

ANEXO 28 - Plano de Ações Corretivas

PLANO DE AÇÕES CORRETIVAS – N° _____/20____ fl n° _____					Data emissão do plano: _____	<small>POP SIE 003 Versão 10</small>
a. () Inspeção/Fiscalização/Auditoria do estabelecimento Razão Social: N° SIE:		b. () Supervisão/fiscalização do MVA Nome do MVA: Razão Social e n° do SIE:		c. () Supervisão do Serviço de Inspeção (SIE) Departamento Regional (supervisionado):		
Documentos de Referência: (n°RA ou/ N° Checklist estabelecimento ou n° 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 do responsável pela emissão do plano de ação:		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Assinatura: _____</div> <div>Em: _____</div> </div>				
_____ Responsável Técnico/Representante Legal do estabelecimento		_____ Médico Veterinário de Apoio (na Supervisão/fiscalização do MVA)		_____ Coordenador Regional do SIE (na Supervisão do SIE)		