GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO 7
TERMO DE INUTILIZAÇÃO IMEDIATA DE PRODUTOS
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 INUTILIZAÇÃO IMEDIATA DE PRODUTOS	

IDENTIFICAÇÃO DO AUTUADO

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, no local _____, pelas infrações descritas no Auto de Infração Sanitária nº ____/___ e informações técnicas do Laudo Pericial nº ____/___, procedi à inutilização do(s) produto(s) identificado(s) pelo(s) número(s) de lote, data de fabricação e prazo de validade, conforme a seguir e/ou no verso do presente Termo:

_____
_____
_____
_____
_____

_____, produzido(s)/fabricado(s) por _____. Para constar, lavrei o presente Termo em 2 (duas) vias de igual teor que vão assinadas por mim e pelo/a responsável pelo produto.

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 DE INUTILIZAÇÃO IMEDIATA DE PRODUTOS
VERSO

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

RUBRICAS

_____ SERVIDOR AUTUANTE	_____ RESPONSÁVEL

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

_____ TESTEMUNHA

_____ TESTEMUNHA