

**PROCESSO DE LICENCIAMENTO SANITÁRIO**

**TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE**

Eu \_\_\_\_\_,  
nacionalidade \_\_\_\_\_, exerço a profissão \_\_\_\_\_,  
portador do CPF nº \_\_\_\_\_, DECLARO, sob as penas previstas no art. 299 do Código Penal Brasileiro, para fins de fazer prova junto a Célula de Vigilância Sanitária de Sobral – VISA, que a empresa de Razão Social \_\_\_\_\_ inscrita no CNPJ \_\_\_\_\_, localizada no endereço \_\_\_\_\_, bairro/distrito: \_\_\_\_\_, tem área \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>, para fins de desenvolvimento de atividades de interesse à SAÚDE PÚBLICA.

Declaro, sob as penas de lei, que as informações prestadas no processo de Licenciamento Sanitário, inclusive no preenchimento do Requerimento de Alvará Sanitário e deste termo são de minha inteira responsabilidade, e que tenho ciência que o Município de Sobral poderá a qualquer tempo realizar o monitoramento do Alvará, procedendo à cassação, caso seja constatado que foram prestadas declarações falsas ou enganosas, omitidas informações relevantes ou em desacordo com a legislação vigente, além da aplicação das demais penalidades administrativas, cíveis e penais cabíveis.

Declaro, ainda, estar ciente de que este Alvará Sanitário licencia a(as) atividade(s) de interesse sanitário, não eximindo outras licenças se necessárias.

Declaro, ademais, estar ciente de que este Alvará se refere-se às questões sanitárias, tendo sido emitido com base nas informações prestadas pelo responsável legal do empreendimento.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente/ Responsável Legal