GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO 1
AUTO DE INFRAÇÃO SANITÁRIA PARA O RITO SUMARÍSSIMO

	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL **SECRETARIA DA SAÚDE** _____ (IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR) **AUTO DE INFRAÇÃO SANITÁRIA**	N.º _____/____.

AUTUADO

NOME/RAZÃO SOCIAL:	
ENDEREÇO:	CEP:
MUNICÍPIO:	CNPJ ou CPF:
RAMO DE ATIVIDADE:	Nº ALVARÁ SANITÁRIO:

Ao(s) ___ dias do mês de _____ do ano de ___, às __ h e __ min, no exercício da fiscalização sanitária, no local _____ (identificar onde a infração foi verificada), constatei a(s) seguinte(s) irregularidade(s):

_____

_____

_____

_____

_____

_____, tendo havido infração, respectivamente, ao(s) seguinte(s) dispositivo(s) legal(is):_____

_____

_____. A(s) infração(ções) está(ão) tipificada(s) no Artigo 10, inciso (s)_____, da Lei Federal nº 6437/77**,** que prevê as seguintes penalidades:

_____

_____

____. Por estas razões, lavrei o presente Auto de Infração Sanitária em 2 (duas) vias, ficando o autuado notificado de que responderá pelo fato em processo administrativo sanitário e que, de acordo com o art. 22 da Lei Federal nº 6437/77, terá o prazo de 15 (quinze) dias a partir do recebimento deste, para, querendo, apresentar defesa e/ou impugnação a este Auto perante a _____ (*identificar o órgão emissor do auto de infração: DVS/CEVS ou CRS*) pelo e-mail _____ *(identificar o e-mail), em arquivo PDF, assinado pelo representante legal, ou impressa no(a)*_____ (*endereço completo do local em que deve ser entregue a defesa e/ou impugnação*).

CIÊNCIA

_____, _____ de _____de _____. _____ SERVIDOR AUTUANTE Nome: _____. Identidade Funcional:_____.	RECEBI A 1.ª VIA DESTE AUTO EM _____/_____/_____. _____ AUTUADO Nome: _____. RG/CPF: _____.

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

_____ TESTEMUNHA

_____ TESTEMUNHA