

RELATÓRIO DE NÃO CONFORMIDADE

DATA: ____/____/____.

Nº DO DOCUMENTO:_____.

RAZÃO SOCIAL DO ESTABELECIMENTO:_____.

SIP/POA Nº: _____.

DESCRIÇÃO DA NÃO CONFORMIDADE:

AÇÃO DO MÉDICO VETERINÁRIO INSPETOR:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO VETERINÁRIO INSPETOR

RESPOSTA DO ESTABELECIMENTO (AÇÃO CORRETIVA E DATA DE CONCLUSÃO):

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL/GERENTE DO ESTABELECIMENTO

VERIFICAÇÃO DA AÇÃO CORRETIVA PELO MÉD. VET. INSPETOR: () C / EFETIVA () NC / NÃO EFETIVA

ASSINATURA DO MÉD. VET. INSPETOR:

DATA E HORA DA VERIFICAÇÃO: