|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AUTODECLARAÇÃO Nº** | | **ANO: 2020** |
| **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 – TELEFONE: 12 – EMAIL:** | | |
| **13 - ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS:** | | |
| **Código (CNAE)** | **Descrição da Atividade:** | |
| **14 - DECLARO ESTAR CIENTE DESTA NORMA 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:** | | |
| **16-CPF:** | | |
| **ASSINATURA:** | | |
| **17 - RESPONSÁVEL TÉCNICO (QUANDO EXIGIDO POR LEGISLAÇÃO VIGENTE)** | | |
| **18 - CPF: 19 - PROFISSÃO:** | | |
| **20 -N.º DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO: 21- UF:** | | |
| **ASSINATURA:**  **---------------------------------------------/// ---------------------------------------------------** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **escudo** | ***SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE AGRONÔMICA***  ***Vigilância Sanitária Municipal***  ***CNPJ 83 102 590/0001-90***  ***RUA: XV DE NOVEMBRO, 402 (47)3542-0450) 410/326***  ***99293751///988486570*** |

**Agronômica – SC,\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 2020**