

**SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA/SES-MG****FORMULÁRIO****Número:**  
**FORM-Q-SVS-005****Versão:**  
**00****Início da Vigência:**  
**18/05/2026****Página:**  
**1/1****Título: Programa de Auditoria Interna**

| Riscos e oportunidades do programa |                    |                                            |                         |                                   |                            |                                                 |
|------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| Identificação da auditoria         | Período programado | Escopo da Auditoria (Setor/ Processo-alvo) | Documento de referência | Requisitos/critérios de auditoria | Equipe de auditoria        | Status (Não iniciada, em andamento e concluída) |
|                                    |                    |                                            |                         |                                   | Auditor Líder:<br>Auditor: |                                                 |
|                                    |                    |                                            |                         |                                   |                            |                                                 |
|                                    |                    |                                            |                         |                                   |                            |                                                 |
|                                    |                    |                                            |                         |                                   |                            |                                                 |
|                                    |                    |                                            |                         |                                   |                            |                                                 |
|                                    |                    |                                            |                         |                                   |                            |                                                 |
|                                    |                    |                                            |                         |                                   |                            |                                                 |

\_\_\_\_\_  
Responsável pela atualização\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data da última atualização\_\_\_\_\_  
Aprovação\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data da aprovação