GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO 12

NOTIFICAÇÃO DE PARCIAL PROVIMENTO DO RECURSO

| | | |
|---|---|---|
| | **ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**<br>**SECRETARIA DA SAÚDE**<br>_____<br>(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR: DVS/CEVS OU CRS)<br>_____<br>(IDENTIFICAR O SETOR) | PROCESSO N.º |
| | **NOTIFICAÇÃO** | |

**IDENTIFICAÇÃO DO AUTUADO**

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

Pela presente fica notificado(a) de que foi parcialmente provido o recurso interposto da decisão que julgou o Auto de Infração Sanitária nº ____, de ___, de _____, de _____, e aplicada(s) a(s) penalidade(s) de _____ e que, de acordo com o art. 30, parágrafo único, da Lei Federal nº 6437/77, terá o prazo de 20 (vinte) dias contados 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*).

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