



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. Nº PROTOCOLO

2. DATA PROTOCOLO

3. Nº 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. Nº 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. Nº

13. COMPLEMENTO

14. BAIRRO

15. MUNICÍPIO

UF: SP

16. DISTRITO

17. COORDENADAS GEOGRÁFICAS: LONGITUDE: ° ' . " O ° ' . " S

18. DDD / TELEFONE

19. DDD / 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 – N° Folhas

MEMORIAL DE PROJETO – N° Folhas

MEMORIAL DE ATIVIDADE – N° Folhas

ART N° RRT N°

OUTROS – Especifique:

VII IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

24. RESPONSÁVEL LEGAL

CPF

LOGRADOURO

N°

COMPLEMENTO

BAIRRO

CEP

MUNICÍPIO

UF: SP

DISTRITO

ENDEREÇO ELETRÔNICO

DDD / TELEFONE

DDD / FAX

25. RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO PROJETO

CREA

CAU

N° INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE

UF:

CPF

LOGRADOURO

N°

COMPLEMENTO

BAIRRO

CEP

MUNICÍPIO

UF: SP

DISTRITO

ENDEREÇO ELETRÔNICO

DDD / TELEFONE

DDD / 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