

**PLANO DE AÇÕES CORRETIVAS – Número do Plano \_\_\_\_\_ fl nº \_\_\_\_\_**

Razão Social: \_\_\_\_\_

SIE: \_\_\_\_\_

Documentos de Referência: \_\_\_\_\_

Versão 7.0

Não Conformidade (número da não-conformidade)	Descrição detalhada da ação corretiva adotada para correção da inconformidade. Medidas paliativas também devem ser descritas.	Data prevista para execução (dia/mês/ano)	Para uso do Médico: ( ) Apoio ( ) Oficial	
			Ação foi efetiva	Assinatura e data da verificação
			( ) SIM ( ) NÃO RNC: _____	
			( ) SIM ( ) NÃO RNC: _____	
			( ) SIM ( ) NÃO RNC: _____	
			( ) SIM ( ) NÃO RNC: _____	
			( ) SIM ( ) NÃO RNC: _____	
			( ) SIM ( ) NÃO RNC: _____	

Data de Aprovação: \_\_\_\_\_