

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE****AUTO TERMO**

GRS: ITABIRA	MUNICÍPIO:	NÚMERO: JM -
--------------	------------	--------------

ESTABELECIMENTO	NOME:				
	RAZÃO SOCIAL:		CNPJ:		
	INSCR. ESTADUAL:		ATIVIDADE		
	ENDEREÇO:				
	TELEFONE:		CEP:	MUNICÍPIO:	UF:
PROPRIETÁRIO/ RESPONSÁVEL	NOME:			NACIONALIDADE:	
	NATURALIDADE:		ESTADO CIVIL:	IDENTIDADE:	
	PROFISSÃO:			CPF:	
	ENDEREÇO:				
	FONE:		CEP:	MUNICÍPIO:	UF:
RESPONSÁVEL TÉCNICO	NOME:			NACIONALIDADE:	
	NATURALIDADE:		ESTADO CIVIL:	IDENTIDADE:	
	PROFISSÃO:			CPF:	
	ENDEREÇO:				
	FONE:		CEP:	MUNICÍPIO:	UF:

COM BASE (INCISO - ARTIGO - LEI - PORTARIA - RESOLUÇÃO) \_\_\_\_\_

( ) AUTO DE _____	( ) TERMO DE _____
( ) PELO FATO DE _____	( ) ATRAVÉS DO QUAL FICA _____


O INFRATOR ESTARÁ SUJEITO A PENA DE \_\_\_\_\_

E RESPONDERÁ PELO FATO EM PROCESSO ADMINISTRATIVO, TENDO 15 (QUINZE) DIAS PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO, APÓS O RECEBIMENTO DO AUTO/TERMO.

_____ NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / RG / FUNÇÃO / ASSINATURA	
_____ NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / RG / FUNÇÃO / ASSINATURA	
João Monlevade, _____ de _____ de _____	_____
LOCAL E DATA	HORA ASSINATURA DO AUTUADO

POR MOTIVO DE RECUSA / AUSÊNCIA DO AUTUADO, ASSINAM AS TESTEMUNHAS:

_____ 1ª TESTEMUNHA - R.G.
_____ 2ª TESTEMUNHA - R.G.