|  |
| --- |
| **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: |