



ESTADO DE MATO GROSSO  
Prefeitura Municipal de Jaciara - MT  
Secretaria Municipal de Saúde  
Coordenadoria de Vigilância Sanitária



AUTO / TERMO

059

01 - CÓDIGO SETOR <b>ROO</b>		02 - CÓDIGO ATIVIDADE <b>JACIARA</b>		03 - NÚMERO DO ALVARÁ	
04 - ESTABELECIMENTO / NOME					
05 - RAZÃO SOCIAL					
06 - CNPJ			07 - INSC. ESTADUAL		
08 - ATIVIDADE					
09 - ENDEREÇO (AV. RUA, Nº - BAIRRO)					
10 - TELEFONE		11 - CEP <b>78.820-000</b>	12 - MUNICÍPIO / LOCALIDADE <b>JACIARA</b>		13 - UF <b>MT</b>
14 - PROPRIETÁRIO / NOME <b>FLAVIO GARDIN DE ALMEIDA</b>					
15 - NACIONALIDADE			16 - NATURALIDADE		
17 - ESTADO CIVIL		18 - PROFISSÃO	19 - IDENTIDADE	20 - CPF <b>559.346.761-72</b>	
21 - ENDEREÇO (AV., RUA, Nº - BAIRRO) <b>QUADRA 01 LOTE 15 VALE FORMOSO</b>					
22 - TELEFONE		23 - CEP <b>78820-000</b>	24 - MUNICÍPIO / LOCALIDADE <b>JACIARA</b>		25 - UF <b>MT</b>
26 - RESPONSÁVEL TÉCNICO / 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) <b>Lei 6.437/77 - Lei 8.080/90 - Lei 7.110/99 - Lei Municipal 1.059/07</b>					
34 - <input checked="" type="checkbox"/> AUTO DE <b>INFRAÇÃO</b> <input checked="" type="checkbox"/> PELO FATO DE <b>DESCUMPRIR O ART. 47 DA LEI</b>			35 - <input type="checkbox"/> TERMO DE _____ <input type="checkbox"/> ATRAVÉS DO QUAL FICA _____		
36 - <p>Nº 1059/2007 - CÓDIGO SANITÁRIO MUNICIPAL - "OS PROPRIETÁRIOS OU INQUILINOS SÃO OBRIGADOS A CONSERVAR EM PERFEITO ESTADO DE ASSEIO OS SEUS QUINTAIS, PÁTIOS E TERRENOS. NÃO É PERMITIDA A EXISTÊNCIA DE TERRENOS COBERTOS DE MATO, PANTANOSOS, COM ÁGUA ESTAGNADA OU COMO DEPÓSITO DE LIXO, DENTRO DOS LIMITES DO PERÍMETRO URBANO" E ART. 49 - "OS PROPRIETÁRIOS OU RESPONSÁVEIS DEVERÃO EVITAR A FORMAÇÃO DE FOCOS OU VIVEIROS DE INSETOS, FICANDO OBRIGADOS À EXECUÇÃO DAS MEDIDAS QUE FOREM DETERMINADAS PARA SUA EXTINÇÃO".</p>					
37 - <p style="text-align: center;"><b>Multa</b></p> O INFRATOR ESTARÁ SUJEITO A PENHA 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 <b>THIAGO CAVALCANTE SANTOS</b> <b>VISA/SMS/JAC</b> NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / RG / FUNÇÃO / ASSINATURA			NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / RG / FUNÇÃO / ASSINATURA <b>DAMIÃO FERBONIO JUNIOR</b> <b>VISA/SMS/JAC</b> NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / RG / FUNÇÃO / ASSINATURA		
<b>Jaciara 13 de Setembro de 2023 as 08h15min</b> LOCAL E DATA			ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL		
39 - POR MOTIVO DE RECUSA / AUSÊNCIA DO AUTUADO, ASSINAM AS TESTEMUNHAS					