou as boas práticas, seguindo modelo da Atricon? (se houver) |  |  |  |  |
| **A Comissão de Controle da Qualidade:** | **S** | **N**  | **NA**  | **Observações** |
| Preencheu os critérios de avaliação no sistema, nos campos de sua responsabilidade? |  |  |  |  |

Assinatura do responsável pelo check list