GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO 4
TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS
FRENTE

	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL **SECRETARIA DA SAÚDE** _____ (IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR)	N.º: _____/_____.
	TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS	

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, com fundamento no art. 23, § 4 º da Lei Federal nº 6.437/77, interditei cautelarmente, pelo prazo máximo de 90 (noventa) dias, o(s) produto(s) e/ou substância(s) identificado(s) pelo(s) número(s) de lote, data de fabricação e/ou prazo de validade, conforme a seguir e/ou no verso do presente

Termo:_____
_____
_____
_____

____pela(s) seguinte(s) irregularidades(s):_____
_____
_____

_____ tendo havido infração, respectivamente, ao(s) seguinte(s) dispositivo(s) legal(is):_____
_____,

conforme Auto de Infração Sanitária nº ___/____. O(s) produto(s) e/ou substância(s) interditado(s) fica(m) em poder de _____, situado na_____
_____, 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

_____ SERVIDOR AUTUANTE	_____ DETENTOR	_____ DEPOSITÁRIO
Nome: _____	Nome: _____.	Nome: _____.
Identidade Funcional:_____	RG/CPF: _____.	RG/CPF: _____.

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

_____ TESTEMUNHA

_____ TESTEMUNHA



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS
VERSO

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

RUBRICAS		
_____ SERVIDOR AUTUANTE	_____ DETENTOR	_____ DEPOSITÁRIO
QUANDO O DETENTOR OU O DEPOSITÁRIO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:		
_____ TESTEMUNHA		_____ TESTEMUNHA