

ATO DECLARATÓRIO
ALVARÁ SANITÁRIO N° _____

DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ENDEREÇO: Rua 1500, nº 1100, Centro - Balneário Camboriú / SC
FONE: (47) 3261-6200
E-MAIL: vsanitaria@bc.sc.gov.br

VERSÃO 1

ALVARÁ SANITÁRIO INICIAL PARA ATIVIDADES DE BAIXO RISCO

RENOVAÇÃO DE ALVARÁ SANITÁRIO PARA TODAS AS ATIVIDADES

NOME DA PESSOA FÍSICA / JURÍDICA:

NOME FANTASIA:

CNPJ / CPF:

ATIVIDADES DESEMPENHADAS:

CIÊNCIA:

***** Por ser a expressão da verdade, dou ciência e firmo o presente Ato Declaratório para que produza os efeitos legais estabelecidos no Decreto Municipal nº 8.766, de 15 de dezembro de 2017, para a atividade pretendida, comprometendo-me a cumprir todas as normas sanitárias vigentes para assegurar a qualidade dos produtos e/ou serviços oferecidos, tendo o pleno conhecimento de que o descumprimento das disposições contidas na legislação constitui infração sanitária, nos termos da Lei Federal nº 6.437/77, Lei Estadual nº 6.320/83 e Lei Complementar Municipal nº 40/19, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.*****

RESPONSÁVEL TÉCNICO:

ASSINATURA:

CATEGORIA PROFISSIONAL:

Nº DO CONSELHO DE CLASSE:

NOME DO PROPRIETÁRIO / REPRESENTANTE LEGAL:

ASSINATURA:

Balneário Camboriú, _____ de _____ de 20_____.