



CONTINUAÇÃO DO TERMO DE: _____

NÚMERO

FOLHA

Large area with horizontal lines for text entry.

Prazo para retorno: _____

C E P D I A	RECEBI A 2ª VIA em _____ / _____ / 20____	PARNAMIRIM, _____ de _____ de 20____
	_____ Responsável	AUTORIDADES SANITÁRIAS
	_____ Testemunha	
	_____ Testemunha	



PARNAMIRIM/RS
SESAD/VISA

AUTO DE INFRAÇÃO

Fl. nº 13
Recebido
Município de Parnamirim/RS

AUTO DE INFRAÇÃO

Alimentos

Produtos

Serviços de Saúde

FOLHA

Nº TERMO DE INSPEÇÃO

LICENÇA/PROCESSO Nº

RAZÃO SOCIAL:

NOME FANTASIA:

ENDEREÇO:

TELEFONE/FAX

PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

RESPONSÁVEL TÉCNICO/REGISTRO PROFISSIONAL:

RAMO DO NEGÓCIO

CNPJ OU CPF:

INSC. ESTADUAL OU RG:

Aos _____ dia(s) do mês de _____ de 20____, às _____ horas, no exercício da FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA, verificamos que o estabelecimento acima qualificado, infringiu o disposto na seguinte legislação:

pela constatação da(s) infração(ões):

tipificada(s) nos dispositivos:

estando sujeita as penas de:

pelo que lavrei (amos) o presente Auto de Infração Sanitária devidamente assinado pelo(s) servidor(es) atuante(s), pelas testemunhas abaixo, se for o caso, e pelo(s) atuados(s), ficando, este último NOTIFICADO (A), na pessoa de _____, seu/sua

O atuado responderá pelo fato em Processo Administrativo e terá o prazo legal de 15 (quinze) dias, a contar desta data, para apresentar defesa ou impugnação a este AUTO, de acordo com o art. 108 da Lei Complementar nº 075/2014 (Código Municipal de Saúde) e/ou art. 22 da Lei Federal Nº 6.437/1977.

C
I
Ê
N
C
I
A

RECEBI A 2ª VIA em _____ / _____ / 20____

PARNAMIRIM, _____ de _____ de 20____

AUTORIDADES SANITÁRIAS

Responsável

Testemunha

Testemunha

Municipal de Parnamirim
 Fl. nº 14
 Pechel



TERMO () APREENSÃO () INUTILIZAÇÃO
 () TOTAL () PARCIAL

TERMO DE APREENSÃO:
 INUTILIZAÇÃO

() Alimentos	() Produtos	() Serviços de Saúde	FOLHA	Nº TERMO DE INSPEÇÃO
			LICENÇA/PROCESSO Nº	

RAZÃO SOCIAL: _____

NOME FANTASIA: _____

ENDEREÇO: _____ TELEFONE/FAX: _____

PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL: _____

RESPONSÁVEL TÉCNICO/REGISTRO PROFISSIONAL: _____

RAMO DO NEGÓCIO: _____ CNPJ OU CPF: _____ INSC. ESTADUAL OU RG: _____

Às _____ dia(s) do mês de _____ do ano 20____, às _____ horas, no exercício da FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA, perante o proprietário/responsável pelo estabelecimento acima qualificado em face ao que dispõe a legislação:

_____ apreendemos/ inutilizamos:

Quantidade	Produto	Registro	Validade	Lote

em decorrência de _____

Pelo que lavrei o presente Termo em 03 (três) vias de igual teor e forma e para um único efeito, que vão assinadas por mim (nós) atuante (s), pelas testemunhas abaixo e pelo atuado (a) na pessoa de _____ seu/sua _____ a tudo presente.

RECEBI A 2ª VIA em _____ / _____ / 20____	PARNAMIRIM, _____ de _____ de 20____
	AUTORIDADES SANITÁRIAS
	_____ Responsável
_____ Testemunha	
_____ Testemunha	



PARANAÍBA
SECRETARIA

TERMO DE COLETA DE AMOSTRA

Municipal de Paranaíba
Fl. nº 15
Ribeirão

TERMO DE COLETA

<input type="checkbox"/> Alimentos	<input type="checkbox"/> Produtos	<input type="checkbox"/> Serviços de Saúde	FOLHA	Nº TERMO DE INSPEÇÃO
			LICENÇA/PROCESSO Nº	

RAZÃO SOCIAL: _____

NOME FANTASIA: _____

ENDEREÇO: _____ TELEFONE/FAX: _____

PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL: _____

RESPONSÁVEL TÉCNICO/REGISTRO PROFISSIONAL: _____

RUA/COMÉRCIO: _____ CNPJ/OU/CPF: _____ INSC. ESTADUAL/OU/REG: _____

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA:

PRODUTO: _____ MARCA: _____

IDENTIFICAÇÃO PÊSO: _____ Nº REGISTRO: _____ LOTE: _____

QUANTIDADE: _____ FABRICAÇÃO: _____ VALIDADE: _____

IDENTIFICAC. AMOSTRA (UNID): _____ VOL. AMOSTRA: _____

OPRETE: _____ CNPJ/OU/CPF: _____

IDENTIFICAÇÃO DE AMOSTRA	CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO	ANÁLISES SOLICITADAS	CONDIÇÃO DE TRANSPORTE
<input type="checkbox"/> REFRIGERADO <input type="checkbox"/> GELADO <input type="checkbox"/> AMOSTRA ÚNICA <input type="checkbox"/> AMOSTRAS <input type="checkbox"/> ESPECÍFICA	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA AMBIENTE <input type="checkbox"/> BALCÃO REFRIGERADOR _____ °C <input type="checkbox"/> FREEZER _____ °C <input type="checkbox"/> CÂMARA FRIA _____ °C <input type="checkbox"/> OUTRAS <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR _____	<input type="checkbox"/> MICROBIOLÓGICA <input type="checkbox"/> FÍSICO-QUÍMICA <input type="checkbox"/> TOXICOLÓGICA <input type="checkbox"/> OUTRAS <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR _____	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA AMBIENTE ENTRE _____ °C a _____ °C <input type="checkbox"/> CAIXA TÉRMICA <input type="checkbox"/> SACO PLÁSTICO <input type="checkbox"/> CAIXA DE PAPELÃO <input type="checkbox"/> OUTRAS <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR _____

CARACTERÍSTICA DA AMOSTRA: _____

Em _____ dia(s) do mês de _____ do ano de 20____, às _____ horas, no exercício da FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA, perante o (a) responsável pelo estabelecimento acima indicado, face ao disposto nos artigos: _____

_____ colhemos em _____ partes a amostra do produto especificado, ficando 01 (uma) em poder do Sr (a) _____ RG nº _____ e _____ que a tudo se fez presente, para fins de possível perícia de contraprova, a (a) qual, sob as penas da lei, deverá mantê-la e conservá-la adequadamente, conforme recomendado.

ASSINATURA DO FISCAL	ASSINATURA DO FISCAL	DATA E HORA DA COLETA
----------------------	----------------------	-----------------------

Recebo a amostra de contraprova acima mencionada e a 2ª via do presente TERMO.

_____ ASSINATURA DO DETENTOR DO PRODUTO

LABORATÓRIO Nº _____

CONTRAPROVA LABORATÓRIO Nº _____

CONTRAPROVA DETENTOR Nº _____

RECEBIAMOS AMOSTRA(S) DESCRITA(S), ACOMPANHADA(S) DESTES TERMOS DE COLETA DE AMOSTRAS ÀS _____ HORAS, NO DIA _____

EM SEQUENTES CONDIÇÕES: _____

DATA ANÁLISE - INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

ASSINATURA RESP. RUC/CLB. LABORATÓRIO _____



PARNAMIRIM
SÉC. AD. VISA

TERMO () INTERDIÇÃO () DESINTERDIÇÃO
() PRODUTO () EQUIPAMENTOS () ESTABELECIMENTO
() TOTAL () PARCIAL

Municipal de Parnamirim
Fl. nº 17
Produto

TERMO DE INTERDIÇÃO
DESINTERDIÇÃO

() Alimentos

() Produtos

() Serviços de Saúde

FOLHA

Nº TERMO DE INSPEÇÃO

LICENÇA/PROCESSO Nº

RAZÃO SOCIAL

NOME FANTASIA

ENDEREÇO

TELEFONE/FAX

PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL

RESPONSÁVEL TÉCNICO/REGISTRO PROFISSIONAL

RAMO DO NEGÓCIO

CNPJ/OU CPF

INSC. ESTADUAL OU RGE

em (e) _____ dia (s) do mês de _____ do ano 20____, às _____ horas, no exercício da FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA, perante o proprietário/responsável pelo estabelecimento acima qualificado em face ao que dispõe a legislação:

Interditei (amos) /desinterditei (amos) os itens/estabelecimento abaixo relacionados, em decorrência de:

Quantidade	Produto/Equipamento	Registro/Fabricante	Validade	Data

Cole que lavrei o presente Termo em 03 (três) vias de igual teor e forma e para um único efeito, que vão assinadas por mim (nós) autuante (s), pelas testemunhas abaixo e pelo autuado (a) ou pessoa de _____ seu/sua _____ a tudo presente.

RECEBI A 2ª VIA em _____ / _____ /20____

Responsável

Testemunha

Testemunha

PARNAMIRIM, _____ de _____ de 20____

AUTORIDADES SANITÁRIAS



PARNAMIRIM
SAÚDE

TERMO DE INTIMAÇÃO

Município de Parnamirim
 Fl. nº 18
 Prefeitura Municipal de Parnamirim
 Nº _____ TERMO DE INTIMAÇÃO
 Nº _____ TERMO DE INSPEÇÃO
 LICENÇA/PROCESSO Nº _____

Alimentos

Produtos

Serviços de Saúde

LICENÇA/PROCESSO Nº _____

C O N T E I D O

RAZÃO SOCIAL:

DEM. FANTASIA:

ENDEREÇO:

TELEFONE/FAX:

PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

RESPONSÁVEL TÉCNICO/REGISTRO PROFISSIONAL:

RAMO DO NEGÓCIO:

CNPJ OU CPF:

INSC. ESTADUAL OU RG:

Aos _____ dia(s) do mês de _____ de 20____, às _____ horas, no exercício da FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA, verificamos que o estabelecimento acima qualificado, diante do que foi constatado no TERMO DE INSPEÇÃO SANITÁRIA Nº _____ de _____ e em face ao que dispõe (m):

Fica INTIMADO (A), a sanar a(s) irregularidade(s) detectada(s) na empresa, através do cumprimento das exigências especificadas:

O não cumprimento de tais medidas acarretará na aplicação das sanções relacionadas a seguir:

Para constar, lavrei (amos) o presente TERMO em 03 (três) vias de igual teor e para um único efeito, que vão assinados por mim (três), pelas testemunhas abaixo, se for o caso, e pelo proprietário ou responsável.

C O N T E I D O

RECEBI A 2ª VIA em _____ / _____ / 20____

PARNAMIRIM, _____ de _____ de 20____

AUTORIDADES SANITÁRIAS

Responsável

Testemunha

Testemunha



PARNAMIRIM/RN
SECRETARIA DE SAÚDE

TERMO DE NOTIFICAÇÃO DE ANÁLISE FISCAL

Prefeitura Municipal de Parnamirim/RN
Fl. nº 19
TERMO DE NOTIFICAÇÃO
TERMO DE INSPEÇÃO
LICENÇA/PROFISSIONAL

Alimentos

Produtos

Serviços de Saúde

FOLHA

LICENÇA/PROFISSIONAL

RAZÃO SOCIAL:

NOME FANTASIA:

ENDEREÇO:

TELEFONE/FAX:

PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

RESPONSÁVEL TÉCNICO-REGISTRO PROFISSIONAL:

RAMO DO NEGÓCIO:

CNPJ OU CFE:

INSC. ESTADUAL OU RG:

Em _____ dia(s) do mês de _____ de 20____, às _____ horas, no exercício da FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA, notificamos o estabelecimento supra indicado que o produto _____

foi coletado pelo TERMO DE COLETA DE AMOSTRA nº _____ em _____ / _____ / _____, às _____ horas, apresentou resultado insatisfatório _____

conforme Laudo de Análise nº _____ emitido pelo (a) _____

em _____ / _____ / _____

Em assim sendo e cumprindo as determinações legais, NOTIFICAMOS esse estabelecimento, neste ato representado por _____ seu/sua _____ para no prazo de _____ dias, contados a partir da data do recebimento desta, apresentar defesa escrita ou requerer contraprova, apresentando a amostra em seu poder e indicando seu perito, conforme dispõe _____

Decorrido o prazo acima fixado sem que conste nenhuma providência eficaz por parte do notificado, o laudo será considerado DEFINITIVO, nos termos do dispositivo acima citado. Para constar, lavrei (amos) o presente TERMO em 03 (três) vias de igual teor e para um único efeito, que vão assinados por mim (três), pelas testemunhas abaixo, se for o caso, e pelo proprietário ou responsável.

CELESTIA
RECEBI A 2ª VIA em _____ / _____ / 20____

Responsável

Testemunha

Testemunha

PARNAMIRIM, _____ de _____ de 20____
AUTORIDADES SANITÁRIAS