



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

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

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE LAUDO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO - LTA

ANEXO 2 – PORTARIA CVS 10/2017

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. N° PROTOCOLO

2. DATA PROTOCOLO

3. N° 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° CEVS – Registre o número do Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária, 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

UF: SP

16. DISTRITO

17. COORDENADAS GEOGRÁFICAS:

LONGITUDE: ° _ ' _ . _ " O ° ' . " S

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:

<input type="checkbox"/> JOGOS DE PLANTAS	– Nº Folhas _____	<input type="checkbox"/> OUTROS – Especifique:	_____
<input type="checkbox"/> MEMORIAL DE PROJETO	– Nº Folhas _____		_____
<input type="checkbox"/> MEMORIAL DE ATIVIDADE	– Nº Folhas _____		_____
<input type="checkbox"/> ART Nº _____	<input type="checkbox"/> RRT Nº _____		_____

VII – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

24. RESPONSÁVEL LEGAL _____

CPF _____ LOGRADOURO _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____ CEP _____

MUNICÍPIO _____ UF: SP

DISTRITO _____ ENDEREÇO ELETRÔNICO _____

TELEFONE _____ FAX _____

25. RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO PROJETO _____

CREA CAU Nº INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE _____ UF: _____

CPF _____ LOGRADOURO _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____ CEP _____

MUNICÍPIO _____ UF: SP

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 SANITÁRIA COMPETENTE.

POR SER VERDADE, FIRMAMOS A PRESENTE DECLARAÇÃO.

LOCAL _____

DATA _____

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL _____

ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO _____