ANEXO 2

	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL **SECRETARIA DA SAÚDE** _____ (IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR) _____ (IDENTIFICAR O SETOR)	**N.º ____/_____.**
	NOTIFICAÇÃO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME/RAZÃO SOCIAL:	
ENDEREÇO:	CEP:
MUNICÍPIO:	CNPJ ou CPF:
RAMO DE ATIVIDADE:	N.º ALVARÁ SANITÁRIO:

Em decorrência da _____*(citar o documento da ANVISA/VISA ESTADUAL)*, conforme cópia em anexo, fica a empresa acima qualificada **NOTIFICADA** de que _____, sob pena de vir a responder a um Processo Administrativo Sanitário, caso não cumpra tal determinação.

CIÊNCIA

_____, _____ de _____de _____.	Recebi a 1.ª via desta Notificação em _____/_____/_____.
_____ SERVIDOR	_____ NOTIFICADO
Nome: _____. Identificação funcional:_____.	Nome: _____. RG/CPF: _____.

QUANDO O NOTIFICADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:

_____ TESTEMUNHA

_____ TESTEMUNHA