



29

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

1ª via

TERMO DE COLHEITA DE AMOSTRA

TCA Nº colocar – nº SEQUENCIAL 0001/ 2

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ h,
eu _____,

autoridade sanitaria, credencial nº _____, COLHI AMOSTRA DO PRODUTO

marca _____, lote nº _____, fabricado em ____/____/____

com validade até ____/____/____, registro no MS/MA/SAA _____

fabricado por (razão social do fabricante) _____,

nome fantasia _____, CNPJ nº _____

estabelecida á (Rua, AV, etc.) _____,

nº _____, complemento _____, CEP _____, Município _____,

detentor (razão social) _____,

CNPJ nº _____, nome fantasia _____

estabelecida á (Rua, AV, etc.) _____,

nº _____, complemento _____, CEP _____, Município _____,

representada por/na pessoa de (nome, função) _____,

CPF _____.

AMOSTRA COLHIDA: () EM TRIPLICATA () ÚNICA

Conforme o dispositivo no(s) _____

PARA: () ANÁLISE FISCAL () ANÁLISE PRÉVIA () CONTROLE DE
PRODUTO IMPORTADO
() CONTROLE () OUTRA

COM O OBJETIVO DE:

() ATENDER PROGRAMA () ATENDER DENÚNCIA () INVESTIGAR SUSPEITO POR OCASIÃO DE
() INVESTIGAR SURTO () OUTRA () INSPEÇÃO

EXAME SOLICITADO:

() MICROSCÓPICO () MICROBIOLÓGICO () COMPOSIÇÃO DE PRODUTO
() FÍSICO - QUÍMICO () OUTRO (S) _____

TEMPERATURA NO MOMENTO DA COLHEITA DE _____ °C (_____)

E PESO DA AMOSTRA _____

1ª via Interessado / 2ª via Laboratório / 3ª via Bloco

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Amostra nº 3 - lacre nº _____

Cliente _____ / _____ / _____

Assinatura do Autuado

CPF. _____