

RESOLUÇÕES**RESOLUÇÃO Nº 037/11-CIB/RS**

A Comissão Intergestores Bipartite/RS, ad referendum, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

a Portaria GM/MS nº 1.861, de 04 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE para municípios com Equipes de Saúde da Família - ESF, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento de Educação Básica - IDEB, que aderiram ao Programa Saúde na Escola;

a Portaria GM/MS nº 2.931, de 04 de dezembro de 2008, que altera a Portaria GM/MS 1.861;

o Ofício nº 24/08 DAB/SAS/MS;

a Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010, que estabelece critérios para adesão ao Programa de Saúde na Escola (PSE) para 2010 e divulga a lista do Município aptos para Manifestação de Interesse;

a pactuação realizada na Reunião da CIB/RS, de 16/02/11.

RESOLVE:

Art.1º - Aprovar o Projeto de Implantação do Programa de Saúde Escolar, do município relacionado no Anexo desta Resolução, conforme legislação vigente.

Art.2º - O incentivo referente à implantação do programa, constitui-se numa parcela extra do incentivo mensal às Equipes de Saúde da Família - ESF que atuam no PSE, paga no último trimestre de cada ano, com base no cadastro de ESF no SCNES, na competência junho 2010, e transferido na rubrica do PAB variável.

Art.3º - Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de sua Publicação.

Porto Alegre, 02 de março de 2011.

ANEXO - RESOLUÇÃO Nº 037/11-CIB/RS

PROCESSO DE PSE APROVADO

CRS	MUNICÍPIO	PROCESSO	Nº FOLHA DE INFORMAÇÃO
19ª	Vista Alegre	24292-2000/11-3	73

Código: 782339

SÚMULAS**RESULTADO DE PREGÃO ELETRÔNICO nº 199/2010**

O pregoeiro e sua equipe de apoio, designados pela portaria

Nº 454/2010, indicam o vencedor do pregão eletrônico abaixo:

Objeto: Registro de preço para medicamentos de uso humano.

PREGÃO ELETRÔNICO Nº199/2010

Processo nº:106275-2000/10-7

LOTE 01, Empresa vencedora: Licimed Distr. De Med. Correl. e Prod. Méd. Hospitalares Ltda, CNPJ:04.071.245/0001-60. Valor:R\$213.120.00.

LOTE 02, Empresa vencedora:Novartis Biociências s/a CNPJ:56.994.502/0098-62, Valor:R\$270.000,00.

LOTES 03, 04 e 05, Empresa vencedora:Distribuidora de Medicamentos ANB Farma Ltda, CNPJ:73.773.129/0005-30.

Valor:R\$2.068.872,00

Valor Total: R\$2.551.992,00.

Fundamentação Legal: Lei 8.666/93 e 10.520/02.

Porto Alegre, 04 de março de 2011.

Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

DA / Divisão de Compras

DISPENSA DE LICITAÇÃO

Processo: nº 01414-2000/11-6

Empresa: IOHB - INSTITUTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA DO BRASIL LTDA

Objeto: Fornecimento de 30 sessões de oxigenoterapia hiperbárica

Valor sessão: R\$ 340,52

Valor total: R\$ 10.215,60

Base legal: Inciso IV do Artigo 24 da Lei 8.666/93

Ratificação: Em 04.03.2011, conforme Artigo 26 da Lei supracitada.

Porto Alegre, 04 de março de 2011.

DA - Divisão de Compras

DISPENSA DE LICITAÇÃO

Processo: nº 116985-2000/10-2

Empresa: IOHB - INSTITUTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA DO BRASIL LTDA

Objeto: Fornecimento de 40 sessões de oxigenoterapia hiperbárica

Valor sessão: R\$ 340,52

Valor total: R\$ 13.620,80

Processo: nº 25536-2000/11-6

Empresa: CENTRO SUL BRASILEIRO DE MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

Objeto: Fornecimento de 60 sessões de oxigenoterapia hiperbárica

Valor sessão: R\$ 340,52

Valor total: R\$ 20.431,20

Processo: nº 26824-2000/11-0

Empresa: CENTRO SUL BRASILEIRO DE MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

Objeto: Fornecimento de 40 sessões de oxigenoterapia hiperbárica

Valor sessão: R\$ 340,52

Valor total: R\$ 13.620,80

Base legal: Inciso IV do Artigo 24 da Lei 8.666/93

Ratificação: Em 04.3.2011, conforme Artigo 26 da Lei supracitada.

Porto Alegre, 04 de março de 2011.

DA - Divisão de Compras

RESULTADO DE LICITAÇÃO

A pregoeira e sua equipe de apoio, designados pela portaria N.º 454/2010, indica os vencedores do seguinte lote de medicamento:

Processo 103193-20.00/10.5

Pregão 0191/2010

Objeto: Registro de preço de medicamentos de uso humano

LOTE 01:FUMARATO DE FORMOTEROL 12 MCG + BUDESONIDA 400 MCG EMPRESA:VICTORIA COM PROD LTDA CNPJ:00.088.317/0001-21 VALOR R\$960.000,00

Fundamentação legal: Leis 10.520/2002 e 8.666/93.

Porto Alegre, 04 de Março de 2011

DA - Divisão de Compras

Código: 782344

Fica REVOGADA a súmula publicada no Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, na data de 04-03-2011, referente ao processo N°23080-20.00/07-4, TERMO ADITIVO N°012/2011, CONTRATA: PIAIA, PANOSSO & CIA. LTDA. - CLÍNICA PRO VIDA.

INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

PROCESSO: N°97068-20.00/10-6

OBJETO: Credenciamento junto ao SUS.

CONTRATADA: INSTITUTO DE ORTOPEdia ALVORADA SOCIEDADE SIMPLES LTDA.

CNPJ: N°88.316.484/0001-23

MUNICÍPIO: ALVORADA/RS

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Com base na Lei nº8.080/90 e na Lei nº 8.666/93, "caput" do art. 25, e ainda, em razão do Chamamento Público, publicado no DOE em 14-10-2010.

RATIFICAÇÃO: Em 04 de março de 2011, com fundamento no Art. 26, da Lei Supracitada.

INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

PROCESSO: N°26489-20.00/11-1

OBJETO: Credenciamento junto ao SUS.

CONTRATADA: PREFEITURA MUNICIPAL DE ALEGRIA.

CNPJ: N°92.465.228/0001-75

MUNICÍPIO: ALEGRIA/RS

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Com base no Art. 25 "caput" da Lei nº 8.666/93.

RATIFICAÇÃO: Em 04 de março de 2011, com fundamento no Art. 26, da Lei Supracitada.

Porto Alegre, 09 de março de 2011

CIRO SIMONI
Secretário de Estado da Saúde

Código: 782345

NºT.A.006/2011, Processos: 4147-20.00/06.0, celebrado em 22 de fevereiro de 2011, ao Convênio nº 076/2008, celebrado em 30 de dezembro de 2008, entre o Estado do Rio Grande do Sul, através da Secretaria da Saúde e a SOCIEDADE PELOTENSE DE ASSISTÊNCIA E CULTURA SPAC/UCPEL - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA, objetivando a construção de unidade hospitalar. OBJETO: PRORROGAR, até 19 de fevereiro de 2012, os prazos de Vigência e Execução previstos na Cláusula Sexta - Da Vigência, e Parágrafo Único, respectivamente do Convênio original.

Porto Alegre, 09 de março de 2011.

CIRO SIMONI
Secretário de Estado da Saúde

Código: 782346

PORTARIA Nº 706/2010

* Republicação

Altera os anexos das Portarias 15/2002 e 17/2003, da SES/RS.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, no uso de suas atribuições legais conferidas pela Constituição Estadual e pela Lei Federal nº 8.080/90, Considerando que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, estando sujeitos à regulamentação, fiscalização e controle pelo Poder Público, nos termos do art. 197, da Constituição Federal;

Considerando a competência atribuída à direção estadual do Sistema Único de Saúde, através da Lei Federal nº 8.080/90, para o estabelecimento de normas para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

Considerando a Lei Estadual nº 6.503, de 22 de dezembro de 1972, e o Decreto Estadual nº 23.430, de 24 de outubro de 1974,

Considerando a necessidade de atualizar os modelos de autos, de termos e de notificações correspondentes aos atos de competência legal da Vigilância Sanitária de que tratam a Lei Federal nº 6.437/77,

RESOLVE:

Art. 1.º - Alterar, na forma dos anexos desta Portaria, os anexos das Portarias 15/2002 e 17/2003.

Art. 2.º - Estabelecer o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data de publicação desta Portaria, para que os órgãos integrantes desta Secretaria adotem os modelos de Autos, Termos e Notificações anexos a esta Portaria.

Parágrafo único – As despesas decorrentes da adoção dos modelos instituídos por esta Portaria correrão por conta dos recursos próprios da Vigilância Sanitária.

Art. 3.º - Findo o prazo estabelecido no artigo anterior, os atos realizados pelas autoridades sanitárias que não obedecerem aos modelos instituídos por esta Portaria serão considerados nulos, não gerando efeitos no âmbito administrativo.

Art. 4.º - Esta Portaria entrará em vigor na data da sua publicação.


Art. 5.º - Revogam-se as disposições em contrário, especialmente o disposto nas Portarias 15/2002 e 17/2003.

Porto Alegre, 03 de fevereiro de 2011.

CIRO SIMONI
Secretário de Estado da Saúde

* Republicada por ter saído com incorreções na formatação dos Anexos na publicação no D.O.E, de 27 de dezembro de 2010, páginas 28 a 31.

ANEXO I
AUTO DE INFRAÇÃO SANITÁRIA
RITO SUMARÍSSIMO


	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE	N.º ____/____.
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR)	
AUTO DE INFRAÇÃO SANITÁRIA		

AUTUADO	
NOME/RAZÃO SOCIAL:	
ENDEREÇO:	CEP:
MUNICÍPIO:	CNPJ ou CPF:
RAMO DE ATIVIDADE:	Nº ALVARÁ SANITÁRIO:

Ao(s) ____ dias do mês de _____ do ano de ____, às ____ hs. e ____ min., no exercício da fiscalização sanitária, ao inspecionar _____, no local (*somente preencher quando a infração se limitar a área específica do estabelecimento*), constatei a(s) seguinte(s) irregularidade(s): _____, tendo havido infração, respectivamente, ao(s) seguinte(s) dispositivo(s) legal(is): _____ . A(s) infração(ões) está(ão) tipificada(s) no Artigo 10, _____, da Lei Federal nº 6437/77, que prevê as seguintes penalidades: _____ . Por estas razões, lavrei o presente Auto de Infração Sanitária em 3 (três) vias, ficando o autuado notificado de que responderá pelo fato em processo administrativo sanitário e que, de acordo com o art. 22 da Lei Federal nº 6437/77, terá o prazo de 15 (quinze) dias a partir do recebimento deste, para, querendo, apresentar defesa ou impugnação a este Auto perante a (*identificar o órgão emissor do auto de infração: DVS/CEVS ou CRS*), localizado(a) no(a) (*endereço completo do local em que deve ser entregue a defesa ou impugnação*).

CIÊNCIA	
_____, ____ de _____ de _____.	RECEBI A 1.ª VIA DESTE AUTO EM ____/____/____.
SERVIDOR AUTUANTE	AUTUADO
Nome: _____ Identidade Funcional: _____	Nome: _____ RG/CPF: _____
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:	
_____ TESTEMUNHA	_____ TESTEMUNHA

ANEXO II
AUTO DE INFRAÇÃO SANITÁRIA
RITO DA ANÁLISE FISCAL


	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE	N.º ____/____.
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR)	
AUTO DE INFRAÇÃO SANITÁRIA ANÁLISE FISCAL		

AUTUADO	
NOME/RAZÃO SOCIAL:	
ENDEREÇO:	CEP:
MUNICÍPIO:	CNPJ ou CPF:
RAMO DE ATIVIDADE:	Nº ALVARÁ SANITÁRIO:

Ao(s) ____ dias do mês de _____ do ano de ____, às ____ hs. e ____ min., no exercício da fiscalização sanitária, com a finalidade de apurar a(s) seguinte(s) irregularidade(s): _____, tendo havido infração, respectivamente, ao(s) seguinte(s) dispositivo(s) legal(is): _____ . A(s) infração(ões) está(ão) tipificada(s) no Artigo 10, IV, da Lei Federal nº 6437/77, que prevê as seguintes penalidades: _____ . Por estas razões, lavrei o presente Auto de Infração Sanitária em 3 (três) vias, ficando o autuado notificado de que responderá pelo fato em processo administrativo sanitário e que, de acordo com o art. 34 c/c parágrafo único do art. 30, da Lei Federal nº 6.437/77, terá o prazo de 20 (vinte) dias a contar da notificação do resultado do laudo de análise fiscal, para, querendo, apresentar defesa ou impugnação a este Auto, em separado ou juntamente com o pedido de contraprova, perante a (*identificar o órgão emissor do auto de infração: DVS/CEVS ou CRS*), localizado(a) no(a) (*endereço completo do local em que deve ser entregue a defesa ou impugnação*).

CIÊNCIA	
_____, ____ de _____ de _____.	RECEBI A 1.ª VIA DESTE AUTO EM ____/____/____.
SERVIDOR AUTUANTE	AUTUADO
Nome: _____ Identidade Funcional: _____	Nome: _____ RG/CPF: _____
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:	
_____ TESTEMUNHA	_____ TESTEMUNHA

ANEXO III
TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE ESTABELECIMENTO

	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE	N.º ____/____.
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR)	
TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE ESTABELECIMENTO SOB VIGILÂNCIA SANITÁRIA		


IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
NOME/RAZÃO SOCIAL:	
ENDEREÇO:	CEP:
MUNICÍPIO:	CNPJ ou CPF:
RAMO DE ATIVIDADE:	Nº ALVARÁ SANITÁRIO:

Ao(s) ____ dias do mês de ____ do ano de ____, às ____ hs. e ____ min., no exercício da fiscalização sanitária, com fundamento no art. 23, § 4º, da Lei Federal n.º 6.437/77, interditei cautelarmente, pelo prazo máximo de 90 (noventa) dias, o(a) _____ pelas(s) seguinte(s) irregularidades(s): _____

_____ tendo havido infração, respectivamente, ao(s) seguinte(s) dispositivo(s) legal(is): _____, conforme Auto de Infração Sanitária nº ____/____. Sem prejuízo das sanções de natureza civil ou penal cabíveis, o descumprimento desta interdição cautelar poderá acarretar responsabilização no âmbito administrativo.

CIÊNCIA	
_____, de ____ de ____.	RECEBI A 1.ª VIA DESTE AUTO EM ____/____/____.
SERVIDOR AUTUANTE	AUTUADO
Nome: _____ Identidade Funcional: _____	Nome: _____ RG/CPF: _____
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:	
_____ TESTEMUNHA	_____ TESTEMUNHA

ANEXO IV (FRENTE)
TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS

	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE	N.º ____/____.
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR)	
TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS		

IDENTIFICAÇÃO DO DETENTOR DO PRODUTO	
NOME/RAZÃO SOCIAL:	
ENDEREÇO:	CEP:
MUNICÍPIO:	CNPJ ou CPF:
RAMO DE ATIVIDADE:	Nº ALVARÁ SANITÁRIO:

Ao(s) ____ dias do mês de ____ do ano de ____, às ____ h. e ____ min., no exercício de fiscalização sanitária, com fundamento no art. 23, § 4º da Lei Federal nº 6.437/77, interditei cautelarmente, pelo prazo máximo de 90 (noventa) dias, o(s) produto(s) identificado(s) pelo(s) número(s) de lote, data de fabricação e prazo de validade, conforme a seguir e/ou no verso do presente Termo: _____

_____ pela(s) seguinte(s) irregularidades(s): _____


_____ tendo havido infração, respectivamente, ao(s) seguinte(s) dispositivo(s) legal(is): _____, conforme Auto de Infração Sanitária nº ____/____. O(s) produto(s) interdito(s) fica(m) em poder de _____, situado na _____, que se compromete a não vender, remover, dar ao consumo, desviar ou substituir, até ulterior deliberação da autoridade sanitária competente desta Secretaria, constituindo-se em seu fiel depositário, para todos os efeitos da Lei Civil e ficando bem ciente que deverá apresentar o(s) aludido(s) produto(s), quando solicitado, sob pena de responsabilização no âmbito administrativo.

CIÊNCIA		
_____ SERVIDOR	_____ DETENTOR	_____ DEPOSITÁRIO
Nome: _____ Identidade Funcional: _____	Nome: _____ RG/CPF: _____	Nome: _____ RG/CPF: _____
QUANDO O DETENTOR OU O DEPOSITÁRIO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:		
_____ TESTEMUNHA	_____ TESTEMUNHA	

Pela presente fica notificado(a) _____, CPF/CNPJ _____, situada na _____, CEP _____, no município de _____, da imposição da(s) penalidade(s) acima assinalada(s), em razão do julgamento de parcial procedência do Auto de Infração Sanitária n.º _____/_____, de _____ de _____ de _____, pelo(s) fato(s) de _____ e que, de acordo com o art. 30 da Lei Federal nº 6437/77, terá um prazo de 15 (quinze) dias a partir do recebimento desta para, querendo, apresentar recurso perante a *(identificar o órgão emissor do auto de infração: DVS/CEVS ou CRS)*, localizada na *(endereço completo do local em que deve ser entregue a defesa ou impugnação)*.

CIÊNCIA	
_____, de _____ de _____. _____ ASSINATURA Nome: _____ Identidade Funcional: _____	RECEBI A 1.ª VIA DESTE AUTO EM ____/____/____. _____ AUTUADO Nome: _____ RG/CPF: _____
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:	
_____	_____
TESTEMUNHA	TESTEMUNHA

ANEXO VII
NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENA DE MULTA
NOTIFICAÇÃO DA PRIMEIRA DECISÃO
PROCEDÊNCIA DO AI


	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE (IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR)	PROCESSO N.º _____-20.00/____.
	NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENA DE MULTA	

IDENTIFICAÇÃO DO AUTUADO	
NOME/RAZÃO SOCIAL:	
ENDEREÇO:	CEP:
MUNICÍPIO:	CNPJ ou CPF:
RAMO DE ATIVIDADE:	N.º ALVARÁ SANITÁRIO:

Pela presente fica notificado da imposição da penalidade de multa no valor de R\$ _____, em razão do julgamento de procedência do Auto de Infração Sanitária n.º _____/_____, de _____ de _____ de _____, e que, de acordo com o art. 30 da Lei Federal nº 6437/77, terá um prazo de 15 (quinze) dias a partir do recebimento desta para, querendo, apresentar recurso perante a *(identificar o órgão emissor do auto de infração: DVS/CEVS ou CRS)*, localizada na *(endereço completo do local em que deve ser entregue a defesa ou impugnação)*. A Multa aplicada sofrerá redução de 20% em caso de pagamento no prazo de 20 (vinte dias) contados do recebimento desta, o que implicará na desistência tácita do recurso, conforme art. 21 da Lei 6.437/77, devendo ser efetivado mediante depósito em qualquer agência bancária do Banrisul, Conta nº 02.523147.01, Agência 0597- FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, cuja cópia devidamente quitada, deverá ser encaminhada ao endereço acima mencionado.

CIÊNCIA	
_____, de _____ de _____. _____ ASSINATURA Nome: _____ Identidade Funcional: _____	RECEBI A 1.ª VIA DESTE AUTO EM ____/____/____. _____ AUTUADO Nome: _____ RG/CPF: _____
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:	
_____	_____
TESTEMUNHA	TESTEMUNHA

ANEXO VIII
NOTIFICAÇÃO DE DECISÃO DO PRIMEIRO RECURSO


	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE (IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR)	PROCESSO N.º _____20.00/____.
	NOTIFICAÇÃO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
NOME/RAZÃO SOCIAL:	
ENDEREÇO:	CEP:
MUNICÍPIO:	CNPJ ou CPF:
RAMO DE ATIVIDADE:	N.º ALVARÁ SANITÁRIO:

Pela presente fica notificado(a) de que foi desprovido o recurso interposto da decisão que julgou o Auto de Infração Sanitária n.º _____, de _____, de _____, de _____, tendo sido mantida(s) a(s) penalidade(s) de _____ e que, de acordo com o art. 30, parágrafo único, da Lei Federal nº 6437/77, terá o prazo de 20 (vinte) dias contados do recebimento desta para, querendo, apresentar recurso perante a *(identificar o órgão emissor do auto de infração: DVS/CEVS ou CRS)*, localizada na *(endereço completo do local em que deve ser entregue a defesa ou impugnação)*.

CIÊNCIA	
_____, ____ de ____ de ____.	RECEBI A 1.ª VIA DESTE AUTO EM ____/____/____.
ASSINATURA	AUTUADO
Nome: _____ Identidade Funcional: _____	Nome: _____ RG/CPF: _____
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:	
_____ TESTEMUNHA	_____ TESTEMUNHA

ANEXO IX
NOTIFICAÇÃO DE DECISÃO FINAL

	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE	PROCESSO N.º
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR)	_____-20.00/____.
NOTIFICAÇÃO		


IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME/RAZÃO SOCIAL:	
ENDEREÇO:	CEP:
MUNICÍPIO:	CNPJ ou CPF:
RAMO DE ATIVIDADE:	N.º ALVARÁ SANITÁRIO:

Em decorrência de infração apurada em Processo Administrativo Sanitário instaurado mediante Auto de Infração Sanitária n.º ____/____, de ____ de ____ do ano de ____, fica o infrator, acima qualificado(a) **NOTIFICADO(A)**, a partir do recebimento desta, da imposição da(s) pena(s) de ____, como decisão final irreversível da Autoridade Sanitária, nos termos do art. 37, da Lei 6437/77.

CIÊNCIA	
_____, ____ de ____ de ____.	RECEBI A 1.ª VIA DESTE AUTO EM ____/____/____.
ASSINATURA	AUTUADO
Nome: _____ Identidade Funcional: _____	Nome: _____ RG/CPF: _____
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:	
_____ TESTEMUNHA	_____ TESTEMUNHA

ANEXO X
NOTIFICAÇÃO PARA PAGAMENTO DE MULTA
DECISÃO FINAL

	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE	PROCESSO N.º
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR)	_____-20.00/____.
NOTIFICAÇÃO PARA PAGAMENTO DE MULTA		


NOTIFICADO

NOME/RAZÃO SOCIAL:	
ENDEREÇO:	CEP:
MUNICÍPIO:	CNPJ ou CPF:
RAMO DE ATIVIDADE:	N.º ALVARÁ SANITÁRIO:

Em cumprimento ao disposto no artigo 33, da Lei Federal n.º 6.437, de 20 de agosto de 1977, fica notificado(a) o infrator, acima qualificado(a) para, no prazo de 30 (trinta) dias a contar do recebimento desta, efetuar o pagamento da quantia de R\$ ____ (____), correspondente à MULTA imposta em decorrência de infração apurada em Processo Administrativo Sanitário, instaurado a partir da lavratura do Auto de Infração Sanitária n.º ____/____, de ____ de ____ de _____. O pagamento deverá ser efetuado em qualquer Agência Bancária do BANRISUL, Conta n.º 02523147.01, Agência 0597 – FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, cuja cópia devidamente quitada, deverá ser encaminhada (*identificar o órgão emissor do auto de infração: DVS/CEVS ou CRS*), localizada na (*endereço completo do local em que deve ser entregue a defesa ou impugnação*) no prazo de até 05 (cinco) dias após o pagamento. A não comprovação do pagamento da multa poderá implicar no seu encaminhamento para inscrição como débito em dívida ativa do Estado.

CIÊNCIA	
_____, ____ DE ____ DE ____.	RECEBI A 1.ª VIA DESTE AUTO EM ____/____/____.
ASSINATURA	AUTUADO
Nome: _____ Identidade Funcional: _____	Nome: _____ RG/CPF: _____
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:	
_____ TESTEMUNHA	_____ TESTEMUNHA

ANEXO XI
TERMO DE COLETA DE AMOSTRAS

	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE	N.º ____/____.
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR)	
TERMO DE COLETA DE AMOSTRAS		

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA		
PRODUTO:	MARCA:	
FABRICANTE/PRODUTOR/EMBALADOR/IMPORTADOR:	CNPJ/CPF	
ENDEREÇO:	CEP:	
MUNICÍPIO:		
N.º REGISTRO NO ÓRGÃO COMPETENTE:	LOTE:	
DATA DA COLHEITA:	HORA DA COLHEITA:	AMOSTRAS (N.º TOTAL DE UNIDADES): AMOSTRAIS):
PESO/VOLUME UNITÁRIO:	DATA DE FABRICAÇÃO:	DATA DE VALIDADE:
LACRE PROVA:	LACRE CONTRAPROVA:	LACRE TESTEMUNHO:
COLETA ACOMPANHADA DE INTERDIÇÃO CAUTELAR: () SIM () NÃO		
OBSERVAÇÕES: (IDENTIFICAR O MOTIVO DA COLETA E AS CONDIÇÕES DA AMOSTRA, SE NECESSÁRIO)		

DETENTOR DO PRODUTO AMOSTRADO	
NOME/RAZÃO SOCIAL:	CPF/CNPJ:
ENDEREÇO:	CEP:
REPRESENTANTE LEGAL:	RG/CPF:
MUNICÍPIO:	

MODALIDADE DE ANÁLISE:	ANÁLISES SOLICITADAS:	
() FISCAL	() FÍSICO QUÍMICA	() ROTULAGEM
() CONTROLE	() MICROBIOLÓGICA	() SENSORIAL
() ORIENTAÇÃO	() MICROSCÓPICA	() TOXICOLÓGICA
() OUTRA(S): _____.	() QUÍMICA	() OUTRAS: _____.


EM CASO DE COLETA DE AMOSTRAS PARA FINS DE ANÁLISE FISCAL: O DETENTOR DO PRODUTO DECLARA QUE DE ACORDO COM O ART. 27, DA LEI FEDERAL N.º 6.437/77, RECEBEU UMA DAS AMOSTRAS COLHIDAS EM TRIPLICATA DO(S) PRODUTO(S) ESPECIFICADO(S) PARA FINS DE POSSÍVEL CONTRAPROVA, OBRIGANDO-SE A MANTÊ-LA E CONSERVÁ-LA ADEQUADAMENTE, CONFORME RECOMENDADO.

<p style="text-align: center;">_____ AUTORIDADE SANITÁRIA</p> <p>Nome: _____.</p> <p>Identidade Funcional: _____.</p>	<p style="text-align: center;">_____ DETENTOR DO PRODUTO</p> <p>Nome: _____.</p> <p>RG/CPF: _____.</p>	<p>QUANDO O DETENTOR RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:</p> <p style="text-align: center;">_____ TESTEMUNHA</p> <p style="text-align: center;">_____ TESTEMUNHA</p>
---	--	--

RECEBI A(S) AMOSTRA(S) DESCRITA(S) ACOMPANHADA(S) DESTE TERMO DE COLHEITA DE AMOSTRAS, ÀS ____, NA DATA DE __.

NOME, ASSINATURA E MATRÍCULA DO RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO IPB/LACEN

ANEXO XII
TERMO DE DESINTERDIÇÃO DE ESTABELECIMENTO

	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE	PROCESSO N.º ____ 20.00/____.
	(IDENTIFICAR O ÓRGÃO EMISSOR DO AUTO DE INFRAÇÃO: DVS/CEVS OU CRS) _____ (IDENTIFICAR O SETOR)	
TERMO VINCULADO DE DESINTERDIÇÃO DE ESTABELECIMENTOS SOB VIGILÂNCIA SANITÁRIA		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
NOME/RAZÃO SOCIAL:	
ENDEREÇO:	CEP:
MUNICÍPIO:	CNPJ ou CPF:
RAMO DE ATIVIDADE:	N.º ALVARÁ SANITÁRIO:

Ao(s) __ dia(s) do mês de _____ do ano de ____, às __ h. e __ min., desinterditei o/a _____, interditado(a) na data de __ de _____ de ____, através do Termo de Interdição Cautelar n.º ____/____, em razão de ter(em) sido sanada(s) a(s) irregularidade(s) apontada(s) no Auto de Infração Sanitária n.º ____/____, datado de __, de _____ de _____. Para constar, lavrei o presente Termo em 3 (três) vias de igual teor e para um único efeito, que vão assinadas por mim e pelo representante legal do estabelecimento.

