**ANEXO V - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO SANITÁRIA2025**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO SANITÁRIA Nº       /2025 | | |
| IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA | | |
| 01 - RAZÃO SOCIAL: | | |
| 02- NOME DE FANTASIA: | | |
| 04 – CNPJ: | | |
| 05 – ENDEREÇO: | | |
| 06 - Nº: | 07 - COMPLEMENTO: | |
| 08 - BAIRRO: | 09 - MUNICÍPIO: | 10 - CEP: |
| 11 - UF: | 12 - FONE: | |
| 13 - E-MAIL: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 14 - ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS: | |
| Código (CNAE) | Descrição da Atividade: |
|  |  |
| 15 - 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. | |

|  |  |
| --- | --- |
| 16 - REPRESENTANTE LEGAL  NOME: | 17 – CPF |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASSINATURA | |

|  |  |
| --- | --- |
| 18 - RESPONSÁVEL TÉCNICO (QUANDO EXIGIDO POR LEGISLAÇÃO VIGENTE) | |
| 19 - CPF: | 20 - PROFISSÃO: |
| N.º DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO:       UF: | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASSINATURA | |