

SELEÇÃO COMERCIAL DE FORNECEDORES	SCC <input type="checkbox"/> SAL <input type="checkbox"/> NOVADIS <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abertura	<input type="checkbox"/> Modificação - Cód. Fornecedor: _____

ATENÇÃO: Todos os campos (1 a 6) são de preenchimento obrigatório pelo fornecedor. Quando não aplicável assinalar com X na coluna respetiva. O não envio da documentação assinalada com asterisco (*) interdita, exclui e/ou suspende o registo como fornecedor do Grupo SCC.

1. Dados Gerais do Fornecedor

Empreiteiro/Prestador de Serviço <input type="checkbox"/>		Fornecedor de Bens <input type="checkbox"/>		Fabricante <input type="checkbox"/> <small>(no caso do Fornecedor ser simultaneamente fabricante do artigo/produto a fornecer, assinalar também este campo)</small>	
Fornecimento	Tipo e Descrição:	Artigos <input type="checkbox"/> Indique qual: _____	Produtos <input type="checkbox"/> Indique qual: _____	Equipamento <input type="checkbox"/> Indique qual: _____	Serviços <input type="checkbox"/> Indique qual: _____
Razão Social: _____ Data de Preenchimento: _____ Denominação Social: _____ Capital Social: _____ Nº Colaboradores: _____ Nº Duns: _____ Nº Contribuinte: _____ Morada: _____ - Código Postal: _____ Localidade: _____ - Concelho: _____ Distrito: _____ País: _____ _____ Tel. 2: _____ Fax 1: _____ Receção Encomendas – E-mail: _____ www. _____ Morada para envio de correspondência: _____ - Código Postal: _____ Localidade: _____					

2. Condições de Pagamento

Crédito: 60 Dias <input type="checkbox"/> 90 dias <input type="checkbox"/> Outras: <input type="checkbox"/> _____
Consignação: Sim <input type="checkbox"/> Recebedor diferente Pagamento-Factoring: _____ Agência bancária (localidade): _____
Meio de pagamento: Cheque <input type="checkbox"/> Transferência Bancária <input type="checkbox"/>
Receção ordens pagamento – E-mail: _____

3. Cópias dos Documentos

Envie cópias dos seguintes documentos:

3.1 - * Cartão de contribuinte ou certidão permanente (Se no seu país não existe cartão de contribuinte, envie-nos uma declaração oficial que demonstre que é contribuinte)
3.2 - * IBAN e código Swift (Comprovativo bancário com o nome do titular da conta)
3.3 - * “Heineken Supplier Code” assinado e carimbado (disponível no site www.centralcervejasbebidas.pt)
3.4 - * Documento “Elementos Necessários nas Facturas a Emitir” (Refª CB/008/16) devidamente assinado – Em anexo
3.5 - * Declaração de não dívida à Segurança Social (não aplicável a fornecedores estrangeiros)
3.6 - * Declaração de não dívida à Autoridade Tributária (não aplicável a fornecedores estrangeiros)
3.7. * RFI - Pedido de Dispensa total ou parcial de retenção na fonte do imposto português – Totalmente Preenchido (aplicável só a fornecedores estrangeiros Prestadores de Serviços) - (disponível no site www.centralcervejasbebidas.pt)

SOCIEDADE CENTRAL DE CERVEJAS E BEBIDAS, S.A

<h2 style="margin: 0;">SELEÇÃO COMERCIAL DE FORNECEDORES</h2>	SCC <input type="checkbox"/> SAL <input type="checkbox"/> NOVADIS <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abertura	<input type="checkbox"/> Modificação - Cód. Fornecedor: _____

4 - SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE, SEGURANÇA ALIMENTAR, AMBIENTE, SAÚDE E SEGURANÇA.	Sim	Não	Não aplicável
4.1 – Tem Sistemas de Gestão certificados? Se sim, envie cópias: Qualidade – ISO 9001 <input type="checkbox"/> Segurança Alimentar - ISO 22000 <input type="checkbox"/> Ambiente – ISO 14001 <input type="checkbox"/> Higiene e Segurança - OSHAS18001. <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual: _____			
4.2 - Tem implementadas Políticas? Se sim, envie cópias: Qualidade <input type="checkbox"/> • Segurança Alimentar <input type="checkbox"/> • Ambiente <input type="checkbox"/> • Saúde e Segurança <input type="checkbox"/>			
4.3 - Faz tratamento de ocorrências /reclamações relativas aos artigos/serviços?			
4.4 - Desencadeia ações corretivas/preventivas decorrentes do tratamento das ocorrências /reclamações registadas?			
4.5 - Tem capacidade de assistir tecnicamente o cliente na resolução de problemas? Se não, tem vias alternativas designadas para o efeito? Quais? _____			
4.6 - Verifica a implementação das soluções acompanhando o cliente?			
4.7 - No caso de Fornecedor de produtos químicos, tem fichas técnicas e fichas de dados de segurança dos produtos químicos que utiliza devidamente atualizadas (Reg. REACH)?			
4.8 – Tem procedimento de rastreabilidade e plano de recolha de modo a possibilitar a retirada do mercado de produtos/matérias-primas/materiais defeituosos de forma orientada, rápida e precisa.			

5. SE É “EMPREENHEIRO E/OU PRESTADOR DE SERVIÇO” PARA TRABALHOS RELACIONADOS COM: <ul style="list-style-type: none"> INFRAESTRUTURAS (CONSTRUÇÃO/DEMOLIÇÃO/ALTERAÇÃO), EQUIPAMENTOS (MONTAGEM/ DESMONTAGEM/ ALTERAÇÃO), OU ATIVIDADES COM INTERFERÊNCIA NAS INSTALAÇÕES/EQUIPAMENTOS DO GRUPO SCC ENVIE ADICIONALMENTE CÓPIA DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS DE 5.1 A 5.12 E RESPONDA ÀS QUESTÕES DE 5.13 A 5.19.
5.1 - * Licenciamento de Atividade (alvará ou Título de Registo)
5.2 - * Seguro de Responsabilidade Civil (âmbito, envolventes e valor)
5.3 - * Recibo de Seguro de Responsabilidade Civil. Validade de ___/___/_____ a ___/___/_____
5.4 - * Recibo de Seguro de Acidentes Trabalho. Validade de ___/___/_____ a ___/___/_____
5.5. - *Compromisso formal que todos os colaboradores utilizam fardamento e coletes reflectores devidamente identificados com o nome da Empresa;
5.6 - Comprovativos das últimas ações de formação realizadas, nomeadamente formação ambiental e saúde e segurança / outras, com temas e datas (ex: atuação em caso de derrame, separação resíduos, uso de EPI's, etc.);
5.7 - Modelo do impresso utilizado na vossa empresa para a investigação e comunicação de acidentes de segurança e ambiente e/ou ocorrências perigosas ou de doenças profissionais.
5.8 - Resultados de avaliação da exposição a agentes causadores de doenças profissionais (ruído, químicos, poeiras etc.)
5.9 - Documentos que evidenciem o modo como selecionam e avaliam as empresas que subcontratam;
5.10 - Indicadores nas vertentes Ambiente, Saúde e Segurança (ex: estatísticas da sinistralidade do último ano: nº de acidentes de ambiente e segurança, dias perdidos, índices (frequência, incidência); e gravidade);
5.11 - Planos de inspeção, de manutenção preventiva ou outros realizados aos equipamentos e/ou veículos.
5.12 – Comprovativo de submissão do último registo das quantidades de resíduos gerados (SIRAPA) quando aplicável. Se não aplicável enviar justificação;

SELEÇÃO COMERCIAL DE FORNECEDORES	SCC <input type="checkbox"/> SAL <input type="checkbox"/> NOVADIS <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abertura	<input type="checkbox"/> Modificação - Cód. Fornecedor: _____

5.13 - De acordo com a legislação nacional aplicável, qual a modalidade adotada na “Organização dos Serviços de Segurança e Saúde no Trabalho” ? (aplicavel a empresas registadas em Portugal).

5.14 - Nos últimos 5 anos foram objeto de multas, processos-crime ou outros pelo incumprimento de requisitos legais? Se sim, indique as medidas corretivas implementadas para prevenir a recorrência.

5.15 - Tem medidas ativas para monitorizar um desempenho seguro e ambientalmente correto (ex: procedimentos, autorizações de trabalho)? Se sim, quais?

5.16 - De que modo é garantido que os equipamentos e/ou os veículos a utilizar pela vossa empresa nas nossas instalações são seguros e que a sua utilização se mantém segura durante a realização da obra/serviço?

5.17 - Quais são os resíduos que habitualmente produz no âmbito da sua atividade/obra e indique os respetivos destinos habituais?

5.18 - Refira outras práticas utilizadas pela vossa organização e que considerem relevantes em termos de Qualidade, Segurança Alimentar, Ambiente Saúde e Segurança.

5.19 - Que métodos usam para identificar, avaliar, controlar e eliminar/reduzir os perigos?

6 - Contactos					
Função	Nome	Tel.	Telemóvel	Fax	E-mail
Adm./Gerente					
Resp. Produção					
Resp. Qualidade					
Resp. Logística					
Resp. Comercial					
Resp. Financeiro					
Resp. Saúde					
Resp. Segurança					
Resp. Ambiente					

Técnico/Responsável pela Segurança e Saúde do Trabalho (Aplicável a E/PS):
 Nome: _____ Qualificação: _____

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO			
Nome:	Função:	Telefone/Telemóvel.	E-mail