

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

INSTRUÇÃO NORMATIVA SMS/VISA Nº 001/2026

Regulamenta o fluxo de análise de impugnações, defesas e recursos nos Processos Administrativos Sanitários no âmbito da Vigilância Sanitária Municipal de Ibirubá/RS e dá outras providências.

ROGÉRIO MAURI DE OLIVEIRA, Secretário Municipal de Saúde de Ibirubá/RS, no uso das atribuições legais e em conformidade com a Lei Orgânica Municipal, e

CONSIDERANDO as disposições previstas no Capítulo VII da Lei Complementar Municipal nº 274, de 10 de dezembro de 2025, que institui o Código Sanitário do Município de Ibirubá;

CONSIDERANDO a necessidade de padronização dos fluxos administrativos relativos à tramitação de Processos Administrativos Sanitários;

CONSIDERANDO os princípios da legalidade, motivação, contraditório, ampla defesa, eficiência e segurança jurídica aplicáveis à Administração Pública;

CONSIDERANDO o disposto nos arts. 40 a 65 da Lei Complementar Municipal nº 274/2025, que disciplinam o Processo Administrativo Sanitário;

RESOLVE:

Art. 1º O Processo Administrativo Sanitário destinado à apuração de infrações sanitárias terá início com a lavratura do Auto de Infração Sanitária pela Autoridade Sanitária competente, observado o disposto nos arts. 40, 42 e 43 da Lei Complementar Municipal nº 274/2025.

Art. 2º O autuado poderá apresentar defesa ou impugnação ao Auto de Infração Sanitária no prazo de 15 (quinze) dias, contados da ciência ou notificação, nos termos dos arts. 46, 52 e 54 da Lei Complementar Municipal nº 274/2025.

§1º A defesa ou impugnação deverá ser apresentada por escrito, devidamente fundamentada, podendo ser acompanhada de documentos e demais elementos probatórios que o interessado entender pertinentes, observado o disposto no art. 58 da Lei Complementar Municipal nº 274/2025.

§2º Recebida a defesa ou impugnação, será certificada sua tempestividade e regularidade formal, promovendo-se a regular instrução do feito.

Assinado por 1 pessoa(s): ROGÉRIO MAURI DE OLIVEIRA (***, 947.560-**) em 09/07/2026 21:05:25 -03:00
Para verificar as assinaturas, acesse: <https://ibiruba.aprova.com.br/consulta?documentAuthenticatorCode=358a1638-8989-488c-bbd5-093052450770>



Art. 3º Antes do julgamento da defesa ou da impugnação, os autos serão encaminhados à Autoridade Sanitária autuante para apresentação de relatório técnico circunstanciado, no prazo de até 10 (dez) dias, nos termos dos arts. 47 e 52, §1º, da Lei Complementar Municipal nº 274/2025.

§1º O relatório técnico deverá conter:

- I** – descrição circunstanciada da ocorrência e da fiscalização realizada;
- II** – indicação das disposições legais e regulamentares aplicáveis;
- III** – análise dos argumentos apresentados pelo autuado, quando existentes;
- IV** – manifestação técnica conclusiva acerca da manutenção, revisão ou cancelamento da autuação;
- V** – circunstâncias atenuantes e agravantes, quando existentes;
- VI** – risco sanitário e a gravidade do fato, quando existente.

§2º A Autoridade Sanitária autuante limitar-se-á à instrução técnica do procedimento, vedada sua atuação como autoridade julgadora no mesmo processo administrativo, em observância aos princípios do devido processo legal, contraditório e ampla defesa previstos no art. 5º, inciso LV, da Constituição Federal.

Art. 4º Compete ao Coordenador da Vigilância Sanitária Municipal, na condição de autoridade julgadora originária, nos termos dos arts. 47, 48, 52, §2º, 57, 59 e 60 da Lei Complementar Municipal nº 274/2025:

- I** – analisar as defesas e impugnações apresentadas;
- II** – determinar, quando necessário, diligências complementares;
- III** – requisitar documentos, esclarecimentos ou pareceres técnicos;
- IV** – proferir decisão administrativa fundamentada quanto à procedência ou improcedência da autuação;
- V** – determinar o arquivamento do feito, quando cabível;
- VI** – determinar a lavratura do competente Auto de Imposição de Penalidade ou Auto de Multa, quando mantida a autuação.

§1º Na hipótese do Coordenador da Vigilância Sanitária Municipal figurar como Autoridade Sanitária autuante no respectivo Processo Administrativo Sanitário, ficará impedido de atuar no julgamento originário, devendo os autos ser encaminhados ao Coordenador Geral de Planejamento e Gestão em Saúde Pública para apreciação e decisão administrativa.

§2º A decisão administrativa deverá ser devidamente motivada, com análise expressa dos elementos constantes dos autos, em observância ao parágrafo único do art. 49 da Lei Complementar Municipal nº 274/2025.

§3º A decisão administrativa encerra a fase de julgamento originário do Processo Administrativo Sanitário.

Art. 5º Da decisão proferida pela autoridade julgadora originária caberá recurso administrativo ao Secretário Municipal de Saúde, no prazo de 15 (quinze) dias, contados da ciência da decisão, nos termos do art. 54 da Lei Complementar Municipal nº 274/2025.

Assinado por 1 pessoa(s): ROGERIO MAURI DE OLIVEIRA (***,947.560-**) em 09/07/2026 21:05:25 -03:00
Para verificar as assinaturas, acesse: <https://ibiruba.aprova.com.br/consulta?documentAuthenticatorCode=358a1638-8989-488c-bbd5-093052450770>



§1º O recurso deverá ser apresentado por escrito e conter os fundamentos de fato e de direito que justifiquem a reforma da decisão recorrida.

§2º O Secretário Municipal de Saúde atuará como autoridade julgadora do recurso administrativo.

§3º O julgamento do recurso deverá observar os princípios do contraditório, ampla defesa, motivação e legalidade.

Art. 6º Mantida a decisão pelo Secretário Municipal de Saúde, caberá recurso administrativo final ao Prefeito Municipal, no prazo de 15 (quinze) dias contados da ciência da decisão recursal, nos termos do art. 54, §1º, da Lei Complementar Municipal nº 274/2025.

§1º O Prefeito Municipal atuará como autoridade julgadora em última instância administrativa.

§2º A decisão proferida em segunda instância administrativa encerra a esfera administrativa sanitária municipal.

Art. 7º Os recursos administrativos terão efeito suspensivo exclusivamente em relação à exigibilidade da penalidade pecuniária, nos termos do art. 54, §3º, da Lei Complementar Municipal nº 274/2025, não impedindo a adoção de medidas cautelares ou sanitárias necessárias à proteção da saúde pública.

Art. 8º A interdição cautelar prevista no art. 11 da Lei Complementar Municipal nº 274/2025 constitui medida administrativa preventiva destinada à proteção da saúde pública e poderá ser adotada pela Autoridade Sanitária competente sempre que houver grave e manifesto risco sanitário.

§1º A manutenção da medida cautelar deverá permanecer vinculada à persistência do risco sanitário identificado, mediante fundamentação técnica e administrativa.

§2º A interdição cautelar deverá ser reavaliada periodicamente pela autoridade competente, especialmente quando ultrapassar 30 (trinta) dias sem julgamento definitivo do Processo Administrativo Sanitário.

§3º Cessadas as circunstâncias que motivaram a medida cautelar, deverá ser promovido o imediato levantamento da interdição, sem prejuízo da continuidade do Processo Administrativo Sanitário.

§4º A adoção de medida cautelar não afasta a observância do contraditório e da ampla defesa no âmbito do Processo Administrativo Sanitário.

Art. 9º A tramitação dos Processos Administrativos Sanitários observará subsidiariamente as disposições constantes da Lei Complementar Municipal nº 274/2025 e, no que couber, da Lei Federal nº 6.437/1977.

Assinado por 1 pessoa(s): ROGERIO MAURI DE OLIVEIRA (***,947.560-**) em 09/07/2026 21:05:25 -03:00
Para verificar as assinaturas, acesse: <https://ibiruba.aprova.com.br/consulta?documentAuthenticatorCode=358a1638-8989-488c-bbd5-093052450770>



Art. 10. Compete à Autoridade Sanitária autuante, observado o disposto nos arts. 42, 43, 47, 50, 51 e 52 da Lei Complementar Municipal nº 274/2025:

I – lavrar Autos de Infração Sanitária, Termos de Notificação e demais atos fiscalizatórios;

II – promover a instrução técnica dos procedimentos administrativos sanitários;

III – prestar esclarecimentos e informações complementares necessários à adequada instrução processual;

IV – elaborar relatórios técnicos circunstanciados quando requisitados pela autoridade julgadora;

V – promover a lavratura de Autos de Multa e Autos de Imposição de Penalidade, quando cabível.

Art. 11. Compete ao Coordenador da Vigilância Sanitária Municipal:

I – receber, registrar, protocolar e controlar a tramitação dos Processos Administrativos Sanitários;

II – organizar e supervisionar os fluxos administrativos internos;

III – analisar as defesas e impugnações de sua competência;

IV – proferir decisões administrativas nos limites desta Instrução Normativa e da legislação aplicável;

V – encaminhar os recursos às autoridades competentes para julgamento.

Art. 12. Ficam aprovados os modelos padronizados de:

I – Auto de Infração Sanitária;

II – Termo de Notificação;

III – Auto de Multa;

IV – Auto de Imposição de Penalidade;

V – Termos administrativos complementares utilizados pela Vigilância Sanitária Municipal;

VI – formulários e documentos internos relacionados à tramitação do Processo Administrativo Sanitário.

Parágrafo único. Os modelos poderão ser atualizados por ato administrativo da Coordenação da Vigilância Sanitária Municipal, desde que observadas as disposições da Lei Complementar Municipal nº 274/2025.

Art. 13. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

IBIRUBÁ/RS, EM 30 DE JUNHO DE 2026.

ROGÉRIO MAURI DE OLIVEIRA
Secretário da Saúde



ANEXO I – TERMO DE FISCALIZAÇÃO

	MUNICÍPIO DE IBIRUBÁ SECRETARIA DA SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	N.º ____/____
TERMO DE FISCALIZAÇÃO		
ESTABELECIMENTO		
NOME/RAZÃO SOCIAL:		
CPF/CNPJ:		
ENDEREÇO:		
MUNICÍPIO: Ibirubá		
Ao(s) ____ dia(s) do mês de _____ do ano de _____, às ____ h. e ____ min., no exercício de fiscalização sanitária, inspecionei (inspecionamos) o estabelecimento/local acima qualificado. Observações: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
CIÊNCIA		
IBIRUBÁ, ____ DE _____ DE _____. _____ SERVIDOR _____ SERVIDOR	_____ ASSINATURA RESPONSÁVEL Nome: _____ RG/CPF: _____	



Assinado por 1 pessoa(s): ROGERIO MAURI DE OLIVEIRA (***.947.560-**) em 09/07/2026 21:05:25 -03:00
Para verificar as assinaturas, acesse: <https://ibiruba.aprova.com.br/consulta?documentAuthenticatorCode=358a1636-8989-488c-bbd5-093052450770>

ANEXO II – TERMO DE NOTIFICAÇÃO

	MUNICÍPIO DE IBIRUBÁ SECRETARIA DA SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		N.º ____/____
	TERMO DE NOTIFICAÇÃO		
NOTIFICADO			
NOME/RAZÃO SOCIAL: _____			
CPF/CNPJ: _____			
ENDEREÇO: _____			
MUNICÍPIO: Ibirubá			
Ao(s) _____ dia(s) do mês de _____ do ano de _____, às _____ h. e _____ min., no exercício de fiscalização sanitária, no local _____, constatei a(s) seguinte(s) irregularidade(s): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
A(s) infração(ões) está(ão) tipificadas (s) no Art. _____, inciso(s) _____, da Lei Complementar nº 274/2025.			
Por estas razões, lavrei o presente Termo de Notificação em 2 (duas) vias, ficando o(a) responsável NOTIFICADO(A) a promover a regularização conforme acima qualificado no prazo de _____ dias a contar desta data, perante a Vigilância Sanitária do Município de Ibirubá, junto a Secretaria da Saúde, localizada na Rua Manoel 940, Ibirubá/RS.			
CIÊNCIA			
IBIRUBÁ, ____ DE _____ DE _____. _____ SERVIDOR Nome: _____ Matrícula: _____		RECEBI A 1.ª VIA DESTE EM ____/____/_____. _____ NOTIFICADO Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O NOTIFICADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:			
_____ TESTEMUNHA		_____ TESTEMUNHA	

Assinado por 1 pessoa(s): ROGERIO MAURI DE OLIVEIRA em 09/07/2026 21:05:25 -03:00
 Para verificar as assinaturas, acesse: https://ibiruba.rs.gov.br/consultarAutenticadorCode=358a1638-8989-488c-bbd5-093052450770



ANEXO III – NOTIFICAÇÃO DE DECISÃO ADMINISTRATIVA SANITÁRIA

	MUNICÍPIO DE IBIRUBÁ SECRETARIA DE SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	N.º ____/____.
	NOTIFICAÇÃO DECISÃO ADMINISTRATIVA SANITÁRIA	
NOTIFICADO		
NOME/RAZÃO SOCIAL: _____		
CPF/CNPJ: _____		
ENDEREÇO: _____		
MUNICÍPIO: Ibirubá		
Em decorrência da _____, (ciência de _____ documento da ANVISA, VISA Estadual, VISA Municipal), conforme cópia em anexo, fica a empresa acima qualificada NOTIFICADA de que _____ _____ _____ sob pena de vir a responder um Processo Administrativo Sanitário, caso não cumpra tal determinação. Por essas razões, lavrei a presente Notificação Decisão Administrativa Sanitária em 2 (duas) vias.		
CIÊNCIA		
IBIRUBÁ, ____ DE ____ DE ____. _____ SERVIDOR Nome: _____ Matrícula: _____	RECEBI A 1.ª VIA DESTE EM ____/____/____. _____ NOTIFICADO Nome: _____ RG/CPF: _____	Assinado por 1 pessoa(s): ROGERIO MAJURI DE OLIVEIRA (**.947.560-**) em 09/07/2026 21:05:25 -03:00 Para verificar as assinaturas, acesse: https://ibiruba.aprova.com.br/consulta?documentAuthenticateCode=358a163a1898c-bbd5-093052450770
QUANDO O NOTIFICADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO: _____ TESTEMUNHA		
_____ TESTEMUNHA		



ANEXO IV – AUTO DE INFRAÇÃO SANITÁRIA

	MUNICÍPIO DE IBIRUBÁ SECRETARIA DA SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		N.º _____/____
	AUTO DE INFRAÇÃO SANITÁRIA		
AUTUADO			
NOME/RAZÃO SOCIAL:			
ENDEREÇO:			
MUNICÍPIO: Ibirubá		CPF/CNPJ:	
RAMO DE ATIVIDADE:		N.º ALVARÁ SANITÁRIO:	
Ao(s) _____ dia(s) do mês de _____ do ano de _____, às _____ h. e _____ min., no exercício da fiscalização sanitária, no local _____, constatei a(s) seguinte(s) irregularidade(s): _____ _____ _____ _____ _____, tendo havido infração, respectivamente, ao(s) seguinte(s) dispositivo(s) legais: _____ _____ _____ A(s) infração(ões) está(ão) tipificadas (s) no Artigo _____, inciso(s) _____, da Lei Complementar nº 274/2025, que prevê as seguintes penalidades: _____ _____ Por estas razões, lavrei o presente Auto de Infração Sanitária em 2 (duas) vias, ficando o autuado notificado de que responderá pelo fato em processo administrativo sanitário e que, de acordo com o Art. 46 da Lei Complementar nº 274/2025, terá o prazo de 15 (quinze) dias a partir do recebimento deste, para, querendo, apresentar defesa e/ou impugnação a este Auto, perante a Vigilância Sanitária do Município de Ibirubá, junto a Secretaria da Saúde, localizada na Rua Mauá, nº 940, Ibirubá/RS.			
CIÊNCIA			
IBIRUBÁ, _____ DE _____ DE _____. _____ SERVIDOR AUTUANTE Nome: _____ Matrícula: _____		RECEBI A 1.ª VIA DESTE EM ____/____/____. _____ AUTUADO Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:			
_____ TESTEMUNHA		_____ TESTEMUNHA	



Assinado por 1 pessoa(s): ROGÉRIO MAURI DE OLIVEIRA em 09/07/2025 às 21:05:25 -03:00.
 Para verificar as assinaturas, acesse: https://ibiruba.rs.gov.br/consultar_documento?documentCode=358a1638-8989-488c-bbd5-093052450770



ANEXO V – AUTO DE INFRAÇÃO SANITÁRIA PARA O RITO DA ANÁLISE FISCAL

	MUNICÍPIO DE IBIRUBÁ SECRETARIA DA SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	N.º ____/____
AUTO DE INFRAÇÃO SANITÁRIA ANÁLISE FISCAL		
AUTUADO		
NOME/RAZÃO SOCIAL:		
ENDEREÇO:		
MUNICÍPIO: Ibirubá	CPF/CNPJ:	
RAMO DE ATIVIDADE:	N.º ALVARÁ SANITÁRIO:	
Ao(s) ____ dia(s) do mês de ____ do ano de ____, às ____ h. 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) leg:		
A(s) infração(ões) está(ão) tipificadas (s) no Artigo 35, inciso II, da Lei Complementar nº 274/2025, que prevê as seguintes penalidades: multa, apreensão, inutilização, interdição e/ou cassação de licenciamento.		
Por estas razões, lavrei o presente Auto de Infração Sanitária em 2 (duas) 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, 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 Vigilância Sanitária do Município de Ibirubá, junto a Secretaria da Saúde, localizada na Rua Mauá, nº 940, Ibirubá/RS.		
CIÊNCIA		
IBIRUBÁ, ____ DE ____ DE ____. _____ SERVIDOR AUTUANTE Nome: _____ Matrícula: _____	RECEBI A 1.ª VIA DESTE EM ____/____/____. _____ AUTUADO Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:		
_____ TESTEMUNHA	_____ TESTEMUNHA	

Assinado por 1 pessoa(s): ROGÉRIO MAURI DE OLIVEIRA em 09/07/2025 às 15:25:03. Para verificar as assinaturas, acesse: https://ibiruba.rs.gov.br/consultas/autuados/358a1638-8948-488c-bbd5-099305245077D



ANEXO VI – TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE ESTABELECIMENTO SOB VIGILÂNCIA SANITÁRIA

	MUNICÍPIO DE IBIRUBÁ SECRETARIA DA SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	N.º ____/____
	TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE ESTABELECIMENTO SOB VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
NOME/RAZÃO SOCIAL:		
ENDEREÇO:		
MUNICÍPIO: Ibirubá	CPF/CNPJ:	
RAMO DE ATIVIDADE:	N.º ALVARÁ SANITÁRIO:	
Ao(s) ____ dia(s) do mês de _____ do ano de ____, às ____ h. e ____ min., no exercício da fiscalização sanitária, com fundamento no art. 11, da Lei Complementar nº 274/2025, interditei cautelarmente, pelo prazo máximo de 90 (noventa) dias, o(a) _____, para a finalidade de suspensão de(a) _____ pela(s) seguinte(s) irregularidade(s): _____ _____, tendo havido infração, respectivamente, ao(s) seguinte(s) dispositivo(s) legais: _____ 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		
IBIRUBÁ, ____ DE ____ DE ____.	RECEBI A 1.ª VIA DESTE EM ____/____/____.	
SERVIDOR AUTUANTE	AUTUADO	
Nome: _____	Nome: _____	
Matrícula: _____	RG/CPF: _____	
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:		
TESTEMUNHA	TESTEMUNHA	



ANEXO VII – TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS

	MUNICÍPIO DE IBIRUBÁ SECRETARIA DA SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		N.º ____/____
	TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS		
IDENTIFICAÇÃO DO DETENTOR			
NOME/RAZÃO SOCIAL: _____			
ENDEREÇO: _____			
MUNICÍPIO: Ibirubá		CPF/CNPJ: _____	
RAMO DE ATIVIDADE: _____		N.º ALVARÁ SANITÁRIO: _____	
Ao(s) ____ dia(s) do mês de _____ do ano de ____, às ____ h. e ____ min., no exercício da fiscalização sanitária, com fundamento no art. 11, da Lei Complementar nº 274/2025, interditei cautelarmente, pelo prazo máximo de 90 (noventa) dias, o(s) produto(s) e/ou substância(s) identificado (s) pelo(s) número(s) de lote, data de fabricação e/ou prazo de validade, conforme a seguir e/ou no verso do presente Termo: _____ _____ _____ pela(s) seguinte(s) irregularidade(s): _____ _____ tendo havido infração, respectivamente, ao(s) seguinte(s) dispositivo(s) legal(is): _____ _____ conforme Auto de Infração Sanitária nº ____/____. O(s) produto(s) e/ou substância(s) interditado(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) e/ou substância(s), quando solicitado, sob pena de responsabilização no âmbito administrativo.			
CIÊNCIA			
_____ SERVIDOR AUTUANTE Nome: _____ Matrícula: _____	_____ DETENTOR Nome: _____ RG/CPF: _____	_____ DEPOSITÁRIO Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O DETENTOR OU DEPOSITÁRIO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:			
_____ TESTEMUNHA		_____ TESTEMUNHA	

Assinado por 1 pessoa(s): ROGERIO MAURI DE OLIVEIRA (***) em 09/07/2026 21:05:25 -03:00
 Para verificar as assinaturas, acesse: https://ibiruba.gov.br/consultar/assinaturas?documentCode=35588168-8939-488c-bb05-093052450770



ANEXO VIII – TERMO VINCULADO DE DESINTERDIÇÃO DE ESTABELECIMENTOS SOB VIGILÂNCIA SANITÁRIA

	MUNICÍPIO DE IBIRUBÁ SECRETARIA DA SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		N.º ____/____
	TERMO VINCULADO DE DESINTERDIÇÃO DE ESTABELECIMENTOS SOB VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
NOME/RAZÃO SOCIAL:			
ENDEREÇO:			
MUNICÍPIO: Ibirubá		CPF/CNPJ:	
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 de Estabelecimento sob Vigilância Sanitária nº ____/_____, em razão de ter(em) sido sanada(s) as seguintes irregularidade(s): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
Para constar, lavrei o presente Termo em 2 (duas) vias de igual teor e para um único efeito, que vão assinadas por mim, representante legal do estabelecimento.			
CIÊNCIA			
IBIRUBÁ, ____ DE ____ DE ____. _____ SERVIDOR AUTUANTE Nome: _____ Matrícula: _____		RECEBI A 1.ª VIA DESTE EM ____/____/____. _____ AUTUADO Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:			
_____ TESTEMUNHA		_____ TESTEMUNHA	

Assinado por 1 pessoa(s): ROGERIO MAURI DE OLIVEIRA em 09/07/2026 21:05:25 -03:00
 Para verificar as assinaturas, acesse: https://ibiruba.aprova.com.br/consulta?documentAuthenticatorCode=1638-8989-488c-bbd5-093052450770



ANEXO IX – TERMO VINCULADO DE DESINTERDIÇÃO DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS

	MUNICÍPIO DE IBIRUBÁ SECRETARIA DA SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	N.º ____/____/____
	TERMO VINCULADO DE DESINTERDIÇÃO DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL		
NOME/RAZÃO SOCIAL: _____		
ENDEREÇO: _____		
MUNICÍPIO: Ibirubá	CPF/CNPJ: _____	
RAMO DE ATIVIDADE: _____	N.º ALVARÁ SANITÁRIO: _____	
Ao(s) ____ dia(s) do mês de _____ do ano de _____, às ____ h. e ____ min., desinterditei o(s) produto(s) e/ou substância(s) identificado(s) pelo(s) número(s) de lote, data de fabricação e/ou prazo de validade, conforme a seguir e/ou no verso do presente Termo: _____ _____, interditado(a) na data de ____ de _____ de _____, através do Termo de Interdição, de Produtos e/ou Substâncias nº ____/_____, em razão de ter(em) sido sanada(s) a(s) seguintes irregularidade(s): _____ Para constar, lavrei o presente Termo em 2 (duas) vias de igual teor e para um único efeito, que vão assinadas por mim, pelo representante legal do estabelecimento.		
CIÊNCIA		
IBIRUBÁ, ____ DE _____ DE _____. _____ SERVIDOR AUTUANTE Nome: _____ Matrícula: _____	RECEBI A 1.ª VIA DESTE EM ____/____/_____. _____ RESPONSÁVEL Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:		
_____ TESTEMUNHA	_____ TESTEMUNHA	



ANEXO X – TERMO DE INUTILIZAÇÃO IMEDIATA DE PRODUTOS

		MUNICÍPIO DE IBIRUBÁ SECRETARIA DA SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		N.º ____/____
TERMO DE INUTILIZAÇÃO IMEDIATA DE PRODUTOS				
IDENTIFICAÇÃO DO AUTUADO				
NOME/RAZÃO SOCIAL:				
ENDEREÇO:				
MUNICÍPIO: Ibirubá			CPF/CNPJ:	
RAMO DE ATIVIDADE:			N.º ALVARÁ SANITÁRIO:	
Ao(s) _____ dia(s) do mês de _____ do ano de _____, às _____ h. e _____ min., no local _____, pelas infrações descritas no Auto de Infração Sanitária nº _____/_____ e informações técnicas do Laudo Pericial nº _____/_____, procedi à inutilização do(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: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ produzido(s)/fabricado(s) por _____				
Para constar, lavrei o presente Termo em 2 (duas) vias de igual teor que vão assinadas por mim e pelo(a) responsável pelo produto(s).				
CIÊNCIA				
IBIRUBÁ, ____ DE ____ DE ____.			RECEBI A 1.ª VIA DESTA EM ____/____/____	
_____ SERVIDOR AUTUANTE			_____ RESPONSÁVEL	
Nome: _____ Matrícula: _____			Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O DETENTOR OU DEPOSITÁRIO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO: _____ TESTEMUNHA _____ TESTEMUNHA				



ANEXO XI – NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE PROCEDÊNCIA DO AUTO DE INFRAÇÃO

	MUNICÍPIO DE IBIRUBÁ SECRETARIA DA SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	Processo Administrativo Sanitário N.º ____/____
	NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE	
PENALIDADE(S) IMPOSTA(S)		
☐ ADVERTÊNCIA		☐ INTERDIÇÃO TOTAL DO ESTABELECIMENTO
☐ APREENSÃO DE PRODUTO		☐ PROIBIÇÃO DE PROPAGANDA
☐ INUTILIZAÇÃO DE PRODUTO		☐ CANCELAMENTO DO ALVARÁ SANITÁRIO
☐ SUSPENSÃO DE VENDA E/OU FABRICAÇÃO DE PRODUTO		☐ INTERVENÇÃO
☐ CANCELAMENTO DE REGISTRO DE PRODUTO		☐ IMPOSIÇÃO DE MENSAGEM RETIFICADORA
☐ INTERDIÇÃO PARCIAL DO ESTABELECIMENTO (INDICAR A ÁREA/LOCAL/SETOR)		☐ SUSPENSÃO DE PROPAGANDA E PUBLICIDADE
Pela presente fica notificado(a) _____, CPF/CNPJ _____, situada na _____, _____, no Município de Ibirubá, da imposição da(s) penalidade(s) acima assinalada(s), em razão do julgamento de procedência do Auto de Infração Sanitária nº ____/____, de ____ de ____ de ____, e que, de acordo com o art. 4 da Lei Complementar nº 274/2025, terá um prazo de 15 (quinze) dias a partir do recebimento desta para, querendo, apresentar recurso perante a Vigilância Sanitária do Município de Ibirubá, junto a Secretaria da Saúde, localizada na Rua Mauá, nº 940, Ibirubá/RS.		
CIÊNCIA		
IBIRUBÁ, ____ DE ____ DE ____.		RECEBI A 1.ª VIA DESTE EM ____/____/____.
_____ ASSINATURA		_____ AUTUADO
Nome: _____		Nome: _____
Matrícula: _____		RG/CPF: _____
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:		
_____ TESTEMUNHA		_____ TESTEMUNHA

Assinado por 1 pessoa(s): ROGERIO MAURI DE OLIVEIRA (**.947.560-*) em 09/07/2025 às 21:05:25 -03:00. Para verificar as assinaturas, acesse: https://ibiruba.aprova.com.br/consulta?documento=3588a1638-8989-488c-bbd5-093052450770



ANEXO XII – NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE PARCIAL PROCEDÊNCIA DO AUTO DE INFRAÇÃO

	MUNICÍPIO DE IBIRUBÁ SECRETARIA DA SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		Processo Administrativo Sanitário N.º ____/____/____
	NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE		
PENALIDADE(S) IMPOSTA(S)			
☐ ADVERTÊNCIA		☐ INTERDIÇÃO TOTAL DO ESTABELECIMENTO	
☐ APREENSÃO DE PRODUTO		☐ PROIBIÇÃO DE PROPAGANDA	
☐ INUTILIZAÇÃO DE PRODUTO		☐ CANCELAMENTO DO ALVARÁ SANITÁRIO	
☐ SUSPENSÃO DE VENDA E/OU FABRICAÇÃO DE PRODUTO		☐ INTERVENÇÃO	
☐ CANCELAMENTO DE REGISTRO DE PRODUTO		☐ IMPOSIÇÃO DE MENSAGEM RETIFICADORA	
☐ INTERDIÇÃO PARCIAL DO ESTABELECIMENTO (INDICAR A ÁREA/LOCAL/SETOR)		☐ SUSPENSÃO DE PROPAGANDA E PUBLICIDADE	
Pela presente fica notificado(a) _____, CPF/CNPJ _____, situada na _____, _____, no Município de Ibirubá, da imposição da(s) penalidade(s) acima assinalada(s), em razão do julgamento de penalidade procedência do Auto de Infração Sanitária nº ____/____/____, de ____ de ____ de ____ e que, de acordo com o art. 44 da Lei Complementar nº 274/2025, terá um prazo de 15 (quinze) dias a partir do recebimento desta para, querendo, apresentar recurso perante a Vigilância Sanitária do Município de Ibirubá, junto a Secretaria da Saúde, localizada na Rua Mauá, nº 940, Ibirubá/RS.			
CIÊNCIA			
IBIRUBÁ, ____ DE ____ DE ____. _____ ASSINATURA Nome: _____ Matrícula: _____		RECEBI A 1.ª VIA DESTE EM ____/____/____. _____ AUTUADO Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:			
_____ TESTEMUNHA		_____ TESTEMUNHA	


 Assinado por 1 pessoa(s): ROGERIO MAURI DE OLIVEIRA (***.947.560-*) em 09/09/2026 21:05:25 -03:00
 Para verificar as assinaturas, acesse: https://ibiruba.aprova.com.br/consultas

ANEXO XIII – NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENA DE MULTA

	MUNICÍPIO DE IBIRUBÁ SECRETARIA DA SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		Processo Administrativo Sanitário N.º ____/____
	NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENA DE MULTA		
IDENTIFICAÇÃO DO AUTUADO			
NOME/RAZÃO SOCIAL:			
ENDEREÇO:			
MUNICÍPIO: Ibirubá		CPF/CNPJ:	
RAMO DE ATIVIDADE:		N.º ALVARÁ SANITÁRIO:	
Pela presente fica notificado(a) da imposição da penalidade de multa no valor de R\$ _____, em razão do julgamento de procedência do Auto de Infração Sanitária nº ____/____, de ____ de ____ de ____, e que, de acordo com o art. 54 da Lei Complementar nº 274/2025, terá um prazo de 15 (quinze) dias a partir do recebimento desta para, querendo, apresentar recurso perante a Vigilância Sanitária do Município de Ibirubá, junto a Secretaria da Saúde, localizada na Rua Mauá, nº 940, Ibirubá/RS.. 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 § 3º do art. 50 da Lei Complementar nº 274/2025, devendo ser efetivado por meio de Guia de Recolhimento Municipal.			
CIÊNCIA			
IBIRUBÁ, ____ DE ____ DE _____. _____ ASSINATURA Nome: _____ Matrícula: _____		RECEBI A 1.ª VIA DESTA EM ____/____/_____. _____ AUTUADO Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO: _____ TESTEMUNHA			
_____ TESTEMUNHA			

Assinado por 1 pessoa(s): ROGERIO MAURI DE OLIVEIRA (**.947.560-**) em 09/07/2026 às 11:05:25 AM. Para verificar as assinaturas, acesse: <https://ibiruba.aprova.com.br/consulta?documento=093052450770-488c-bbd5-9989-46382513306>



ANEXO XIV – NOTIFICAÇÃO DE DESPROVIMENTO DE RECURSO

	MUNICÍPIO DE IBIRUBÁ SECRETARIA DA SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		Processo Administrativo Sanitário N.º ____/____
	NOTIFICAÇÃO		
IDENTIFICAÇÃO DO AUTUADO			
NOME/RAZÃO SOCIAL:			
ENDEREÇO:			
MUNICÍPIO: Ibirubá		CPF/CNPJ:	
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 nº ____/____, de ____ de ____ de ____, tendo sido mantida(s) a(s) penalidade(s) de ____. e que, de acordo com o art. 62 da Lei Complementar nº 274/2025, terá um prazo de 15 (quinze) dias a partir do recebimento desta notificação, querendo, apresentar recurso perante a Vigilância Sanitária do Município de Ibirubá, junto a Secretaria da Saúde, localizada na Rua Mauá, nº 940, Ibirubá/RS.			
CIÊNCIA			
IBIRUBÁ, ____ DE ____ DE _____. _____ ASSINATURA Nome: _____ Matrícula: _____		RECEBI A 1.ª VIA DESTE EM ____/____/_____. _____ AUTUADO Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:			
_____ TESTEMUNHA		_____ TESTEMUNHA	

Assinado por 1 pessoa(s): ROGERIO MAURI DE OLIVEIRA (**.947.560-**) em 09/07/2026, 11:05:25 (-03:00).
 Para verificar as assinaturas, acesse: <https://ibiruba.aprova.com.br/consulta?documento=16388989-488c-bbd5-093052450770>



ANEXO XV – NOTIFICAÇÃO DE PARCIAL DESPROVIMENTO DE RECURSO

	MUNICÍPIO DE IBIRUBÁ SECRETARIA DA SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		Processo Administrativo Sanitário N.º ____/____
	NOTIFICAÇÃO		
IDENTIFICAÇÃO DO AUTUADO			
NOME/RAZÃO SOCIAL:			
ENDEREÇO:			
MUNICÍPIO: Ibirubá		CPF/CNPJ:	
RAMO DE ATIVIDADE:		N.º ALVARÁ SANITÁRIO:	
Pela presente fica notificado(a) de que foi parcialmente provido o recurso interposto da decisão que julgou o Auto de Infração Sanitária nº ____/____, de ____ de ____ de ____, e aplicada(s) a(s) penalidade(s) de ____ ____ ____ ____ e que, de acordo com o art. 62 da Lei Complementar nº 274/2025, terá um prazo de 15 (quinze) dias a partir do recebimento desta notificação, querendo, apresentar recurso perante a Vigilância Sanitária do Município de Ibirubá, junto a Secretaria da Saúde, localizada na Rua Mauá, nº 940, Ibirubá/RS.			
CIÊNCIA			
IBIRUBÁ, ____ DE ____ DE _____. _____ ASSINATURA Nome: _____ Matrícula: _____		RECEBI A 1.ª VIA DESTE EM ____/____/_____. _____ AUTUADO Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO: _____ TESTEMUNHA			
_____ TESTEMUNHA			

Assinado por 1 pessoa(s): ROGERIO MAURI DE OLIVEIRA (**.947.560-**) em 09/07/2026, 11:05:25 -03:00.
 Para verificar as assinaturas, acesse: <https://ibiruba.aprova.com.br/consulta?documento=358816383488c-bbd5-093052450770>



ANEXO XVI – NOTIFICAÇÃO DE DECISÃO FINAL

	MUNICÍPIO DE IBIRUBÁ SECRETARIA DA SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		Processo Administrativo Sanitário N.º ____/____
	NOTIFICAÇÃO		
IDENTIFICAÇÃO DO INFRATOR			
NOME/RAZÃO SOCIAL: _____			
ENDEREÇO: _____			
MUNICÍPIO: Ibirubá		CPF/CNPJ: _____	
RAMO DE ATIVIDADE: _____		N.º ALVARÁ SANITÁRIO: _____	
Em decorrência de infração apurada em Processo Administrativo Sanitário instaurado mediante Auto de Infração Sanitária nº ____/____, de ____ de ____ de ____, fica o infrator, acima qualificado(a) NOTIFICADO(A), a partir do recebimento desta, da imposição da(s) pena(s) de _____ _____, como decisão final irrecorrível da Autoridade Sanitária, nos termos do art. 55 da Lei Complementar nº 274/2025.			
CIÊNCIA			
IBIRUBÁ, ____ DE ____ DE _____.		RECEBI A 1.ª VIA DESTE EM ____/____/_____.	
_____ SERVIDOR		_____ INFRATOR	
Nome: _____		Nome: _____	
Matrícula: _____		RG/CPF: _____	
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:			
_____ TESTEMUNHA		_____ TESTEMUNHA	

Assinado por 1 pessoa(s): ROGERIO MAURI DE OLIVEIRA (**.947.560-**) em 09/07/2026 11:05:25 -03:00
 Para verificar as assinaturas, acesse: https://ipiruba.aprova.com.br/consulta?documento=358a1638-8989-488c-bbd5-0930562450770



ANEXO XVII – NOTIFICAÇÃO DE DECISÃO FINAL

	MUNICÍPIO DE IBIRUBÁ SECRETARIA DA SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		Processo Administrativo Sanitário N.º ____/____
	NOTIFICAÇÃO		
IDENTIFICAÇÃO DO INFRATOR			
NOME/RAZÃO SOCIAL: _____			
ENDEREÇO: _____			
MUNICÍPIO: Ibirubá		CPF/CNPJ: _____	
RAMO DE ATIVIDADE: _____		N.º ALVARÁ SANITÁRIO: _____	
Em decorrência de infração apurada em Processo Administrativo Sanitário instaurado mediante Auto de Infração Sanitária nº ____/____, de ____ de ____ de ____, fica o infrator, acima qualificado(a) NOTIFICADO(A), a partir do recebimento desta, da imposição da(s) pena(s) de _____ _____, como decisão final irrecorrível da Autoridade Sanitária, nos termos do art. 55 da Lei Complementar nº 274/2025.			
CIÊNCIA			
IBIRUBÁ, ____ DE ____ DE _____. _____ SERVIDOR Nome: _____ Matrícula: _____		RECEBI A 1.ª VIA DESTE EM ____/____/_____. _____ INFRATOR Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O AUTUADO RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:			
_____ TESTEMUNHA		_____ TESTEMUNHA	

Assinado por 1 pessoa(s): ROGERIO MAURI DE OLIVEIRA (**.947.560-**) em 09/07/2026 11:05:25 -03:00
 Para verificar as assinaturas, acesse: https://ipiruba.aprova.com.br/consulta?documento=358a1638-8989-488c-bbd5-093052450770



ANEXO XVIII – NOTIFICAÇÃO PARA PAGAMENTO DE MULTA APÓS DECISÃO FINAL

	MUNICÍPIO DE IBIRUBÁ SECRETARIA DA SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		Processo Administrativo Sanitário N.º ____/____
	NOTIFICAÇÃO PARA PAGAMENTO DE MULTA		
NOTIFICADO			
NOME/RAZÃO SOCIAL:			
ENDEREÇO:			
MUNICÍPIO: Ibirubá		CPF/CNPJ:	
RAMO DE ATIVIDADE:		N.º ALVARÁ SANITÁRIO:	
Em cumprimento ao disposto no § 4º do art. 50 da Lei Complementar nº 274/2025, fica NOTIFICADO(A) o infrator, a 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 nº ____/____, de ____ de ____ de ____. O pagamento deverá ser efetuado por meio de Guia de Recolhimento Municipal.			
CIÊNCIA			
IBIRUBÁ, ____ DE ____ DE _____. _____ ASSINATURA Nome: _____ Matrícula: _____		RECEBI A 1.ª VIA DESTA EM ____/____/_____. _____ INFRATOR Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O INFRATOR RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO: _____ TESTEMUNHA			
_____ TESTEMUNHA			

Assinado por 1 pessoa(s): ROGERIO MAURI DE OLIVEIRA (***.947.560-** em 09/07/2026 21:05:21. Para verificar as assinaturas, acesse: https://ibiruba.aprova.com.br/consulta?document=3588a16338-8989-488c-bbd5-093052450770



ANEXO XIX – TERMO DE APREENSÃO E INUTILIZAÇÃO APÓS DECISÃO FINAL

	MUNICÍPIO DE IBIRUBÁ SECRETARIA DA SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	Processo Administrativo Sanitário N.º ____ / ____
	TERMO DE APREENSÃO E INUTILIZAÇÃO	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PRODUTO		
NOME/RAZÃO SOCIAL:		
ENDEREÇO:		
MUNICÍPIO: Ibirubá	CPF/CNPJ:	
RAMO DE ATIVIDADE:	N.º ALVARÁ SANITÁRIO:	
Ao(s) _____ dia(s) do mês de _____ do ano de _____, às _____ h. e _____ min., em decorrência de decisão final irrecorrível no Processo Administrativo Sanitário instaurado mediante Auto de Infração Sanitária nº ____ / ____ e em conformidade com o art. 35 da Lei Federal 6.437/77, perante o responsável acima identificado, procedi à apreensão e à inutilização do(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: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ produzido(s)/fabricado(s) por _____ Para constar, lavrei o presente Termo em 2 (duas) vias de igual teor que vão assinadas por mim e pelo(a) detentor do(s) produto(s).		
CIÊNCIA		
IBIRUBÁ, ____ DE ____ DE ____.	RECEBI A 1.ª VIA DESTA EM ____ / ____ / ____	
_____ SERVIDOR	_____ RESPONSÁVEL	
Nome: _____ Matrícula: _____	Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O RESPONSÁVEL RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:		
_____ TESTEMUNHA	_____ TESTEMUNHA	





ANEXO XX – TERMO DE COLETA DE AMOSTRAS

	MUNICÍPIO DE IBIRUBÁ SECRETARIA DA SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		N.º ____/____
	TERMO DE COLETA DE AMOSTRAS		
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA			
PRODUTO:		MARCA:	
FABRICANTE/PRODUTOR/EMBALADOR/IMPORTADOR:		CNPJ/CPF:	
ENDEREÇO:		CEP:	
MUNICÍPIO:			
Nº REGISTRO ÓRGÃO COMPETENTE:			LOTE:
DATA DA COLETA:	HORA DA COLETA:	TOTAL UNIDADES AMOSTRAIS:	
PESO/VOLUME UNITÁRIO:	DATA FABRICAÇÃO:	DATA VALIDADE:	
LACRE PROVA:	LACRE CONTRAPROVA:	LACRE TESTEMUNHO:	
COLETA ACOMPANHADA DE INTERDIÇÃO CAUTELAR: () SIM () NÃO			
OBSERVAÇÕES:			
DETENTOR DO PRODUTO AMOSTRADO			
NOME/RAZÃO SOCIAL:		CPF/CNPJ:	
ENDEREÇO:		CEP:	
REPRESENTANTE LEGAL:		RG/CPF:	
MUNICÍPIO: Ibirubá			
MODALIDADE DE ANÁLISE		ANÁLISES SOLICITADAS	
() FISCAL		() FÍSICO QUÍMICA	() ROTULAGEM
() CONTROLE		() MICROBIOLÓGICA	() SENSORIAL
() ORIENTAÇÃO		() MICROSCÓPICA	() TOXICOLÓGICA
() OUTRAS: _____		() 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 Nº 6.437/77, RECEBEU UMA DAS AMOSTRAS COLHIDAS EM TRIPPLICATA DO(S) PRODUTO(S) ESPECIFICADO(S) PARA FINS DE POSSÍVEL CONTRAPROVA, OBRIGANDO-SE A MANTÊ-LA E CONSERVÁ-LA ADEQUADAMENTE, CONFORME RECOMENDADO.			
_____ SERVIDOR		_____ DETENTOR PRODUTO	
Nome: _____ Matrícula: _____		Nome: _____ RG/CPF: _____	
		QUANDO O DETENTOR RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO: _____ TESTEMUNHA _____ TESTEMUNHA	
RECEBI A(S) AMOSTRA(S) DESCRITA(S) ACOMPANHADA(S) DESTE TERMO DE COLETA DE AMOSTRAS, ÀS ____ NA DATA DE ____/____/____.			
_____ NOME, ASSINATURA E MATRÍCULA DO RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO IPB/LA			



**ANEXO XXI – TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS
LAVRADO EM DECORRÊNCIA DE DETERMINAÇÃO DA DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
(SEM AUTUAÇÃO)**

	MUNICÍPIO DE IBIRUBÁ SECRETARIA DA SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		N.º ____/____
	TERMO DE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS SEM AUTUAÇÃO		
IDENTIFICAÇÃO DO DETENTOR			
NOME/RAZÃO SOCIAL:			
ENDEREÇO:			
MUNICÍPIO: Ibirubá		CPF/CNPJ:	
RAMO DE ATIVIDADE:		N.º ALVARÁ SANITÁRIO:	
Ao(s) ____ dia(s) do mês de ____ do ano de ____, às ____ h. e ____ min., no exercício da fiscalização sanitária, perante o responsável pelo estabelecimento acima identificado, procedi a interdição cautelar do(s) produto(s) e/ou substância(s) identificado(s) pelo(s) número(s) de lote, data de fabricação e prazo de validade, conforme a seguir descritos e/ou nos termos do presente Termo: _____ _____ _____ _____ _____ em decorrência de determinação da Divisão de Vigilância Sanitária DVS/CEVS/SES/RS contida no _____ _____ Para constar, lavrei o presente Termo em 2 (duas) vias de igual teor e para um único efeito, que vão assinados por mim, o detentor do produto 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) e/ou substância(s), quando solicitado, sob pena de responsabilização no âmbito administrativo.			
CIÊNCIA			
IBIRUBÁ, ____ DE ____ DE _____. _____ SERVIDOR Nome: _____ Matrícula: _____		RECEBI A 1.ª VIA DESTE EM ____/____/_____. _____ RESPONSÁVEL Nome: _____ RG/CPF: _____	
QUANDO O DETENTOR RECUSAR-SE A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:			
_____ TESTEMUNHA		_____ TESTEMUNHA	

Assinado por 1 pessoa(s): ROGERIO MAURICIO DE OLIVEIRA (***) 947.560.1** em 09/07/2026 21:05:25 e Cód. de Verificação: 1638-8989-488c-bbd5-098052450770
Para verificar as assinaturas, acesse: <https://br.com.br/consultar/documento?documentId=1638-8989-488c-bbd5-098052450770>



