



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO ALTO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**



**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