**PLANO DE AÇÃO ESTABELECIMENTO XXXXXXX**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **Descrição do Item** | **NÃO CONFORMIDADE** | **Ação Corretiva** | **Prazo** | **Responsável** |
| **XX/XX/XXXX** | **POP 1. Manutenção de Instalações e Equipamentos - Barreira sanitária** | **1.1 Luminária queimada** | **Controle de qualidade irá trocar a luminária** | **Imediatamente** | **Responsável pela produção ou RT ou Proprietário** |
| **XX/XX/XXXX** | **POP 1. Manutenção de Instalações e Equipamentos -Barreira sanitária** | **1.2 Moedor quebrado** | **Conserto em loja especializada** | **10 dias** | **Responsável pela produção ou RT ou Proprietário** |
|  |  |  |  |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sr. XXXXXXXXXX**

**Proprietário / Responsável Legal**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sr. XXXXXXXX**

**Responsável Técnico**