



25

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

1ª via

AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE	AIP Nº SEQUENCIAL 0001...	
<input type="checkbox"/> ADVERTÊNCIA <input type="checkbox"/> MULTA <input type="checkbox"/> CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO <input type="checkbox"/> APREENSÃO DE PRODUTO / EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> SUSPENSÃO DE VENDAS / FABRICAÇÃO DE PRODUTO / ATIVIDADE <input type="checkbox"/> INUTILIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> INTERDIÇÃO <input type="checkbox"/> ESTABELECIMENTO <input type="checkbox"/> PRODUTO <input type="checkbox"/> EQUIPAMENTO	<input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> CAUTELAR <input type="checkbox"/> TEMPORÁRIO <input type="checkbox"/> DEFINITIVA

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ h,
eu _____,
autoridade sanitária, credencial nº _____, verifiquei PELO AUTO DE
INFRAÇÃO Nº _____, lavrado em ____/____/____,
que a empresa (razão social) _____,
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, função) _____,
CPF _____, residente á (Rua, Av., etc.) _____,
_____, nº _____, complemento _____,
Município _____, tel. () _____,
e-mail _____

incorreu em infração sanitária considerada de risco á saúde, conforme descrito no auto de infração acima citado.

Em caso de multa, anexar cópia do AIF (para o autuado).

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

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