



28

Secretaria Municipal de Saúde Santo Antônio de Posse
VIGILANCIA SANITÁRIA - CONTROLE DE DOENÇAS

--

TERMO	TRM Nº colocar – nº SEQUENCIAL 0001/ 2
<input type="checkbox"/> APREENSÃO PRODUTO	<input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DO PRODUTO
<input type="checkbox"/> APREENSÃO DE EQUIPAMENTO	<input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DO EQUIPAMENTO
<input type="checkbox"/> INTERDIÇÃO PRODUTO	<input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
<input type="checkbox"/> INTERDIÇÃO DE EQUIPAMENTO	<input type="checkbox"/> INUTILIZAÇÃO PRODUTO
<input type="checkbox"/> DEPÓSITO DO PRODUTO	

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ h,
eu _____
autoridade sanitária, credencial nº _____, LAVRADO ESTE TERMO para
a empresa (razão social) _____
CEVS nº _____, CNPJ nº _____
nome fantasia _____
estabelecida á (Rua, Av, etc.) _____
nº _____, complemento _____, CEP _____ Município _____
fone () _____, fax () _____, e-mail _____
com atividade(s) de _____
representada por/na pessoa de (nome e função) _____
CPF nº _____
residente á (Rua, Av, etc.) _____
nº _____, complemento _____ Município _____
fone () _____, e-mail _____
conforme consta do (a) _____

Data ____/____/____	Cliente ____/____/____	
		Assinatura da 1ª testemunha
Assinatura da Autoridade Sanitária	Assinatura do Autuado	RG. _____
	CPF. _____	Assinatura da 2ª testemunha
		RG. _____