



01 - Regional de Saúde	Cáceres	02 - Município	Araputanga	03 - Número	Nº 3491
------------------------	----------------	----------------	-------------------	-------------	----------------

Estabelecimento

04 - Nome			
05 - Razão Social			
06 - CNPJ		07 - Insc. Estadual	
08 - Atividade			
09 - Endereço (Av./Rua, Nº, Bairro)			
10 - Telefone	11 - CEP	12 - Município/Localidade	13 - UF

Proprietário

14 - Nome			
15 - Nacionalidade		16 - Naturalidade	
17 - Estado Civil	18 - Profissão	19 - Identidade	20 - CPF
21 - Endereço (Av/Rua, Nº, Bairro)			
22 - Telefone	23 - CEP	24 - Município/Localidade	25 - UF

Responsável Técnico

26 - Nome		27 - Inscrição	
28 - Endereço (Av./Rua, Nº, Bairro)			
29 - Telefone	30 - CEP	31 - Município/Localidade	32 - UF

33 - Com Base (Inciso - Artigo - Lei - Portaria - Resolução - Decreto)

[illegible]

37. 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 de sua notificação.

38 -

Nome da Autoridade Sanitária/RG/Função/Assinatura

Local e Data

Hora

Nome da Autoridade Sanitária/RG/Função/Assinatura

Assinatura do Proprietário ou Responsável

39 - Por Motivo de Recusa/Ausência do Autuado, Assinam as Testemunhas