

## ANEXO 28 - Plano de Ações Corretivas

PLANO DE AÇÕES CORRETIVAS – Nº _____ /20____ fl nº _____			Data emissão do plano: _____	POP SIE 003 Versão 10
a. ( ) Inspeção/Fiscalização/Auditoria do estabelecimento Razão Social: Nº SIE:	b. ( ) Supervisão/fiscalização do MVA Nome do MVA: Razão Social e nº do SIE:	c. ( ) Supervisão do Serviço de Inspeção (SIE) Departamento Regional (supervisionado):		
Documentos de Referência: (nºRA ou/ N° Checklist estabelecimento ou nº formulários de Supervisão, onde consta a numeração das não conformidades apontadas)				
Número da não-conformidade (no documento de referência)	Descrição detalhada da ação corretiva adotada para correção da inconformidade. Medidas paliativas também devem ser descritas.	Data prevista para conclusão da medida corretiva (dia/mês/ano)	Para uso do Médico Veterinário Serviço de Inspeção	
			Ação foi efetiva	Assinatura e data da verificação
			( ) SIM ( ) NÃO RA: _____ ( ) Solic.prorrogação	
			( ) SIM ( ) NÃO RA: _____ ( ) Solic.prorrogação	
			( ) SIM ( ) NÃO RA: _____ ( ) Solic.prorrogação	
			( ) SIM ( ) NÃO RA: _____ ( ) Solic.prorrogação	
			( ) SIM ( ) NÃO RA: _____ ( ) Solic.prorrogação	
			( ) SIM ( ) NÃO RA: _____ ( ) Solic. prorrogação	
			( ) SIM ( ) NÃO RA: _____ ( ) Solic. prorrogação	
			( ) SIM ( ) NÃO RA: _____ ( ) Solic. prorrogação	
			( ) SIM ( ) NÃO RA: _____ ( ) Solic.prorrogação	
Data de Aprovação e assinatura :		Ciência e verificação FINAL pelo MVO Nome: _____ Assinatura: _____ Em: _____		
Assinatura do responsável pela emissão do plano de ação:				
Responsável Técnico/Representante Legal do estabelecimento		Médico Veterinário de Apoio (na Supervisão/fiscalização do MVA)	Coordenador Regional do SIE (na Supervisão do SIE)	

# SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO

Versão 10 (POP SIE 003)

## REFERENTE AO PLANO DE AÇÕES CORRETIVAS – Nº \_\_\_\_\_ /20\_\_\_\_\_

Número da não-conformidade (no plano de ações corretivas original)	Justificativa da solicitação para prorrogação de prazo	Nova data prevista para conclusão da medida corretiva (dia/mês/ano)	Para uso do Médico Veterinário Serviço de Inspeção	
			Ação foi efetiva	Assinatura e data da verificação
			( <input type="checkbox"/> ) SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO RA: _____	
			( <input type="checkbox"/> ) SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO RA: _____	
			( <input type="checkbox"/> ) SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO RA: _____	
			( <input type="checkbox"/> ) SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO RA: _____	
			( <input type="checkbox"/> ) SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO RA: _____	
			( <input type="checkbox"/> ) SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO RA: _____	
			( <input type="checkbox"/> ) SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO RA: _____	
			( <input type="checkbox"/> ) SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO RA: _____	

Data de Aprovação e assinatura :

*Ciência e verificação FINAL pelo MVO*

Nome:

Assinatura:

Em:

Assinatura do responsável pela emissão  
do plano de ação:

Responsável Técnico/Representante  
Legal do estabelecimento

Médico Veterinário de Apoio  
(na Supervisão/fiscalização do MVA)

Coordenador Regional do SIE  
(na Supervisão do SIE)

*Obs: este documento deve estar impresso no verso da(s) folha(s) do plano de ações corretivas original*

Verso