



FORMULÁRIO DE DENÚNCIA DE MEDICAMENTOS, COSMÉTICOS, SANEANTES OU PRODUTOS PARA SAÚDE

DADOS DO DENUNCIANTE	NOME:		
	ENDEREÇO(Rua/Av, número, bairro):	E-MAIL:	TELEFONE:
	<input type="checkbox"/> CONSUMIDOR <input type="checkbox"/> PRÓFISSIONAL DE SAÚDE <input type="checkbox"/> OUTRO(especificar):	DENUNCIANTE FOI QUEM USOU O PRODUTO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
	- As denúncias são de caráter sigiloso. O denunciante pode escolher em não se identificar, porém, se não fornecer pelo menos um meio de comunicação (e-mail, telefone ou endereço), não será possível encaminhar as apurações da denúncia.		
DADOS SE OCORREU	NOME:		
	ENDEREÇO (Rua/Av, número, bairro):	E-MAIL:	TELEFONE:
DADOS DO PRODUTO DENUNCIADO	NOME DO PRODUTO:		MARCA:
	LOTE:	DATA DE FABRICAÇÃO:	DATA DE VALIDADE:
	FABRICANTE:		CNPJ:
	ENDEREÇO DO FABRICANTE (Rua/Av, número, bairro/ município):		TELEFONE:
	NOME DO LOCAL ONDE ADQUIRIU O PRODUTO:		
	ENDEREÇO DO LOCAL (Rua/Av, número, bairro/ município):		
	POSSUI NOTA FISCAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO – Caso seja sim, encaminhar cópia a VISA.		
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)	