



Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Vigilância em Saúde/**Divisão de Vigilância Sanitária**

DECLARAÇÃO DE TRANSPORTE DE SOBRAS DE ALIMENTOS HORTIFRUTIGRANJEIROS

Responsável Legal	
Nome:	
RG:	CPF:
Endereço:	
Bairro:	CEP:
Município:	
Telefone:	
N° CADPRO:	
E-MAIL:	
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:	
<ul style="list-style-type: none">• DECLARAÇÃO SOBRE O QUE SERÁ TRANSPORTADO E O DESTINO DADO ÀS SOBRAS (ANEXO);• DOCUMENTAÇÃO DO VEÍCULO QUE TRANSPORTARÁ (CÓPIA);• INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PRODUTOR RURAL DO ESTADO DO PARANÁ – CAD/PRO (CÓPIA);• COMPROVANTE DE ENDEREÇO (CÓPIA).	

São José dos Pinhais, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Representante Legal	Assinatura do Responsável Técnico