


ANEXO VI
NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE
NOTIFICAÇÃO DA PRIMEIRA DECISÃO


	PARCIAL PROCEDÊNCIA DO AI ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE	PROCESSO -20.00/___
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS) (IDENTIFICAR O SETOR)	
NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE		

PENALIDADE(S) IMPOSTA(S)	
<input type="checkbox"/> ADVERTÊNCIA	<input type="checkbox"/> INTERDIÇÃO TOTAL DO ESTABELECIMENTO
<input type="checkbox"/> APREENSÃO DE PRODUTO	<input type="checkbox"/> PROIBIÇÃO DE PROPAGANDA
<input type="checkbox"/> INUTILIZAÇÃO DE PRODUTO	<input type="checkbox"/> CANCELAMENTO DO ALVARÁ SANITÁRIO
<input type="checkbox"/> SUSPENSÃO DE VENDA E/OU FABRICAÇÃO DE PRODUTO	<input type="checkbox"/> INTERVENÇÃO
<input type="checkbox"/> CANCELAMENTO DE REGISTRO DE PRODUTO	<input type="checkbox"/> IMPOSIÇÃO DE MENSAGEM RETIFICADORA
<input type="checkbox"/> INTERDIÇÃO PARCIAL DO ESTABELECIMENTO	<input type="checkbox"/> SUSPENSÃO DE PROPAGANDA E PUBLICIDADE

Pela presente fica notificado(a) _____, CPF/CNPJ _____, situada na _____, CEP _____, no município de _____, da imposição da(s) penalidade(s) acima assinalada(s), em razão do julgamento de parcial procedência do Auto de Infração Sanitária n.º _____/_____, de _____ de _____ de _____, pelo(s) fato(s) 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), localizada na (endereço completo do local em que deve ser entregue a defesa ou impugnação).

CIÊNCIA	
_____, _____ de _____ de _____	RECEBI A 1.ª VIA DESTE AUTO EM ____/____/____
ASSINATURA _____	AUTUADO _____
Nome: _____	Nome: _____
Identidade Funcional: _____	RG/CPF: _____
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:	
TESTEMUNHA _____	TESTEMUNHA _____

ANEXO VII
NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENA DE MULTA
NOTIFICAÇÃO DA PRIMEIRA DECISÃO


	PROCEDÊNCIA DO AI ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE	PROCESSO N.º -20.00/___
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS) (IDENTIFICAR O SETOR)	
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), localizada na (endereço completo do local em que deve ser entregue a defesa ou impugnação). 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 mediante depósito em qualquer agência bancária do Banrisul, Conta nº 02.523147.01, Agência 0597- FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, cuja cópia devidamente quitada, deverá ser encaminhada ao endereço acima mencionado.

CIÊNCIA	
_____, _____ de _____ de _____	RECEBI A 1.ª VIA DESTE AUTO EM ____/____/____
ASSINATURA _____	AUTUADO _____
Nome: _____	Nome: _____
Identidade Funcional: _____	RG/CPF: _____
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:	
TESTEMUNHA _____	TESTEMUNHA _____

ANEXO VIII
NOTIFICAÇÃO DE DECISÃO DO PRIMEIRO RECURSO


	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE	PROCESSO N.º ____20.00/___
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS) (IDENTIFICAR O SETOR)	
NOTIFICAÇÃO		

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

Pela presente fica notificado(a) de que foi desprovido o recurso interposto da decisão que julgou o Auto de Infração Sanitária n.º _____, de _____, tendo sido mantida(s) a(s) penalidade(s) de _____ e que, de acordo com o art. 30, parágrafo único, da Lei Federal nº 6437/77, terá o dias contados do recebimento desta para, querendo, apresentar recurso perante a (identificar o órgão emissor do auto de infração: DVS/CEVS ou CRS) (endereço completo do local em que deve ser entregue a defesa ou impugnação).

CIÊNCIA	
_____, _____ de _____ de _____	RECEBI A 1.ª VIA DESTE AUTO EM ____/____/____
ASSINATURA _____	AUTUADO _____
Nome: _____	Nome: _____
Identidade Funcional: _____	RG/CPF: _____
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:	
TESTEMUNHA _____	TESTEMUNHA _____

ANEXO IX
NOTIFICAÇÃO DE DECISÃO FINAL

	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE	PROCESSO N.º ____-20.00/___
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS) (IDENTIFICAR O SETOR)	
NOTIFICAÇÃO		


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

Em decorrência de infração apurada em Processo Administrativo Sanitário instaurado mediante Auto de Infração Sanitária n.º _____/_____, de _____ do ano de _____, fica o infrator, acima qualificado(a) **NOTIFICADO(A)**, a partir do recebimento desta, da imposição da(s) pena(s) _____, como decisão final irrecorrível da Autoridade Sanitária, nos termos do art. 37, da Lei 6437/77.

CIÊNCIA	
_____, _____ de _____ de _____	RECEBI A 1.ª VIA DESTE AUTO EM ____/____/____
ASSINATURA _____	AUTUADO _____
Nome: _____	Nome: _____
Identidade Funcional: _____	RG/CPF: _____
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:	
TESTEMUNHA _____	TESTEMUNHA _____

ANEXO X

NOTIFICAÇÃO PARA PAGAMENTO DE MULTA
DECISÃO FINAL

	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE	PROCESSO N.º ____20.00/___
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS) (IDENTIFICAR O SETOR)	
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 nº 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 em qualquer Agência Bancária do BANRISUL, Conta nº 02523147.01, Agência 0597 - FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, cuja cópia devidamente quitada, deverá ser encaminhada (identificar o órgão emissor do auto de infração: DVS/CEVS ou CRS), localizada na (endereço completo do local em que deve ser entregue a defesa ou impugnação) 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 _____	RECEBI A 1.ª VIA DESTE AUTO EM ____/____/____
ASSINATURA _____	AUTUADO _____
Nome: _____	Nome: _____
Identidade Funcional: _____	RG/CPF: _____
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:	
TESTEMUNHA _____	TESTEMUNHA _____

