

Anexo 28 - Plano de Ações Corretivas

PLANO DE AÇÕES CORRETIVAS N° _____ / 20__ fl n° _____		Data emissão do plano: _____	POP SIE 003 - Versão 10 (modelo atualizado em 12/03/26)	
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	
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO RA: _____ <input type="checkbox"/> Solic. prorrogação	Assinatura e data da verificação
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO RA: _____ <input type="checkbox"/> Solic. prorrogação	
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO RA: _____ <input type="checkbox"/> Solic. prorrogação	
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO RA: _____ <input type="checkbox"/> Solic. prorrogação	
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO RA: _____ <input type="checkbox"/> Solic. prorrogação	
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO RA: _____ <input type="checkbox"/> Solic. prorrogação	
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO RA: _____ <input type="checkbox"/> Solic. prorrogação	
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO RA: _____ <input type="checkbox"/> Solic. prorrogação	
Data de Aprovação do MVO:		Nome e assinatura do Médico Veterinário Oficial		
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: _____	
			() SIM () NÃO RA: _____	

Data de Aprovação do MVO :	Nome e assinatura do Médico Veterinário Oficial
----------------------------	---

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