**DECLARAÇÃO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DE ATIVIDADE NÃO EXERCIDA** |  |  | **DE ESTRUTURA FÍSICA NÃO ESTABELECIDA** |

Assinalar uma das opções.

|  |
| --- |
| **01 - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA / PESSOA** |
| RAZÃO SOCIAL/PESSOA:  |
| NOME FANTASIA:  |
| CNPJ:  |
| END:  |
| BAIRRO:  | MUNICÍPIO: BALNEÁRIO GAIVOTA |
| CEP: 88955-000 | UF: SC | TELEFONE:  |
| E-MAIL:  |
| COMPLEMENTO:  |

|  |
| --- |
| **02 – ATIVIDADES NÃO EXERCIDAS** (preencher somente se não exercer a atividade) |
| CÓDIGO CNAE): | - DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES CADASTRADAS NA RECEITA FEDERAL, PORÉM NÃO EXERCIDAS NO ESTABELECIMENTO. - CIÊNCIA DE NÃO COMERCIALIZAÇÃO DE PRODUTOS COMPATÍVEIS A FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA. |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **03 – DECLARAÇÃO** |
| FICO CIENTE, CASO VENHA A EXERCER TAIS ATIVIDADES OU DISPOR DE ESTRUTURA FÍSICA PASSÍVEIS DE FISCALIZAÇÃO E AUTORIZAÇÃO, ADOTAREI OS PROCEDIMENTOS LEGAIS PARA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS JUNTO AO ÓRGÃO SANITÁRIO SOB PENA DE RESPONDER POR INFRAÇÃO E DEMAIS SANÇÕES LEGAIS APLICÁVEIS, CONFORME A Resolução Normativa n. 003/DIVS/SES/2021 E LEI MUN. 054/97. |

|  |
| --- |
| **04 – REPRESENTANTE LEGAL** |
| NOME: | CPF: |
| RG:  | DATA DE NASCIMENTO: |
| ASSINATURA: | DATA: |