PLANO DE AÇÃO

DADOS DO ESTABELECIMENTO					
Razão Social:					
Endereço:				Nº	Complemento:
Bairro:	Município/UF:	CEP:	Tel.:	CNPJ:	
Representante Legal:		Cargo:		CPF:	

DADOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO	
Nome completo:	
Cargo:	Conselho de classe:
Nº de registro no conselho de classe:	CPF:

Nº do Termo de Notificação	
Data da elaboração do Plano de Ação	

Item do Termo de Notificação (não conformidade identificada)	**Ação corretiva para a não conformidade**	**Local**	**Responsável pela ação**	**Prazo (dias úteis)**

Comprometo-me a cumprir as exigências sanitárias e/ou documentais descritas neste Plano de Ação, destinadas à correção das não conformidades nele indicadas, nos prazos estabelecidos e nas condições pactuadas, conforme aprovação da autoridade sanitária competente. Declaro estar ciente de que o descumprimento das disposições aqui estabelecidas poderá ensejar a aplicação das sanções administrativas cabíveis, correspondentes aos itens notificados, nos termos da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977.

Local e Data: _____

_____

Assinatura do requerente, do representante legal ou do responsável técnico

Situação do Plano de Ação: ( ) Aprovado ( ) Aprovado com ressalvas ( ) Indeferido