BRASÃO DA LOCALIDADE	**IDENTIFICAÇÃO LOCAL (ESTADO DO ___ OU MUNICÍPIO __)** **SECRETARIA DA SAÚDE** **VIGILÂNCIA SANITÁRIA (DENOMINAÇÃO LOCAL)**	**Nº _____/____.**
	AUTO DE INFRAÇÃO SANITÁRIA	

IDENTIFICAÇÃO

NOME DA EMPRESA:

ENDEREÇO: CEP:

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO
NOME: CPF:

MUNICÍPIO:	CNPJ
RAMO DE ATIVIDADE:	Nº DO ALVARÁ SANITÁRIO:

ao(s) _____(_____) dias do mês de _____do ano de ____(_____), no exercício da fiscalização foi constatado que a empresa supra citada infringiu a legislação sanitária vigente, nos seguintes termos: DESCRIÇÃO DOS FATOS_____ , DISPOSITIVOS LEGAIS INFRINGIDOS_____. A referida irregularidade ficará sujeita as penalidades tipificadas na Lei específica (6437/77 e/ou a lei pertinente), cujo presente Auto de Infração Sanitária foi lavrado na sede da repartição (ou no local da infração) em conformidade com o artigo 13 da Lei nº. 6.437/77, ficando notificado o autuado a partir do recebimento do Auto de Infração por via postal (ou pela assinatura do mesmo) que responderá pelo fato em processo administrativo. O prazo para apresentar defesa ou impugnação é de 15 (quinze) dias, a contar da data de recebimento deste, perante a autoridade sanitária, que deverá ser encaminhado ao endereço da Vigilância Sanitária. O autuado deverá apresentar a defesa/impugnação ao referido Auto de Infração Sanitária acompanhada dos atos constitutivos da empresa, o que possibilitará verificar a regularidade da representação legal.

Penalidades previstas (Lei 6437/77 e lei pertinente utilizada): Advertência; proibição de propaganda; suspensão de venda; imposição de mensagem retificadora; suspensão de propaganda e publicidade; multa; suspensão, no veículo de divulgação da publicidade, de qualquer outra propaganda do produto, por prazo de até trinta dias; obrigatoriedade de veiculação de retificação ou esclarecimento para compensar propaganda distorcida ou de má-fé; apreensão do produto.

CIÊNCIA

_____ ASSINATURA E DATA	RECEBI ESTE AUTO EM: _____/____/_____.
_____ IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR (NOME COMPLETO)	_____ AUTUADO
_____ IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL (MATRÍCULA, CREDENCIAL, OUTROS)	NOME: _____ RG/CPF: _____

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

_____ TESTEMUNHA DOCMENTO DE IDENTIFICAÇÃO (RG/CPF)	_____ TESTEMUNHA DOCMENTO DE IDENTIFICAÇÃO (RG/CPF)