



PREFEITURA DE ARUJÁ

ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal de Saúde e Higiene – Vigilância Sanitária
Av João Manoel, 420- piso superior – Centro – Arujá – Fone: 4653-3535, 4652-1079
email: saude.visa@aruja.sp.gov.br

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:	<input type="checkbox"/> CONSTRUÇÃO NOVA
	<input type="checkbox"/> 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. TELEFONE:	19. CELULAR:
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:	



PREFEITURA DE ARUJÁ

ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal de Saúde e Higiene – Vigilância Sanitária
Av João Manoel, 420- piso superior – Centro – Arujá – Fone: 4653-3535, 4652-1079
email: saude.visa@arujá.sp.gov.br

VI. DOCUMENTOS

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

23. DOCUMENTOS ANEXADOS AO PROJETO – Assinale as opções abaixo e informe a respectiva solicitação:	
JOGOS DE PLANTAS – Nº Folhas:	OUTROS – Especifique:
MEMORIAL DE PROJETO – Nº Folhas:	
MEMORIAL DE ATIVIDADE – Nº Folhas:	
ART Nº:	RRT Nº:

VII. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

24. RESPONSÁVEL LEGAL:		CPF:
LOGRADOURO:		Nº:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	
CEP:	MUNICÍPIO:	
DISTRITO:	UF: SP	
ENDEREÇO ELETRÔNICO:		
TELEFONE:	FAX:	

25. RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO PROJETO:				
<input type="checkbox"/> CREA	<input type="checkbox"/> CAU	Nº INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:	CPF:	UF:
LOGRADOURO:			Nº:	
COMPLEMENTO:		BAIRRO:		
CEP:		MUNICÍPIO:		
DISTRITO:		UF: SP		
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