



NÚMERO	TÍTULO
GQB.207	TERMO DE COLETA DE ALIMENTOS

PROGRAMA:	MUNICÍPIO:	TERMO Nº:
-----------	------------	-----------

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA			
PRODUTO:	MARCA:	LACRE:	
LOTE/PARTIDA:	DATA DE FABRICAÇÃO:	Nº REGISTRO:	
	DATA DE VALIDADE:		
APRESENTAÇÃO:	TAMANHO DO LOTE/QUANTIDADE ESTOQUE:		
PESO/UNIDADE:	AMOSTRA (Nº UNIDADES):		
FABRICANTE:	CNPJ:		
ENDEREÇO COMPLETO (AV., RUA, Nº, BAIRRO):			
TELEFONE:	CEP:	MUNICÍPIO:	UF:
RESPONSÁVEL TÉCNICO:			INSCRIÇÃO:

DETENTOR DO PRODUTO			
NOME DO ESTABELECIMENTO:			
RAZÃO SOCIAL:			
CNPJ:	ATIVIDADE:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	
ENDEREÇO COMPLETO (AV., RUA, Nº, BAIRRO):			
TELEFONE:	CEP:	MUNICÍPIO:	UF:
PROPRIETÁRIO/RESPONSÁVEL:			RG:
PROFISSÃO:			

COLETA PARA FINS DE ANÁLISE	ANÁLISES SOLICITADAS
<input type="checkbox"/> FISCAL	<input type="checkbox"/> MICROBIOLÓGICA
<input type="checkbox"/> MONITORAMENTO	<input type="checkbox"/> FÍSICO-QUÍMICA
<input type="checkbox"/> ORIENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> TOXICOLÓGICA
<input type="checkbox"/> OUTRAS:	<input type="checkbox"/> OUTRAS:

EM CASO DE COLETA DE AMOSTRAS PARA FINS DE ANÁLISE FISCAL: O DETENTOR DO PRODUTO DECLARA QUE DE ACORDO COM O ART. 27 DA LEI FEDERAL Nº 6.437, DE 20 DE AGOSTO DE 1977, RECEBEU UMA DAS AMOSTRAS RECOLHIDAS EM TRIPPLICATA DO(S) PRODUTO(S) ESPECIFICADO(S) PARA FINS DE POSSÍVEL CONTRAPROVA, OBRIGANDO-SE A MANTÊ-LA E CONSERVÁ-LA ADEQUADAMENTE, CONFORME RECOMENDADO.

LOCAL:	DATA:	HORA:
AUTORIDADE(S) SANITÁRIA(S):	DETENTOR DO PRODUTO:	QUANDO O DETENTOR RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:
	NOME: _____	

CARIMBO E ASSINATURA	RG: _____	TESTEMUNHA

CARIMBO E ASSINATURA	ASSINATURA	TESTEMUNHA

RECEBI A(S) AMOSTRA(S) ACOMPANHADA(S) DESTA TERMO DE COLETA DE AMOSTRAS, ÀS _____, NA DATA DE _____.

NOME E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO