

	PREFEITURA MUNICIPAL DE SERAFINA CORRÊA/RS Secretaria Municipal de Saúde Vigilância em Saúde – Vigilância Sanitária	N.º _____ / _____
	TERMO DE COLHEITA DE AMOSTRAS	

CARACTERISTICA DA AMOSTRA		
PRODUTO:		
FABRICANTE/PRODUTOR:		
ENDEREÇO:		
MARCA:	N.º DE REGISTRO MS:	LOTE DE PARTIDA:
DATA DA COLHEITA:	HORA DA COLHEITA:	AMOSTRAS (N.º DE UNIDADES):
PESO/VOLUME UNITÁRIO:	DATA DE FABRICAÇÃO:	DATA DE VALIDADE:
LACRE PROVA:	LACRE CONTRAPROVA:	LACRE TESTEMUNHO:
OBSERVAÇÕES:		

DETENTOR DO PRODUTO AMOSTRADO	
RAZÃO SOCIAL:	CPF/CNPJ:
REPRESENTANTE LEGAL:	RG/CPF:
ENDEREÇO:	

COLHEITA PARA FINS DE ANÁLISE DE:	ANÁLISES SOLICITADAS:
<input type="checkbox"/> FISCAL	<input type="checkbox"/> MICROBIOLÓGICA
<input type="checkbox"/> MONITORAMENTO	<input type="checkbox"/> FÍSICO-QUÍMICA
<input type="checkbox"/> CONTROLE	<input type="checkbox"/> TOXICOLÓGICA
<input type="checkbox"/> ORIENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> QUÍMICA
<input type="checkbox"/> OUTRA: _____	<input type="checkbox"/> OUTRAS: _____

EM CASO DE COLHEITA DE AMOSTRAS PARA FINS DE ANÁLISE FISCAL: O DETENTOR DO PRODUTO DECLARA QUE DE ACORDO COM O ART. 27, DA LEI FEDERAL N.º 6.437, DE 20 DE AGOSTO DE 1977, RECEBEU UMA DAS AMOSTRAS COLHIDAS EM TRIPPLICATA DO(S) PRODUTO(S) ESPECIFICADO(S) PARA FINS DE POSSÍVEL CONTRAPROVA, OBRIGANDO-SE A MANTÊ-LA E CONSERVÁ-LA ADEQUADAMENTE, CONFORME RECOMENDADO

_____ AUTORIDADE SANITÁRIA	_____ DETENTOR DO PRODUTO	QUANDO O DETENTOR RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO
Nome: _____	Nome: _____	_____ TESTEMUNHA
Matricula: _____	Matricula: _____	_____ TESTEMUNHA

RECEBI A(S) AMOSTRA(S) DESCRITA(S) ACOMPANHADA(S) DESTA TERMO DE COLHEITA DE AMOSTRAS, ÀS _____ HORAS, NA DATA DE _____. _____ NOME, ASSINATURA E MATRÍCULA DO RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO	DATA DA ANÁLISE: _____ INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____
---	--