

Diário Oficial

Poder Executivo

Estado de São Paulo

Seção I

Palácio dos Bandeirantes

Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi - CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344

Nº 205 – DOE de 30/10/07 – p.37

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Portaria CVS - 14, de 25-10-2007

Dispõe sobre novos impressos de Autos de Infração (AIF) e Imposição de Penalidades (AIP), Termo de Colheita de Amostras (TCA), Notificação de Recolhimento de Multas (NRM) e Termo (TRM)

A Diretoria Técnica do Centro de Vigilância Sanitária, da Coordenadoria de Controle de Doenças, considerando: o Decreto Nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006, que criou a Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde; o Decreto 51.307, de 27 de novembro de 2006, que transfere os Grupos de Vigilância Epidemiológica e os Grupos de Vigilância Sanitária para a Coordenadoria de Controle de Doenças; a necessidade de atualização dos impressos utilizados pelas equipes de vigilância sanitária, no exercício de sua função, resolve:

Artigo 1º - Apresentar os novos modelos dos autos acima citados, que passarão a vigorar a partir de 01 de novembro de 2007, e serão confeccionados e distribuídos somente por este Centro de Vigilância Sanitária.

Artigo 2º - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Espaço para o carimbo com a identificação e endereço do GVS

1ª via

NOTIFICAÇÃO PARA RECOLHIMENTO DE MULTA	AIF Nº SEQUENCIAL 00001.....
Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ hs,	
eu _____	
autoridade sanitária, credencial nº _____, NOTIFICO a empresa (razão social) _____	
CEVS nº _____, CNPJ nº _____, nome fantasia _____, estabelecida à (rua, av. etc) _____	
nº _____, complemento _____, CEP _____, Município _____	
fone () _____, fax () _____, e-mail _____	
com atividade(s) de _____	
representada por/na pessoa de (nome e função) _____	
CPF _____, residente à (Rua, Av. etc) _____	
nº _____, complemento _____, Município _____	
tel _____, e-mail _____, que lhe é concedido o prazo de 30 (trinta) dias, a partir da data do recebimento deste termo, para recolher ao órgão arrecadador competente, a importância de R\$ _____ (_____), correspondente à multa que lhe foi imposta mediante AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE DE MULTA/AIP Nº _____, lavrado em _____, por incorrer em infração sanitária considerada de risco à saúde, considerando o disposto no(s) _____	
conforme consta do processo iniciado pelo AUTO DE INFRAÇÃO/AIF Nº _____	
lavrado em _____	

De acordo com a legislação vigente, a multa não recolhida dentro do prazo previsto será encaminhada para cobrança executiva.

____/____/____	Ciente ____/____/____	Assinatura da 1ª testemunha
Assinatura da Autoridade Sanitária	Assinatura do Autuado	RG _____
	CPF _____	Assinatura da 2ª testemunha
		RG _____

1ª via: Autuado; 2ª via: Processo



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Espaço para o carimbo com a identificação e endereço do GVS

1ª via

TERMO DE COLHEITA DE AMOSTRA	TCA Nº SEQUENCIAL 00001.....
Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ hs, eu _____ autoridade sanitária, credencial nº _____, COLHEI AMOSTRA DO PRODUTO _____ _____ marca _____, lote _____, fabricado em ____/____/____ com validade até ____/____/____, registro no MS/MA/SAA _____ fabricado por (razão social do fabricante) _____ nome fantasia _____, CNPJ nº _____ estabelecida à (rua, av, etc) _____ nº _____, complemento _____, CEP _____, Município _____ detentor (razão social) _____ CNPJ nº _____, nome fantasia _____ estabelecida à (rua, av, etc) _____ nº _____, complemento _____, CEP _____, Município _____ representada por/na pessoa de (nome, função) _____ CPF _____	
AMOSTRA COLHIDA: <input type="checkbox"/> EM TRIPLICATA <input type="checkbox"/> ÚNICA Conforme disposto no(s) _____	
PARA: <input type="checkbox"/> ANÁLISE FISCAL <input type="checkbox"/> ANÁLISE PRÉVIA <input type="checkbox"/> CONTROLE DE PRODUTO IMPORTADO <input type="checkbox"/> CONTROLE <input type="checkbox"/> OUTRA	
COM O OBJETIVO DE: <input type="checkbox"/> ATENDER PROGRAMA <input type="checkbox"/> ATENDER DENÚNCIA <input type="checkbox"/> INVESTIGAR SUSPEITA POR OCASIAO DE INSPEÇÃO <input type="checkbox"/> INVESTIGAR SURTO <input type="checkbox"/> OUTRA	
EXAME SOLICITADO: <input type="checkbox"/> MICROSCÓPICO <input type="checkbox"/> MICROBIOLÓGICO <input type="checkbox"/> COMPOSIÇÃO DE PRODUTO <input type="checkbox"/> FÍSICO-QUÍMICO <input type="checkbox"/> OUTRO(S)	
TEMPERATURA NO MOMENTO DA COLHEITA DE ____°C (_____) E PESO DA AMOSTRA _____	

1ª via: Interessado; 2ª via: Laboratório; 3ª e 4ª: outras fins

Descrever as condições de higiene do local: _____

As amostras foram colhidas, autenticadas e lacradas, como segue:

Amostra nº 1 – lacre nº _____

Amostra nº 2 – lacre nº _____

Amostra nº 3 – lacre nº _____

Uma amostra fica em poder do detentor, conforme disposto no (s) _____

Data ____ / ____ / ____	Cliente ____ / ____ / ____
Assinatura da Autoridade Sanitária	Assinatura do Autuado
	CPF

1ª via: Interessado; 2ª via: Laboratório; 3ª e 4ª: outra via



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Espaço para o carimbo com a identificação e endereço do GVS

1ª via

TERMO	TRM Nº SEQUENCIAL 00001.....
<input type="checkbox"/> APREENSÃO PRODUTO <input type="checkbox"/> APREENSÃO DE EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> INTERDIÇÃO PRODUTO <input type="checkbox"/> INTERDIÇÃO DE EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> DEPÓSITO DO PRODUTO	<input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DO PRODUTO <input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DO EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DO ESTABELECIMENTO <input type="checkbox"/> INUTILIZAÇÃO PRODUTO

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ hs, eu _____
 autoridade sanitária, credencial nº _____, LAVRO ESTE TERMO para a empresa (razão social) _____
 CEVS nº _____, CNPJ nº _____
 nome fantasia _____
 estabelecida à (rua, av. etc) _____
 nº _____, complemento _____, CEP _____, Município _____
 fone () _____ fax () _____ e-mail _____
 com atividade(s) de _____
 representada por/ha pessoa de (nome e função) _____
 _____, CPF nº _____, residente à (Rua, Av, etc) _____
 _____, nº _____, complemento _____, Município _____
 _____, tel _____, e-mail _____
 conforme consta do(a) _____

Data _____/_____/_____	Ciente _____/_____/_____	Assinatura da 1ª testemunha RG _____
Assinatura da Autoridade Sanitária	Assinatura do Autuado CPF _____	Assinatura da 2ª testemunha RG _____

1ª via: Interessado; 2ª via: Processo; 3ª: outros fins



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Espaço para o carimbo com a identificação e endereço do GVS

1ª via

AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE		AIP Nº SEQUENCIAL 00001.....	
<input type="checkbox"/> ADVERTÊNCIA <input type="checkbox"/> MULTA <input type="checkbox"/> CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO <input type="checkbox"/> APREENSÃO DE PRODUTO/EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> SUSPENSÃO DE VENDA/ FABRICAÇÃO DE PRODUTO/ATIVIDADE <input type="checkbox"/> INUTILIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> INTERDIÇÃO <input type="checkbox"/> ESTABELECIMENTO <input type="checkbox"/> PRODUTO <input type="checkbox"/> EQUIPAMENTO	<input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> CALTELAR <input type="checkbox"/> TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> DEFINITIVA	
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 _____, CEP _____, Município _____			
fone () _____, fax () _____, e-mail _____			
com atividade(s) de _____			
representada por/na pessoa de (nome e função) _____			
_____, CPF _____, residente à (Rua, Av. etc)			
_____, nº _____, complemento _____, Município _____			
_____ tel () _____ e-mail _____			
Incomeu em infração sanitária considerada de risco à saúde, conforme descrito no auto de infração acima citado.			
Em caso de multa, anexar cópia do AIF (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 dias. A não apresentação de recurso implica na necessidade de pagamento de multa no mesmo prazo citado.

Data ____/____/____	Cliente ____/____/____	
		Assinatura da 1ª testemunha
Assinatura da Autoridade Sanitária	Assinatura do Autuado	RG _____
	CPF _____	Assinatura da 2ª testemunha
		RG _____

1ª via: Autuado; 2ª via: Processo; 3ª Arquivo



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Espaço para o carimbo com a identificação e endereço do GVS

1ª via

AUTO DE INFRAÇÃO	AIF Nº SEQUENCIAL 00001.....
<p>Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ hs, ou _____ autoridade sanitária, credencial nº _____, verifiquei que a empresa (razão social) _____ CEVS nº _____, CNPJ nº _____ nome fantasia _____ estabelecida à (rua, av. etc) _____ nº _____, complemento _____, CEP _____, Município _____ fone () _____, fax () _____, e-mail _____ com atividade(s) de _____ representada por/na pessoa de (nome e função) _____ CPF _____, incorreu em infração sanitária considerada de risco à saúde (descreva detalhadamente no verso) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>	
<p>considerando o disposto no (s) _____ _____ _____</p> <p>estando sujeita às penas capituladas no art. _____ _____</p>	

