VISA

trocar o logo da prefeitura

02

PREFEITURA MUNICIPAL DE

SANTA RITA DO SAPUCAÍ

Secretaria Municipal de Saúde

Divisão de Vigilância Sanitária

(01) NÚMERO

AUTO / TERMO

ESTABELECIMENTO

(02) NOME

(03) RAZÃO SOCIAL | (04) CNPJ

(05) INSC. EST. | (06) ATIVIDADE

(07) ENDEREÇO (AV., RUA, Nº., BAIRRO)

(08) FONE | (09) CEP | (10) MUNICÍPIO/LOCALIDADE | (11) UF

PROPRIETÁRIO/ RESPONS. TÉCNICO

(12) NOME | (13) NACIONALIDADE

(14) NATURALIDADE | (15) ESTADO CIVIL | (16) IDENTIDADE

(17) PROFISSÃO | (18) CPF

(19) ENDEREÇO (AV., RUA, Nº., BAIRRO)

(20) FONE | (21) CEP | (22) MUNICÍPIO | (23) UF

RESPONSÁVEL TÉCNICO

(24) NOME | (25) INSCRIÇÃO

(26) ENDEREÇO(AV., RUA, Nº., BAIRRO)

(27) FONE | (28) CEP | (29) MUNICÍPIO | (30) UF

(31) COM BASE (INCISO - ARTIGO - LEI - PORTARIA - RESOLUÇÃO)

(32) ☐ AUTO DE _____

☐ PELO FATO DE _____

(33) ☐ TERMO DE _____

☐ ATRAVÉS DA QUAL FICA _____

(34)

(35) O INFRATOR ESTARÁ SUJEITO A PENA DE _____

(36)

NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / RG / FUNÇÃO / ASSINATURA

NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / RG / FUNÇÃO / ASSINATURA

NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / RG / FUNÇÃO / ASSINATURA

LOCAL E DATA | HORA | ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL

(37) POR MOTIVO DE RECUSA / AUSÊNCIA DO AUTUADO, ASSINAM AS TESTEMUNHAS:

1ª TESTEMUNHA - RG / ENDEREÇO | 2ª TESTEMUNHA - RG / ENDEREÇO

1ª VIA - PROCESSO / BRANCA - 2ª VIA - AUTUADO / VERDE - 3ª VIA - AUTORIDADE SANITÁRIA / ROSA