PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEVISA - DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CAMPINAS - SP

AUTO DE INFRAÇÃO

AI Nº _____

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

eu _____, autoridade sanitária, credencial nº _____,

verifiquei que _____,
(Razão Social / Nome)

CEVS nº _____, CNPJ /CPF 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 _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____,

considerando o disposto no(s): _____

_____

_____,

estando sujeita às penas capituladas no art. _____

_____

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 DA AUTORIDADE SANITÁRIA	ASSINATURA DO AUTUADO	ASSINATURA DAS TESTEMUNHAS
Data _____ / _____ / _____	CPF _____ Ciente _____ / _____ / _____	1ª _____ RG / CPF 2ª _____ RG / CPF