



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Coordenadoria de Controle de Doenças

Centro de Vigilância Sanitária

Grupo de Vigilância Sanitária XXXI - Sorocaba

Subgrupo de Vigilância Sanitária – Itapetininga

Av. Peixoto Gomide, 253 – centro Tel: (15) 3271-0303 Fax: (15) 3271-7008

E-mail: vsitape@ig.com.br

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE EDIFICAÇÕES, INSTALAÇÕES E EMPREENDIMENTOS DE INTERESSE À SAÚDE

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS – PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

/ /
1. Nº. DO PROTOCOLO

/ / / 2 0 0 8
2. DATA DO PROTOCOLO

/ /
3. Nº. DO PROCESSO MÃE

II – OBJETO DA SOLICITAÇÃO

4. TIPO DO PROJETO A SER AVALIADO – ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

() EDIFICAÇÃO NOVA | () AMPLIAÇÃO DE EDIFICAÇÃO | () REFORMA E ADAPTAÇÃO EM EDIFICAÇÃO EXISTENTE
() INSTALAÇÃO | () OUTROS

5. REGISTRE A ATIVIDADE ECONÔMICA EXERCIDA OU A SER EXERCIDA NO LOCAL DO PROJETO:

/ / /
CÓDIGO CNAE | DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE À SAÚDE DO ESTABELECIMENTO

6. REGISTRE O SOLICITADO NO CASO DE ESTABELECIMENTO CADASTRADO NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº. CEVS – CADASTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA / /

III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO / EMPREENDIMENTO

/ / /
7. RAZÃO SOCIAL / NOME

/ / /
8. NOME FANTASIA

/ / / 10. NATUREZA JURÍDICA: () PESSOA FÍSICA OU () PESSOA JURÍDICA
9. CNPJ / CPF

IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO / EMPREENDIMENTO

/ / / / /
11. LOGRADOURO | 12. NÚMERO

/ / / / /
13. COMPLEMENTO | 14. BAIRRO

/ / / / /
15. UF | 16. MUNICÍPIO

/ / / / /
17. CEP | 18. DDD | 19. TELEFONE | 20. FAX

/ / / / /
21. ENDEREÇO ELETRÔNICO

V – DOCUMENTOS ANEXOS

22. REGISTRE AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS REFERENTES AOS DOCUMENTOS ANEXADOS AO PROJETO:

() A. JOGOS DE PLANTAS Nº. DE FOLHAS _____ () B. MEMORIAL DE PROJETO Nº. DE FOLHAS _____

() C. MEMORIAL DE ATIVIDADES Nº. DE FOLHAS _____ () D. ART Nº. _____

() E. OUTROS – Especifique: _____

VI – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS

23. NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL

A. CPF

B. ENDEREÇO ELETRÔNICO

C. LOGRADOURO

D. NÚMERO

E. COMPLEMENTO

F. BAIRRO

G. UF

H. MUNICÍPIO

I. CEP

J. DDD

K. TELEFONE

L. FAX

24. NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO PROJETO

A. CPF

C R E A
B. SIGLA CONS. PROF. C. UF

D. Nº. INSCRIÇÃO CONSELHO PROFISSIONAL

E. CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES

F. LOGRADOURO

G. NÚMERO

H. COMPLEMENTO

I. BAIRRO

J. UF

K. MUNICÍPIO

L. CEP

M. DDD

N. TELEFONE

O. FAX

P. ENDEREÇO ELETRÔNICO

Declaramos que a edificação ou o empreendimento, objeto dessa solicitação de avaliação, será construída (reformada/adaptada) de acordo como 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 acarretará na impossibilidade de efetivação do cadastramento do objeto de interesse à saúde, ora solicitado, no órgão de vigilância sanitária competente.

Por ser verdade, firmamos a presente declaração.

Local

Data _____/_____/2007

Assinatura Responsável Legal

Assinatura Responsável Técnico