



Requerimento de Aprovação de Projeto Arquitetônico
Secretaria Municipal de Saúde
Vigilância à Saúde

**PREFEITURA MUNICIPAL de
PATOS DE MINAS**

<input type="checkbox"/> EMISSÃO 1º ALVARÁ SANITÁRIO		<input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO ALVARÁ SANITÁRIO	
02 NOME DO ESTABELECIMENTO		03 CNPJ	
04 INSCRIÇÃO ESTADUAL	05 NATUREZA DO ESTABELECIMENTO		
06 ENDEREÇO COMPLETO DO ESTABELECIMENTO (AV., RUA, Nº)			
07 BAIRRO / DISTRITO	08 MUNICÍPIO	09 CEP	
10 ENDEREÇO COMPLETO DA OBRA, QUANDO EM OUTRO LOCAL (AV., RUA, Nº)			
11 BAIRRO / DISTRITO	12 MUNICÍPIO	13 CEP	

PROJETO ARQUITETÔNICO			
<input type="checkbox"/> CONSTRUÇÃO (1)		<input type="checkbox"/> ADEQUAÇÃO/ REFORMA (2)	<input type="checkbox"/> AMPLIAÇÃO
(1) CONSTRUÇÃO NOVA		(2) REMANEJAMENTO INTERNO SEM ACRÉSCIMO DE ÁREA	
15 ÁREA A CONSTRUIR / AMPLIAR _____ m ²	16 ÁREA A ADEQUAR / REFORMAR _____ m ²	17 ÁREA TOTAL _____ m ²	
18 UNIDADES, SERVIÇOS OU SETORES DO ESTABELECIMENTO A SEREM ADEQUADOS / REFORMADOS / AMPLIADOS / CONSTRUÍDOS			
19 RECURSOS FINANCEIROS			
<input type="checkbox"/> PRÓPRIO			
<input type="checkbox"/> PROGRAMA (Identificar) _____			
<input type="checkbox"/> CONVÊNIO (Identificar) _____			

TERMO DE COMPROMISSO	
<p>O projeto arquitetônico, objeto do presente requerimento, foi elaborado em conformidade com os dispositivos legais mencionados no item 2, do campo 32 (vide verso).</p> <p>Declaramos ter conhecimento de que o projeto nos será devolvido, caso não seja cumprido este requisito.</p> <p>Assumimos a total responsabilidade pelo projeto apresentado e pelas informações constantes deste requerimento.</p>	

21 NOME DO AUTOR DO PROJETO		22 CREA
23 TELEFONE ()	24 FAX ()	25 E-MAIL
26 _____ ASSINATURA		

27 NOME DO RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO		
28 TELEFONE ()	29 FAX ()	30 E-MAIL
31 _____ ASSINATURA		

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

MARCAR COM UM "X" OS DOCUMENTOS QUE FAZEM PARTE DESTA REQUERIMENTO:

1 - RELATÓRIO TÉCNICO CONTENDO:

- ✓ OS OBJETIVOS E AS ATIVIDADES DO ESTABELECIMENTO OU DOS SERVIÇOS / SETORES / UNIDADES A SEREM REFORMADOS, AMPLIADOS OU CONSTRUÍDOS;
- ✓ ESPECIFICAÇÃO BÁSICA DE MATERIAIS DE ACABAMENTO DE TETOS, PISOS E PAREDES, ENTRE OUTROS;
- ✓ DESCRIÇÃO DOS SISTEMAS ADOTADOS DE VENTILAÇÃO MECÂNICA E DE AR CONDICIONADO, QUANDO PREVISTOS;
- ✓ QUADRO DO NÚMERO DE LEITOS, NO CASO DE ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, DISCRIMINANDO OS LEITOS DE INTERNAÇÃO E DE CTI / UTI;
- ✓ NO CASO DE INDÚSTRIAS, APRESENTAÇÃO EM PLANTA DO FLUXOGRAMA DOS PROCESSOS INDUSTRIAIS DESDE A ENTRADA DE MATÉRIA-PRIMA À SAÍDA DE PRODUTO ACABADO, DA RELAÇÃO DE MATÉRIAS-PRIMAS E DOS EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NA PRODUÇÃO, BEM COMO DE PRODUTOS FABRICADOS.

2 - PROJETO ARQUITETÔNICO DE ACORDO COM A NBR 6492 - REPRESENTAÇÃO DE PROJETOS DE ARQUITETURA, NBR 13532 - ELABORAÇÃO DE PROJETOS DE EDIFICAÇÕES - ARQUITETURA, COM OS CÓDIGOS, LEIS E NORMAS MUNICIPAIS, ESTADUAIS E FEDERAIS, COM ESPECIAL ATENÇÃO À RDC 50/02 DA ANVISA OU OUTRA QUE VENHA A SUBSTITUI-LA, E COM OS ANEXOS EXPLICATIVOS DA DIRETORIA DE INFRA-ESTRUTURA-DIEF, DA SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - MG.

ESTES ANEXOS ESTÃO DISPONÍVEIS NA DIEF (NÍVEL CENTRAL) E NAS DIRETORIAS DE AÇÕES DESCENTRALIZADAS DE SAÚDE - DADS.

3 - MEMÓRIA DE CÁLCULO DEMONSTRANDO AS ÁREAS A ADEQUAR, REFORMAR, CONSTRUIR E AMPLIAR QUANDO O ESTABELECIMENTO NÃO FOR ISENTO DA TAXA DE SAÚDE PÚBLICA.

4 - CÓPIA DO COMPROVANTE DE PAGAMENTO GAM (GUIA DE ARRECADAÇÃO MUNICIPAL) DE ACORDO COM A LEI COMPLEMENTAR Nº 441 DE 07 DE FEVEREIRO DE 2014, QUANDO O ESTABELECIMENTO NÃO FOR ISENTO DA TAXA DE SAÚDE PÚBLICA.

5 - ART-CREA DE AUTORIA DO PROJETO (QUITADA).

USO EXCLUSIVO DA DIRETORIA DE AÇÕES DESCENTRALIZADAS DE SAÚDE

33 RECEBIA DOCUMENTAÇÃO ACIMA INDICADA.

PROTOCOLO Nº _____

DADS DE _____, DE _____ DE _____.

NOME LEGÍVEL DO(A) SERVIDOR(A)

ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)

