

ANEXO V
TERMO DE AUTODECLARAÇÃO - RENOVAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA
ATIVIDADE DE BAIXO RISCO SANITÁRIO

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

DECLARO QUE:

- 1 A empresa que represento exerce a (s) atividade (s) que se enquadra (m) no (s) seguinte (s) CNAE (s) (Classificação Nacional de Atividades Econômicas), de acordo com declaração anterior já prestada para o presente órgão sanitário, **NÃO** tendo ocorrido quaisquer alterações, referentes às rotinas, atividades, serviços ou produtos, utilizados ou comercializados no exercício da atividade.
- 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 segue sendo 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 POP's (Procedimentos Operacionais Padrões) 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 Desconformidades ou discrepâncias 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 fiscal sanitário, dentro do horário de funcionamento da empresa, poderá realizar inspeção 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 _____ m².

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

Santa Maria, ___ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável