GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO 14
NOTIFICAÇÃO PARA PAGAMENTO DE MULTA APÓS DECISÃO FINAL

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

NOTIFICADO

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

Em cumprimento ao disposto no artigo 33, da Lei Federal n.º 6.437, de 20 de agosto de 1977, fica notificado(a) o infrator, acima qualificado(a) para, no prazo de 30 (trinta) dias a contar do recebimento desta, efetuar o pagamento da quantia de R$_____(_____), correspondente à MULTA imposta em decorrência de infração apurada em Processo Administrativo Sanitário, instaurado a partir da lavratura do Auto de Infração Sanitária n.º___/_____, de ____de _____de ____. O pagamento deverá ser efetuado 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 (*endereço completo do local-CRS ou DVS/CEVS*) no prazo de até 05 (cinco) dias após o pagamento. A não comprovação do pagamento da multa poderá implicar no seu encaminhamento para inscrição como débito em dívida ativa do Estado.

CIÊNCIA

_____, _____ DE _____DE _____. _____ ASSINATURA Nome: _____. Identidade Funcional:_____.	RECEBI A 1.ª VIA EM _____/_____/_____. _____ INFRATOR Nome: _____. RG/CPF: _____.

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

_____ TESTEMUNHA

_____ TESTEMUNHA