IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA (RAZÃO SOCIAL)

**PLANO DE AÇÃO REFERENTE AO RELATÓRIO DE AUDITORIA/SUPERVISÃO N.XXX/SIE/ADEAL**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Item Não Conforme*1* | Não conformidade*2* | Ação Corretiva*3* | Medida Preventiva4 | Prazo para Atendimento*5* | Verificação do SIE local*6* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura do Representante Legal | Assinatura do Responsável Técnico |

1. *Identificar o item não-conforme apontado no relatório de auditoria*
2. *Identificar a(s) não-conformidade(s), conforme descrito no relatório de auditoria*
3. *Informar as ações que serão adotadas para correção da(s) não-conformidade(s)*
4. *O Estabelecimento deverá descrever a(s) ação(s) preventiva(s) para evitar a repetição da não-conformidade*
5. *O Prazo de Atendimento deverá ser preenchido em DIA/MÊS/ANO. O prazo de correção das não-conformidades passa a valer a partir de sua apresentação à IE local.*
6. *A IE local deverá verificar o atendimento do Cronograma, enviando para o SERVIÇO DE INSPEÇÃO quinzenalmente um informe (via e-mail) de suas atividades de acompanhamento do Cronograma, relacionando o(s) Item(s) já corrigido(s) pela Empresa.*

|  |
| --- |
| **DATA DA VERIFICAÇÃO OFICIAL:** |
| **ASSINATURAS E CARIMBOS:**  Assinatura e carimbo do Fiscal Estadual Agropecuário/Médico Veterinário |