GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO 17
TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS LAVRADO EM DECORRÊNCIA DE DETERMINAÇÃO DA DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
(SEM AUTUAÇÃO)
FRENTE

	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL **SECRETARIA DA SAÚDE** _____ (IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR) _____ (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 Divisão de Vigilância Sanitária DVS /CEVS/SES/RS contida no_____ (*citar o documento emitido pela DVS inclusive o nº do PAS 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 _____/_____/_____.
_____ SERVIDOR	_____ DETENTOR
Nome: _____.	Nome: _____.
Identidade Funcional:_____.	RG/CPF: _____.

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

_____ TESTEMUNHA	_____ TESTEMUNHA

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS LAVRADO EM DECORRÊNCIA DE DETERMINAÇÃO DA DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
(SEM AUTUAÇÃO)
VERSO

O rol abaixo integra o histórico do presente Termo de Interdição Cautelar Nº ____/_____, para todos os efeitos legais.

RUBRICAS

_____ SERVIDOR	_____ DETENTOR

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

_____ TESTEMUNHA

_____ TESTEMUNHA