



TERMO

TRM Nº _____

- APREENSÃO PRODUTO
- APREENSÃO DE EQUIPAMENTO
- INTERDIÇÃO PRODUTO
- INTERDIÇÃO DE EQUIPAMENTO
- DEPÓSITO DO PRODUTO

- LIBERAÇÃO DE ATIVIDADE
- LIBERAÇÃO DO PRODUTO
- LIBERAÇÃO DO EQUIPAMENTO
- LIBERAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
- INUTILIZAÇÃO PRODUTO

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ hs,
eu _____,
autoridade sanitária, credencial nº _____, **LAVRO ESTE TERMO** para a empresa
(razão social) _____,
CEVS nº _____, CNPJ nº _____,
nome fantasia _____,
estabelecida à (Rua, Av. etc) _____,
nº _____, complemento _____, bairro _____, CEP _____,
Município _____, fone _____, cel. _____,
e-mail _____, com atividade(s) de _____

representada por / na pessoa de (nome e função) _____,
_____, CPF _____,
conforme consta do (a) _____

ASSINATURA DA AUTORIDADE SANITÁRIA

ASSINATURA DO AUTUADO

ASSINATURA DAS TESTEMUNHAS

Data ____ / ____ / ____

CPF _____

Ciente ____ / ____ / ____

1ª _____
RG / CPF

2ª _____
RG / CPF