



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES DE EMPRESAS

Nome do Representante Legal:	
CPF:	
Razão Social:	
Nome Fantasia:	
CNPJ:	
Endereço:	
Cidade:	CEP:
Telefone:	
DECLARAÇÃO	
Obs.: Declarar as atividades desenvolvidas pela empresa cotidianamente e se utiliza equipamentos para isso. Quais equipamentos?	

Coxilha, ____de _____ de 202__.

Assinatura:_____

Nome do Requerente: _____

Cargo na Empresa: _____