**ANEXO IV - AUTODECLARAÇÃO SANITÁRIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 01-RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA: | | | | | | | | |
| 02-NOME FANTASIA: | | | | | | | 03-CNPJ/CPF: | |
| 04-ENDEREÇO: | | | | | | | | |
| 05-Nº | 06-COMPLEMENTO: | | | | | | 07-BAIRRO: | |
| 08-MUNICÍPIO: | | | 09-CEP: | | | 10-UF: | | 11-FONE: |
| 12-E-MAIL (obrigatório): | | | | | | | | |
| 13-ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS: | | | | | | | | |
| *Código(s)* *da(s) atividade(s) - CNAE):* | |  | | *Descrever a(s) atividade(s), em acordo com as informações constantes nos anexos I e II deste Decreto.* | | | | |
| 14- *DECLARO ESTAR CIENTE DAS EXIGÊNCIAS DESTE DECRETO E DAS DEMAIS LEGISLAÇÕES SANITÁRIAS VIGENTES PARA O DESENVOLVIMENTO DA(S) ATIVIDADE(S) PRETENDIDA(S) E ME COMPROMETO A CUMPRÍ-LAS, ASSEGURANDO A QUALIDADE DOS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS OFERECIDOS.* | | | | | | | | |
| 15-PROPRIETÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL: | | | | | | | 16-CPF: | |
| DATA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ASSINATURA: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | |
| 17-RESPONSÁVEL TÉCNICO (QUANDO EXIGIDO POR LEGISLAÇÃO VIGENTE): | | | | | | | | |
| 18-CPF: | | | | | 19-PROFISSÃO: | | | |
| 20-Nº DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO: | | | | | 21-UF: | | | |
| DATA: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ASSINATURA: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | |