**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: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   |