

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE DIREITOS HUMANOS, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO
SUPERINTENDÊNCIA PARA ORIENTAÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR - PROCON-MS

RELATÓRIO DE VISITA				Nº.	
Nome ou Razão Social:					
Nome Fantasia			Atividade		
Endereço:			Bairro:		
Município:		UF	CEP:		Tel.
Insc. Municipal:		Insc. Estadual:		CNPJ/CPF	
Responsável (nome)					
Ocorrências:					
Motivo da Fiscalização:			Data:		Hora:
Fiscal:			Fiscalizado:		
			Recebi a 2ª via em: __/__/__		
			Assinatura/Responsável		
PROCON/MS, Rua 13 de Junho, 930 – Centro - Campo Grande – MS – CEP 79.002 – 430 – Fone (67) 3316 9800					

FOLHA DE CONTINUAÇÃO

Nome ou Razão Social:

CONTINUAÇÃO DO (A)

☐

Auto de Apreensão/Termo de Depósito

Nº

☐

Auto de Constatação

☐

Notificação

☐

Auto de Infração

☐

Autuante:

Nome:
Cargo:
Matricula:
Assinatura:

Autuado:

Recebi a 2ª via em: ____/____/____

Assinatura

Nome:
RG nº: