



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDINHA
SECRETARIA DE SAÚDE - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE - VENDEDORES AMBULANTES

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ:

Endereço:

Cidade:

CEP:

E-mail:

Telefone:

O estabelecimento descrito acima, por intermédio de seu representante legal - vendedor _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ e CPF nº _____, **DECLARA, SOB AS PENAS DA LEI, assumir a responsabilidade exclusiva e integral pela qualidade dos produtos que irá comercializar.**

E por ser a expressão da verdade, assino o presente, para que surta seus legais e jurídicos efeitos.

Rondinha, ____ de _____ de _____.

Assinatura do representante legal - vendedor