ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA AGRICULTURA E PECUÁRIA
COMPANHIA INTEGRADA DE DESENVOLVIMENTO AGRÍCOLA DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE INSPEÇÃO DE PRODUTOS ORIGEM ANIMAL

Anexo 02 – Termo de Notificação

TERMO DE NOTIFICAÇÃO Nº : XXX

DATA/HORA:

1. **Departamento notificante: DEINP / DR**
2. **Identificação do notificado:**
   Nome/Razão social:
   N° SIE:
   CPF/CNPJ:
   Nome comercial (fantasia):
   Classificação:
   Endereço:
   Município:
   CEP:
   Nome do responsável:
   CPF:

3. **Dispositivos legais de competência de notificação:**
   "Notificação realizada no exercício da fiscalização de que trata a Lei n°19.054/2024 e seus atos normativos."

4. **Dispositivos legais ou normativas infringidas:**

N	Dispositivos legais ou normativas infringidas

5. **Previsão de penalidades:**
   "A(s) infração(ões) relatada(s) poderá(ão) acarretar, isolada ou cumulativamente, as sanções: advertência, multa ou cassação de registro, conforme art. 20 da Lei nº 19.054/2024."

6. **Descrição dos fatos:**

7. **Ciência da notificação:**

   Fica o(a) notificado(a) cientificado(a) de que poderá apresentar defesa em primeira instância na CRTI regional por escrito, em documentação identificada e assinada por representante legitimado, acompanhada das provas que entender necessárias, protocolizando-a junto ao MVO responsável no prazo de 10 (dez) dias úteis, contados da data da cientificação oficial, conforme dispõe a Lei nº 19.054/2024 e seus atos normativos, sob pena do processo tramitar à revelia do(a) notificado(a).

   Cabe ao notificado comprovar a sua natureza (física ou jurídica) e, quando aplicável, sua classificação como microempreendedor individual, microempresa, empresa de pequeno porte, agricultor familiar, empresa de médio porte ou demais estabelecimentos. A pessoa jurídica que não comprovar sua classificação, conforme Anexo II da Lei 19.054/2024 será classificada de acordo com o previsto em norma regulamentar da referida lei.

8. **Assinaturas/rubrica:**

Notificado/Responsável	***Autoridade notificante***
_____ Assinatura CPF: **Data da ciência:** _____/_____/_____ (dia/mês/ano)	_____ Assinatura Matrícula:

O notificado:
( ) Recusou-se a assinar.
( ) Não sabe ler e escrever.

Testemunhas

N	Nome/CPF/Assinatura

Município de emissão: