



ANEXO A
AUTO DE COLETA DE AMOSTRA PARA ANÁLISE

<input type="checkbox"/> AMOSTRA TRIPLICATA FISCAL	<input type="checkbox"/> AMOSTRA ÚNICA FISCAL	<input type="checkbox"/> ORIENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO
--	---	-------------------------------------	--------------------------------------

ÓRGÃO AUTUANTE

DENOMINAÇÃO	
ENDEREÇO/CEP	TELEFONE

LOCAL DE COLETA

NOME DA PESSOA FÍSICA OU JURÍDICA	CNPJ/CPF
NOME FANTASIA	
ENDEREÇO COMPLETO	
PROPRIETÁRIO E/OU RESPONSÁVEL	

PRODUTO COLETADO

NOME		MARCA	QUANTIDADE
PESO/VOLUME	LOTE/PARTIDA	Nº DE REGISTRO DO PRODUTO	DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE
INDÚSTRIA PRODUTORA/ PRODUTOR/ IMPORTADOR			CNPJ/CPF
ENDEREÇO COMPLETO /CEP			
MUNICÍPIO/ESTADO		INFORMAÇÕES ADICIONAIS	
MOTIVO DA COLETA			LABORATÓRIO DE DESTINO
Nº DO (S) LACRE (S): Amostra detentor (fiel depositário):			TEMPERATURA CONSERVAÇÃO
Amostra (s) laboratório:			
Estou ciente de que a coleta aqui registrada foi realizada conforme os procedimentos legais e regulamentares (art.67 da Lei Estadual nº 6320/1983 e art. 40 do Decreto Estadual nº 23.663/1984), bem como, atesto que todos os dados lançados no presente são verdadeiros. Estou ciente, também, de que o extravio/violação e/ou a alteração das amostras em meu poder eliminará a possibilidade de realização de perícia de contraprova, sujeitando o detentor (fiel depositário) às penalidades previstas na legislação sanitária. Recebi a 1ª via deste e uma amostra do produto para guarda (caso de coleta de Amostra Triplicada), em / / Hora:			

RESPONSÁVEL

NOME LEGÍVEL	ASSINATURA
--------------	------------

TESTEMUNHA (EM CASO DE RECUSA DO RESPONSÁVEL)

1º NOME LEGÍVEL	ASSINATURA
2º NOME LEGÍVEL	ASSINATURA

AUTORIDADE DE SAÚDE

NOME LEGÍVEL/CARGO OU FUNÇÃO/ASSINATURA	NOME LEGÍVEL/CARGO OU FUNÇÃO/ASSINATURA	NOME LEGÍVEL/CARGO OU FUNÇÃO/ASSINATURA
---	---	---