

TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Estabelecimento

Razão social/Nome _____

CNPJ _____ Telefone () _____

Endereço _____ nº _____

Bairro _____ Ibiporã-PR – CEP 86 200 000

Representante Legal

Nome _____

RG _____ CPF _____

Eu, representante legal do estabelecimento acima identificado, assumo a responsabilidade de exercer a(s) atividade(s) econômica(s) abaixo listada(s) atendendo todas as exigências previstas na Lei Estadual n.º 13.331 de 23 de novembro 2001, regulamentada pelo Decreto Estadual n.º 5.711 de 23 de maio de 2002, ou outros que vierem a substituí-los, bem como nas demais normas sanitárias vigentes e aplicáveis.

CNAE Principal (com código)

CNAE(s) Secundário(s) – (listar todos com código)

Declaro estar ciente de que o não cumprimento das exigências legais acarretará nas penalidades previstas na Lei Estadual n.º 13.331 de 23 de novembro 2001, bem como em legislações municipais específicas.

Declaro, ainda, ter ciência de que a autoridade sanitária, no desempenho de suas atribuições, atendidas as formalidades legais, tem livre acesso, em qualquer dia e hora, ao estabelecimento em epígrafe para inspeção e aplicação de medidas de controle sanitário. Por ser verdade, firmo o presente.

Assinatura do Representante Legal
(*não é necessário reconhecer firma*)

Ibiporã, ____ de _____ de 20____.