



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUVISA
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA



AUTO DE INFRAÇÃO SANITÁRIA

003069

Razão Social: JAIR MESSIAS BOLSONARO
 CNPJ: _____ Fone: _____
 Nome de Fantasia: _____
 Endereço: PALÁCIO DO PLANALTO, PRACA DOS TRÊS PODERES, BRASÍLIA DF, CEP 70150-900
 Bairro: PRACA DOS TRÊS PODERES Município: BRASÍLIA
 Representante Legal: _____ CPF: _____
 Responsável Técnico: _____ CR: _____

Ao(s) 21 dias do mês de MAIO do ano 2021, às 11:10 horas, no exercício de Fiscalização Sanitária, verificamos que a Empresa acima citada infringiu o disposto no(s) Artigo(s): ART. 4º, INCISOS II, III, DO DECRETO ESTADUAL Nº 36.203 DE 30 DE SETEMBRO DE 2020; NO ART 2º-A, § 1º, INCISO II, DO DECRETO ESTADUAL Nº 36.531, DE 06 DE MARÇO DE 2021, BEM COMO O DISPOSTO NO ART. 10, INCISOS XXXI E XXXII, C/C ART. 3º, CAPUT E § 1º DA LEI 6437 DE 20 DE JUNHO DE 2014.
 Pena: MULTA POR INFRAÇÃO SANITÁRIA TERCÉRIA DA NA LEGISLAÇÃO ACIMA REFERENCIADA.

pela constatação da(s) seguinte (s) irregularidade(s): DESCUMPRIMENTO DA OBRIGAÇÃO DO USO DE MÁSCARA DE PROTEÇÃO COMO MEDIDA FARMACOLÓGICA DESTINADA A CONTRIBUIR PARA A CONTENÇÃO E PREVENÇÃO DA COVID-19, EM LOCAIS DE USO COLETIVO, ATENÇÃO QUE PRIVADOS. PROMOVER, EM EVENTO DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, AGLOMERAÇÕES SEM CONTROLE SANITÁRIO COM MAIS DE 100 (CEM) PESSOAS, NO ENDEREÇO RODOVIA BR-222, SIN, KM-5, SINDICATO DOS PRODUTORES RURAIS, BAIRRO: PARQUE DAS NOÇÕES, MUNICÍPIO: AÇAÍLÂNDIA.

Ficando notificado neste ato, o autuado, que responderá pelo fato em processo administrativo e que terá o prazo de 15 (quinze) dias, a contar desta data, para apresentar defesa ou impugnação a este AUTO, à VIGILÂNCIA SANITÁRIA ESTADUAL, sob pena de REVELIA, conforme estabelece o Artigo 22 da Lei Federal nº6.437/77 e Artigo 127 da Lei Complementar Estadual nº039/98.

CIENTE: _____

SÃO LUÍS, 21 DE MAIO DE 2021.
LOCAL E DATA

RECEBÍ A 2ª. VIA ÀS: _____ HORAS

ID: 864616-00
 Luciano Mamede de Freitas Junior
 Chefe do Ceresi SESMA

WENDELL DOS SANTOS MONTEIRO
 ID: 00847974
 AUTORIDADE SANITÁRIA

TESTEMUNHA _____

TESTEMUNHA _____