



PREFEITURA MUNICIPAL DE BIGUAÇU-SC  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
VIGILÂNCIA SANITÁRIA



**AUTO DECLARAÇÃO SANITÁRIA**

RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 003/DIVS/SUV/SES/2021 - ANEXO II

**AUTO-DECLARAÇÃO**

Nome Pessoa Física ou Jurídica		CNPJ nº	
Nome Fantasia		E-mail	
Endereço	Nº	Bairro	
Município	UF	CEP nº	Fone

**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.**

Representante Legal:	RG/CPF:
Cargo/Função:	Assinatura:

**PREENCHER OS ESPAÇOS ABAIXO QUANDO EXIGIDOS POR LEGISLAÇÕES VIGENTES**

Responsável Técnico:	Profissão:		
CPF:	Nº do Conselho de classe:	Nome Conselho de classe:	UF:
Assinatura:	Local/data:		

**Obs: Deverão ser preenchidos todos os campos, de forma legível e sem rasuras, evitando assim a devolução e/ou arquivamento do processo.**