GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO 16
TERMO DE COLETA DE AMOSTRAS

	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL **SECRETARIA DA SAÚDE** _____ (IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR)	N.º ____/___.
	TERMO DE COLETA DE AMOSTRAS	

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA			
PRODUTO:		MARCA:	
FABRICANTE/PRODUTOR/EMBALADOR/IMPORTADOR:		CNPJ/CPF	
ENDEREÇO:			CEP:
MUNICÍPIO:			
N.º REGISTRO NO ÓRGÃO COMPETENTE:		LOTE:	
DATA DA COLETA:	HORA DA COLETA:	TOTAL DE UNIDADESAMOSTRAIS:	
PESO/VOLUME UNITÁRIO:	DATA DE FABRICAÇÃO:	DATA DE VALIDADE:	
LACRE PROVA:	LACRE CONTRAPROVA:	LACRE TESTEMUNHO:	
COLETA ACOMPANHADA DE INTERDIÇÃO CAUTELAR: ( ) SIM ( ) NÃO			
OBSERVAÇÕES: (IDENTIFICAR O MOTIVO DA COLETA E AS CONDIÇÕES DA AMOSTRA, SE NECESSÁRIO)			
DETENTOR DO PRODUTO AMOSTRADO			
NOME/RAZÃO SOCIAL:		CPF/CNPJ:	
ENDEREÇO:	CEP:		
REPRESENTANTE LEGAL:		RG/CPF:	
MUNICÍPIO:			

MODALIDADE DE ANÁLISE:	**ANÁLISES SOLICITADAS:**	
( ) FISCAL	( ) FISICO QUIMICA	( ) ROTULAGEM
( ) CONTROLE	( ) MICROBIOLÓGICA	( ) SENSORIAL
( ) ORIENTAÇÃO	( ) MICROSCÓPICA	( ) TOXICOLÓGICA
( ) OUTRA(S):_____.	( ) QUIMICA	( ) OUTRAS:

EM CASO DE COLETA DE AMOSTRAS PARA FINS DE ANÁLISE FISCAL: O DETENTOR DO PRODUTO DECLARA QUE DE ACORDO COM O ART. 27, DA LEI FEDERAL N.º 6.437/77, RECEBEU UMA DAS AMOSTRAS COLHIDAS EM TRIPLICATA DO(S) PRODUTO(S) ESPECIFICADO(S) PARA FINS DE POSSÍVEL CONTRAPROVA, OBRIGANDO-SE A MANTÊ-LA E CONSERVÁ-LA ADEQUADAMENTE, CONFORME RECOMENDADO.

_____ FISCAL SANITÁRIO Nome: _____. Identidade Funcional:_____.	_____ DETENTOR DO PRODUTO Nome: _____. RG/CPF: _____.	QUANDO O DETENTOR RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO: _____ TESTEMUNHA _____ TESTEMUNHA

RECEBI A(S) AMOSTRA(S) DESCRITA(S) ACOMPANHADA(S) DESTE TERMO DE COLETA DE AMOSTRAS, ÀS _____, NA DATA DE _____.

_____
NOME, ASSINATURA E MATRÍCULA DO RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO IPB/LACEN