ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE — SUS

SÉRIE **H**

AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADES DE

- ☐ ADVERTÊNCIA
- ☐ INUTILIZAÇÃO DE PRODUTO
- ☐ SUSPENSÃO DE FABRICAÇÃO DE PRODUTO
- ☐ INTERDIÇÃO TOTAL DO ESTABELECIMENTO
- ☐ CANCELAMENTO DO ALVARÁ
- ☐ MULTA
- ☐ INTERDIÇÃO DE PRODUTO
- ☐ CANCELAMENTO DE REGISTRO DE PRODUTO
- ☐ PROIBIÇÃO DE PROPAGANDA
- ☐ APREENSÃO DO PRODUTO
- ☐ SUSPENSÃO DE VENDAS E/OU
- ☐ INTERDIÇÃO PARCIAL DO ESTABELECIMENTO
- ☐ CANCELAMENTO DE AUTORIZ. P/FUNCIONAM.

ÓRGÃO AUTUANTE

DENOMINAÇÃO	ENDEREÇO

AUTUADO

NOME DA PESSOA FÍSICA OU JURÍDICA	Nº CGC OU CPF
DENOMINAÇÃO COMERCIAL — NOME DE FANTASIA DO ESTABELECIMENTO	
ENDEREÇO COMPLETO (Logradouro, Rua, Avenida, Praça, Nº, Bairro, Telefone)	MUNICÍPIO
PROPRIETÁRIO E/OU RESPONSÁVEL	
TIPO DE ESTABELECIMENTO, NEGÓCIO OU ATIVIDADE	Nº DO ALVARÁ

AUTO DE INFRAÇÃO

Nº	DATA	LOCAL

AUTO DE INTIMAÇÃO

Nº
DATA

ATO OU FATO CONSTITUTIVO DA INFRAÇÃO

DISPOSIÇÃO LEGAL OU REGULAMENTAR INFRINGIDA

ESPECIFICAÇÃO DETALHADA E FUNDAMENTO LEGAL E REGULAMENTAR DA PENALIDADE IMPOSTA

No caso de multa, especificar o número de Unidade Fiscal de Referência — UFR, e no caso de apreensão, inutilização e interdição de produtos, especificar a sua quantidade, natureza, tipo, marca, lote, procedência, nome do fabricante, etc.

Na penalidade de multa, o autuado tem prazo de 30 (trinta) dias para pagamento, a contar desta notificação, sob pena de cobrança judicial, nos termos do art. 59, da Lei nº 6.320/83. Se o pagamento da multa for efetuado no prazo de vinte dias, contados desta notificação, com desistência tácita do recurso, o autuado gozará de redução de vinte por cento no valor da multa, nos termos do art. 65, da Lei nº 6.320/83. O recolhimento da multa deverá ser feito exclusivamente em Exatoria Estadual, mediante Documento de Arrecadação — DAR. O não-pagamento da multa, após esgotados os recursos e o prazo legal, impedirá que o Departamento Autônomo de Saúde Pública conceda alvará de qualquer natureza ao autuado.

CIÊNCIA

Estou ciente de que poderei interpor recurso por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados a partir desta notificação, ao Diretor de Vigilância Sanitária do Departamento Autônomo de Saúde Pública, à Avenida Rio Branco s/nº, caixa postal 225, telefone 22-9260, em Florianópolis, nos termos do art. 69, da Lei 6.320, de 20 de dezembro de 1983.

Recebi a 1ª via em / /

RESPONSÁVEL — NOME LEGÍVEL	ASSINATURA
EM CASO DE RECUSA DO RESPONSÁVEL	
1ª TESTEMUNHA — NOME LEGÍVEL	ASSINATURA
2ª TESTEMUNHA — NOME LEGÍVEL	ASSINATURA

AUTORIDADE DE SAÚDE

LOCALIDADE	DATA	HORA LAVRATURA

NOME LEGÍVEL	ASSINATURA	CARGO