

ANEXO V DA RESOLUÇÃO SESA Nº 1034/2020

MODELO DE TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Estabelecimento

Razão social/Nome _____

CNPJ/CPF _____ Telefone () _____

Endereço _____ nº _____

Bairro _____ Cidade _____ UF _____

CEP _____

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

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

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 realizar reconhecimento de firma)

xxxxxx, ____ de _____ de 20____.

51

GABINETE DO SECRETÁRIO

Rua Piquiri, nº 170 – Rebouças – CEP: 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4400

www.saude.pr.gov.br – gabinete@sesa.pr.gov.br