|  |
| --- |
| **PLANO DE AÇÃO – INSPEÇÃO LOCAL** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SIE** |   | **CNPJ/CPF** |   |
| **ESTABELECIMENTO** |   |
| **N° RELATÓRIO DE SUPERVISÃO** |   | **DATA SUPERVISÃO** |   |
| **SUPERVISORES** |   |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **NÃO CONFORMIDADE** | **COMO SERÁ FEITO?** | **PRAZO PARA CONCLUSÃO** |
|   |   |   |   |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Legenda: NA –** Não aplicável

|  |  |
| --- | --- |
| **OBSERVAÇÕES** |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **MÉDICO VETERINÁRIO****(ASSINATURA E CARIMBO)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LOCAL** |   | **DATA** |   |