



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

IMPORTANTE - OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO (PARA ESCLARECIMENTOS CONSULTE www.campinas.sp.gov.br/saude)

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO RESTRITO AO SERVIÇO DE PROTOCOLO DA P.M.C.

1. PROTOCOLO Nº:

II - OBJETO DA SOLICITAÇÃO

2. TIPO DO PROJETO A SER AVALIADO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

Formularies for project type selection: EDIFICAÇÃO NOVA, REFORMA E ADAPTAÇÃO EM EDIFICAÇÃO EXISTENTE, AMPLIAÇÃO DE EDIFICAÇÃO, INSTALAÇÃO, OUTROS ESPECIFIQUE:

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

Formularies for economic activity registration: CÓDIGO CNAE, DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE À SAÚDE DO ESTABELECIMENTO

4. NO CASO DE ESTABELECIMENTO ANTERIORMENTE CADASTRADO NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE, INFORME:

Formularies for establishment registration: Nº CEVS - CADASTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

III - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO / EMPREENDIMENTO

Formularies for identification: 5. RAZÃO SOCIAL / NOME

Formularies for identification: 6. NOME FANTASIA

Formularies for identification: 7. CNPJ / CPF, 8. NATUREZA JURÍDICA: PESSOA FÍSICA OU PESSOA JURÍDICA

IV - LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO / EMPREENDIMENTO

Formularies for location: 9. LOGRADOURO, 10. NÚMERO

Formularies for location: 11. COMPLEMENTO, 12. BAIRRO

Formularies for location: 13. ÁREA DE CENTRO DE SAÚDE, 14. MUNICÍPIO (CAMPINAS), 15. UF (SP)

Formularies for location: 16. CEP, 17. DDD (19), 18. TELEFONE, 19. FAX

Formularies for location: 20. ENDEREÇO ELETRÔNICO

V – DOCUMENTOS ANEXOS

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

A. PROJETO ARQUITETÔNICO Nº DE FOLHAS _____ B. MEMORIAL DESCRITIVO Nº DE FOLHAS _____

C. MEMORIAL DE ATIVIDADES Nº DE FOLHAS _____ D. ART Nº: _____

E. ROTEIRO DE INSTALAÇÕES E ATIVIDADES Nº DE FOLHAS _____ (Restrito para atividades de menor complexidade)

F. OUTROS - Especifique: _____

VI - IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICO

22. NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL

A. C P F

B. ENDEREÇO ELETRÔNICO

C. LOGRADOURO

D. NÚMERO

E. COMPLEMENTO

F. BAIRRO

G. MUNICÍPIO

H. UF

I. CEP

J. DDD

L. TELEFONE

M. FAX

23. NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO PROJETO (SOMENTE PARA ESTABELECIMENTOS DE MAIOR COMPLEXIDADE)

A. C P F

C R E A
B. SIGLA CONS. PROF.

C. UF

D. Nº INSCRIÇÃO CONSELHO PROFISSIONAL

E. CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES – CBO

F. LOGRADOURO

G. NÚMERO

H. COMPLEMENTO

I. BAIRRO

J. MUNICÍPIO

L. UF

M. CEP

N. DDD

O. TELEFONE

P. FAX

Q. ENDEREÇO ELETRÔNICO

VII - DECLARAÇÃO

Declaro(amos) que a edificação ou o empreendimento, objeto dessa solicitação de avaliação, está de acordo com o definido neste requerimento, 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.

Estou(mos) ciente(s) de que este requerimento destina-se a uma avaliação preliminar, para fins de emissão do LAUDO DE AVALIAÇÃO SANITÁRIA – LAS, de utilidade exclusiva e restrita para atender ao artigo 9º da Lei Municipal nº 11.749, de 13/11/2003, e, em sendo verificadas inconformidades das informações contidas nesta solicitação e seus anexos por ocasião da respectiva inspeção *in loco* pelo órgão de vigilância em saúde competente, resultará no indeferimento da regularização desta edificação ou empreendimento, sem prejuízo de eventuais sanções cíveis e penais previstas na legislação.

Por ser verdade, firmo(amos) a presente declaração.

Campinas, ____ de _____ de _____.

Assinatura Responsável Legal pela Empresa

Assinatura Responsável Técnico pelo Projeto Arquitetônico