



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO GRANDE DO SUL**  
SECRETARIA DA SAÚDE

**PORTARIA Nº 706/2010**

(Revogada pela Portaria SES Nº 50/2017)

(Revogada pela Portaria SES Nº 1.235/2022)

~~Altera e substitui os anexos das Portarias 15/2002 e 17/2003, da SES/RS.~~

~~**A SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**, no uso de suas atribuições legais conferidas pela Constituição Estadual e pela Lei Federal nº 8.080/90,~~

~~Considerando que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, estando sujeitos à regulamentação, fiscalização e controle pelo Poder Público, nos termos do art. 197, da Constituição Federal;~~

~~Considerando a competência atribuída à direção estadual do Sistema Único de Saúde, através da Lei Federal n.º 8.080/90, para o estabelecimento de normas para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;~~

~~Considerando a Lei Estadual n.º 6.503, de 22 de dezembro de 1972, e o Decreto Estadual n.º 23.430, de 24 de outubro de 1974,~~

~~Considerando a necessidade de atualizar os modelos de autos, de termos e de notificações correspondentes aos atos de competência legal da Vigilância Sanitária de que tratam a Lei Federal n.º 6.437/77,~~

**RESOLVE:**

~~**Art. 1.º** – Alterar e substituir, na forma dos anexos desta Portaria, os anexos das Portarias 15/2002 e 17/2003.~~

~~**Art. 2.º** - Estabelecer o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data de publicação desta Portaria, para que os órgãos de Vigilância Sanitária integrantes da Secretaria Estadual da Saúde adotem os modelos de Autos, de Termos e de Notificações em anexo.~~

~~**Parágrafo único** – As despesas decorrentes da adoção dos modelos instituídos por esta Portaria correrão por conta dos recursos próprios da Vigilância Sanitária.~~

~~**Art. 3.º** - Findo o prazo estabelecido no artigo anterior, os atos realizados pelas autoridades sanitárias que não obedecerem aos modelos instituídos por esta Portaria poderão ser considerados nulos, não gerando efeitos no âmbito administrativo.~~

~~**Art. 4.º** - Esta Portaria entrará em vigor na data da sua publicação.~~

~~**Art. 5.º** – Revogam-se as disposições em contrário, especialmente o disposto nas Portarias 15/2002 e 17/2003.~~

~~Porto Alegre, \_\_\_\_\_ 2010.~~

ARITA BERGMANN  
Secretária de Estado da Saúde

ANEXO I  
 AUTO DE INFRAÇÃO SANITÁRIA  
 RITO SUMARÍSSIMO

QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:		
	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL</b> <b>SECRETARIA DA SAÚDE</b>	N.º ____/____.
	_____ (IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR)	
<b>AUTO DE INFRAÇÃO SANITÁRIA</b>		

**AUTUADO**

NOME/RAZÃO SOCIAL:	
ENDEREÇO:	CEP:
MUNICÍPIO:	CNPJ ou CPF:
RAMO DE ATIVIDADE:	Nº ALVARÁ SANITÁRIO:

Ao(s) \_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ do ano de \_\_, às \_\_ hs. e \_\_ min., no exercício da fiscalização sanitária, ao inspecionar \_\_\_\_\_, no local (*somente preencher quando a infração se limitar a área específica do estabelecimento*), constatei a(s) seguinte(s) irregularidade(s):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

tendo havido infração, respectivamente, ao(s) seguinte(s) dispositivo(s) legal(is): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A(s) infração(ões) está(ão) tipificada(s) no Artigo 10, \_\_\_\_\_, da Lei Federal nº 6437/77, que prevê as seguintes penalidades:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por estas razões, lavrei o presente Auto de Infração Sanitária em 3 (três) vias, ficando o autuado notificado de que responderá pelo fato em processo administrativo sanitário e que, de acordo com o art. 22 da Lei Federal nº 6437/77, terá o prazo de 15 (quinze) dias a partir do recebimento deste, para, querendo, apresentar defesa ou impugnação a este Auto perante a (*identificar o órgão emissor do auto de infração: DVS/CEVS ou CRS*), localizado(a) no(a) (*endereço completo do local em que deve ser entregue a defesa ou impugnação*):

**CIÊNCIA**

_____, _____ de _____ de _____  _____ SERVIDOR AUTUANTE  Nome: _____ Identidade Funcional: _____	RECEBI A 1.ª VIA DESTE AUTO EM ____/____/____  _____ AUTUADO  Nome: _____ RG/CPF: _____
--	---

_____ TESTEMUNHA	_____ TESTEMUNHA
---------------------	---------------------

ANEXO II  
 AUTO DE INFRAÇÃO SANITÁRIA  
 RITO DA ANÁLISE FISCAL

	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL</b> <b>SECRETARIA DA SAÚDE</b>	N.º ____/____/____.
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR) _____	
<b>AUTO DE INFRAÇÃO SANITÁRIA</b> <b>ANÁLISE FISCAL</b>		

AUTUADO	
NOME/RAZÃO SOCIAL: _____	
ENDEREÇO: _____	CEP: _____
MUNICÍPIO: _____	CNPJ ou CPF: _____
RAMO DE ATIVIDADE: _____	Nº ALVARÁ SANITÁRIO: _____

Ao(s) \_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_, às \_\_\_\_ hs. e \_\_\_\_ min., no exercício da fiscalização sanitária, com a finalidade de apurar a(s) seguinte(s) irregularidade(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

tendo havido infração, respectivamente, ao(s) seguinte(s) dispositivo(s) legal(is): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A(s) infração(ões) está(ão) tipificada(s) no Artigo 10, IV, da Lei Federal nº 6437/77, que prevê as seguintes penalidades: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por estas razões, lavrei o presente Auto de Infração Sanitária em 3 (três) vias, ficando o autuado notificado de que responderá pelo fato em processo administrativo sanitário e que, de acordo com o art. 34 e/parágrafo único do art. 30, da Lei Federal n.º 6.437/77, terá o prazo de 20 (vinte) dias a contar da notificação do resultado do laudo de análise fiscal, para, querendo, apresentar defesa ou impugnação a este Auto, em separado ou juntamente com o pedido de contraprova, perante a (identificar o órgão emissor do auto de infração: DVS/CEVS ou CRS), localizado (a) no(a) (endereço completo do local em que deve ser entregue a defesa ou impugnação): \_\_\_\_\_

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

ANEXO III  
TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE ESTABELECIMENTO

	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL</b> <b>SECRETARIA DA SAÚDE</b>	N.º _____/_____.
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR)	
<b>TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE ESTABELECIMENTO</b> <b>SOB VIGILÂNCIA SANITÁRIA</b>		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
NOME/RAZÃO SOCIAL:	
ENDEREÇO:	CEP:
MUNICÍPIO:	-CNPJ ou CPF:
RAMO DE ATIVIDADE:	Nº ALVARÁ SANITÁRIO:

Ao(s) \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ hs. e \_\_\_\_\_ min., no exercício da fiscalização sanitária, com fundamento no art. 23, § 4º, da Lei Federal n.º 6.437/77, interditei cautelarmente, pelo prazo máximo de 90 (noventa) dias, o(a) \_\_\_\_\_ para a finalidade de suspensão de(a) \_\_\_\_\_ pelas(s) seguinte(s) irregularidades(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

tendo havido infração, respectivamente, ao(s) seguinte(s) dispositivo(s) legal(is): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

conforme Auto de Infração Sanitária nº \_\_\_\_/\_\_\_\_. Sem prejuízo das sanções de natureza civil ou penal cabíveis, o descumprimento desta interdição cautelar poderá acarretar responsabilização no âmbito administrativo.

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

ANEXO IV (FRENTE)  
TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS

	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL</b> <b>SECRETARIA DA SAÚDE</b>	N.º: _____ / _____.
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS)	
	(IDENTIFICAR O SETOR)	
<b>TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS</b>		

**IDENTIFICAÇÃO DO DETENTOR DO PRODUTO**

NOME/RAZÃO SOCIAL:	
ENDEREÇO:	CEP:
MUNICÍPIO:	- CNPJ ou CPE:
RAMO DE ATIVIDADE:	Nº ALVARÁ SANITÁRIO:

Ao(s) \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ h. e \_\_\_\_\_ min., no exercício de fiscalização sanitária, com fundamento no art. 23, § 4º da Lei Federal nº 6.437/77, interditei cautelarmente, pelo prazo máximo de 90 (noventa) dias, o(s) produto(s) identificado(s) pelo(s) número(s) de lote, data de fabricação e prazo de validade, conforme a seguir e/ou no verso do presente

Termo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ pela(s) seguinte(s)  
 irregularidades(s): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

tendo havido infração, respectivamente, ao(s) seguinte(s) dispositivo(s) legal(is): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

conforme Auto de Infração Sanitária nº \_\_\_\_/\_\_\_\_. O(s) produto(s) interditado(s) fica(m) em poder de \_\_\_\_\_, situado na \_\_\_\_\_, que se compromete a não vender, remover, dar ao consumo, desviar ou substituir, até ulterior deliberação da autoridade sanitária competente desta Secretaria, constituindo-se em seu fiel depositário, para todos os efeitos da Lei Civil e ficando bem ciente que deverá apresentar o(s) aludido(s) produto(s), quando solicitado, sob pena de responsabilização no âmbito administrativo.

**CIÊNCIA**

SERVIDOR	DETENTOR	DEPOSITÁRIO
Nome: _____	Nome: _____	Nome: _____
Identidade Funcional: _____	RG/CPF: _____	RG/CPF: _____

QUANDO O DETENTOR OU O DEPOSITÁRIO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA



ANEXO V  
 NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE  
 NOTIFICAÇÃO DA PRIMEIRA DECISÃO/PROCEDÊNCIA DO AI

	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL</b> <b>SECRETARIA DA SAÚDE</b>	PROCESSO N.º _____20.00/____.
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR) _____	
	<b>NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE</b>	

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 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)*.

CIÊNCIA	
_____, de _____ de _____ _____ ASSINATURA Nome: _____ Identidade Funcional: _____	RECEBI A 1.ª VIA DESTE AUTO EM _____/_____/_____ _____ AUTUADO Nome: _____ RG/CPF: _____
QUANDO O AUTUADO RECUSAR SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO: _____ TESTEMUNHA <span style="float: right;">TESTEMUNHA</span>	

ANEXO VI  
 NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE  
 NOTIFICAÇÃO DA PRIMEIRA DECISÃO  
 PARCIAL PROCEDÊNCIA DO AI

	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL</b> <b>SECRETARIA DA SAÚDE</b>	<b>PROCESSO</b>  _____ 20.00/____
	_____ (IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS)	
	_____ (IDENTIFICAR O SETOR)	
<b>NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE</b>		

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 _____  _____ ASSINATURA Nome: _____ Identidade Funcional: _____	RECEBI A 1.ª VIA DESTE AUTO EM _____/_____/_____  _____ AUTUADO Nome: _____ 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

	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL</b> <b>SECRETARIA DA SAÚDE</b>	PROCESSO N.º  _____ 20.00/ _____.
	_____ (IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR)	
	<b>NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENA DE MULTA</b>	

<b>IDENTIFICAÇÃO DO AUTUADO</b>	
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.

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

ANEXO VIII  
NOTIFICAÇÃO DE DECISÃO DO PRIMEIRO RECURSO

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

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 \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ tendo sido mantida(s) a(s) penalidade(s) de \_\_\_\_\_ e que, de acordo com o art. 30, parágrafo único, da Lei Federal n.º 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 _____  _____ ASSINATURA	RECEBI A 1.ª VIA DESTE AUTO EM _____/_____/_____  _____ AUTUADO
Nome: _____ Identidade Funcional: _____	Nome: _____ 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



(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS)

(IDENTIFICAR O SETOR)

PROCESSO N.º

\_\_\_\_\_20.00/\_\_\_\_.

**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) pe \_\_\_\_\_, como decisão final irrecorrível da Autoridade Sanitária, nos termos do art. 37, da Lei 6437/77.

**CIÊNCIA**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

ASSINATURA

Nome: \_\_\_\_\_.

Identidade Funcional: \_\_\_\_\_.

RECEBI A 1.ª VIA DESTE AUTO EM \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

AUTUADO

Nome: \_\_\_\_\_.

RG/CPF: \_\_\_\_\_.

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

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

ANEXO X  
NOTIFICAÇÃO PARA PAGAMENTO DE MULTA  
DECISÃO FINAL

	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL</b> <b>SECRETARIA DA SAÚDE</b>	PROCESSO N.º  _____20.00/____.
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS)  (IDENTIFICAR O SETOR)	
<b>NOTIFICAÇÃO PARA PAGAMENTO DE MULTA</b>		

<b>NOTIFICADO</b>	
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 em qualquer Agência Bancária do BANRISUL, Conta n.º 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.

<b>CIÊNCIA</b>	
_____, ____ DE _____ DE _____  _____ ASSINATURA  Nome: _____ Identidade Funcional: _____	RECEBI A 1.ª VIA DESTE AUTO EM ____/____/_____  _____ AUTUADO  Nome: _____ RG/CPF: _____

QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:	
_____ TESTEMUNHA	_____ TESTEMUNHA

ANEXO XI  
TERMO DE COLETA DE AMOSTRAS

	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL</b> <b>SECRETARIA DA SAÚDE</b>	N.º ____/____.
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR) _____ <b>TERMO DE COLETA DE AMOSTRAS</b>	

**CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

PRODUTO:		MARCA:
FABRICANTE/PRODUTOR/EMBALADOR/IMPORTADOR:		CNPJ/CPF
ENDEREÇO:		CEP:
MUNICÍPIO:		
N.º REGISTRO NO ÓRGÃO COMPETENTE:		LOTE:
DATA DA COLHEITA:	HORA DA COLHEITA:	AMOSTRAS (N.º TOTAL DE UNIDADES):
PESO/VOLUME UNITÁRIO:	DATA DE FABRICAÇÃO:	DATA DE VALIDADE:
LACRE PROVA:	LACRE CONTRAPROVA:	LACRE TESTEMUNHO:
COLETA ACOMPANHADA DE INTERDIÇÃO CAUTELAR: ( ) SIM ( ) NÃO		
OBSERVAÇÕES: (IDENTIFICAR O MOTIVO DA COLETA E AS CONDIÇÕES DA AMOSTRA, SE NECESSÁRIO)		

**DETENTOR DO PRODUTO AMOSTRADO**

NOME/RAZÃO SOCIAL:	CPF/CNPJ:
ENDEREÇO:	CEP:
REPRESENTANTE LEGAL:	RG/CPF:
MUNICÍPIO:	

**MODALIDADE DE ANÁLISE:**

**ANÁLISES SOLICITADAS:**

( ) FISCAL	( ) FÍSICO-QUÍMICA	( ) ROTULAGEM
( ) CONTROLE	( ) MICROBIOLÓGICA	( ) SENSORIAL
( ) ORIENTAÇÃO	( ) MICROSCÓPICA	( ) TOXICOLÓGICA
( ) OUTRA(S): _____.	( ) QUÍMICA	( ) OUTRAS:

EM CASO DE COLETA DE AMOSTRAS PARA FINS DE ANÁLISE FISCAL: O DETENTOR DO PRODUTO DECLARA QUE DE ACORDO COM O ART. 27, DA LEI FEDERAL N.º 6.437/77, RECEBEU UMA DAS AMOSTRAS COLHIDAS EM TRIPLICATA DO(S) PRODUTO(S) ESPECIFICADO(S) PARA FINS DE POSSÍVEL CONTRAPROVA, OBRIGANDO-SE A MANTÊ-LA E CONSERVÁ-LA ADEQUADAMENTE, CONFORME RECOMENDADO.

_____ AUTORIDADE SANITÁRIA Nome: _____ Identidade Funcional: _____	_____ DETENTOR DO PRODUTO Nome: _____ RG/CPF: _____	QUANDO O DETENTOR RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO: _____ TESTEMUNHA _____ TESTEMUNHA
---	--	---

RECEBI A(S) AMOSTRA(S) DESCRITA(S) ACOMPANHADA(S) DESTES TERMOS DE COLHEITA DE AMOSTRAS, ÀS \_\_\_\_\_, NA DATA DE \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOME, ASSINATURA E MATRÍCULA DO RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO IPB/LACEN

**ANEXO XII**  
**TERMO DE DESINTERDIÇÃO DE ESTABELECIMENTO**  
**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**  
**SECRETARIA DA SAÚDE**

	_____ (IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS)	PROCESSO N.º _____20.00/_____.
	_____ (IDENTIFICAR O SETOR)	
<p align="center"><b>TERMO VINCULADO DE DESINTERDIÇÃO                  DE ESTABELECIMENTOS SOB VIGILÂNCIA SANITÁRIA</b></p>		

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

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

Ao(s) \_\_\_ dia(s) do mês de \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_, às \_\_\_ h. e \_\_\_ min., desinterditei o/a \_\_\_\_\_, interditado(a) na data de \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, através do Termo de Interdição Cautelar n.º \_\_\_/\_\_\_\_\_, em razão de ter(em) sido sanada(s) a(s) irregularidade(s) apontada(s) no Auto de Infração Sanitária n.º \_\_\_/\_\_\_\_\_, datado de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Para constar, lavrei o presente Termo em 3 (três) vias de igual teor e para um único efeito, que vão assinadas por mim e pelo representante legal do estabelecimento.

**CIÊNCIA**

_____, _____ de _____ de _____ _____ ASSINATURA	RECEBI A 1.ª VIA DESTA AUTO EM _____/_____/_____ _____ AUTUADO
Nome: _____ Identidade Funcional: _____	Nome: _____ RG/CPF: _____

QUANDO O AUTUADO RECUSAR SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:

_____ TESTEMUNHA	_____ TESTEMUNHA
---------------------	---------------------



