



# 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:
DESCRÍÇÃO 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@aruja.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:

LOGRADOURO:	CPF:
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 ACARRETARÁ 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