|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LOGO | PREFEITURA MUNICIPAL DE BASTIÃO | | | | | | | |
| SEC. MUNIC. DE AGRICULTURA | | | | | | | |
| SERVIÇO DE INSPEÇÃO MUNICIPAL (S.I.M) | | | | | | | |
| RELATÓRIO DE NÃO CONFORMIDADE | | | | | | | | |
| 1. Data: 00/00/0000 | | | | 2. Relatório n°: 000 | | | 3. N° do SIM: 000 | |
| 4. Estabelecimento | | Do Campo Embutidos LTDA | | | | | | |
| 5. Embasamento Legal | | Decreto Municipal nº 000/0000; Portaria GM/MS nº 888/2021 ... | | | | | | |
| 6. Elemento de Inspeção | | POP 01; POP 04; POP 06 e BPF do Estabelecimento - Planilhas de Monitoramento | | | | | | |
| 1. ENUMERAR AS NC DE ACORDO COM O ELEMENTO DE INSPEÇÃO E SUA RESPECTIVA AÇÃO FISCAL | | **1 - POP 01 - Manutenção das instalações e equipamentos**  **1.1** Piso irregular na área de produção (9h40min)  **Ação Fiscal -** solicitado ação corretiva sobre a NC  **2 - POP 4 Controle integrado de pragas**  **2.1** Tela rasgada na janela do vestiário feminino (11h03min)  **Ação Fiscal -** solicitado ação corretiva sobre as não conformidades.  **3 - POP 06 Higiene, hábitos e saúde dos operários**  **3.1** Presença de colaborador mal barbeado no interior da indústria e sem registro na planilha de monitoramento do dia (00/00/0000 às 10h)  **Ação Fiscal -** solicitado ação corretiva conforme determinado no Manual de BPF: “Colaborador deve se apresentar barbeado para as atividades diárias, caso contrário deve se retirar do local, receber treinamento e após se barbear para continuar suas atividades.” O estabelecimento informou o colaborador e solicitou que o mesmo colocasse uma touca balaclava e uma mascará (10h30min). O treinamento ficou para ser realizado no final das atividades. Obs.: caso não possua os equipamentos, se retirar da produção. | | | | | | |
| **Este documento é uma notificação escrita da falha em atender às exigências regulamentares e pode resultar em adicional ação administrativa e legal. O estabelecimento deve cumprir as exigências elencadas, conforme o Decreto Municipal nº 000/0000 de 00/00/0000.** | | | | | | | | |
| 1. Médico Veterinário   (Assinatura e Carimbo) | | SICRANO DA SILVA  Coordenador do SIM | | | | | | |
| 1. Estabelecimento   (Assinatura do Proprietário ou Responsável Legal) | | BELTRANO DOS SANTOS | | | | DATA | | 00/00/0000 |
| **A resposta do estabelecimento deve conter a descrição das ações corretivas para cada não conformidade elencada, com suas respectivas datas de conclusões, ou seja, um Plano de Ação informando as ações imediatas e planejadas. O documento com o Plano de Ação deve ser entregue ao SIM no prazo de 7 (sete) dias úteis do recebimento deste documento.** | | | | | | | | |
| 1. VERIFICAÇÃO DAS AÇÕES TOMADAS PELO ESTABELECIMENTO | | 1.1 - Prazo para piso em acompanhamento: 00/00/0000.  2.1 - Tela trocada - encerrado em 00/00/0000.  3.1 - Ata de Treinamento anexada - encerrado em 00/00/0000 | | | | | | |
| 1. Médico Veterinário   (Assinatura e Carimbo) | | | SICRANO DA SILVA  Coordenador do SIM | | DATA DE ENCERRAMENTO | | | 00/00/0000 |
| O verso poderá ser utilizado para complementação de informações | | | | | | | | |