|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Data: | | 2. Nº do Documento: | | | | | | 3. SIM nº: |
| 4. Descrição da Não Conformidade: | | | | | | | | |
| 5. PAC relacionado à não conformidade: | | | | | | | | |
| 6. Prazo para resposta  Data: | 7. Reincidente: ( )NÃO ( )SIM: Quando for reincidente, informar nº dos documentos anteriores que apontaram a não conformidade: | | | | | | | |
| 8. Ação do Fiscal: | | | | | | 9. Assinatura e carimbo do Fiscal | | |
| 10. Resposta do Responsável pelo Estabelecimento (ações corretivas e/ou paliativas com datas de conclusão). **Quando *necessário, as ações deverão ser descritas em Plano de Ação, que deverá ser anexada cópia ao RNC.*** | | | | | | | | |
|  | | | | | Assinatura do representante do estabelecimento | | | |
| 11. Verificação das ações corretivas pelo Fiscal: | | | | | | | | |
| ( ) Efetivas | | | ( ) Não Efetivas | | | | Novo RNC nº:\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 12. Data e Assinatura de Verificação do Fiscal | | | | 13. Observações: | | | | |