AUTODECLARAÇÃO SANITÁRIA AUTODECLARAÇÃO Nº\_\_\_\_\_\_\_\_ /20\_\_\_\_ (Reservado à VISA)

(Conforme Art. 2º §2º da Lei Municipal 3.846 de 05/03/2018)

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA** |
| 01 - RAZÃO SOCIAL:  |
| 02- NOME DE FANTASIA:  |
| 04 – CNPJ:  |
| 05 – ENDEREÇO:  | 06 - Nº:  |
| 07 - COMPLEMENTO:  |
| 08 - BAIRRO:  | 09 - MUNICÍPIO: | 10 – CEP: |
| 10 - CEP:  | 11 – UF: | 12 – FONE: |
| 13 – E-MAIL: |
| 14 – ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS: |
| Código (CNAE) | Descrição da Atividade:  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **15 – Declaro estar ciente desta norma e demais normas sanitárias vigentes para a atividade pretendida e me comprometo ao cumprimento das mesmas, assegurando a qualidade dos produtos e/ou serviços oferecidos.** |
| 16 – REPRESENTANTE LEGAL NOME:  | 17 – CPF: |
| ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ASSINATURA |
| 18 - RESPONSÁVEL TÉCNICO NOME: (QUANDO EXIGIDO POR LEGISLAÇÃO VIGENTE) | 19 - CPF:  |
| 20 - PROFISSÃO: | N.º DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO: | UF: |
| ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ASSINATURA |