



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**



FORMULÁRIO DE DENÚNCIA DE ALIMENTOS E ESTABELECIMENTOS COMERCIALIZADORES DE ALIMENTOS

DADOS DO DENUNCIANTE	NOME:		
	ENDEREÇO (Rua/Av, número, bairro):		
	E-MAIL:		TELEFONE:
	- As denúncias são de caráter sigiloso. O denunciante pode escolher em não se identificar, porém, se não fornecer pelo menos um meio de comunicação (<i>e-mail</i> , telefone ou endereço), não será possível encaminhar as apurações da denúncia.		
DADOS DO PRODUTO DENUNCIADO	NOME DO PRODUTO:		
	FABRICANTE:		MARCA
	LOTE:	DATA DE FABRICAÇÃO:	DATA DE VALIDADE:
	NOME DO FABRICANTE:		
	ENDEREÇO DO FABRICANTE (Rua/Av, número, bairro):		
	CNPJ:	TELEFONE:	REGISTRO SIM/SIF/IMA:
	NOME DO LOCAL ONDE FOI ADQUIRIDO O PRODUTO:		
	ENDEREÇO (Rua/Av, número, bairro):		
INFORMAÇÕES SOBRE A DENÚNCIA	DESCRIÇÃO DO MOTIVO DA DENÚNCIA:		

Divinópolis, ____ de ____ de ____ Hora: ____

Responsável pelo recebimento da denúncia: _____

INFORMAÇÕES SOBRE APURAÇÃO DA DENÚNCIA	NÚMERO DO CADASTRO:	NÚMERO ALVARÁ SANITÁRIO/ DATA VALIDADE:
	DATA DA APURAÇÃO:	DENUNCIA PROCEDE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	RESUMO DA APURAÇÃO:	
	DOCUMENTAÇÃO LAVRADA:	
	FISCAIS RESPONSÁVEIS PELA APURAÇÃO (NOME/CARIMBO)	