



AUTO – DECLARAÇÃO SANITÁRIA

Nº Processo: _____ /ANO _____

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

RAZÃO SOCIAL: _____

NOME FANTASIA: _____

CNPJ: _____ END: _____ Nº _____

COMPL: _____ BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: _____ UF: _____ CEP: _____

FONE: () _____ - _____ E-MAIL: _____

ATIVIDADE DESENVOLVIDA (COD. CNAE): _____

Declaro estar ciente das normas sanitárias vigentes para a atividade pretendida e me comprometo ao cumprimento das mesmas, assegurando a qualidade dos produtos e/ou serviços oferecidos. Declaro ainda, que as informações aqui prestadas são expressão da verdade e que o preenchimento deste roteiro com informações falsas constitui infração sanitária, estando sujeito às sanções cabíveis.

Assinatura Representante Legal

CPF