



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALFENAS

Secretaria Municipal de Saúde
Divisão de Vigilância Sanitária
Rua Dr. Marcial Júnior, 99 – Centro – CEP 37.130-037



PROJETOS

RAPAM - REQUERIMENTO DE APROVAÇÃO DE PROJETO ARQUITETÔNICO MUNICIPAL

	RENOVAÇÃO DE ALVARÁ SANITÁRIO		EMISSÃO DE ALVARÁ SANITÁRIO INICIAL
Este projeto será avaliado posteriormente para LICENÇA PRÉVIA (Lei 12.650/2017) na DAMR/SEPLAN?			
	SIM. Nº processo de Licença Prévia:		NÃO
Razão Social do Estabelecimento			CNPJ/CPF
Inscrição Estadual/Municipal:		Natureza do Estabelecimento	
Endereço completo do estabelecimento (Av., rua, nº)			
Bairro/Distrito	Município		CEP
Endereço completo da obra, quando em outro local (Av., rua, nº)			
Bairro/Distrito	Município		CEP

PROJETO ARQUITETÔNICO		
()-Construção (1)	()-Adequação/Reforma (2)	()-Ampliação
(1) Construção Nova	(2) Remanejamento sem acréscimo de área	
Área a construir/Ampliar _____ m ²	Área a adequar/Reformar _____ m ²	Área total _____ m ²
Unidades, serviços ou setores do estabelecimento a serem adequados / reformados / ampliados / construídos:		

VOLUME DIÁRIO DE PRODUTO ACABADO
Indústria de Alimentos – Volume de produto acabado produzido POR DIA:
Cozinha Industrial / Restaurante – Quantidade de refeições produzidas POR DIA:



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALFENAS

Secretaria Municipal de Saúde
Divisão de Vigilância Sanitária
Rua Dr. Marcial Júnior, 99 – Centro – CEP 37.130-037



PROJETOS

TERMO DE COMPROMISSO

Declaramos que este projeto foi elaborado em conformidade com os dispositivos legais e que temos conhecimento de que o mesmo não será aprovado caso não sejam cumpridos todos os requisitos. Assumimos a total responsabilidade pelo projeto apresentado, pelas informações constantes no processo e pela protocolização de todos os documentos solicitados. Estamos cientes de que a análise de projetos por parte da Vigilância Sanitária não exige o estabelecimento de regularizar-se perante as demais legislações e órgãos competentes, e de que a inexistência de qualquer um dos itens da documentação obrigatória acarretará no indeferimento do processo sem aviso.

Nome do autor do projeto

CREA/CAU

Telefone ()

Cel ()

E-mail

Assinatura

Nome do representante legal do estabelecimento/CPF

Telefone ()

Cel ()

E-mail

Assinatura

Nome do responsável técnico pela atividade do estabelecimento/ nº conselho de classe

Telefone ()

Cel ()

E-mail

Assinatura



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALFENAS

Secretaria Municipal de Saúde
Divisão de Vigilância Sanitária
Rua Dr. Marcial Júnior, 99 – Centro – CEP 37.130-037



PROJETOS

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Marcar com um "X" os documentos que fazem parte deste requerimento:

- () 1 – Duas vias originais do Projeto Arquitetônico elaborado conforme normas pertinentes;
- () 2 - Memorial Descritivo do Projeto elaborado conforme roteiro disponível no portal da PMU;
- () 3 – Relatório Técnico de Atividades elaborado conforme roteiro disponível no portal da PMU;
- () 4 – Solicitação (folha de rosto do processo);
- () 5 - Requerimento para aprovação de Projeto Arquitetônico (RAPAM);
- () 6 - Anotação de Responsabilidade Técnica (ART/RRT) do autor do projeto e comprovante de quitação;
- () 7 – Cópia das Restrições Urbanísticas Atualizada;

USO DO SETOR DE PROTOCOLO

Recebi a documentação acima indicada.

Protocolo Nº _____

Alfenas, ____ de _____, de _____.

Nome legível do (a) servidor (a)

USO EXCLUSIVO DO SETOR DE PROJETOS

Recebi a documentação acima indicada.

Protocolo Nº _____

Alfenas, ____ de _____, de _____.

Nome legível do (a) servidor (a)