



Exmo. Sr Prefeito do Município de São Bernardo do Campo,

O requerente abaixo qualificado vem, respeitosamente, expor e requerer o seguinte:

Assunto: Licença sanitária

Detalhamento: Para juntada ao processo SB.017830/2006-55 - LOCALIZAÇÃO:SS-43

Informações CONFORME REQUERIMENTO ANEXO

complementares:

Local do evento: EST DOS ALVARENGAS, 630 - Bairro: BAIRRO ASSUNCAO - CEP: 00000-000

Inscrição imobiliária: 000.000.000.000

Inscrição Mobiliária: 019710

Dados do Documento

Órgão: SB - Prefeitura do Município de São Bernardo do Campo

Documento: SB.050732/2014-12

Data de entrada: 05/08/2014 às 12:14

Unidade origem: SA-03 - Divisão de Atendimento ao Cidadão

Unidade responsável: SS-43 - Divisão de Vigilância Sanitária

Interessado: NESTLE BRASIL LT

Nestes termos, pede deferimento:

Requerente/proprietário:
CPF/CNPJ:

Cadastrado por: CELSO AMARAL SILVA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
DIRETORIA DE ALIMENTOS E TOXICOLOGIA

COMUNICAÇÃO DE IMPORTAÇÃO DE PRODUTOS
DISPENSADOS DE REGISTRO

A RECEBIMENTO VISA/DATA

B DADOS DA EMPRESA IMPORTADORA / REPRESENTANTE DO FABRICANTE OU SUBSIDIÁRIA

CNPJ **60.409.075/0100-34**

RAZÃO SOCIAL **NESTLÉ BRASIL LTDA.**

RUA **ESTRADA DOS ALVARENGAS** NÚMERO **630**

BAIRRO **ASSUNÇÃO**

CEP **09850-550** FONE **(11) 5508-9544** FAX

UF **SP** MUNICÍPIO **SÃO BERNARDO DO CAMPO**

E-MAIL **priscila.cassina@br.nestle.com**

C DADOS DA UNIDADE ARMAZENADORA

CNPJ **60.409.075/0100-34** PRÓPRIA TERCEIRIZADA

RAZÃO SOCIAL **NESTLÉ BRASIL LTDA.**

RUA **ESTRADA DOS ALVARENGAS** NÚMERO **630**

BAIRRO **ASSUNÇÃO**

CEP **09850-550** FONE **(11) 5508-9544** FAX

UF **SP** MUNICÍPIO **SÃO BERNARDO DO CAMPO**

E-MAIL **priscila.cassina@br.nestle.com**

D TERMO DE RESPONSABILIDADE

Informo que a partir de 04 | 08 | 14 esta empresa, devidamente licenciada para produção de alimentos / embalagens, importou o(s) produto(s) relacionado(s) no verso e/ou anexo(s), e estará dando início a comercialização no prazo de 0 | 0 | 1 dias, e declaro que estou ciente: a) das legislações específicas do(s) produto(s) que fabrico, inclusive as de rotulagem e outras pertinentes; e b) de que a unidade fabril pode ser inspecionada por essa autoridade sanitária, conforme prevê a legislação.

Local/data: SÃO PAULO 05 | 08 | 14

PRISCILA CASSINA FERNANDES PEREIRA

Nome legível do Responsável pela Empresa

Priscila Cassina

Assinatura

PRODUTOS IMPORTADOS DISPENSADOS DE REGISTRO	
EMPRESA IMPORTADORA / REPRESENTANTE OU SUBSIDIÁRIA CNPJ 60.409.075/0100-34	CONTROLE DE ANEXOS FOLHAS 0 1 DE 0 1
UNIDADE ARMAZENADORA CNPJ 60.409.075/0100-34	

PRODUTO>01	CATEGORIA 4200047	DESCRIÇÃO DA CATEGORIA ADITIVOS ALIMENTARES
NOME DO PRODUTO	ESPESSANTE E GELIFICANTE PARA ALIMENTOS	VALIDADE (ANO/MÊS/DIA) 1 8 A <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
MARCA	RESOURCE THICKEN UP CLEAR/ NESTLÉ HEALTH SCIENCE	
TIPO(S) DE EMBALAGEM		PERSPECTIVA COMERCIAL
01 Celulósica/Metálica/Plástica		<input type="checkbox"/> MUNICIPAL
02		<input type="checkbox"/> ESTADUAL
03		<input checked="" type="checkbox"/> NACIONAL
04		<input type="checkbox"/> EXPORTAÇÃO
FABRICANTE	NESTLÉ HEALTHCARE NUTRITION GmbH	
PAÍS DE ORIGEM	ALEMANHA	SIGLA DO PAÍS ALE

PRODUTO>02	CATEGORIA	DESCRIÇÃO DA CATEGORIA
NOME DO PRODUTO		VALIDADE (ANO/MÊS/DIA) A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
MARCA		
TIPO(S) DE EMBALAGEM		PERSPECTIVA COMERCIAL
01		<input type="checkbox"/> MUNICIPAL
02		<input type="checkbox"/> ESTADUAL
03		<input type="checkbox"/> NACIONAL
04		<input type="checkbox"/> EXPORTAÇÃO
FABRICANTE		
PAÍS DE ORIGEM		SIGLA DO PAÍS

PRODUTO>03	CATEGORIA	DESCRIÇÃO DA CATEGORIA
NOME DO PRODUTO		VALIDADE (ANO/MÊS/DIA) A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
MARCA		
TIPO(S) DE EMBALAGEM		PERSPECTIVA COMERCIAL
01		<input type="checkbox"/> MUNICIPAL
02		<input type="checkbox"/> ESTADUAL
03		<input type="checkbox"/> NACIONAL
04		<input type="checkbox"/> EXPORTAÇÃO
FABRICANTE		
PAÍS DE ORIGEM		SIGLA DO PAÍS