

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE UNIDADE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

AUTO DE INFRAÇÃO SANITÁRIA Nº _____/_____

Identificação do Autuado

Pessoa Física / Jurídica (fantasia/razão social)

CPF ou C.N.P.J.:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO/UF

CEP:

FONE:

REPRESENTANTE LEGAL:

R.G:

CPF nº

REPONSÁVEL TÉCNICO:

CR :

CPF nº

RAMO DE ATIVIDADE:

AUT.FUNC./MS

LICENÇA SANITÁRIA ESTADUAL

DATA DE VENC.

Ao(s) _____ dia(s) do mês de _____ do ano de _____, às _____ hora(s) na cidade/UF _____, eu/nós, Fiscal (is) da Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado do Piauí (DIVISA), no exercício da **FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA**, verifiquei (amos) que a empresa supracitada infringiu os seguintes dispositivos legais:

com a constatação da(s) seguinte(s) irregularidade(s):

todas tipificadas no art. 10, inciso(s) **Inciso XXIX** da Lei Federal nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, estando sujeita às seguintes penalidades

pelo que lavrei(amos) o presente **AUTO DE INFRAÇÃO SANITÁRIA**, em 03 (três) vias de igual teor e forma para um único efeito, devidamente assinado por mim/nós servidor(e)s autuante(s) e pelo autuado, na pessoa de seu

abaixo qualificado, que a tudo esteve presente.

Fica **NOTIFICADO** o autuado que responderá pelo fato em processo administrativo e que terá o prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de recebimento deste para querendo, apresentar Defesa ou Impugnação (escritas) a este Auto de Infração perante a Gerência de Controle de Estabelecimentos de Saúde /Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado do Piauí no endereço, Rua 19 de novembro nº 1865, Bairro Primavera, Teresina-PI, CEP: 64.002-585.

Autoridade autuante/matricula

autoridade autuante/matricula

Face à recusa do autuado de exarar o ciente no presente Auto de Infração Sanitária, eu/nós servidores autuante(s) solicitei (amos) as assinaturas das testemunhas abaixo qualificadas:

Nome da testemunha

RG. nº

nome da testemunha

RG. nº

Recebi a 2ª Via deste Auto de Infração Sanitária em ____/____/____ às _____

Identidade nº _____ Órg. Exp.: _____ Data exp. ____/____/____

CPF nº _____

Assinatura do responsável/representante legal