Versão 8.0

| 1. Data: | | 2. Nº do Documento: | | | | | 3. SIE nº: | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4. Descrição da Não Conformidade: | | | | | | | | | |
| 5. PAC relacionado à não conformidade: | | | | | | | | | |
| 6. Prazo para resposta  Data: | 7. Reincidente: ( )NÃO ( )SIM: Quando for reincidente, informar nº dos documentos anteriores que apontaram a não conformidade: | | | | | | | | |
| 8. Ação do médico veterinário de apoio: | | | | | 9. Assinatura e carimbo do médico veterinário de apoio | | | | |
| 10. Resposta do Responsável pelo Estabelecimento (ações corretivas e/ou paliativas com datas de conclusão). **Quando *necessário, as ações deverão ser descritas em Plano de Ação, que deverá ser anexada cópia ao RNC.*** | | | | | | | | | |
|  | | | | Assinatura do representante do estabelecimento | | | | | |
| 11. Verificação das ações corretivas pelo Médico Veterinário de Apoio: | | | | | | | | | |
| ( ) Efetivas | | | ( ) Não Efetivas | | | Novo RNC nº:\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 12. Assinatura de Verificação do Médico Veterinário de Apoio | | | | | | | | 13. Data de verificação | |
| 14. Observação: | | | | | | | | | |