

ANEXO 28 - Plano de Ações Corretivas

PLANO DE AÇÕES CORRETIVAS – Nº _____/20____ fl nº _____					Data emissão do plano: _____		<small>POP SIE 003 Versão 10</small>
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/ Nº 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				
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
			() SIM () NÃO RA: _____	
			() SIM () NÃO RA: _____	
			() SIM () NÃO RA: _____	
			() SIM () NÃO RA: _____	
			() SIM () NÃO RA: _____	
			() SIM () NÃO RA: _____	
			() SIM () 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