GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESAPI

DIRETORIA DE UNIDADE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - DIVISA

NOTIFICAÇÃO nº _____ /_____ _____/_____

Identificação do notificado(a)

PESSOA FÍSICA / JURÍDICA (FANTASIA/RAZÃO SOCIAL)_____

_____CPF ou CNPJ _____

ENDEREÇO_____

MUNICÍPIO/UF_____CEP.: _____FONE _____

REPRESENTANTE LEGAL _____R.G_____ CPF_____

RESPONSÁVEL TÉCNICO _____CR__:_____ CPF_____

RAMO DE ATIVIDADE:_____AUT. FUNC./MS_____ ___

LICENÇA SANITÁRIA ESTADUAL _____ DATA DE VENC._____

Pelo presente fica NOTIFICADA a Pessoa Física / Jurídica acima citada que dispõe do prazo de _____(dias-horas) para cumprir, face ao que dispõe _____ _____as seguintes exigências_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

sob pena de serem adotadas as medidas legais aplicáveis à espécie, notadamente as previstas na Lei nº 6.437/1977.

_____ autoridade autuante/matrícula

_____ autoridade autuante/matrícula

_____ nome da testemunha _____ RG. nº

_____ nome da testemunha _____ RG. nº

_____ assinatura da testemunha _____ CPF

_____ assinatura da testemunha _____ CPF

Recebi a 2ª Via desta Notificação em ____/_____/_____ às _____.

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

CPF nº _____

_____ assinatura do responsável/representante legal

MODELO