



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ DIRETORIA DE UNIDADE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA



TERMO DE

- APREENSÃO
- DEPÓSITO
- INUTILIZAÇÃO
- DEVOLUÇÃO

INTERESSADO	FIRMA		
	DENOMINAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
	ENDEREÇO		CIDADE
	PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL		
	RAMO DE NEGÓCIO	INSCRIÇÃO NO CNPJ - MF	ASSENT. SANIT. Nº

Ao(s) _____ dia(s) do mês de _____ do ano de _____, às _____ horas, no exercício de FISCALIZAÇÃO DE SAÚDE, perante o responsável pelo estabelecimento acima citado, e em face do que dispõe(m) o(s) artigo(s)

Abaixo relacionadas _____ a(s) mercadoria(s) relacionadas (apreendi, depositei, etc.)

Em decorrência de: _____

Para constar, lavramos o presente TERMO em 03 (três) vias de igual teor e para um único efeito, assinados por NÓS, pelas testemunhas abaixo e pelo responsável.

CIÊNCIA	Recebi a 2ª via em ____/____/____	_____ de _____ de _____
	Responsável	
	Testemunha	FISCAL
	Testemunha	FISCAL

MODELO