# ANEXO 4

| | | |
|---|---|---|
| | **ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**<br>**SECRETARIA DA SAÚDE**<br>_____<br>(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR)<br>_____<br>(IDENTIFICAR O SETOR) | N.º: ____/_____. |
| | **TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS SEM AUTUAÇÃO** | |

**IDENTIFICAÇÃO DO DETENTOR**

| | |
|---|---|
| NOME/RAZÃO SOCIAL: | |
| ENDEREÇO: | CEP: |
| MUNICÍPIO: | CNPJ ou CPF: |
| RAMO DE ATIVIDADE: | Nº ALVARÁ SANITÁRIO: |

Ao(s) _____ dias do mês de _____do ano de _____, às ____ h e ____ min, no exercício de fiscalização sanitária, perante o responsável pelo estabelecimento acima identificado, procedi a interdição cautelar do(s) produto(s) e/ou substância(s) identificado(s) pelo(s) número(s) de lote, data de fabricação e prazo de validade, conforme a seguir descritos e/ou no verso do presente:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____em decorrência de determinação da Vigilância Sanitária Estadual contida no_____
_____ (*citar o documento emitido pela DVS inclusive o nº do Processo Administrativo Sanitário instaurado se houver*). Para constar, lavrei o presente Termo em 2 (duas) vias de igual teor e para um único efeito, que vão assinados por mim e pelo detentor do produto. que se compromete a não vender, remover, dar ao consumo, desviar ou substituir, até ulterior deliberação da autoridade sanitária competente desta Secretaria, constituindo-se em seu fiel depositário para todos os efeitos da Lei Civil e ficando bem ciente que deverá apresentar o(s) aludido(s) produto(s) e/ou substância(s), quando solicitado, sob pena de responsabilização no âmbito administrativo.

CIÊNCIA

| | |
|---|---|
| _____, _____de _____de _____. | RECEBI A 1.ª VIA EM _____/_____/_____. |
| _____<br>SERVIDOR | _____<br>DETENTOR |
| Nome: _____. | Nome: _____ |
| Identidade Funcional:_____. | RG/CPF:_____. |

QUANDO O DETENTOR RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:

| | |
|---|---|
| _____<br>TESTEMUNHA | _____<br>TESTEMUNHA |