

**AVALIAÇÃO FÍSICO FUNCIONAL DE PROJETO DE EDIFICAÇÃO
DE ESTABELECIMENTO DE INTERESSE DA SAÚDE**

ANEXO II - Portaria nº 32/2020

OBSERVAR INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO QUE SEGUE ESTE FORMULÁRIO

I. INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. N° DO PROTOCOLO

2. DATA DO PROTOCOLO

3. N° DO PROCESSO DE ORIGEM

II. SOLICITAÇÃO - PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO - TIPO DE PROJETO DE EDIFICAÇÃO A SER AVALIADO:

CONSTRUÇÃO NOVA AMPLIAÇÃO, REFORMA E OU ADAPTAÇÃO

5. N° CMVS - Registre o número do Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde, no caso de ampliação, reforma ou adaptação:

III. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO - PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

6. CNPJ / CPF

7. RAZÃO SOCIAL / NOME

8. NOME FANTASIA

IV. LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO - PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

9. CEP

10. TIPO LOGRADOURO

11. LOGRADOURO

12. N°

13. COMPLEMENTO

14. BAIRRO

15. MUNICÍPIO

SP

UF

16. DISTRITO

LONGITUDE: __° __' __" O __° __' __" S

17. COORDENADAS GEOGRÁFICAS

18. TELEFONE

19. FAX

20. ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-MAIL)

21. ENDEREÇO PÁGINA WEB

V. CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO - PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

22. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA (CNAE)

CÓDIGO CNAE: ____ - ____ / ____

DESCRIÇÃO CNAE: _____

VI. DOCUMENTOS – PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

23. DOCUMENTOS ANEXADOS AO PROJETO - Assinale as opções abaixo e informe a respectiva solicitação:

- JOGOS DE PLANTAS - Nº FOLHAS _____
- MEMORIAL DE PROJETO - Nº FOLHAS _____
- MEMORIAL DE ATIVIDADES - Nº FOLHAS _____
- ART Nº _____ RRT Nº _____

OUTROS - Especifique: _____

VII. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL – PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

24. RESPONSÁVEL LEGAL _____

CPF _____ LOGRADOURO _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

MUNICÍPIO _____

DISTRITO _____ ENDEREÇO ELETRÔNICO _____

TELEFONE _____ FAX _____

25. RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO PROJETO _____

CREA

CAU

Nº INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE _____

CPF _____ LOGRADOURO _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

MUNICÍPIO _____

DISTRITO _____ ENDEREÇO ELETRÔNICO _____

TELEFONE _____ FAX _____

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE - PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS QUE A EDIFICAÇÃO, OBJETO DESSA SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO, SERÁ CONSTRUÍDA, REFORMADA, AMPLIADA OU ADAPTADA DE ACORDO COM O DEFINIDO NO PRESENTE PROJETO, DE FORMA A GARANTIR AS CONDIÇÕES DE SALUBRIDADE EM TODOS OS AMBIENTES INTERNOS E SEU ENTORNO, CONFORME A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E DEMAIS NORMAS LEGAIS PERTINENTES.

ESTAMOS CIENTES DE QUE O NÃO CUMPRIMENTO DO ACIMA DECLARADO ACARRETERÁ NO INDEFERIMENTO DA SOLICITAÇÃO DO LICENCIAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE INTERESSE DA SAÚDE NO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE COMPETENTE.

POR SER VERDADE, FIRMAMOS A PRESENTE DECLARAÇÃO.

Local

Data

Assinatura do Responsável Legal

Assinatura do Responsável Técnico