



**ANEXO III**  
**TERMO DE AUTODECLARAÇÃO**  
**ATIVIDADE DE BAIXO RISCO SANITÁRIO DEPENDENTE OU NÃO DE INFORMAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_ (proprietário ou procurador legal),  
representante da empresa \_\_\_\_\_  
CNPJ/CPF Nº: \_\_\_\_\_, situada no (endereço completo) \_\_\_\_\_.

**DECLARO QUE A EMPRESA QUE REPRESENTO ESTÁ ENQUADRADA NO ANEXO \_\_\_\_\_.**  
**SE O ENQUADRAMENTO FOR NO ANEXO II, A RESPOSTA À PERGUNTA É \_\_\_\_\_.**  
(Caso a resposta seja negativa, segue-se o preenchimento do presente termo).

**1** A empresa que represento exerce a (s) seguinte (s) atividade (s):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A (s) qual (is) se enquadram no (s) seguinte (s) CNAE (s):

\_\_\_\_\_

- 2** Assumo a responsabilidade civil, criminal e administrativa pela veracidade de todas as respostas e declarações registradas neste Ato Declaratório, principalmente quanto ao enquadramento da atividade no CNAE adequado e o respectivo grau de risco sanitário a ele inerente.
- 3** Tenho conhecimento e me submeto ao cumprimento da legislação sanitária pertinente ao ramo de atividade que será desenvolvido pela empresa sob minha responsabilidade.
- 4** Apresentarei se e quando exigido, no prazo de até 60 dias após a solicitação, à Superintendência de Vigilância em Saúde – Vigilância Sanitária do Município, os Procedimentos Operacionais Padrões – POP's e o Manual de Boas Práticas.
- 5** Sou o responsável pela qualidade e validade dos produtos comercializados, dos serviços prestados, e das condições higiênico-sanitárias do estabelecimento.
- 6** Desconformidade ou discrepância entre as informações prestadas e a realidade constatada pela autoridade sanitária estarão sujeitas às penalidades previstas na legislação, inclusive cassação da presente Licença.
- 7** O corpo fiscal sanitário, dentro do horário de funcionamento da empresa, poderá realizar inspeção fiscal sanitária para verificação das condições higiênico-sanitárias do estabelecimento.
- 8** Os certificados, registros de rotinas, POP's e Manual de Boas Práticas, quando exigíveis, estarão sempre atualizados e disponíveis à fiscalização sanitária, sob pena de cancelamento da Licença Sanitária.
- 9** 1) A empresa funcionará no horário das \_\_\_\_\_ h às \_\_\_\_\_ h.  
2) Ocupará uma área total de \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>.

( ) Li, afirmo e concordo com todas as declarações acima expostas.

Santa Maria, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Responsável**