|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO SANITÁRIO Nº/ANO:** | | | | |
| IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA: | | | | |
|
| 01 - RAZÃO SOCIAL: | | | | |
|
| 02- NOME DE FANTASIA: | | | | |
|
| 03 – CNPJ: | | | | |
| 04 – ENDEREÇO: | | | | |
|
| 05 - N.º: | 06 - COMPLEMENTO: | | | |
| 07 - BAIRRO: | 08 - MUNICÍPIO: | | | 09- CEP: |
| 10 - UF: | 11 - FONE: | | | |
| 12 - E-MAIL: | | | | |
| 13 - ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS | | | | |
| CÓDIGO (CNAE): | | DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| 14 - DECLARO ESTAR CIENTE DESTA RESOLUÇÃO NORMATIVA 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. | | | | |
| 15 - REPRESENTANTE LEGAL | | |  | |
| NOME: | | | CPF: | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
| ASSINATURA: | | | | |
|  | | | | |
| 16 - RESPONSÁVEL TÉCNICO (QUANDO EXIGIDO POR LEGISLAÇÃO VIGENTE): | | | | |
| NOME: | | | CPF: | |
|  | | |  | |
| PROFISSÃO: | | | N.º DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO: UF: | |
|  | | |  | |
| ASSINATURA: | | | | |