



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA

ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SEÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

TERMO DE COLHEITA DE AMOSTRA - Nº000

Aos _____ dias do mês de _____ de 20____, às _____ horas, eu _____, no exercício da função de _____

1. Colhi amostra:	<input type="checkbox"/> em triplicata	<input type="checkbox"/> única		
2. Para análise:	<input type="checkbox"/> fiscal	<input type="checkbox"/> prévia	<input type="checkbox"/> controle	<input type="checkbox"/> outra
3. Com o objetivo de:	<input type="checkbox"/> atender programa	<input type="checkbox"/> atender denúncia	<input type="checkbox"/> Investigar surto	<input type="checkbox"/> outra
4. Exame solicitado:	<input type="checkbox"/> microscópico	<input type="checkbox"/> microbiológico	<input type="checkbox"/> físico-químico	<input type="checkbox"/> outro

5. Produto:

Marca: _____ Lote: _____

Data de fabricação: _____ Data de validade: _____

Temperatura no momento da colheita: _____ Peso da amostra: _____

Registro no MS/ MA/ SAA: _____

6. Fabricante (razão social): _____

CNPJ: _____

Ramo de atividade: _____

Nome fantasia: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Fone: _____

Endereço eletrônico: _____

7. Detentor: _____

CNPJ: _____

Nome Fantasia: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Fone: _____

Endereço eletrônico: _____

8. Amostra Nº 1- lacre: _____

Amostra Nº 2- lacre: _____

Amostra Nº 3- lacre: _____

(Local e data)

(Assinatura do representante/ detentor)

Nome: _____

CPF: _____

(Assinatura e carimbo da Autoridade Sanitária)

Testemunha 1

Nome: _____

CPF: _____

Testemunha 2

Nome: _____

CPF: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

SEÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA