GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO 10
NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENA DE MULTA

	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL **SECRETARIA DA SAÚDE** _____ (IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR : DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR)	PROCESSO N.º
	NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENA DE MULTA	

IDENTIFICAÇÃO DO AUTUADO

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

Pela presente fica notificado da imposição da penalidade de multa no valor de R$_____, em razão do julgamento de procedência do Auto de Infração Sanitária n.º_____/_____, de_____de_____de_____, e que, de acordo com o art. 30 da Lei Federal nº 6437/77, terá um prazo de 15 (quinze) dias a partir do recebimento desta para, querendo, apresentar recurso 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 impresso no(a)*_____ (*endereço completo do local em que deve ser entregue o recurso*). A Multa aplicada sofrerá redução de 20% em caso de pagamento no prazo de 20 (vinte dias) contados do recebimento desta, o que implicará na desistência tácita do recurso, conforme art. 21 da Lei 6.437/77, devendo ser efetivado por meio de Guia de Arrecadação, a qual poderá ser obtida no "site" da Secretaria da Fazenda na Internet http://www.sefaz.rs.gov.br, seguindo os seguintes passos: 1- no canto superior esquerdo, na aba Serviços e Informações, clicar em "Buscar por Assunto", "Pagamento de Tributos (Guia de Arrecadação), "Pagamento de Taxas e Demais Receitas", "Emissão de Guia de Arrecadação - GA Taxas/demais Receitas por órgão Prestador de Serviço"; 2 - na opção Órgão do Estado, clicar em "Secretaria Estadual da Saúde", "Avançar"; 3 - na opção "Prestador do Serviço", clicar em "Fundo Estadual de Saúde", "Avançar"; 4 - na opção "Taxa de Serviço", clicar na opção "Multas Previstas na Legislação Sanitária - Fund Est Saúde", "Avançar"; 5- Preencher os dados solicitados. No campo "Referência", inserir o número do Processo Administrativo Sanitário. Clicar em "Avançar"; 6 - Gerar a guia de arrecadação e imprimir. A cópia da Guia de Arrecadação, devidamente quitada, deverá ser encaminhada ao endereço acima mencionado.

CIÊNCIA

_____, _____ de_____de _____. _____ ASSINATURA Nome: _____. Identidade Funcional:_____.	RECEBI A 1.ª VIA EM _____/_____/_____. _____ AUTUADO Nome: _____. RG/CPF: _____.

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

_____ TESTEMUNHA

_____ TESTEMUNHA