



AUTO DE COLETA DE AMOSTRA PARA ANÁLISE

<input type="checkbox"/> FISCAL	<input type="checkbox"/> DE CONTROLE	<input type="checkbox"/> DE ORIENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> DE REQUISIÇÃO
---------------------------------	--------------------------------------	--	--

ÓRGÃO AUTUANTE

DENOMINAÇÃO

ENDEREÇO

DETENTOR

NOME DA PESSOA FÍSICA OU JURÍDICA	CNPJ/CPF Nº
ESTABELECIMENTO - DENOMINAÇÃO COMERCIAL - NOME FANTASIA	
ENDEREÇO COMPLETO (Logradouro, Rua, Avenida, Praça, Nº, Bairro, Telefone)	MUNICÍPIO
PROPRIETÁRIO E/OU RESPONSÁVEL	
TIPO DE ESTABELECIMENTO, NEGÓCIO OU ATIVIDADE	Nº DO ALVARÁ

PRODUTO COLETADO

NOME	MARCA	QUANTIDADE	VOLUME
PESO	ORIGEM	LOTE OU PARTIDA	VALIDADE, PRAZO, DATA DE FABRICAÇÃO
FIRMA OU PRODUTOR	ENDEREÇO COMPLETO		MUNICÍPIO - ESTADO
OUTRAS CARACTERÍSTICAS/OBSERVAÇÕES			DATA
Nº DE AMOSTRA/DESTINO		TEMPERATURA E CONDIÇÕES DE ARMAZENAGEM	

CIÊNCIA DO(A) DETENTOR(A)

Estou ciente de que a coleta aqui registrada foi realizada conforme os procedimentos legais e regulamentares, bem como atesto que todos os dados lançados no presente auto de coleta são verdadeiros (Art. 67, da Lei 6.320, de 20/11/83 e Art. 40 do Decreto Nº 23.663, de 17/10/84).

Estou também ciente de que o extravio ou a alteração das amostras em meu poder elimina a possibilidade de realização de perícia de contraprova, sujeitando o detentor às penalidades previstas em lei e regulamentos.

Recebi a 1ª Via e uma amostra para guarda em ____/____/____

RESPONSÁVEL

NOME LEGÍVEL	ASSINATURA
TESTEMUNHA (EM CASO DE RECUSA DO RESPONSÁVEL)	
1º NOME LEGÍVEL	ASSINATURA
2º NOME LEGÍVEL	ASSINATURA

AUTORIDADE DE SAÚDE

LOCALIDADE	DATA	HORA	ATIVIDADE
AUTORIDADE SANITÁRIA			
NOME LEGÍVEL	FUNÇÃO OUCARGO	ASSINATURA	