



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

TERMO DE COLETA DE AMOSTRAS			1- Nº:	
02- REGIONAL DE SAÚDE/NÍVEL CENTRAL:		03- RESPONSÁVEL PELA COLETA: () URS/NC () VISA MUNICIPAL DE:		
04- PRODUTO:		05- MARCA		
06- LOTE/Nº SÉRIE	07- DATA FABRICAÇÃO:	VALIDADE:	08 - Nº REGISTRO/CADASTRO/NOTIFICAÇÃO/PROCESSO	
09- APRESENTAÇÃO		10 - TAMANHO LOTE/QUANT. ESTOQUE		
11- PESO/UNIDADE		12- AMOSTRA (Nº DE UNIDADES)		
13- FABRICANTE			14- CNPJ	
15- ENDEREÇO COMPLETO (AV., RUA, Nº, BAIRRO)				
16- TELEFONE ()	17- CEP	18- MUNICÍPIO		19- UF
20- RESPONSÁVEL TÉCNICO:			21- INSCRIÇÃO:	
22- NOME DO ESTABELECIMENTO DE COLETA:				
23- RAZÃO SOCIAL:				
24- CNPJ:	25- ATIVIDADE:		26- INSCRIÇÃO ESTADUAL:	
27- ENDEREÇO COMPLETO (AV., RUA, Nº, BAIRRO):				
28- TELEFONE: ()	29- CEP:	30- MUNICÍPIO:		31- UF:
32- PROPRIETÁRIO/RESPONSÁVEL:			33- NACIONALIDADE:	
34- NATURALIDADE:	35- ESTADO CIVIL:		36- RG:	
37- PROFISSÃO:			38- CPF:	
39- ENDEREÇO COMPLETO (AV., RUA, Nº, BAIRRO):				
40- TELEFONE: ()	41- CEP:	42- MUNICÍPIO:		43- UF:
44- COLETA PARA FINS DE ANÁLISE () FISCAL () OUTRO:			45- TEMPERATURA NO MOMENTO DA COLETA:	
46- OBSERVAÇÕES:				
47 - O(S) AGENTE(S) ABAIXO ASSINADOS(S), EM CONFORMIDADE COM O ART.24 DA LEI ESTADUAL Nº13.317/99, PROCEDERÁ(ÃO) A APREENSÃO DE AMOSTRA CONFORME O ART. 118 E SEUS PARÁGRAFOS DA LEI ESTADUAL Nº13.317/99, COLHIDA EM TRIPLICATA, FICANDO UMA PARTE EM PODER DO DETENTOR OU RESPONSÁVEL, A FIM SE SERVIR COMO CONTRAPROVA E AS OUTRAS DUAS ENCAMINHADAS AO LABORATÓRIO OFICIAL. SE A QUANTIDADE OU A NATUREZA DO PRODUTO NÃO PERMITIR A COLETA DA AMOSTRA DO PRODUTO EM TRIPLICATA, SERÁ ELE LEVADO A LABORATÓRIO OFICIAL, ONDE, NA PRESENÇA DO POSSUIDOR OU DO RESPONSÁVEL E DE DUAS TESTEMUNHAS, SERÁ REALIZADA A ANÁLISE FISCAL.				
48 - PARTE DEPOSITÁRIO LACRE Nº PARTES LABORATÓRIO LACRES Nº				
49-				
LOCAL E DATA			HORA	
NOME LEGÍVEL, ASSINATURA E CARIMBO AUTORIDADE SANITÁRIA			ASSINATURA DO DEPOSITÁRIO	
50 - 1 - NOME: _____		RG.: _____		
END.: _____		_____		
2 - NOME: _____		RG.: _____		
END.: _____		_____		

1ª VIA - LABORATÓRIO 2ª VIA - ESTABELECIMENTO DE COLETA 3ª VIA - AUTORIDADE SANITÁRIA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL: Preenchimento do Termo de Coleta de Amostras - POP-T-SVS-004 – Revisão: 01
Página 1 de 1