



PREFEITURA MUNICIPAL DE VARGINHA
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Vigilância Sanitária
Rua Alferes Joaquim Antônio, 160, 1º andar – Vila Pinto
Varginha-MG - Tel: 36902204/2208
e-mail: vigilanciasanitaria@varginha.mg.gov.br



REQUERIMENTO – APROVAÇÃO DE PROJETO ARQUITETÔNICO

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO

NOME:

CPF:

TEL.:

E-MAIL:

ESTABELECIMENTO

NOME (PESSOA FÍSICA) OU RAZÃO SOCIAL (PESSOA JURÍDICA):

CPF OU CNPJ:

INSCRIÇÃO MUNICIPAL:

ENDEREÇO: (AV./RUA, PRAÇA):

Nº.:

BAIRRO:

MUNICÍPIO/UF:

ATIVIDADE(S):

TEL.:

PROJETO ARQUITETÔNICO

☐ **CONSTRUÇÃO**

☐ **ADEQUAÇÃO/REFORMA**

☐ **AMPLIAÇÃO**

UNIDADES, SERVIÇOS OU SETORES DO ESTABELECIMENTO A SEREM CONSTRUÍDOS/ ADEQUADOS/REFORMADOS/AMPLIADOS:

**ÁREA A
CONSTRUIR/AMPLIAR:**

**ÁREA A
ADEQUAR/REFORMAR:**

ÁREA TOTAL:



PREFEITURA MUNICIPAL DE VARGINHA
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Vigilância Sanitária
Rua Alferes Joaquim Antônio, 160, 1º andar – Vila Pinto
Varginha-MG - Tel: 36902204/2208
e-mail: vigilanciasanitaria@varginha.mg.gov.br



PROJETO ARQUITETÔNICO

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO PROJETO

NOME DO AUTOR DO PROJETO:

TELEFONES:

CREA/CAU:

CPF:

E-MAIL:

TERMO DE COMPROMISSO

Declaramos que o projeto arquitetônico, objeto do presente requerimento, foi elaborado em conformidade com os dispositivos legais, resoluções e demais normas vigentes. Assumimos total responsabilidade pelo projeto arquitetônico apresentado e pelas informações constantes deste Requerimento.

Assinatura do responsável técnico autor do projeto

*** O PREENCHIMENTO DO CAMPO DE E-MAIL AGILIZA A COMUNICAÇÃO DA TRAMITAÇÃO DO PROCESSO ***

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Os documentos listados abaixo são parte integrante deste requerimento:

1. Relatório técnico contendo todas as especificações conforme Manual De Orientações disponível neste endereço.
2. Projeto arquitetônico em 3 (três) vias.
3. Anotação de Responsabilidade Técnica (ART/RRT) emitida pelo Conselho de Classe (CREA/CAU) contendo as atividades de execução de projeto e execução de laudo.
4. Memória de cálculo de áreas a adequar, reformar, construir, e ampliar.
5. Comprovante de pagamento da taxa (conforme Lei Complementar 4/2019) ou documento comprovando a isenção de taxa (no caso de estabelecimentos isentos de taxa determinados pela Lei Complementar 4/2019).

Obs.: O projeto arquitetônico objeto do presente requerimento será devolvido em 2 (duas) vias ao responsável técnico ou ao responsável pelo estabelecimento, caso as especificações técnicas e respectiva documentação exigida não sejam atendidas.

Varginha, _____ de _____ de _____

PROTOCOLO N.º _____ / _____

Data:

Recebido por:

*Campos de preenchimento da VISA/SEMUS/Varginha

Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE VARGINHA

Secretaria Municipal de Saúde

Serviço de Vigilância Sanitária

Rua Alferes Joaquim Antônio, 160, 1º andar – Vila Pinto

Varginha-MG - Tel: 36902204/2208

e-mail: vigilanciasanitaria@varginha.mg.gov.br

