

MINISTÉRIO DA AGRICULTURA E PECUÁRIA

SECRETARIA DE DEFESA AGROPECUÁRIA

DEPARTAMENTO DE INSPEÇÃO DE PRODUTOS DE ORIGEM ANIMAL

TERMO ADITIVO ....../......../.....¹

|  |
| --- |
|  **Processo nº:**  |
|  **Documento de Referência -** *< Auto de Infração>***nº:**  |
|  **Serviço de Inspeção:***x***º SIPOA**  |
|  **IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO:** |
|  **1) Razão Social ou Nome da Pessoa Física:**  |
|  **2) CNPJ/CPF:** |
|  **3) E-mail:** |
|  **4) Localização (endereço completo):**  |
|  **5)  Município/UF:** |  **6) CEP:**  |
|  **7) Nº do registro:** |

**DESCRIÇÃO DAS CORREÇÕES**

“Onde se lê:” *Reproduzir o texto a ser corrigido extraído do documento de referência.*

 “Leia-se”: *Descrever o novo texto devidamente corrigido.*

*Informar sobre a ratificação dos demais dizeres do documento de referência não abrangidos na correção*.

**PRAZO DE DEFESA**

|  |
| --- |
|  Esclarecemos que Vossa Senhoria tem o prazo máximo de **20 (vinte) dias,** a partir do recebimento deste Termo Aditivo, para encaminhar a defesa por escrito à unidade do Ministério da Agricultura e Pecuária, situada à....................................... ou poderá enviar a defesa por meio do peticionamento eletrônico do tipo intercorrente no processo: (PREENCHER) A defesa deve ser entregue em documentação assinada por representante legitimado e devidamente acompanhada dos documentos comprobatórios, tais como procuração e contrato social, dentre outras formalidades legais. |

( ) O autuado recebeu uma via deste documento em -/ - / .

( ) Enviado pelos Correios com Aviso de Recebimento.

( ) Notificação por meio de assinatura de usuário externo no documento.

( ) Notificação por meio de intimação eletrônica no SEI.

( ) Notificação por outro meio eletrônico, cuja certificação da ciência é inequívoca (art. 39 da Lei nº 14.515/2022).

|  |  |
| --- | --- |
| Local e data: | , de de |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Responsável pelo estabelecimento |  | Auditor Fiscal Federal Agropecuário |
| Nome: |  | Nome: |
| RG/CPF: |  | Carteira Fiscal: |

* 1. N°/ano/série, em que série corresponde ao nº da carteira fiscal do AFFA.
	2. Caso seja lavrado por meio físico, emitir em 2 vias: 1ª: fiscalização; 2ª: fiscalizado. Assinar com tinta azul e preencher sem rasuras