

PLANO DE AÇÕES CORRETIVAS – Número do Plano _____ fl nº _____

Razão Social: _____

SIE: _____

Documentos de Referência: _____

Versão 8.0

Não Conformidade (número da não-conformidade)	Descrição detalhada da ação corretiva adotada para correção da inconformidade. Medidas paliativas também devem ser descritas.	Data prevista para execução (dia/mês/ano)	Para uso do Médico Veterinário: () Apoio () Oficial	
			Ação foi efetiva	Assinatura e data da verificação
			() SIM () NÃO RNC: _____	
			() SIM () NÃO RNC: _____	
			() SIM () NÃO RNC: _____	
			() SIM () NÃO RNC: _____	
			() SIM () NÃO RNC: _____	
			() SIM () NÃO RNC: _____	

Data de Aprovação: _____

<i>Ciência e acompanhamento do MVO: Nome</i>	<i>Assinatura:</i>	<i>Em:</i>

Responsável Técnico

Representante Legal

Médico Veterinário de Apoio

Médico Veterinário Oficial (quando for aprovado pelo MVO)