**Plano de Ação – DATA: dd/mm/aa**

**REFERENTE AO TERMO DE FISCALIZAÇÃO-AUTOCONTROLES Nº ............./............../..............**

**MÓDULO I – AUTOCONTROLES**

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominação do interessado: | Nº do Registro: |
| Endereço: | Município/UF: |
| Nº Processo SEI | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Item | Não conformidade | Medida corretiva proposta | Data proposta de realização | Medida corretiva já realizada - apresentar o comprovante em anexo |
| **A. DOCUMENTAÇÃO E REGISTRO** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **B.**  **CONDIÇÕES GERAIS DA ÁREA EXTERNA** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **C. CONDIÇÕES GERAIS DA ÁREA INTERNA** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **D.**   **TREINAMENTOS** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **E.**  **CONTROLE DO PROCESSO PRODUTIVO** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **F.**   **AVALIAÇÃO DOS ELEMENTOS DE CONTROLE** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **G. OUTRAS CONSTATAÇÕES** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Responsável pelo estabelecimento

Nome: RG/CPF:

**Plano de Ação – DATA: dd/mm/aa**

**VINCULADO AO TERMO DE FISCALIZAÇÃO-AUTOCONTROLES Nº ............./............../..............**

**MÓDULO \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominação do interessado: | Nº do Registro: |
| Endereço: | Município/UF: |
| Nº Processo SEI | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Item | Não conformidade | Medida corretiva proposta | Data proposta de realização | Medida corretiva já realizada - apresentar o comprovante em anexo |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |