



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

**REPUBLICAÇÃO \***

**PORTARIA Nº 50/2017**

Aprova os modelos de documentos a serem utilizados pela Vigilância Sanitária no exercício da fiscalização e nos processos administrativos sanitários.

O SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, no uso de suas atribuições legais conferidas pela Constituição Estadual e pela Lei Federal nº 8.080/90,

Considerando a competência atribuída à direção estadual do Sistema Único de Saúde por meio da Lei Federal nº 8.080/90 para estabelecer normas para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

Considerando a Lei Estadual nº 6.503, de 22 de dezembro de 1972, e o Decreto Estadual nº 23.430, de 24 de outubro de 1974;

Considerando a Lei Federal nº 6.437, de 20 de agosto de 1977;

Considerando a necessidade de atualizar os modelos de autos, de termos e de notificações utilizados pela Vigilância Sanitária no exercício da fiscalização e nos processos administrativos sanitários,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar, na forma dos anexos desta Portaria, os modelos de autos, de termos e de notificações que devem ser utilizados pela Vigilância Sanitária no exercício da fiscalização e nos processos administrativos sanitários.

Art. 2º Estabelecer o prazo de 90 (noventa) dias, a contar da data de publicação desta Portaria, para que os órgãos integrantes desta Secretaria adotem os modelos dos anexos a esta Portaria.

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

Art. 4º As despesas decorrentes da adoção dos modelos instituídos por esta Portaria correrão por conta dos recursos próprios da Vigilância Sanitária.

Art. 5º Esta Portaria entrará em vigor na data da sua publicação.

Art. 6º Revogam-se as disposições em contrário, em especial a Portaria

706/2010.

Porto Alegre, 18 de janeiro de 2017.

JOÃO GABBARDO DOS REIS  
Secretário de Estado da Saúde

**(\*) Republicada por ter saído, no D.O.E, de 23 de janeiro de 2017, páginas 46 a 51, com incorreção no original.**





GOVERNO DO ESTADO  
**RIO GRANDE DO SUL**

SECRETARIA DA SAÚDE  
ANEXO 2

AUTO DE INFRAÇÃO SANITÁRIA PARA O RITO DA ANÁLISE FISCAL

	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL 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 ANÁLISE FISCAL</b>		
<b>AUTUADO</b>		
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 __ h 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: advertência, apreensão e inutilização, interdição, cancelamento do registro e/ou multa. Por estas razões, lavrei o presente Auto de Infração Sanitária em 2 (duas) vias, ficando o autuado notificado de que responderá pelo fato em processo administrativo sanitário e que, de acordo com o art. 34 c/c 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 e/ou impugnação a este Auto, em separado ou juntamente com o pedido de contraprova, perante a _____ ( <i>identificar o órgão emissor do auto de infração: DVS/CEVS ou CRS</i> ) pelo e-mail _____ ( <i>identificar o e-mail</i> ), em arquivo PDF, assinado pelo representante legal, ou impressa no(a) _____ ( <i>endereço completo do local em que deve ser entregue a defesa e/ou impugnação</i> ).		
<b>CIÊNCIA</b>		
_____, ____ 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



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

	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE</b>	N.º ____/____.
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR) _____	
<b>TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE ESTABELECIMENTO SOB VIGILÂNCIA SANITÁRIA</b>		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO</b>		
NOME/RAZÃO SOCIAL: _____		
ENDEREÇO: _____		CEP: _____
MUNICÍPIO: _____	CNPJ ou CPF: _____	
RAMO DE ATIVIDADE: _____	Nº ALVARÁ SANITÁRIO: _____	
<p>Ao(s) ____ dias do mês de _____ do ano de ____, às __ h 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): _____</p> <p>_____ tendo havido infração, respectivamente, ao(s) seguinte(s) dispositivo(s) legal(is): _____</p> <p>_____, 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.</p>		
<b>CIÊNCIA</b>		
_____, ____ de _____ de _____. _____ SERVIDOR AUTUANTE Nome: _____ Identidade _____ Funcional: _____	RECEBI A 1.ª VIA EM ____/____/_____. _____ AUTUADO Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:		
_____ TESTEMUNHA	_____ TESTEMUNHA	



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

ANEXO 4  
TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS  
FRENTE

	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE</b>		N.º: ____/____.
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR: DVS/CEVS OU CRS)		
	(IDENTIFICAR O SETOR)		
<b>TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS</b>			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO DETENTOR</b>			
NOME/RAZÃO SOCIAL:			
ENDEREÇO:		CEP:	
MUNICÍPIO:	CNPJ ou CPF:		
RAMO DE ATIVIDADE:	Nº ALVARÁ SANITÁRIO:		
<p>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) e/ou substância(s) identificado(s) pelo(s) número(s) de lote, data de fabricação e/ou prazo de validade, conforme a seguir e/ou no verso do presente</p> <p>Termo: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ pela(s) _____ seguinte(s)</p> <p>irregularidades(s): _____</p> <p>_____</p> <p>_____ tendo havido infração, respectivamente, ao(s) seguinte(s) dispositivo(s) legal(is): _____</p> <p>_____</p> <p>conforme Auto de Infração Sanitária nº ____/____. O(s) produto(s) e/ou substância(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) e/ou substância(s), quando solicitado, sob pena de responsabilização no âmbito administrativo.</p>			
<b>CIÊNCIA</b>			
_____ SERVIDOR AUTUANTE	_____ 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	_____ TESTEMUNHA	



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



**GOVERNO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO SUL**

SECRETARIA DA SAÚDE

**TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS  
VERSO**

O rol abaixo integra o histórico do presente Termo de Interdição Cautelar de Produtos e/ou Substâncias N° \_\_\_\_/\_\_\_\_, para todos os efeitos legais.

RUBRICAS		
_____ SERVIDOR AUTUANTE	_____ DETENTOR	_____ DEPOSITÁRIO
QUANDO O DETENTOR OU O DEPOSITÁRIO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:		
_____ TESTEMUNHA		_____ TESTEMUNHA



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

ANEXO 5  
TERMO VINCULADO DE DESINTERDIÇÃO  
DE ESTABELECIMENTOS SOB VIGILÂNCIA SANITÁRIA

	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE</b>	PROCESSO N.º
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR: DVS/CEVS OU CRS)  (IDENTIFICAR O SETOR)	
<b>TERMO VINCULADO DE DESINTERDIÇÃO DE ESTABELECIMENTOS SOB VIGILÂNCIA SANITÁRIA</b>		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO</b>		
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 de Estabelecimento sob Vigilância Sanitária n.º ____/____, em razão de ter(em) sido sanada(s) a (s) seguintes irregularidade(s) _____ _____ _____ _____ _____ _____. Para constar, lavrei o presente Termo em 2 (duas) vias de igual teor e para um único efeito, que vão assinadas por mim e pelo representante legal do estabelecimento.		
CIÊNCIA		
_____, ____ de _____ de _____.  SERVIDOR AUTUANTE	RECEBI A 1.ª VIA EM ____/____/_____.  AUTUADO	
Nome: _____ Identidade Funcional: _____	Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:		
_____ TESTEMUNHA	_____ TESTEMUNHA	






**GOVERNO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO SUL**

SECRETARIA DA SAÚDE  
ANEXO 6

**TERMO VINCULADO DE DESINTERDIÇÃO DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS  
FRENTE**

	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE</b> _____ (IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR)	PROCESSO N.º
	<b>TERMO VINCULADO DE DESINTERDIÇÃO DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS</b>	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL</b>		
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(s) produto(s) e/ou substância(s) identificado(s) pelo(s) número(s) de lote, data de fabricação e/ou prazo de validade, conforme a seguir e/ou no verso do presente Termo: _____ _____ _____ _____ _____, interditado(a) na data de __ de _____ de _____, através do Termo de Interdição Cautelar de Produtos e/ou Substâncias n.º ____/____, em razão de ter(em) sido sanada(s) a(s) seguintes irregularidade(s) _____ _____ _____. Para constar, lavrei o presente Termo em 2 (duas) vias de igual teor e para um único efeito, que vão assinadas por mim e pelo representante legal do estabelecimento.		
<b>CIÊNCIA</b>		
_____, ____ de _____ de _____. _____ SERVIDOR AUTUANTE Nome: _____ Identidade Funcional: _____	RECEBI A 1.ª VIA EM ____/____/_____. _____ RESPONSÁVEL Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O RESPONSÁVEL RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:		
_____ TESTEMUNHA	_____ TESTEMUNHA	









GOVERNO DO ESTADO  
**RIO GRANDE DO SUL**

SECRETARIA DA SAÚDE  
ANEXO 8

NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE  
PROCEDÊNCIA DA AUTUAÇÃO

	<p><b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL</b> <b>SECRETARIA DA SAÚDE</b> <b>DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA</b></p> <p>_____ (IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR: DVS/CEVS OU CRS)</p> <p>_____ (IDENTIFICAR O SETOR)</p>	PROCESSO N.º
	<p><b>NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE</b></p>	
<p><b>PENALIDADE(S) IMPOSTA(S)</b></p>		
<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 (INDICAR ÁREA/LOCAL/SETOR)	<input type="checkbox"/> SUSPENSÃO DE PROPAGANDA E PUBLICIDADE	
<p>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) pelo e-mail _____ (identificar o e-mail), em arquivo PDF, assinado pelo representante legal, ou impresso no(a) _____ (endereço completo do local em que deve ser entregue o recurso).</p>		
<p>CIÊNCIA</p>		
<p>_____, ____ de _____ de _____.</p> <p>_____ ASSINATURA</p> <p>Nome: _____</p> <p>Identidade _____</p> <p>Funcional: _____</p>	<p>RECEBI A 1.ª VIA EM ____/____/____.</p> <p>_____ AUTUADO</p> <p>Nome: _____</p> <p>RG/CPF: _____</p>	
<p>QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:</p> <p>_____ TESTEMUNHA</p> <p>_____ TESTEMUNHA</p>		



**GOVERNO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO SUL**

SECRETARIA DA SAÚDE  
ANEXO 9

**NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE  
PARCIAL PROCEDÊNCIA DO AUTO DE INFRAÇÃO**

	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA</b>	PROCESSO N.º
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR: DVS/CEVS OU CRS)	
	(IDENTIFICAR O SETOR)	
<b>NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE</b>		
<b>PENALIDADE(S) IMPOSTA(S)</b>		
<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 (INDICAR A ÁREA/LOCAL/SETOR)	<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) pelo e-mail _____ (identificar o e-mail), em arquivo PDF, assinado pelo representante legal, ou impresso no(a) _____ (endereço completo do local em que deve ser entregue o recurso).		
<b>CIÊNCIA</b>		
_____, _____ de _____ de _____. _____ ASSINATURA Nome: _____ Identidade Funcional: _____	RECEBI A 1.ª VIA EM _____/_____/_____. _____ AUTUADO Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:		
_____ TESTEMUNHA	_____ TESTEMUNHA	



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

ANEXO 10  
NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENA DE MULTA

	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE</b> _____ (IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR : DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR)	PROCESSO N.º
	<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:	
<p>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 <i>(identificar o órgão emissor do auto de infração: DVS/CEVS ou CRS)</i> pelo e-mail _____ <i>(identificar o e-mail)</i>, em arquivo PDF, assinado pelo representante legal, ou impresso no(a) _____ <i>(endereço completo do local em que deve ser entregue o recurso)</i>. 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 por meio de Guia de Arrecadação, a qual poderá ser obtida no "site" da Secretaria da Fazenda na Internet <a href="http://www.sefaz.rs.gov.br">http://www.sefaz.rs.gov.br</a>, 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 ao endereço acima mencionado.</p>		
CIÊNCIA		
_____, ____ de _____ de _____. _____ ASSINATURA	RECEBI A 1.ª VIA EM ____ / ____ / ____.	_____ AUTUADO
Nome: _____ Identidade Funcional: _____	Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:		
_____ TESTEMUNHA		_____ TESTEMUNHA



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

ANEXO 11  
NOTIFICAÇÃO DE DESPROVIMENTO DE RECURSO

	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE</b>	PROCESSO N.º
	_____ (IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR)	
<b>NOTIFICAÇÃO</b>		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO AUTUADO</b>		
NOME/RAZÃO SOCIAL:		
ENDEREÇO:		CEP:
MUNICÍPIO:	CNPJ ou CPF:	
RAMO DE ATIVIDADE:	N.º ALVARÁ SANITÁRIO:	
<p>Pela presente fica notificado(a) de que foi desprovido o recurso interposto da decisão que julgou o Auto de Infração Sanitária nº____, de ____, de _____, 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 prazo de 20 (vinte) dias contados do recebimento desta para, querendo, apresentar recurso perante a _____ (identificar o órgão emissor do auto de infração: DVS/CEVS ou CRS) pelo e-mail _____ (identificar o e-mail), em arquivo PDF, assinado pelo representante legal, ou impresso no(a) _____ (endereço completo do local em que deve ser entregue o recurso).</p>		
<b>CIÊNCIA</b>		
_____, ____ de _____ de _____.  _____ ASSINATURA  Nome: _____ Identidade Funcional: _____	RECEBI A 1.ª VIA EM ____/____/_____.  _____ AUTUADO  Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:		
_____ TESTEMUNHA		_____ TESTEMUNHA





**GOVERNO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO SUL**

SECRETARIA DA SAÚDE  
ANEXO 12

**NOTIFICAÇÃO DE PARCIAL PROVIMENTO DO RECURSO**

	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE</b>		PROCESSO N.º
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR: DVS/CEVS OU CRS)		
	(IDENTIFICAR O SETOR)		
<b>NOTIFICAÇÃO</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(a) de que foi parcialmente provido o recurso interposto da decisão que julgou o Auto de Infração Sanitária nº _____, de _____, de _____, de _____, e aplicada(s) a(s) penalidade(s) de _____ e que, de acordo com o art. 30, parágrafo único, da Lei Federal nº 6437/77, terá o prazo de 20 (vinte) dias contados do recebimento desta para, querendo, apresentar recurso perante a _____ (identificar o órgão emissor do auto de infração: DVS/CEVS ou CRS) pelo e-mail _____ (identificar o e-mail), em arquivo PDF, assinado pelo representante legal, ou impresso no(a) _____ (endereço completo do local em que deve ser entregue o recurso).			
<b>CIÊNCIA</b>			
_____, _____ de _____ de _____.		RECEBI A 1.ª VIA EM ____/____/____.	
_____ ASSINATURA		_____ AUTUADO	
Nome: _____		Nome: _____	
Identidade Funcional: _____		RG/CPF: _____	
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:			
_____ TESTEMUNHA		_____ TESTEMUNHA	



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO GRANDE DO SUL**  
SECRETARIA DA SAÚDE  
ANEXO 13  
NOTIFICAÇÃO DE DECISÃO FINAL

	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL</b> <b>SECRETARIA DA SAÚDE</b>	PROCESSO Nº
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR: DVS/CEVS OU CRS)	
	(IDENTIFICAR O SETOR)	
<b>NOTIFICAÇÃO</b>		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO INFRATOR</b>		
NOME/RAZÃO SOCIAL:		
ENDEREÇO:		CEP:
MUNICÍPIO:	CNPJ ou CPF:	
RAMO DE ATIVIDADE:	Nº ALVARÁ SANITÁRIO:	
Em decorrência de infração apurada em Processo Administrativo Sanitário instaurado mediante Auto de Infração Sanitária nº ____ / _____, de ____ de _____ do ano de _____, fica o infrator, acima qualificado(a) <b>NOTIFICADO(A)</b> , a partir do recebimento desta, da imposição da(s) pena(s) de _____, como decisão final irrecorrível da Autoridade Sanitária, nos termos do art. 37, da Lei 6437/77.		
CIÊNCIA		
_____, ____ de _____ de _____.	RECEBI A 1.ª VIA EM ____/____/____.	
_____ SERVIDOR	_____ INFRATOR	
Nome: _____	Nome: _____	
Identidade Funcional: _____	RG/CPF: _____	
QUANDO O INFRATOR RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:		
_____ TESTEMUNHA	_____ TESTEMUNHA	



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

ANEXO 14  
NOTIFICAÇÃO PARA PAGAMENTO DE MULTA APÓS DECISÃO FINAL

	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE</b>	PROCESSO N.º
	_____ (IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR : 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:	
<p>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 <a href="http://www.sefaz.rs.gov.br">http://www.sefaz.rs.gov.br</a>, 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 (<u>endereço completo do local- CRS ou DVS/CEVS</u>) 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.</p>		
CIÊNCIA		
_____, ____ DE ____ DE _____. _____ ASSINATURA	RECEBI A 1.ª VIA EM ____/____/_____. _____ INFRATOR	
Nome: _____ Identidade Funcional: _____	Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O INFRATOR RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:		
_____ TESTEMUNHA	_____ TESTEMUNHA	



**GOVERNO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO SUL**

SECRETARIA DA SAÚDE  
ANEXO 15

**TERMO DE APREENSÃO E INUTILIZAÇÃO APÓS DECISÃO FINAL  
FRENTE**

	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE</b>	<b>PROCESSO N.º</b>
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR: DVS/CEVS OU CRS)  (IDENTIFICAR O SETOR)	
<b>TERMO DE APREENSÃO E INUTILIZAÇÃO</b>		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PRODUTO</b>		
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, em decorrência de decisão final irrecorrível no Processo Administrativo Sanitário instaurado mediante Auto de Infração Sanitária nº ___/___ e em conformidade com o art. 35, da Lei Federal n.º 6.437/77, perante o responsável acima identificado, procedi à apreensão e à inutilização do(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:  _____  _____  _____  _____  _____, produzido(s)/fabricado(s) _____ por _____ Para constar, lavrei o presente Termo em 2 (duas) vias de igual teor que vão assinadas por mim e pelo/a detentor do produto.		
<b>CIÊNCIA</b>		
_____, ____ de _____ de _____.  _____ <b>FISCAL SANITÁRIO</b>  Nome: _____ Identidade Funcional: _____	RECEBI A 1.ª VIA EM ____/____/_____.  _____ <b>RESPONSÁVEL</b>  Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O RESPONSÁVEL RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:		
_____ <b>TESTEMUNHA</b>	_____ <b>TESTEMUNHA</b>	





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

ANEXO 16  
TERMO DE COLETA DE AMOSTRAS

	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE</b>	N.º ____/____.
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR) _____	
<b>TERMO DE COLETA DE AMOSTRAS</b>		
<b>CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA</b>		
PRODUTO:		MARCA:
FABRICANTE/PRODUTOR/EMBALADOR/IMPORTADOR:		CNPJ/CPF
ENDEREÇO:		CEP:
MUNICÍPIO:		
N.º REGISTRO NO ÓRGÃO COMPETENTE:		LOTE:
DATA DA COLETA:	HORA DA COLETA:	TOTAL DE UNIDADES AMOSTRAIS:
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:		
<b>MODALIDADE DE ANÁLISE:</b>		<b>ANÁLISES SOLICITADAS:</b>
( ) 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.		
_____ FISCAL SANITÁRIO	_____ DETENTOR DO PRODUTO	QUANDO O DETENTOR RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:
Nome: _____	Nome: _____	_____ TESTEMUNHA
Identidade Funcional: _____	RG/CPF: _____	_____ TESTEMUNHA
<b>RECEBI A(S) AMOSTRA(S) DESCRITA(S) ACOMPANHADA(S) DESTES TERMOS DE COLETA DE AMOSTRAS, ÀS _____, NA DATA DE _____.</b>		
_____ NOME, ASSINATURA E MATRÍCULA DO RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO IPB/LACEN		



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

ANEXO 17  
TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS LAVRADO EM DECORRÊNCIA DE DETERMINAÇÃO DA DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (SEM AUTUAÇÃO) FRENTE

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

**IDENTIFICAÇÃO DO DETENTOR**

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 \_\_\_\_ h e \_\_\_\_ min, no exercício de fiscalização sanitária, perante o responsável pelo estabelecimento acima identificado, procedi a interdição cautelar do(s) produto(s) e/ou substância(s) identificado(s) pelo(s) número(s) de lote, data de fabricação e prazo de validade, conforme a seguir descritos e/ou no verso do presente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ em decorrência de determinação da Divisão de Vigilância Sanitária DVS /CEVS/SES/RS contida no \_\_\_\_\_ (citar o documento emitido pela DVS inclusive o nº do PAS instaurado se houver). Para constar, lavrei o presente Termo em 2 (duas) vias de igual teor e para um único efeito, que vão assinados por mim e pelo detentor do produto 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) e/ou substância(s), quando solicitado, sob pena de responsabilização no âmbito administrativo.

**CIÊNCIA**

<p>_____, ____ de _____ de _____.</p> <p style="text-align: center;">SERVIDOR</p> <p>Nome: _____</p> <p>Identidade Funcional: _____</p>	<p style="text-align: right;">RECEBI A 1.ª VIA EM ____/____/____.</p> <p style="text-align: center;">DETENTOR</p> <p>Nome: _____</p> <p>RG/CPF: _____</p>
---	---

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

\_\_\_\_\_ TESTEMUNHA

\_\_\_\_\_ TESTEMUNHA

