



BLL COMPRAS

Esclarecimentos - Processo 048/2022 - PREFEITURA MUNICIPAL DE AVARÉ - SP

Requerimento

| Criado em | Texto | Arq. escl. | Endereço |
|------------------|---|------------|-------------------------|
| 20/04/2022 14:15 | lote 01 , falta o tamanho de todos os itens , poderia verificar por favor | | Não há arquivo anexado. |

Resposta

| Criado em | Texto | Arq. resp. | Endereço |
|------------------|---|--------------------------------------|---|
| 25/04/2022 16:34 | Segue anexo resposta da Secretaria quanto ao questionamento da empresa. | Esclarecimento Empresa PE 048-22.pdf | https://lanceeletronico.blob.core.windows.net/impeachmentanswers/1ff82db1d46848e6bab1f1899a0033d1.pdf |

Requerimento

| Criado em | Texto | Arq. escl. | Endereço |
|------------------|--|------------|-------------------------|
| 20/04/2022 14:17 | lote 01 falta gramatura do papel a ser usado | | Não há arquivo anexado. |

Resposta


| Criado em | Texto | Arq. resp. | Endereço |
|------------------|---|--------------------------------------|---|
| 25/04/2022 16:35 | Segue anexo resposta da Secretaria quanto ao questionamento da empresa. | Esclarecimento Empresa PE 048-22.pdf | https://lanceeletronico.blob.core.windows.net/impeachmentanswers/8c1fb69f127648799ab062ce511962b1.pdf |

Zimbra**carolina.franco@avare.sp.gov.br**

Re: Esclarecimento Pregão Eletrônico nº 056/2022

De : Edna Aparecida De Paula Nagamine
<edna.nagamine@avare.sp.gov.br>

seg, 25 de abr de 2022 14:53

 35 anexos

Assunto : Re: Esclarecimento Pregão Eletrônico nº 056/2022

Para : Carolina Aparecida Franco de Freitas
<carolina.franco@avare.sp.gov.br>

Boa tarde!

No anexo, cópias dos itens solicitados para melhor visualização .

LOTE 01 :

ITENS:

- 01- 210x290mm
- 02-210X290mm
- 3-210X290mm
- 4-210x290mm
- 5-210x290mm
- 6-210x310mm
- 7-210x145mm
- 8-205x290mm
- 9-210x145mm
- 10-210x155mm
- 11-295x200mm
- 12-210x297mm
- 13-210x297mm
- 14-195x285mm

At.te.

Edna Nagamine.
Mat. 1259

De: "Carolina Aparecida Franco de Freitas" <carolina.franco@avare.sp.gov.br>

Para: "Roslindo Wilson Machado" <roslindo.machado@avare.sp.gov.br>

Cc: "Edna Aparecida De Paula Nagamine" <edna.nagamine@avare.sp.gov.br>

Enviadas: Quarta-feira, 20 de abril de 2022 8:40:04

Assunto: Esclarecimento Pregão Eletrônico nº 056/2022

Bom dia, prezados!

Venho por meio deste encaminhar esclarecimento de empresa, referente ao pregão supracitado, para ciência e providências.

Aguardo resposta da Secretaria o mais breve possível, considerando que temos prazo para resposta.

Por favor, acusar recebimento deste e-mail.

Atenciosamente,



Departamento de Licitação Prefeitura da Estância de Avaré
A/C Carolina Ap. Franco de Freitas
Praça Juca Novaes n.º 1169
Centro - Avaré/SP - CEP: 18705-023
Fone: (14) 3711-2508
Horário de funcionamento: Segunda a Sexta das 08 às 17 horas

--
Atenciosamente.

Edna Nagamine
Mat. 1259

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
CNPJ : 46.634.168/0001-50
Secretaria Municipal da Saúde
Departamento de Cotação/Requisições
Avenida Prefeito Misael Eufrásio Leal,
n. 999- Centro - CEP : 18705-050
Tel.:(14) 3711-1430 -
email: edna.nagamine@avare.sp.gov.br cotacao.saude@avare.sp.gov.br

* Sozinhos vencemos às vezes, mas em equipe podemos ganhar constantemente !

 **VISA-IMPRESSÃO SIVISA-INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA - FRENTE E VERSO.pdf**
816 KB

 **VISA-IMPRESSÃO SIVISA-PROCEDIMENTO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA- FRENTE E VERSO.pdf**
680 KB

 **VISA-IMPRESSÃO SIVISA-PROCEDIMENTO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA.pdf**
680 KB

 **VISA-IMPRESSÃO-AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE - AIP-NUMERDADA-FOLHA AMARELA-FRENTE.pdf**
539 KB

 **VISA-IMPRESSÃO-AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE-AIP-NUMERADA-FOLHA BRANCA-FRENTE.pdf**
93 KB

 **VISA-IMPRESSÃO-AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE-AIP-NUMERADA-**

FOLHA ROSA-FRENTE.pdf

640 KB

VISA-IMPRESSÃO-AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE-AIP-NUMERADA-

FOLHA VERDE-FRENTE.pdf

672 KB

VISA-IMPRESSÃO-AUTO DE INFRAÇÃO-AIF-NUMERADA-FOLHA BRANCA-

FRENTE E VERSO.pdf

656 KB

VISA-IMPRESSÃO-AUTO DE INFRAÇÃO-AIF-NUMERADA-FOLHA AMARELA-

FRENTE E VERSO.pdf

1 MB

VISA-IMPRESSÃO-AUTO DE INFRAÇÃO-AIF-NUMERADA-FOLHA VERDE-

FRENTE E VERSO.pdf

1 MB

VISA-IMPRESSÃO-AUTO DE INFRAÇÃO-AIF-NUMERADA-FOLHA ROSA-FRENTE

E VERSO.pdf

1 MB

VISA-IMPRESSÃO-CAPA PARA PROCESSO ADMINISTRATIVO-PAPEL CARTÃO

AZUL.pdf

502 KB

VISA-IMPRESSÃO-DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-

FRENTE.pdf

37 KB

VISA-IMPRESSÃO-FOLDER-DENGUE MATA-COLORIDO-FRENTE E VERSO-

FOLHA DOBRADA EM 3 PARTES.pdf

1 MB

VISA-IMPRESSÃO-FOLDER-DOENÇA DE CHAGAS- COLORIDO- FRENTE E

VERSO.pdf

850 KB

VISA-IMPRESSÃO-FOLDER-ORIENTAÇÕES ESCORPIÃO- COLORIDO- FRENTE

E VERSO.pdf

816 KB

VISA-IMPRESSÃO-INTERDITO-FRENTE.pdf

30 KB

VISA-IMPRESSÃO-NOTIFICAÇÃO PARA RECOLHIMENTO DE MULTA- AIF-

NUMERADO- FOLHA BRANCA.pdf

353 KB

VISA-IMPRESSÃO-NOTIFICAÇÃO PARA RECOLHIMENTO DE MULTA-AIF-

NUMERADA-FOLHA AMARELA.pdf

405 KB

VISA-IMPRESSÃO-NOTIFICAÇÃO PARA RECOLHIMENTO DE MULTA-AIF-

NUMERADA-FOLHA VERDE.pdf


518 KB

VISA-IMPRESSÃO-NOTIFICAÇÃO PARA RECOLHIMENTO DE MULTA-AIF-


 **NUMERDA-FOLHA ROSA.pdf**

572 KB


VISA-IMPRESSÃO-PROVIDÊNCIAS- FRENTE.pdf

 41 KB


**VISA-IMPRESSÃO-SUCEN-BOLETIM DE ATIVIDADE DE VIGILÂNCIA E
CONTROLE- FRENTE.pdf**

 540 KB


**VISA-IMPRESSÃO-TERMO DE ACOLHEITA DE AMOSTRA-TCA-NUMERADA-
FOLHA BRANCA-FRENTE E VERSO.pdf**

 688 KB


**VISA-IMPRESSÃO-TERMO DE COLHEIRA DE AMOSTRA-TCA-NUMERADA-
FOLHA ROSA-FRENTE E VERSO.pdf**

 1 MB


**VISA-IMPRESSÃO-TERMO DE COLHEITA DE AMOPSTRA-TCA-NUMERADA-
FOLHA AMARELA-FRENTE E VERSO.pdf**

 1 MB


**VISA-IMPRESSÃO-TERMO DE COLHEITA DE AMOSTRA-TCA-NUMERADA-
FOLHA BRANCA-FRENTE E VERSO.pdf**

 688 KB


**VISA-IMPRESSÃO-TERMO DE COLHEITA DE AMOSTRA-TCA-NUMERADA-
FOLHA VERDE.pdf**

 1 MB


**VISA-IMPRESSÃO-TERMO DE COLHEITA DE AMOSTRA-TCA-NUMERADA-
FOLHA VERDE-FRENTE E VERSO.pdf**

 1 MB


VISA-IMPRESSÃO-TERMO-TRM- NUMERADO- FOLHA BRANCA- FRENTE.pdf

 372 KB


VISA-IMPRESSÃO-TERMO-TRM-NUMERADO-AZUL-FRENTE.pdf

 677 KB


VISA-IMPRESSÃO-TERMO-TRM-NUMERADO-FOLHA AMARELA-FRENTE.pdf

 483 KB

VISA-IMPRESSÃO-TERMO-TRM-NUMERADO-FOLHA AZUL-FRENTE.pdf

 677 KB

VISA-IMPRESSÃO-TERMO-TRM-NUMERADO-FOLHA ROSA-FRENTE.pdf

 591 KB



INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

1. N° DO PROTOCOLO _____ 2. DATA DO PROTOCOLO _____

3. N° DO PROCESSO MÃE _____

II - SOLICITAÇÃO

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, O N° CEVS CORRESPONDENTE:

ESTABELECIMENTO EQUIPAMENTO ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO

4 A. CÓDIGO CNAE _____ DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE À SAÚDE DO ESTABELECIMENTO _____

4 B. N° CEVS CADASTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA _____

5. TIPO DE SOLICITAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

CADASTRO / LICENÇA FUNCIONAMENTO INICIAL CANCELAMENTO DE LICENÇA FUNCIONAMENTO / DESATIVAÇÃO DO CEVS
 RENOVAÇÃO DE LICENÇA FUNCIONAMENTO REATIVAÇÃO DO CEVS
 SEGUNDA VIA DE LICENÇA FUNCIONAMENTO ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRALS - ASSINALE NO ITEM 6 ABAIXO, O TIPO (s) DE ALTERAÇÃO (ões)

6. TIPO DE ALTERAÇÃO - ASSINALE COM UM X A(S) OPÇÃO(S) ABAIXO:

ENDEREÇO
 ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA OU BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
 RESPONSABILIDADE LEGAL
 NÚMERO DE LEITOS
 NÚMERO E OU TIPO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE
 AMPLIAÇÃO / REDUÇÃO DE: ATIVIDADE / CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO RAZÃO SOCIAL
 FUSÃO OU INCORPORAÇÃO OU CISÃO OU SUCESSÃO _____
REGISTRE O CNPJ ANTERIOR

III - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

7. RAZÃO SOCIAL / NOME _____

8. NOME FANTASIA _____

9. CNPJ / CPF _____ 10. NATUREZA JURÍDICA: PESSOA FÍSICA OU PESSOA JURÍDICA

IV - LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

11. LOGRADOURO _____ 12. NÚMERO _____

13. COMPLEMENTO _____ 14. BAIRRO _____

15. UF _____ 16. NOME MUNICÍPIO _____

17. CEP _____ 18. DDD _____ 19. TELEFONE _____ 20. FAX _____

21. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail) _____

V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

22.A. POSSUI PISCINA DE USO COLETIVO? SIM NÃO
22.B. POSSUI DISPENSAÇÃO DE PRODUTOS DE CONTROLE ESPECIAL? SIM NÃO

V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO (CONT.)

23. SITUAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, A INFORMAÇÃO SOLICITADA:

ALBERGANTE ALBERGADO - INFORME CNPJ DO ALBERGANTE, NO CASO DE ALBERGADO TERCEIRIZADO: _____

24. TIPO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, A INFORMAÇÃO SOLICITADA:

MATRIZ / MANTENEDORA FILIAL / MANTIDO - INFORME CNPJ MATRIZ / MANTENEDORA NO CASO DE FILIAL: _____

25. ESFERA ADMINISTRATIVA - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

PRIVADO FEDERAL ESTADUAL MUNICIPAL

26. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

SINDICATO SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - AUTARQUIAS
 COOPERATIVA ADMINISTRAÇÃO DIRETA - SAÚDE ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - FUNDAÇÃO PÚBLICA
 FUNDAÇÃO PRIVADA ADMINISTRAÇÃO DIRETA - OUTROS ÓRGÃOS ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - EMPRESA PÚBLICA
 EMPRESA PRIVADA PESSOA FÍSICA ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - ORGANIZAÇÃO SOCIAL PÚBLICA
 EMPRESA DE ECONOMIA MISTA ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS

27. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

UNIVERSITÁRIA ESCOLA SUPERIOR ISOLADA AUXILIAR DE ENSINO NÃO POSSUI UNIDADE DESSE TIPO

28. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS / PROFISSIONAIS - AO REGISTRAR O Nº, CONSIDERE TODOS OS NÍVEIS DE FORMAÇÃO: SUPERIOR, TÉCNICO, MÉDIO E ELEMENTAR.

PRÓPRIOS C/ VÍNCULO AUTÔNOMO TERCEIRIZADOS TOTAL

VI - IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS

29. NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL

CPF

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

30. RESPONSÁVEL TÉCNICO

CPF

SIGLA CONS. PROF.

UF

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

31. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01

CPF

SIGLA CONS. PROF.

UF

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES

32. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02

CPF

SIGLA CONS. PROF.

UF

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

33. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03

CPF

SIGLA CONS. PROF.

UF

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

VII - ANEXOS

34. REGISTRE O NÚMERO DE PÁGINAS, SEGUNDO OS ANEXOS UTILIZADOS PARA COMPLEMENTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DESTE FORMULÁRIO:

ATIVIDADE RELACIONADA A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

Declaramos cumprir a legislação vigente e assumimos, civil e criminalmente, inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas neste formulário e seu(s) anexo(s).

Local

Data

Assinatura do Responsável Legal

Assinatura Responsável Técnico

Assin. Resp. Técn. Subst. 01

Assin. Resp. Técn. Subst. 02

Assin. Resp. Técn. Subst. 03



PROCEDIMENTOS EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

I-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE EXECUTORA

1. NOME DA UNIDADE _____

II-IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

2. RAZÃO SOCIAL / NOME _____

3. NOME FANTASIA _____

4. CNPJ / CPF _____

5. NATUREZA JURÍDICA PESSOA FÍSICA OU PESSOA JURÍDICA

6. CÓDIGO CNAE _____

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE À SAÚDE DO ESTABELECIMENTO _____

7. Nº CEVS - CADASTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA _____

III-LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

8. LOGRADOURO _____

9. NÚMERO _____

10. COMPLEMENTO _____

11. BAIRRO _____

12. UF _____

13. NOME DO MUNICÍPIO _____

14. CEP _____

15. DDD _____

16. TELEFONE _____

17. FAX _____

18. ENDEREÇO ELETRÔNICO _____

IV-CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO/LOCAL ALVO DO PROCEDIMENTO

19. SITUAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE-SE, SE FOR O CASO, A INFORMAÇÃO SOLICITADA

ALBERGANTE

ALBERGADO - INFORME CNPJ DO ALBERGANTE NO CASO DE ALBERGADO TERCEIRIZADO

20. REGISTRAR O CÓDIGO DO LOCAL, NO CASO DESTA SER ISENTA DE CADASTRO ESPECIFIQUE: _____

V-CARACTERIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

21. CÓDIGO DA ORIGEM _____

22. PERÍODO DE EXECUÇÃO _____ A: _____

23. PROCEDIMENTOS EXECUTADOS:

INSPEÇÃO SANITÁRIA

COLHEITA DE AMOSTRA

EDUCAÇÃO/COMUNICAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

24. OBJETIVO DOS PROCEDIMENTOS _____



PROCEDIMENTOS EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

I-IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE EXECUTORA

1. NOME DA UNIDADE _____

II-IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

2. RAZÃO SOCIAL / NOME _____

3. NOME FANTASIA _____

4. CNPJ / CPF _____

5. NATUREZA JURÍDICA PESSOA FÍSICA OU PESSOA JURÍDICA

6. CÓDIGO CNAE _____

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE À SAÚDE DO ESTABELECIMENTO _____

7. Nº CEVS - CADASTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA _____

III-LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

8. LOGRADOURO _____

9. NÚMERO _____

10. COMPLEMENTO _____

11. BAIRRO _____

12. UF _____

13. NOME DO MUNICÍPIO _____

14. CEP _____

15. DDD _____

16. TELEFONE _____

17. FAX _____

18. ENDEREÇO ELETRÔNICO _____

IV-CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO/LOCAL ALVO DO PROCEDIMENTO

19. SITUAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE-SE, SE FOR O CASO, A INFORMAÇÃO SOLICITADA

ALBERGANTE

ALBERGADO - INFORME CNPJ DO ALBERGANTE NO CASO DE ALBERGADO TERCEIRIZADO

20. REGISTRAR O CÓDIGO DO LOCAL, NO CASO DESTA SER ISENTA DE CADASTRO ESPECIFIQUE: _____

V-CARACTERIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

21. CÓDIGO DA ORIGEM _____

22. PERÍODO DE EXECUÇÃO _____

A: _____

23. PROCEDIMENTOS EXECUTADOS:

INSPEÇÃO SANITÁRIA

COLHEITA DE AMOSTRA

EDUCAÇÃO/COMUNICAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

24. OBJETIVO DOS PROCEDIMENTOS _____



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
-Vigilância Sanitária Municipal-

| | | |
|--|---|---|
| AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE | | AIP 756 |
| <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 VENDA/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"/> TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> DEFINITIVA |

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ hs, eu _____, autoridade sanitária, credencial n.º _____, verifiquei pelo AUTO DE INFRAÇÃO n.º _____, lavrado em ____/____/____, que a empresa (razão social) _____, CNPJ n.º _____, nome fantasia _____ estabelecida na (rua, av., etc.) _____, n.º _____, complemento _____, CEP _____, Município _____, fone (____) _____, fax (____) _____, e-mail: _____, com atividade(s) de _____ representada por/na pessoa de (nome e função) _____, CPF _____, residente na (rua, av., etc.) _____, n.º _____, complemento _____, Município _____, tel. (____) _____, e-mail _____, incorreu em infração sanitária considerada de risco à saúde, conforme descrito no auto de infração acima citado. Em caso de multa, anexar cópia do AIF (para o atuado)

Descrição da penalidade: _____

conforme o disposto no(s) _____

O infrator poderá apresentar recurso do auto de imposição de penalidade no prazo de 10 dias. A não apresentação de recurso implica a necessidade de pagamento de multa no mesmo prazo citado.

| | | |
|------------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| Data ____/____/____ | Ciente ____/____/____ | Assinatura da 1.ª testemunha |
| Assinatura da Autoridade Sanitária | Assinatura do Atuado | RG _____ |
| | CPF _____ | Assinatura da 2.ª testemunha |
| | | RG _____ |



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
-Vigilância Sanitária Municipal-

| | | |
|--|---|---|
| AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE | AIP 756 | |
| <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 VENDA/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"/> TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> DEFINITIVA |

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ hs, eu _____, autoridade sanitária, credencial n.º _____, verifiquei pelo AUTO DE INFRAÇÃO n.º _____, lavrado em ____/____/____, que a empresa (razão social) _____, CNPJ n.º _____, nome fantasia _____ estabelecida na (rua, av., etc.) _____, n.º _____, complemento _____, CEP _____, Município _____, fone (____) _____, fax (____) _____, e-mail: _____, com atividade(s) de _____, representada por/na pessoa de (nome e função) _____, CPF _____, residente na (rua, av., etc.) _____, n.º _____, complemento _____, Município _____, tel. (____) _____, e-mail _____, incorreu em infração sanitária considerada de risco à saúde, conforme descrito no auto de infração acima citado. Em caso de multa, anexar cópia do AIF (para o autuado)

Descrição da penalidade: _____

conforme o disposto no(s) _____

O infrator poderá apresentar recurso do auto de imposição de penalidade no prazo de 10 dias. A não apresentação de recurso implica a necessidade de pagamento de multa no mesmo prazo citado.

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

1.ª Via Branca Autuado - 2.ª Via Azul Processo - 3.ª Via Amarela Arquivo - 4.ª Via Rosa Outros Fins

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

-Vigilância Sanitária Municipal-



| | | |
|--|---|---|
| AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE | | AIP 756 |
| <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 VENDA/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"/> TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> DEFINITIVA |

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ hs, eu _____, autoridade sanitária, credencial n.º _____, verifiquei pelo AUTO DE INFRAÇÃO n.º _____, lavrado em ____/____/____, que a empresa (razão social) _____, CNPJ n.º _____, nome fantasia _____ estabelecida na (rua, av., etc.) _____, n.º _____, complemento _____, CEP _____, Município _____, fone (____) _____, fax (____) _____, e-mail: _____, com atividade(s) de _____ representada por/na pessoa de (nome e função) _____, CPF _____, residente na (rua, av., etc.) _____, n.º _____, complemento _____, Município _____, tel. (____) _____, e-mail _____, incorreu em infração sanitária considerada de risco à saúde, conforme descrito no auto de infração acima citado. Em caso de multa, anexar cópia do AIF (para o autuado)

Descrição da penalidade: _____

conforme o disposto no(s) _____

O infrator poderá apresentar recurso do auto de imposição de penalidade no prazo de 10 dias. A não apresentação de recurso implica a necessidade de pagamento de multa no mesmo prazo citado.

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



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
-Vigilância Sanitária Municipal-

AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE

AIP

756

- ADVERTÊNCIA
- MULTA
- CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO
- APREENSÃO DE PRODUTO/EQUIPAMENTO
- SUSPENSÃO DE VENDA/FABRICAÇÃO DE PRODUTO/ATIVIDADE
- INUTILIZAÇÃO

- INTERDIÇÃO
- ESTABELECIMENTO
- PRODUTO
- EQUIPAMENTO

- TOTAL
- PARCIAL
- CAUTELAR
- TEMPORÁRIA
- DEFINITIVA

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

autoridade sanitária, credencial n.º _____, verifiquei pelo AUTO DE INFRAÇÃO n.º _____,

lavrado em ____/____/____, que a empresa (razão social) _____,

_____, CNPJ n.º _____

nome fantasia _____

estabelecida na (rua, av., etc.) _____,

n.º _____, complemento _____, CEP _____, Município _____,

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

com atividade(s) de _____,

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

_____ CPF _____, residente na (rua, av., etc.) _____,

_____ n.º _____, complemento _____, Município _____,

_____ tel. (____) _____, e-mail _____,

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

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

Descrição da penalidade: _____

conforme o disposto no(s) _____

O infrator poderá apresentar recurso do auto de imposição de penalidade no prazo de 10 dias. A não apresentação de recurso implica a necessidade de pagamento de multa no mesmo prazo citado.

Data ____/____/____

Ciente ____/____/____

Assinatura da 1.ª testemunha

RG _____

Assinatura da Autoridade Sanitária

Assinatura do Autuado

Assinatura da 2.ª testemunha

CPF _____

RG _____



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- Vigilância Sanitária Municipal -

884

AUTO DE INFRAÇÃO

AIF

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

autoridade sanitária, credencial nº _____, verifiquei que a empresa (razão social) _____,

CEVS nº _____ CNPJ nº _____,

nome de fantasia _____ estabelecida na
(rua, av., etc.) _____,

nº _____, complemento _____, CEP _____, Município _____,

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

com atividade(s) de _____,

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

CPF _____, incorreu em infração sanitária considerada de risco à saúde
(descreva detalhadamente no verso) _____

considerando o disposto no (s): _____

estando sujeito às penas capituladas no art. _____



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- Vigilância Sanitária Municipal -

884

AUTO DE INFRAÇÃO

AIF

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ hs,

eu _____, autoridade sanitária, credencial nº _____, verifiquei que a empresa (razão social) _____,

CEVS nº _____ CNPJ nº _____,

nome de fantasia _____ estabelecida na _____

(rua, av., etc.) _____

nº _____, complemento _____, CEP _____, Município _____,

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

com atividade(s) de _____,

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

CPF _____, incorreu em infração sanitária considerada de risco à saúde

(descreva detalhadamente no verso) _____

O infrator poderá oferecer defesa ou impugnação do auto de infração no prazo de 10 dias, contados a partir da sua ciência, conforme a Legislação Sanitária em vigor. Na ausência de defesa será lavrado o auto de infração de ofício.

| Assinatura do Autoridade Sanitária | Assinatura do Infrator | Assinatura de Testemunha |
|------------------------------------|------------------------|--------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

considerando o disposto no (s): _____

estando sujeito às penas capituladas no art. _____



884

AUTO DE INFRAÇÃO

ATF

Aos _____ dias do mês de _____ de _____ de _____
 eu, _____, autoridade sanitária, credencial nº _____
 (razão social) _____, CNPJ nº _____
 nome de fantasia _____
 estabelecida na _____
 município de _____
 com atividade de _____
 representada pelos senhores (nome e função) _____
 CPF _____
 (descreva detalhadamente no verso) _____

O infrator poderá oferecer defesa ou impugnação do auto de infração no prazo de 10 dias, contados a partir de sua ciência, conforme a Legislação Sanitária em vigor, Na ausência de defesa será lavrado o auto de imposição de penalidade.

| | | |
|--|---|---|
| <p>_____ / _____ / _____</p> <p>Assinatura da Autoridade Sanitária</p> | <p>Ciente _____ / _____ / _____</p> <p>Assinatura do Autuado</p> <p>CPF _____</p> | <p>Assinatura da 1ª testemunha</p> <p>RG _____</p> <p>Assinatura da 2ª testemunha</p> <p>RG _____</p> |
|--|---|---|

Rubricar a frente e inutilizar o espaço em branco.

Estado sujeito às penas capituladas no art. _____



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- Vigilância Sanitária Municipal -

884

AUTO DE INFRAÇÃO

AIF

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

autoridade sanitária, credencial nº _____, verifiquei que a empresa (razão social) _____,

CEVS nº _____ CNPJ nº _____,

nome de fantasia _____ estabelecida na
(rua, av., etc.) _____,

nº _____, complemento _____, CEP _____, Município _____,

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

com atividade(s) de _____,

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

CPF _____, incorreu em infração sanitária considerada de risco à saúde
(descreva detalhadamente no verso) _____

considerando o disposto no (s): _____

estando sujeito às penas capituladas no art. _____



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- Vigilância Sanitária Municipal -

884

AUTO DE INFRAÇÃO

AIF

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

autoridade sanitária, credencial nº _____, verifiquei que a empresa (razão social) _____,

CEVS nº _____ CNPJ nº _____,

nome de fantasia _____ estabelecida na _____
(rua, av., etc.) _____,

nº _____, complemento _____, CEP _____, Município _____,

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

com atividade(s) de _____,

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

CPF _____, incorreu em infração sanitária considerada de risco à saúde
(descreva detalhadamente no verso) _____

O infrator poderá oferecer defesa ou impugnação do auto de infração no prazo de 10 dias
contados a partir de sua ciência, conforme a legislação sanitária em vigor. Na ausência de
defesa será lavrado o auto de imposição de penalidade.

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Assinatura do 1º testemunha | Assinatura do 2º testemunha | Assinatura da Autoridade Sanitária |
| _____ | _____ | _____ |
| RC | | CPF |
| _____ | _____ | _____ |

considerando o disposto no (s): _____

estando sujeito às penas capituladas no art. _____

PERIGO TRIPLO

O mosquito *Aedes aegypti* é transmissor de vírus que provocam três importantes doenças. A mais conhecida é a dengue, que atinge milhares de pessoas no país todos os anos.

Além da dengue, o mesmo mosquito pode transmitir a febre de chikungunya e a zika. Essas doenças foram introduzidas recentemente no Brasil, e já apresentam transmissão em diversos estados.

FIQUE ALERTA

A quantidade de criadouros com larvas de *Aedes aegypti* vem crescendo nos últimos anos, assim como o número de municípios infestados por esse mosquito.

A fêmea do mosquito *Aedes aegypti* deposita seus ovos nas paredes internas de recipientes que tenham água parada. Em contato com água, os ovos evoluem até se transformarem em mosquitos adultos. Quanto mais quente e úmido o clima, maior será a população de mosquitos.

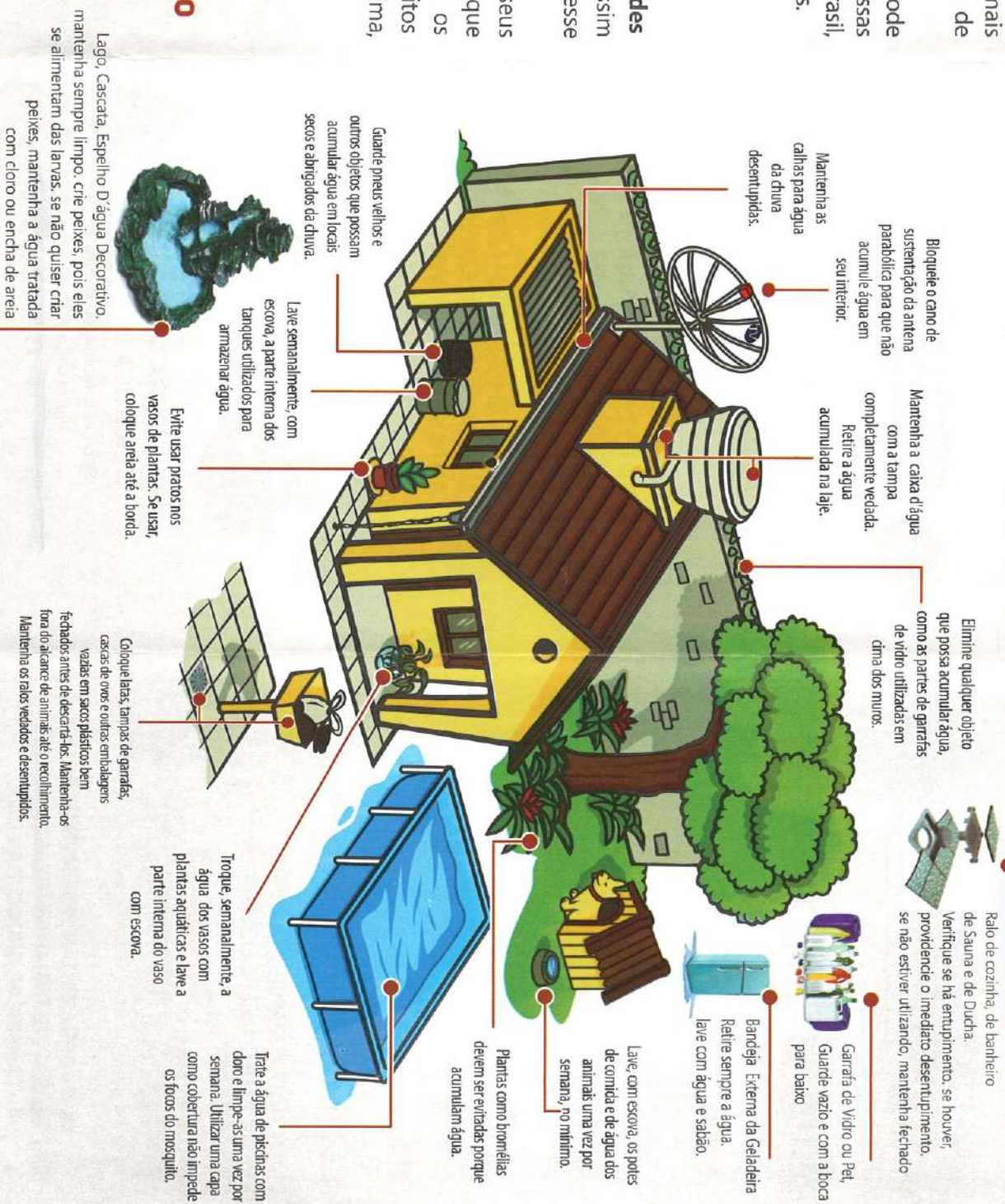
OBSERVE O AMBIENTE QUE VOCÊ VIVE.

ELIMINAR OS CRIADOUROS DO MOSQUITO

AINDA É A MELHOR ESTRATÉGIA PARA

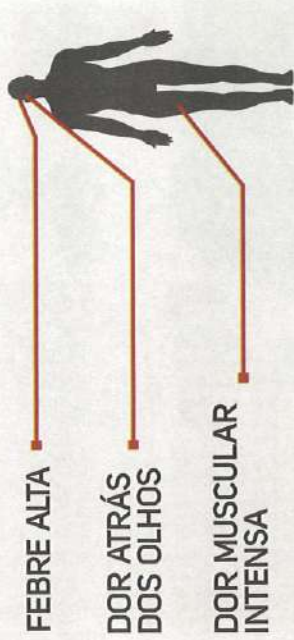
EVITAR ESSAS DOENÇAS.

COMO ELIMINAR OS CRIADOUROS DO MOSQUITO



PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS

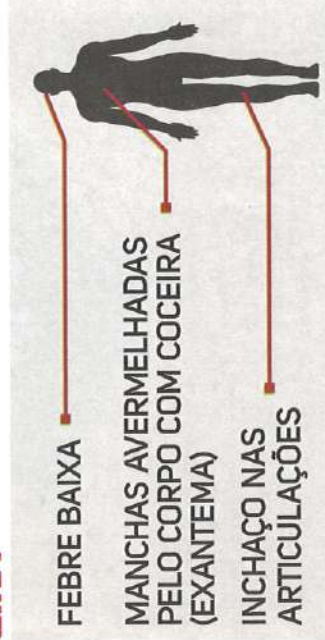
DENGUE



CHIKUNGUNYA



ZIKA



QUEM APRESENTAR ESSES SINAIS E SINTOMAS, DEVE TOMAR MUITA ÁGUA, NÃO SE AUTOMEDICAR E PROCURAR UMA UNIDADE DE SAÚDE.

VOCÊ SABIA?

ELIMINAR OS CRIADOUROS POTENCIAIS DO MOSQUITO É A PRINCIPAL MEDIDA CONTRA AS TRÊS DOENÇAS



É IMPORTANTE PERMITIR E ACOMPANHAR A VISITA DO AGENTE NA SUA CASA



OS OVOS PODEM DURAR UM ANO E MEIO FORA DA ÁGUA



SÓ AS FÊMEAS PICAM AS PESSOAS. ELAS PRECISAM DE SANGUE PARA AMADURECER OS OVOS



Vigilância Sanitária
de Avaré

PREFEITURA DA ESTÂNCIA
TURÍSTICA DE AVARÉ

Secretaria Municipal da Saúde
Vigilância Sanitária

Rua Benedito, 1079, Fone: (14) 3522-1144

DENGUE MATA

PREVENIR É UMA
RESPONSABILIDADE
DE TODOS.

ALÉM DA DENGUE, O
AEDES AEGYPTI TRANSMITE AS
DOENÇAS ZIKA E CHIKUNGUNYA

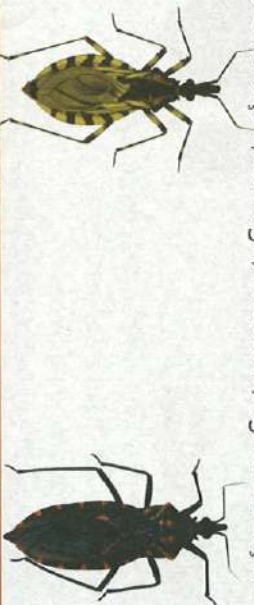


DOENÇA DE CHAGAS

O que é a doença?

Doença infecciosa causada pelo **Trypanosoma cruzi** que se caracteriza por uma fase inicial aguda e sinais e sintomas nem sempre percebidos e que podem evoluir para uma fase crônica com comprometimento cardíaco ou digestivo.

É transmitida por um inseto conhecido popularmente como barbeiro ou chupança, contaminado com o parasito, causador da doença, que circula no sangue e ataca o coração, esôfago, intestino, fígado e baço.



Como o Trypanosoma cruzi entra no organismo das pessoas?

- Pelas fezes do barbeiro contaminado, depositadas sobre a pele da pessoa, enquanto suga o sangue. Geralmente, a picada provoca coceira e o ato de coçar facilita a penetração do parasito pelo local da picada, podendo também, penetrar pelas mucosas dos olhos e da boca.
- Pela transfusão de sangue, caso o doador seja portador da Doença de Chagas.
- Pela mãe grávida, contaminada com o parasito, para o filho, através da placenta.
- Pela manipulação ou ingestão de carnes de animais silvestres mal cozidas ou alimentos contaminados.
- Pela ingestão de fezes do barbeiro nos alimentos (exemplo: caldo de cana, açai).

Quais são os sinais e sintomas?

Os primeiros sinais surgem em média 10 dias após o contágio com o parasito, com aparecimento de febre, mal estar, falta de apetite e inchaço localizado. Após um período médio de 6 meses, vários órgãos do corpo (fígado, coração, baço, esôfago e intestino) podem ficar comprometidos levando a sérios problemas em suas funções.



Como o barbeiro vive?

No interior da casa, o barbeiro abriga-se geralmente, embaixo dos colchões da cama, atrás de quadros, frestas e buracos das paredes.

Fora da casa podem ser encontrados em galinheiros, chiqueiros, paióis, currais, ninhos de pássaros, tocas de animais, cascas de árvores, mourões de cerca, montes de lenha, debaixo de pedras e outros.



Qual a aparência do barbeiro?

Quando adulto de coloração amarronzada ou negra, muitas vezes com desenhos ou manchas amarelas ou vermelhas no corpo e nas pernas

Como se prevenir do barbeiro?

- Manter a casa limpa, varrer o chão, limpar atrás dos móveis dos quadros
- Expor ao sol travesseiros, colchões e cobertores.
- Retirar ninhos de pássaros do beiral da casa.
- Telar as janelas a fim de evitar a entrada de barbeiros.
- Impedir a permanência de animais e aves dentro da casa.
- Construir galinheiros, chiqueiros, paióis, tulhas e outros depósitos afastados da casa (a mais de 20 metros) e mantendo-os limpos e vistoriados.
- Divulgar regularmente essas informações para seus amigos e parentes.

ATENÇÃO: Caso você encontre um inseto parecido com o barbeiro proceda da seguinte forma:



1. Proteja sua mão com um saco plástico sem furos e capture o barbeiro



- Inverta o saco plástico de modo a conter o barbeiro em seu interior

3. Feche o saco e leve-o ao Serviço de Saúde mais próximo de sua casa, ou a SUCEN



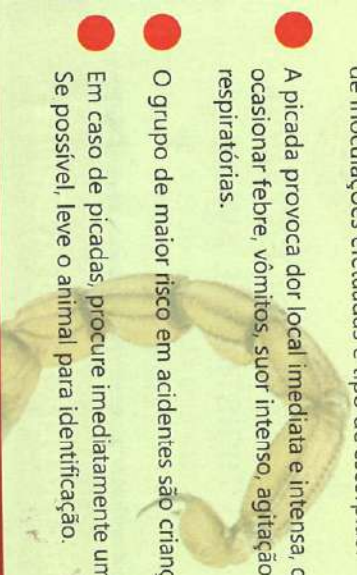
GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO



**Vigilância Sanitária
de Avaré**

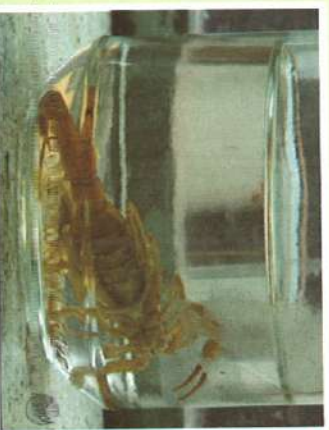
PICADA E SINTOMAS

- Os escorpiões são animais peçonhentos que injetam seu veneno por meio de um ferrão e a gravidade do envenenamento varia de acordo com o local da picada, tempo e número de inoculações efetuadas e tipo de escorpião.
- A picada provoca dor local imediata e intensa, que aos poucos vai se espalhando podendo ocasionar febre, vômitos, suor intenso, agitação nervosa, arritmia cardíaca e dificuldades respiratórias.
- O grupo de maior risco em acidentes são crianças, pessoas idosas e pessoas alérgicas.
- Em caso de picadas, procure imediatamente uma Unidade de Pronto Atendimento. Se possível, leve o animal para identificação.



COMO CAPTURAR O ESCORPIÃO

- 1 Embosque um pote de plástico ou vidro por cima do escorpião
- 2 Passe um papelão por baixo e vire com cuidado
- 3 Aplique uma leve borrifada de inseticida aerossol no escorpião dentro do pote plástico ou vidro, após a morte coloque álcool até cobri-lo e encaminhe para identificação.



Os Escorpiões são animais peçonhentos de atividade noturna, que se escondem durante o dia em montes de entulho, tijolos, telhas, pedras, madeiras, frestas de muro, de calçadas, etc. (lugares difíceis de serem atingidos pelos inseticidas) e podem entrar no imóvel e causar acidentes fatais.



Vigilância Sanitária
de Avaré



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

Secretaria Municipal da Saúde
Vigilância Sanitária

~~Rua Paraíba, 1076 - Fone: (11) 8702-1114~~

ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES

- 1 Mantenha quintais, jardins, garagens, depósitos e terrenos baldios sempre organizados: **SEM** mato, **SEM** entulho, **SEM** lixo, **SEM** restos de construção;
- 2 Entulhos devem ser enterrados, cobertos com 30 cm de terra e compactados;
- 3 Vedar soleiras de portas com frisos de borrachas ("rodinhos");
- 4 Todo ralo deve ser sifonado ou com a grelha telada;
- 5 Mantenha móveis, camas, berços, colchões, sofás e cortinas afastadas 10 cm da parede;
- 6 Mantenha roupas de cama e cortinas afastadas 10cm do chão;
- 7 Não deixe roupas, toalhas, calçados e brinquedos no chão e examine-os antes de utilizá-los;
- 8 Sempre verifique o aparecimento de frestas, buracos e vãos em muros, calçadas e paredes, vedando-os urgentemente;
- 9 Vede Frestas em caixas de inspeção, caixas de gordura e caixas de energia elétrica;
- 10 Mantenha o gramado sempre bem aparado;
- 11 Telhas, tijolos, blocos, madeiras, pedras, lenha e ferro velho devem ser remanejados com frequência para inspeção e mantidos longe da residência (manipular com luvas de raspa de couro)



DEPENDÊNCIA: Vigilância Sanitária
UNIDADE: End:

INTERDITO

- ESTABELECIMENTO
- SEÇÃO
- PRODUTO
- UTENSÍLIOS E OUTROS

De acordo com o _____

este(a) _____

está INTERDITADO(A).

_____ de _____ de _____

Assinatura da Autoridade Sanitária

Nome Legível / Carimbo

negrito
[NOTA] — Este interdito só pode ser levantado mediante Termo de Liberação lavrado pela autoridade sanitária competente, sendo passível de multa e mais penas da lei quem o violar.



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- Vigilância Sanitária Municipal -

NOTIFICAÇÃO PARA RECOLHIMENTO DE MULTA

AIF

Nº 406

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ h,
eu _____,
autoridade sanitária, credencial nº _____, NOTIFICO a empresa (razão social) _____,
CEVS nº _____, CNPJ nº _____, nome fantasia _____, estabelecida na (rua, av., etc.) _____, n.º _____, complemento _____, CEP _____, Município _____, fone (____) _____, fax (____) _____, e-mail: _____, com atividade(s) de _____, representada por/na pessoa de (nome e função) _____, CPF _____, residente na (rua, av., etc.) _____, n.º _____, complemento _____, Município _____, tel. _____, 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 à multa que lhe foi imposta mediante **AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE DE MULTA/AIP** n.º _____, lavrado em _____, por incorrer em infração sanitária considerada de risco à saúde, considerando o disposto no(s) _____, conforme consta do processo iniciado pelo **AUTO DE INFRAÇÃO/AIF** N.º _____ lavrado em _____.

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

| | | |
|------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Data _____/_____/_____ | Ciente _____/_____/_____ | Assinatura da 1.ª testemunha |
| Assinatura da Autoridade Sanitária | Assinatura do Autuado | RG _____ |
| | CPF _____ | Assinatura da 2.ª testemunha |
| | | RG _____ |



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- Vigilância Sanitária Municipal -

NOTIFICAÇÃO PARA RECOLHIMENTO DE MULTA

AIF

Nº 406

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ h, eu _____, autoridade sanitária, credencial nº _____, NOTIFICO a empresa (razão social) _____, CEVS nº _____, CNPJ nº _____, nome fantasia _____, estabelecida na (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 na (rua, av., etc.) _____, nº _____, complemento _____, Município _____, tel. _____, 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 à multa que lhe foi imposta mediante AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE DE MULTA/AIF nº _____, lavrado em _____, por incorrer em infração sanitária considerada de risco à saúde, considerando o disposto no(s) _____, conforme consta do processo iniciado pelo AUTO DE INFRAÇÃO/AIF N.º _____ lavrado em _____.

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

| | | |
|------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Data _____/_____/_____ | Ciente _____/_____/_____ | Assinatura da 1.ª testemunha |
| Assinatura da Autoridade Sanitária | Assinatura do Autuado | RG _____ |
| | CPF _____ | Assinatura da 2.ª testemunha |
| | | RG _____ |



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
- Vigilância Sanitária Municipal -

NOTIFICAÇÃO PARA RECOLHIMENTO DE MULTA

AIF

Nº 406

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ h, eu _____, autoridade sanitária, credencial nº _____, NOTIFICO a empresa (razão social) _____, CEVS nº _____, CNPJ nº _____, nome fantasia _____, estabelecida na (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 na (rua, av., etc.) _____, nº _____, complemento _____, Município _____, tel. _____, 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 à multa que lhe foi imposta mediante **AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE DE MULTA/AIP** nº _____, lavrado em _____, por incorrer em infração sanitária considerada de risco à saúde, considerando o disposto no(s) _____, conforme consta do processo iniciado pelo **AUTO DE INFRAÇÃO/AIF** N.º _____, lavrado em _____.

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

| | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|
| Data _____/_____/_____ | Ciente _____/_____/_____ | Assinatura da 1.ª testemunha RG _____ |
| Assinatura da Autoridade Sanitária | Assinatura do Autuado CPF _____ | Assinatura da 2.ª testemunha RG _____ |



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- Vigilância Sanitária Municipal -

NOTIFICAÇÃO PARA RECOLHIMENTO DE MULTA

AIF

Nº 406

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ h, eu _____, autoridade sanitária, credencial nº _____, NOTIFICO a empresa (razão social) _____, CEVS nº _____, CNPJ nº _____, nome fantasia _____, estabelecida na (rua, av., etc.) _____, n.º _____, complemento _____, CEP _____, Município _____, fone (____) _____, fax (____) _____, e-mail: _____, com atividade(s) de _____, representada por/na pessoa de (nome e função) _____, CPF _____, residente na (rua, av., etc.) _____, n.º _____, complemento _____, Município _____, tel. _____, 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 à multa que lhe foi imposta mediante **AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE DE MULTA/AIP** n.º _____, lavrado em _____, por incorrer em infração sanitária considerada de risco à saúde, considerando o disposto no(s) _____, conforme consta do processo iniciado pelo AUTO DE INFRAÇÃO/AIF N.º _____ lavrado em _____.

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

| | | |
|------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Data _____/_____/_____ | Ciente _____/_____/_____ | Assinatura da 1.ª testemunha |
| Assinatura da Autoridade Sanitária | Assinatura do Autuado | RG _____ |
| | CPF _____ | Assinatura da 2.ª testemunha |
| | | RG _____ |



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

Secretaria Municipal da Saúde

Vigilância Sanitária

Endereço: ~~PARAÍBA, nº 1079~~ - Fone; (14) ~~3739-7444~~

PROVIDÊNCIAS

Razão Social: _____

Endereço: _____

Na inspeção realizada em ____ / ____ / 20 ____ foram detectadas deficiências que tem implicação na qualidade higiênico-sanitária em seu estabelecimento. Devem ser procedidas correções conforme orientações abaixo, ficando o prazo de ____ dias.

Avaré, _____, _____, _____

Ciente _____

Nome e N° documento identificação

Autoridade Sanitária
Nome/N° Credencial

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
-Vigilância Sanitária Municipal-



TERMO DE COLHEITA DE AMOSTRA

TCA

051

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ h, eu _____
autoridade sanitária, credencial nº _____, COLHI AMOSTRA DO PRODUTO _____
_____ marca
_____, lote _____, fabricado em ____/____/____
com validade até ____/____/____, registro no MS/MA/SAA _____
fabricado por (razão social do fabricante) _____
nome fantasia _____, CPF / CNPJ nº _____
estabelecida na (rua, av., etc.) _____
nº _____, complemento _____, CEP _____, município _____
detentor (razão social) _____
CPF / CNPJ nº _____, nome fantasia _____
estabelecida na (rua, av., etc.) _____
nº _____, complemento _____, CEP _____, município _____
representada por/na pessoa de (nome, função) _____
CPF _____

AMOSTRA COLHIDA: EM TRIPLICATA ÚNICA
Conforme o disposto no(s) _____

PARA: ANÁLISE FISCAL ANÁLISE PRÉVIA CONTROLE DE PRODUTO IMPORTADO
 CONTROLE OUTRA _____

COM O OBJETIVO DE :
 ATENDER PROGRAMA ATENDER DENÚNCIA INVESTIGAR SUSPEITA POR OCASIÃO DE
INSPEÇÃO
 INVESTIGAR SURTO OUTRA _____

EXAME SOLICITADO:
 MICROSCÓPICO MICROBIOLÓGICO COMPOSIÇÃO DE PRODUTO
 FÍSICO-QUÍMICO OUTRO(S) _____

TEMPERATURA NO MOMENTO DA COLHEITA DE _____ °C (_____)
E PESO DA AMOSTRA _____

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
-Vigilância Sanitária Municipal-



TERMO DE COLHEITA DE AMOSTRA

TCA 051

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

autoridade sanitária, credencial nº _____, COLHI AMOSTRA DO PRODUTO _____

marca _____
_____, lote _____, fabricado em ____/____/____
com validade até ____/____/____, registro no MS/MA/SAA _____
fabricado por (razão social do fabricante) _____
nome fantasia _____, CPF / CNPJ nº _____
estabelecida na (rua, av., etc.) _____
nº _____, complemento _____, CEP _____, município _____
detentor (razão social) _____
CPF / CNPJ nº _____, nome fantasia _____
estabelecida na (rua, av., etc.) _____
nº _____, complemento _____, CEP _____, município _____
representada por/na pessoa de (nome, função) _____
CPF _____

AMOSTRA COLHIDA : EM TRIPLICATA ÚNICA
Conforme o disposto no(s) _____

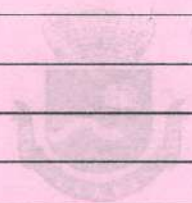
PARA: ANÁLISE FISCAL ANÁLISE PRÉVIA CONTROLE DE PRODUTO IMPORTADO
 CONTROLE OUTRA _____

COM O OBJETIVO DE :
 ATENDER PROGRAMA ATENDER DENÚNCIA INVESTIGAR SUSPEITA POR OCASIÃO DE
INSPEÇÃO
 INVESTIGAR SURTO OUTRA _____

EXAME SOLICITADO:
 MICROSCÓPICO MICROBIOLÓGICO COMPOSIÇÃO DE PRODUTO
 FÍSICO-QUÍMICO OUTRO(S) _____

TEMPERATURA NO MOMENTO DA COLHEITA DE _____ °C (_____)
E PESO DA AMOSTRA _____

Descrever as condições de higiene do local:



021

TCA

TERMO DE COLHEITA DE AMOSTRA

As amostras foram colhidas, autenticadas e lacradas, como segue:

Amostra nº 1 - lacre nº _____

Amostra nº 2 - lacre nº _____

Amostra nº 3 - lacre nº _____

Uma amostra fica em poder do detentor, conforme disposto no (s) _____

Data ____/____/____

Ciente ____/____/____

Assinatura da Autoridade Sanitária

Assinatura do Autuado

CPF _____

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
-Vigilância Sanitária Municipal-



TERMO DE COLHEITA DE AMOSTRA

TCA

051

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

autoridade sanitária, credencial nº _____, COLHI AMOSTRA DO PRODUTO _____

_____ marca

_____, lote _____, fabricado em ____/____/____

com validade até ____/____/____, registro no MS/MA/SAA _____

fabricado por (razão social do fabricante) _____

nome fantasia _____, CPF / CNPJ nº _____

estabelecida na (rua, av., etc.) _____

nº _____, complemento _____, CEP _____, município _____

detentor (razão social) _____

CPF / CNPJ nº _____, nome fantasia _____

estabelecida na (rua, av., etc.) _____

nº _____, complemento _____, CEP _____, município _____

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

CPF _____

AMOSTRA COLHIDA : EM TRIPLICATA ÚNICA

Conforme o disposto no(s) _____

PARA: ANÁLISE FISCAL ANÁLISE PRÉVIA CONTROLE DE PRODUTO IMPORTADO

CONTROLE OUTRA _____

COM O OBJETIVO DE :

ATENDER PROGRAMA ATENDER DENÚNCIA INVESTIGAR SUSPEITA POR OCASIÃO DE INSPEÇÃO

INVESTIGAR SURTO OUTRA _____

EXAME SOLICITADO:

MICROSCÓPICO MICROBIOLÓGICO COMPOSIÇÃO DE PRODUTO

FÍSICO-QUÍMICO OUTRO(S) _____

TEMPERATURA NO MOMENTO DA COLHEITA DE _____ °C (_____)

E PESO DA AMOSTRA _____

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
-Vigilância Sanitária Municipal-



TERMO DE COLHEITA DE AMOSTRA

TCA

051

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ h, eu _____
autoridade sanitária, credencial nº _____, COLHI AMOSTRA DO PRODUTO _____
_____ marca
_____, lote _____, fabricado em ____/____/____
com validade até ____/____/____, registro no MS/MA/SAA _____
fabricado por (razão social do fabricante) _____
nome fantasia _____, CPF / CNPJ nº _____
estabelecida na (rua, av., etc.) _____
nº _____, complemento _____, CEP _____, município _____
detentor (razão social) _____
CPF / CNPJ nº _____, nome fantasia _____
estabelecida na (rua, av., etc.) _____
nº _____, complemento _____, CEP _____, município _____
representada por/na pessoa de (nome, função) _____
CPF _____

AMOSTRA COLHIDA: EM TRIPLICATA ÚNICA
Conforme o disposto no(s) _____

PARA: ANÁLISE FISCAL ANÁLISE PRÉVIA CONTROLE DE PRODUTO IMPORTADO
 CONTROLE OUTRA _____

COM O OBJETIVO DE :
 ATENDER PROGRAMA ATENDER DENÚNCIA INVESTIGAR SUSPEITA POR OCASIÃO DE
INSPEÇÃO
 INVESTIGAR SURTO OUTRA _____

EXAME SOLICITADO:
 MICROSCÓPICO MICROBIOLÓGICO COMPOSIÇÃO DE PRODUTO
 FÍSICO-QUÍMICO OUTRO(S) _____

TEMPERATURA NO MOMENTO DA COLHEITA DE _____ °C (_____)
E PESO DA AMOSTRA _____

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
-Vigilância Sanitária Municipal-



TERMO DE COLHEITA DE AMOSTRA

TCA

051

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

autoridade sanitária, credencial nº _____, COLHI AMOSTRA DO PRODUTO _____

_____ marca

_____, lote _____, fabricado em ____/____/____

com validade até ____/____/____, registro no MS/MA/SAA _____

fabricado por (razão social do fabricante) _____

nome fantasia _____, CPF / CNPJ nº _____

estabelecida na (rua, av., etc.) _____

nº _____, complemento _____, CEP _____, município _____

detentor (razão social) _____

CPF / CNPJ nº _____, nome fantasia _____

estabelecida na (rua, av., etc.) _____

nº _____, complemento _____, CEP _____, município _____

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

CPF _____

AMOSTRA COLHIDA: EM TRIPLICATA ÚNICA

Conforme o disposto no(s) _____

PARA: ANÁLISE FISCAL ANÁLISE PRÉVIA CONTROLE DE PRODUTO IMPORTADO
 CONTROLE OUTRA _____

COM O OBJETIVO DE:

ATENDER PROGRAMA ATENDER DENÚNCIA INVESTIGAR SUSPEITA POR OCASIÃO DE

INVESTIGAR SURTO OUTRA _____

INSPEÇÃO

EXAME SOLICITADO:

MICROSCÓPICO MICROBIOLÓGICO COMPOSIÇÃO DE PRODUTO

FÍSICO-QUÍMICO OUTRO(S) _____

TEMPERATURA NO MOMENTO DA COLHEITA DE _____ °C (_____)

E PESO DA AMOSTRA _____

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
-Vigilância Sanitária Municipal-



TERMO DE COLHEITA DE AMOSTRA

TCA

051

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ h, eu _____
autoridade sanitária, credencial nº _____, COLHI AMOSTRA DO PRODUTO _____
_____ marca
_____, lote _____, fabricado em ____/____/____
com validade até ____/____/____, registro no MS/MA/SAA _____
fabricado por (razão social do fabricante) _____
nome fantasia _____, CPF / CNPJ nº _____
estabelecida na (rua, av., etc.) _____
nº _____, complemento _____, CEP _____, município _____
detentor (razão social) _____
CPF / CNPJ nº _____, nome fantasia _____
estabelecida na (rua, av., etc.) _____
nº _____, complemento _____, CEP _____, município _____
representada por/na pessoa de (nome, função) _____
CPF _____

AMOSTRA COLHIDA :

EM TRIPLICATA

ÚNICA

Conforme o disposto no(s) _____

PARA:

ANÁLISE FISCAL

ANÁLISE PRÉVIA

CONTROLE DE PRODUTO IMPORTADO

CONTROLE

OUTRA _____

COM O OBJETIVO DE :

ATENDER PROGRAMA

ATENDER DENÚNCIA

INVESTIGAR SUSPEITA POR OCASIÃO DE
INSPEÇÃO

INVESTIGAR SURTO

OUTRA _____

EXAME SOLICITADO:

MICROSCÓPICO

MICROBIOLÓGICO

COMPOSIÇÃO DE PRODUTO

FÍSICO-QUÍMICO

OUTRO(S) _____

TEMPERATURA NO MOMENTO DA COLHEITA DE _____ °C (_____)
E PESO DA AMOSTRA _____



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
-Vigilância Sanitária Municipal-

653

| TERMO | TRM |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> APREENSÃO DE PRODUTO <input type="checkbox"/> APREENSÃO DE EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> INTERDIÇÃO DE PRODUTO <input type="checkbox"/> INTERDIÇÃO DE EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> DEPÓSITO DO PRODUTO | <input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DE PRODUTO <input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DE EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DE ESTABELECIMENTO <input type="checkbox"/> INUTILIZAÇÃO DE PRODUTO |

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ hs, eu _____, autoridade sanitária, credencial n.º _____, LAVRO ESTE TERMO para a empresa (razão social) _____, CEVS n.º _____, CNPJ n.º _____, nome fantasia _____, estabelecida na (rua, av., etc.) _____, n.º _____, complemento _____, CEP _____, Município _____, fone (____) _____, fax (____) _____, e-mail: _____, com atividade(s) de _____, representada por/na pessoa de (nome e função) _____, CPF n.º _____, residente na (rua, av., etc.) _____, n.º _____, complemento _____, Município _____, tel. (____) _____, e-mail _____, conforme consta do(a) _____

| | | |
|--|--|--|
| Data _____/_____/_____ | Ciente _____/_____/_____ | Assinatura da 1.ª testemunha _____ RG _____ |
| Assinatura da Autoridade Sanitária _____ | Assinatura do Autuado _____ CPF _____ | Assinatura da 2.ª testemunha _____ RG _____ |



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
-Vigilância Sanitária Municipal-

653

| TERMO | TRM |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> APREENSÃO DE PRODUTO <input type="checkbox"/> APREENSÃO DE EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> INTERDIÇÃO DE PRODUTO <input type="checkbox"/> INTERDIÇÃO DE EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> DEPÓSITO DO PRODUTO | <input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DE PRODUTO <input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DE EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DE ESTABELECIMENTO <input type="checkbox"/> INUTILIZAÇÃO DE PRODUTO |

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ hs, eu _____, autoridade sanitária, credencial n.º _____, LAVRO ESTE TERMO para a empresa (razão social) _____, CEVS n.º _____, CNPJ n.º _____, nome fantasia _____, estabelecida na (rua, av., etc.) _____, n.º _____, complemento _____, CEP _____, Município _____, fone (____) _____, fax (____) _____, e-mail: _____, com atividade(s) de _____, representada por/na pessoa de (nome e função) _____, CPF n.º _____, residente na (rua, av., etc.) _____, n.º _____, complemento _____, Município _____, tel. (____) _____, e-mail _____, conforme consta do(a) _____

| | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|
| Data _____/_____/_____ | Ciente _____/_____/_____ | Assinatura da 1.ª testemunha RG _____ |
| Assinatura da Autoridade Sanitária | Assinatura do Autuado CPF _____ | Assinatura da 2.ª testemunha RG _____ |



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
-Vigilância Sanitária Municipal-

653

| TERMO | TRM |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> APREENSÃO DE PRODUTO <input type="checkbox"/> APREENSÃO DE EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> INTERDIÇÃO DE PRODUTO <input type="checkbox"/> INTERDIÇÃO DE EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> DEPÓSITO DO PRODUTO | <input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DE PRODUTO <input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DE EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DE ESTABELECIMENTO <input type="checkbox"/> INUTILIZAÇÃO DE PRODUTO |

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ hs, eu _____, autoridade sanitária, credencial n.º _____, LAVRO ESTE TERMO para a empresa (razão social) _____, CEVS n.º _____, CNPJ n.º _____, nome fantasia _____, estabelecida na (rua, av., etc.) _____, n.º _____, complemento _____, CEP _____, Município _____, fone (____) _____, fax (____) _____, e-mail: _____, com atividade(s) de _____, representada por/na pessoa de (nome e função) _____, CPF n.º _____, residente na (rua, av., etc.) _____, n.º _____, complemento _____, Município _____, tel. (____) _____, e-mail _____, conforme consta do(a) _____

| | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|
| Data _____/_____/_____ | Ciente _____/_____/_____ | Assinatura da 1.ª testemunha RG _____ |
| Assinatura da Autoridade Sanitária | Assinatura do Autuado CPF _____ | Assinatura da 2.ª testemunha RG _____ |



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
-Vigilância Sanitária Municipal-

653

| TERMO | TRM |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> APREENSÃO DE PRODUTO <input type="checkbox"/> APREENSÃO DE EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> INTERDIÇÃO DE PRODUTO <input type="checkbox"/> INTERDIÇÃO DE EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> DEPÓSITO DO PRODUTO | <input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DE PRODUTO <input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DE EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DE ESTABELECIMENTO <input type="checkbox"/> INUTILIZAÇÃO DE PRODUTO |

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ hs, eu _____, autoridade sanitária, credencial n.º _____, LAVRO ESTE TERMO para a empresa (razão social) _____, CEVS n.º _____, CNPJ n.º _____, nome fantasia _____, estabelecida na (rua, av., etc.) _____, n.º _____, complemento _____, CEP _____, Município _____, fone (____) _____, fax (____) _____, e-mail: _____, com atividade(s) de _____, representada por/na pessoa de (nome e função) _____, CPF n.º _____, residente na (rua, av., etc.) _____, n.º _____, complemento _____, Município _____, tel. (____) _____, e-mail _____, conforme consta do(a) _____

| | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|
| Data _____/_____/_____ | Ciente _____/_____/_____ | Assinatura da 1.ª testemunha RG _____ |
| Assinatura da Autoridade Sanitária | Assinatura do Autuado CPF _____ | Assinatura da 2.ª testemunha RG _____ |



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
-Vigilância Sanitária Municipal-

653

| TERMO | TRM |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> APREENSÃO DE PRODUTO <input type="checkbox"/> APREENSÃO DE EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> INTERDIÇÃO DE PRODUTO <input type="checkbox"/> INTERDIÇÃO DE EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> DEPÓSITO DO PRODUTO | <input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DE PRODUTO <input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DE EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DE ESTABELECIMENTO <input type="checkbox"/> INUTILIZAÇÃO DE PRODUTO |

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ hs, eu _____, autoridade sanitária, credencial n.º _____, LAVRO ESTE TERMO para a empresa (razão social) _____, CEVS n.º _____, CNPJ n.º _____, nome fantasia _____, estabelecida na (rua, av., etc.) _____, n.º _____, complemento _____, CEP _____, Município _____, fone (____) _____, fax (____) _____, e-mail: _____, com atividade(s) de _____, representada por/na pessoa de (nome e função) _____, CPF n.º _____, residente na (rua, av., etc.) _____, n.º _____, complemento _____, Município _____, tel. (____) _____, e-mail _____, conforme consta do(a) _____

| | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|
| Data _____/_____/_____ | Ciente _____/_____/_____ | Assinatura da 1.ª testemunha RG _____ |
| Assinatura da Autoridade Sanitária | Assinatura do Autuado CPF _____ | Assinatura da 2.ª testemunha RG _____ |