

		GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		1ª VIA PROCESSO	
Nº 000000 SÉRIE		TERMO DE NOTIFICAÇÃO DE ANÁLISE FISCAL			
Denominação (Pessoa Jurídica) / Nome (Pessoa Física)..... Denominação do Estabelecimento (Nome Fantasia)..... CNPJ/CPF:.....Licença/Alvará Sanitário nº..... Endereço:..... Atividade..... Responsável Técnico/Representante Legal.....Conselho de Classe:.....					
Ao(s).....dia(s) do mês de.....do ano de, às horas, no exercício de..... fiscalização sanitária, NOTIFICA o responsável/representante pelo estabelecimento supracitado em face do que o(s) dispõe(m).....o(s) artigo(s)..... o fato de que o(s) produto(s)..... colhido(s) pelo(s) Termo(s) de Colheita de Amostras nº(s)..... em...../.....à(s).....horas revelou estar conforme Laudo(s) de Análise nº(s).....fornecido(s) pelo..... nos termos do(s) artigo(s)..... para que, no prazo de 10 dias, apresente defesa escrita ou solicite perícia de contra-prova do produto condenado, cuja amostra encontra-se em poder do referido estabelecimento. Endereço.....ou.....local.....da.....amostra..... testemunha.....					
Decorrido o prazo fixado, sem que conste providência eficaz por parte do(a) interessado(a), o Laudo de Análise será considerado definitivo, nos termos do artigo 34 da Lei nº 6.437, de 20.08.77.					
Para constar, lavrei(amos) o presente Termo de Notificação de Análise Fiscal em 03 (três) vias de igual teor e para um único fim e efeito, que vão assinadas por mim (nós), pelo responsável ou pelas testemunhas.					
TÉCNICO		FUNÇÃO		ASSINATURA	
Recebi a 2ª via deste Termo em/...../....., às horas					
RESPONSÁVEL		FUNÇÃO		ASSINATURA	
Observações:.....					
TESTEMUNHAS		ASSINATURA		RG	