



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



AUTO / TERMO

112

01 - CÓDIGO SETOR <b>ROO</b>		02 - CÓDIGO ATIVIDADE <b>JACIARA</b>		03 - NÚMERO DO ALVARÁ	
04 - ESTABELECIMENTO / NOME <b>VALE FORMOSO AGROPECUÁRIA LTDA</b>					
05 - RAZÃO SOCIAL					
06 - CNPJ <b>01.265.826/0001-45</b>			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					
15 - NACIONALIDADE			16 - NATURALIDADE		
17 - ESTADO CIVIL		18 - PROFISSÃO		19 - IDENTIDADE	
20 - CPF					
21 - ENDEREÇO (AV., RUA, Nº - BAIRRO) <b>QD 04 LOTE 09 - 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 AO ART. 3 DA LEI</b>			35 - <input type="checkbox"/> TERMO DE <input type="checkbox"/> ATRAVÉS DO QUAL FICA		
36 - <b>Nº 1577/2014 - "O PROPRIETÁRIO DE TERRENO, EDIFICADO OU NÃO DEVERÁ VEDÁ-LO E MANTÊ-LO LIMPO E DRENADO " SOB PENA DE MULTA DE 80 UPFM's".</b>					
37 - <b>Multa</b> O INFRATOR ESTARÁ SUJEITO A PENNA DE _____ E RESPONDERÁ PELO FATO EM PROCESSO ADMINISTRATIVO, TENDO 15 (QUINZE) DIAS PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO, APÓS O RECEBIMENTO DE SUA NOTIFICAÇÃO.					
38 - <b>THIAGO CAVALCANTE SANTOS</b> <b>VISA/SMS/JAC</b> _____ NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / RG / FUNÇÃO / ASSINATURA			<b>DAMIÃO FERBONIO JUNIOR</b> <b>VISA/SMS/JAC</b> _____ NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / RG / FUNÇÃO / ASSINATURA		
_____ NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / RG / FUNÇÃO / ASSINATURA			_____ NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / RG / FUNÇÃO / ASSINATURA		
<b>Jaciara 17/11/2022 as 09:20 hrs</b> LOCAL E DATA			ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL		
39 - POR MOTIVO DE RECUSA / AUSÊNCIA DO AUTUADO, ASSINAM AS TESTEMUNHAS					