



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - COVISA

DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE FÍSICO FUNCIONAL DE ESTABELECIMENTO DE INTERESSE DA SAÚDE

ANEXO III - Portaria SMS/COVISA-G nº 368/2023

OBSERVAR INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO QUE SEGUE ESTE FORMULÁRIO

I. INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº DO PROTOCOLO

2. DATA DO PROTOCOLO

3. Nº DO PROCESSO DE ORIGEM

II. SOLICITAÇÃO - PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO - TIPO DE PROJETO DE EDIFICAÇÃO A SER AVALIADO:

CONSTRUÇÃO NOVA AMPLIAÇÃO, REFORMA E ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO

5. Nº CMVS - Registre o número do Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde, no caso de ampliação, reforma ou adaptação:

II. 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

SP

UF

16. DISTRITO

17. COORDENADAS GEOGRÁFICAS

18. TELEFONE

19. FAX

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: _____

VI. DOCUMENTOS - PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

23. DOCUMENTOS ANEXADOS AO PROJETO - Assinale as opções abaixo e informe a respectiva solicitação:

- CROQUI DO PROJETO COM FLUXOS
- MEMORIAL DESCRITIVO DAS ATIVIDADES
- ART
- RRT

OUTROS - Especifique:

VII. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL - PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

24. RESPONSÁVEL LEGAL _____

CPF _____ LOGRADOURO _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
MUNICÍPIO _____
DISTRITO _____ ENDEREÇO ELETRÔNICO _____
TELEFONE _____ FAX _____

25. RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO PROJETO _____

- CREA
- CAU

Nº INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE _____

CPF _____ LOGRADOURO _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
MUNICÍPIO _____
DISTRITO _____ ENDEREÇO ELETRÔNICO _____
TELEFONE _____ FAX _____

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE - PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS QUE A EDIFICAÇÃO, OBJETO DESSA DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE, SERÁ CONSTRUÍDA, REFORMADA, AMPLIADA 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 EM SAÚDE COMPETENTE.

POR SER VERDADE, FIRMAMOS A PRESENTE DECLARAÇÃO.

Local

Data

Assinatura do Responsável Legal

Assinatura do Responsável Engenheiro/Arquitetura