



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

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

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

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	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 III
TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE ESTABELECIMENTO

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

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

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

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


	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE	PROCESSO N.º _____/_____.
	(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 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	
_____ TESTEMUNHA	

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)	
() ADVERTÊNCIA	() INTERDIÇÃO TOTAL DO ESTABELECIMENTO
() APREENSÃO DE PRODUTO	() PROIBIÇÃO DE PROPAGANDA
() INUTILIZAÇÃO DE PRODUTO	() CANCELAMENTO DO ALVARÁ SANITÁRIO
() SUSPENSÃO DE VENDA E/OU FABRICAÇÃO DE PRODUTO	() INTERVENÇÃO
() CANCELAMENTO DE REGISTRO DE PRODUTO	() IMPOSIÇÃO DE MENSAGEM RETIFICADORA
() INTERDIÇÃO PARCIAL DO ESTABELECIMENTO	() 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


	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 _____ _____ 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 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 por meio de Guia de Arrecadação, a qual poderá ser obtida no "site" da Secretaria da Fazenda na Internet <http://www.sefaz.rs.gov.br>, 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 de 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.

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

(Redação dada pela Portaria SES Nº 337/2016)

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 _____, 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 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 IX
NOTIFICAÇÃO DE DECISÃO FINAL
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

	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) 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


	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 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.

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 X
NOTIFICAÇÃO PARA PAGAMENTO DE MULTA
DECISÃO FINAL

	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE	PROCESSO N.º <u>20.00/</u>
	(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 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 <http://www.sefaz.rs.gov.br>, 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 de 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 (~~endereço completo do local - CRS ou DVS/CEVS~~) 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 _____ _____ 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
---------------------	---------------------

(Redação dada pela Portaria SES N.º 337/2016)

ANEXO XI
TERMO DE COLETA DE AMOSTRAS

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

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 TRIPPLICATA 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) _____ (IDENTIFICAR O SETOR)	PROCESSO N.º _____20.00/_____.
	TERMO VINCULADO DE DESINTERDIÇÃO DE ESTABELECIMENTOS SOB VIGILÂNCIA SANITÁRIA	

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 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 XIII (FRENTE)
TERMO DE APREENSÃO E/OU INUTILIZAÇÃO
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) _____	
TERMO DE APREENSÃO E INUTILIZAÇÃO		

IDENTIFICAÇÃO DO DETENTOR DO PRODUTO

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 n.º _____/_____, de _____ de _____ do ano de _____ e em conformidade com o art. 35, da Lei Federal n.º 6.437/77, perante o detentor acima identificado, procedi a apreensão e a 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 3 (três) vias de igual teor que vão assinadas por mim e pelo/a detentor do produto.

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
----------------------------	----------------------------

