GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO 6
TERMO VINCULADO DE DESINTERDIÇÃO 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)	PROCESSO N.º
	TERMO VINCULADO DE DESINTERDIÇÃO DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS	

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME/RAZÃO SOCIAL:	
ENDEREÇO:	CEP:
MUNICÍPIO:	CNPJ ou CPF:
RAMO DE ATIVIDADE:	N.º ALVARÁ SANITÁRIO:

Ao(s) __ dia(s) do mês de _____ do ano de ____, às ___h e ____min, desinterditei 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:_____

_____

_____

_____

_____, interditado(a) na data de ___ de_____ de _____, através do Termo de Interdição Cautelar de Produtos e/ou Substâncias n.º ____/_____, em razão de ter(em) sido sanada(s) a(s) seguintes irregularidade(s)_____

___

_____

_____

_____. Para constar, lavrei o presente Termo em 2 (duas) vias de igual teor e para um único efeito, que vão assinadas por mim e pelo representante legal do estabelecimento.

CIÊNCIA

_____, _____ de _____de _____.	RECEBI A 1.ª VIA EM _____/_____/_____.
_____ SERVIDOR AUTUANTE	_____ RESPONSÁVEL
Nome: _____. Identidade Funcional:_____.	Nome: _____. RG/CPF: _____.

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

_____ TESTEMUNHA	_____ TESTEMUNHA

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

TERMO VINCULADO DE DESINTERDIÇÃO DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS
VERSO

O rol abaixo integra o histórico do presente Termo Vinculado de Desinterdição 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