

## 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\_\_\_\_.