

AUTODECLARATÓRIO SANITÁRIO

Identificação do Estabelecimento

Nome empresarial:		
Nome fantasia:		
CNPJ:		
Endereço:		
Nº:	Complemento:	
Bairro:		CEP:
Telefone(s):		
E-mail:		

Atividades a serem desenvolvidas

Código (CNAE)	Descrição da atividade

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 ofertados e o atendimento à Lei Brasileira de Inclusão da pessoa com deficiência, quando aplicável.

Representante legal

Nome:

CPF:

Assinatura

Responsável técnico (quando exigido por legislação vigente)

Nome:

CPF:

Profissional:

Nº registro no conselho:

UF:

Assinatura

Joinville, de de .