



## AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE

AIP Nº \_\_\_\_\_

- |   |  |                                     |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADVERTÊNCIA                                | <input type="checkbox"/> INTERDIÇÃO      | <input type="checkbox"/> TOTAL      |
| <input type="checkbox"/> MULTA                                      | <input type="checkbox"/> ESTABELECIMENTO | <input type="checkbox"/> PARCIAL    |
| <input type="checkbox"/> CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO   | <input type="checkbox"/> PRODUTO         | <input type="checkbox"/> CAUTELAR   |
| <input type="checkbox"/> APREENSÃO DE PRODUTO / EQUIPAMENTO         | <input type="checkbox"/> EQUIPAMENTO     | <input type="checkbox"/> TEMPORÁRIA |
| <input type="checkbox"/> SUSPENSÃO DE VENDA / FABRICAÇÃO DE PRODUTO | <input type="checkbox"/> ATIVIDADE       | <input type="checkbox"/> DEFINITIVA |
| <input type="checkbox"/> INUTILIZAÇÃO                               |  |                                     |

Aos \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ hs,  
 eu \_\_\_\_\_,

autoridade sanitária, credencial nº \_\_\_\_\_, verifiquei pelo **AUTO DE INFRAÇÃO**

Nº \_\_\_\_\_, lavrado em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, que a empresa (razão social) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, CNPJ nº \_\_\_\_\_,

nome fantasia \_\_\_\_\_,

estabelecida à (Rua, Av. etc) \_\_\_\_\_,

nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_,

Município \_\_\_\_\_, fone \_\_\_\_\_, cel. \_\_\_\_\_,

e-mail \_\_\_\_\_, com atividade(s) de \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_,

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

**Em caso de multa, anexar cópia do AI (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 (dez) dias. Quando na penalidade de multa, a não apresentação de recurso implica na necessidade de pagamento da multa no mesmo prazo citado.**

ASSINATURA DA AUTORIDADE SANITÁRIA

ASSINATURA DO AUTUADO

ASSINATURA DAS TESTEMUNHAS

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

Ciente \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

1º \_\_\_\_\_  
 RG / CPF

2º \_\_\_\_\_  
 RG / CPF