

LINK: [Formulário de Comunicação de Não Conformidades](#)

**LOGO DO ÓRGÃO DE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

RELATÓRIO DE INSPEÇÃO

Empresa:

Período de Inspeção:

DATA

1. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA**1.1. Razão Social:****1.2. CNPJ:**☐ Matriz☐ Filial**1.3. Endereço:****1.4. País:****2. INSPEÇÃO****Período:****3. EQUIPE INSPETORA****Nome do inspetor:****Código do inspetor:****Nome do inspetor:****Código do inspetor:****4. NÃO CONFORMIDADES**

Nº da Não conformidade				
NC	REINCIDENTE	A NC foi categorizada conforme	Data prevista para envio do CAPA	NC
<input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Maior <input type="checkbox"/> Crítica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> A árvore decisória (figura 1 do POP-O-SNVS-020) <input type="checkbox"/> O Anexo I do POP-O-SNVS-020		<input type="checkbox"/> SAI <input type="checkbox"/> AVI <input type="checkbox"/> AOD

Norma e Artigo Infringido	
Descrição da NC	

ANEXO II - Formulário de Comunicação de Não Conformidades

Evidência da NC	
-----------------	--

Ação Corretiva proposta	
Data da implementação	
Evidência da Implementação	
Situação da NC	<input type="checkbox"/> Finalizada <input type="checkbox"/> Em andamento <input type="checkbox"/> Em aberto

Estratégia de Monitoramento	<input type="checkbox"/> Avaliação Documental <input type="checkbox"/> Inspeção de Acompanhamento <input type="checkbox"/> Próxima Inspeção Planejada de BPF conforme POP-O-SNVS-015 <input type="checkbox"/> Sem necessidade de monitoramento
Justificativa para a Adoção de AOD	
Data Planejada	

5. ASSINATURAS

Nome do Inspetor (informar se o inspetor atuou como observador)	Nome/Sigla da Instituição (a qual o inspetor pertence)	Esfera de Atuação do Inspetor (Federal, Estadual ou Municipal)	Assinatura

6. REGISTRO DE ENTREGA DO RELATÓRIO, TERMOS E AUTOS

Termos e autos entregues:

Recebido em: ____ / ____ / ____.

Nome e título do responsável pelo recebimento do relatório:

Documento de identificação: _____

Assinatura: _____