**ANEXO 2 – PORTARIA CVS 10/2017**

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

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE LAUDO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO ‐ LTA

1. INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nº PROTOCOLO: | 2. DATA PROTOCOLO: |
| 3. Nº PROCESSO DE ORIGEM: | |

1. 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: |  |

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

|  |
| --- |
| 6. CNPJ / CPF: |
| 7. RAZÃO SOCIAL / NOME: |
| 8. NOME FANTASIA: |

1. 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: | |

1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

|  |  |
| --- | --- |
| 22. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA (CNAE): | CÓDIGO CNAE: |
| DESCRIÇÃO CNAE: | |

1. 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: |

1. 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: | | | | | |
| CREA | 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