



Secretaria Municipal de Saúde Santo Antônio de Posse
VIGILANCIA SANITÁRIA - CONTROLE DE DOENÇAS

1ª via

NOTIFICAÇÃO PARA RECOLHIMENTO DE MULTA

AIF Nº colocar - SEQUENCIAL 0001/ 2

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ h,
eu _____,

autoridade sanitarista, credencial nº _____, **NOTIFICO** a empresa (razão social) _____

CEVS nº _____, CNPJ nº _____, nome fantasia _____, Estabelecida á (Rua, Av, etc) _____

nº _____, complemento _____, CEP _____ Município _____

fone () _____, fax () _____, e-mail _____

com atividade(s) de _____

representada por/na pessoa de (nome e função) _____

CPF _____, residente á (Rua, Av, etc) _____

nº _____, complemento _____ Município _____

fone () _____, e-mail _____, que lhe é concedido o prazo de 30 (trinta)

dias, a partir da data do recebimento deste termo, para recolher ao órgão arrecadador competente, a importância de R\$ _____ (_____)

correspondente á multa que lhe foi imposto mediante **AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENA DE MULTA/AIP**

Nº _____, lavrado em _____, por incorrer em infração sanitária considerada de risco á saúde, considerando o disposto no(s) _____

conforme conta do processo iniciado pelo AUTO DE INFRAÇÃO/AIF Nº _____

lavrado em _____

De acordo com a legislação vigente, a multa não recolhida dentro do prazo previsto será encaminhada para cobrança executiva.

Data ____/____/____	Cliente ____/____/____	Assinatura da 1ª testemunha RG. _____
Assinatura da Autoridade Sanitária	Assinatura do Autuado CPF. _____	Assinatura da 2ª testemunha RG. _____

1ª via Autuado / 2ª via Processo / 3ª via Bloco