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 respostaData: | 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: |