



SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE

Termo de colheita: _____

Lacre: _____

Obs.: _____

Amostra n.º _____

Produto: _____

Apresentação: _____ Lote: _____

Apreendido para: _____

Dia _____ de _____ de 20 _____ às _____ horas

Detentor: _____

Local da colheita: _____

Fabricante do produto: _____

Endereço: _____

Autoridade Sanitária: _____