



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE

DEPARTAMENTO DE POLÍTICAS DE SAÚDE - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

End. Oficial: Rua Óbidos, 140 –Pq. Industrial (entrada pelo end. : Rua Turiaçú- S/N)
São José dos Campos- SP- Tel: 3212-1277

Laudo Técnico de Avaliação – LTA

Documentos necessários:

Anexar em PDF:

1. Requerimento (formulário padrão da PSJC preenchido e assinado pelo responsável legal);
2. Formulário de solicitação do LTA (Anexo 2 da Portaria CVS 10/2017) preenchido e assinado pelo responsável legal pelo estabelecimento e responsável técnico pelo projeto (engenheiro ou arquiteto);
3. Declaração de compromisso (formulário assinado pelo responsável legal e técnico);
4. Documento de identificação do responsável legal (CPF e RG);
5. Documento de propriedade ou contrato de locação;
6. Cópia do ART / RRT do profissional responsável e respectivo comprovante de pagamento;
7. Projeto de edificação aprovado na PMSJC ou HABITE-SE (ou o protocolo de abertura do processo de alvará / regularização da construção);
8. 1 via do projeto arquitetônico completo, conforme a NBR 6492, em escala 1:100. No projeto constar o layout completo dos ambientes, com o mobiliário e os equipamentos.
9. Comprovante de existência de rede pública de esgoto ou projeto do sistema individual de acordo com as normas técnicas.
10. Memorial de atividades (constar a caracterização do estabelecimento, quantificação e qualificação de trabalhadores, equipamentos, turnos de trabalho, descrever a atividade de forma detalhada, por ambientes e demais informações que auxiliem a análise e compreensão da atividade) devidamente assinado pelo responsável legal e técnico do projeto;
11. Memorial de projeto, contendo o descritivo da obra, materiais empregados, quantificação, instalações prediais, devidamente assinado pelo responsável legal e técnico do projeto.

OBS:

1. Anexar todos os documentos relacionados acima em pdf.
2. Para estabelecimentos atendidos com ventilação mecânica: o responsável pelo projeto deverá apresentar o compromisso de que o projeto será elaborado de acordo com as normas técnicas, destacando em planta os compartimentos que serão ventilados artificialmente, os pontos de ar exterior, a localização dos equipamentos. Devendo ser previsto acesso à limpeza de dutos e componentes.
3. No caso de pessoa jurídica, apresentar também a cópia do contrato social.
4. Para projetos de cemitério deverá ser apresentado o laudo de prospecção do solo contendo informações do tipo de solo e nível do lençol freático.
5. Para estabelecimento com equipamento de irradiação, apresentar cópia de planilha de cálculo de blindagem de salas.
6. Para indústrias apresentar a licença prévia ou de instalação da CETESB (exigida pela Desc 8468 de 08/09/1976 que regulamenta a Lei Estadual 997 de 31/05/1976, ou outra que venha a substituí-la).
7. É facultado à autoridade sanitária exigir informações ou documentação complementar, conforme item 4.6 do Anexo I- Art. 2º da Portaria CVS 10/2017.

PARA CONSULTA:

- Portaria CVS nº 10/2017, Portaria CVS nº 01/2020, Decreto nº 12.342/1978, RDC nº 50/02, NBR 9050-2020, RDC 222/2018 e RDC 307/2002.

**PMSJC****SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
ABERTURA DE PROCESSO**

Nº PROC.

FLS Nº

DATA ABERTURA

ÓRGÃO

RÚBRICA

DADOS PARA CORRESPONDÊNCIA

NOME		
Nº CPF / CNPJ		Nº RG
ENDEREÇO		
		Nº
BAIRRO		CEP
CIDADE		ESTADO
TELEFONE – RESIDENCIAL	COMERCIAL	CELULAR
E-MAIL		
ASSUNTO		

EXCELENTÍSSIMO SR. PREFEITO MUNICIPAL, VENHO RESPEITOSAMENTE REQUERER A VOSSA EXCELÊNCIA:

ATIVIDADE				MUDANÇA	
<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> ESTABELECIMENTO	<input type="checkbox"/> TEMPORÁRIO	<input type="checkbox"/> ALTER. CADASTRAL	<input type="checkbox"/> ATIVIDADE	<input type="checkbox"/> ENDREÇO
<input type="checkbox"/> ÂMBITO DOMÉSTICO	<input type="checkbox"/> AMBULANTE	<input type="checkbox"/> FEIRANTE	<input type="checkbox"/> BAIXA INSCRIÇÃO	<input type="checkbox"/> RAZÃO SOCIAL	
ENDEREÇO ATUAL (FIRMA/AUTÔNOMO)					
MUDANÇA DE					
PARA					
FORMA DE PUBLICIDADE			QUANTIDADE	PERÍODO DE	INSCRIÇÃO
<input type="checkbox"/> PLACA	<input type="checkbox"/> LUMINOSO	<input type="checkbox"/> FAIXA	<input type="checkbox"/> PAINEL RENOVÁVEL		

DADOS DO IMÓVEL

ENDEREÇO ATUAL					Nº
QUADRA	LOTE	LOTEAMENTO			INSCRIÇÃO IMOBILIARIA
ENGENHEIRO RESPONSÁVEL					
Nº CREA		INSCRIÇÃO MUNICIPAL		ART Nº	
ENGENHEIRO SUBSTITUTO					
Nº CREA		INSCRIÇÃO MUNICIPAL		ART Nº	
DE ACORDO					
_____		_____		_____	
ENGENHEIRO / ARQUITETO		PROPRIETÁRIO		ENGENHEIRO / ARQUITETO SUBSTITUINTE	

COMPRADOR NOME		
Nº RG	Nº CPF	INSCRIÇÃO IMOBILIARIA
ENDEREÇO		



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

AVALIAÇÃO FÍSICO FUNCIONAL DE PROJETO DE EDIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTO DE INTERESSE DA SAÚDE

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE LAUDO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO - LTA

ANEXO 2 – PORTARIA CVS 10/2017

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. N° PROTOCOLO

2. DATA PROTOCOLO

3. N° 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 OU ADAPTAÇÃO

5. N° CEVS – Registre o número do Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária, no caso de ampliação, reforma ou adaptação:

III – 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. N°

13. COMPLEMENTO

14. BAIRRO

15. MUNICÍPIO

UF: SP

16. DISTRITO

17. COORDENADAS GEOGRÁFICAS:

LONGITUDE: ° _ ' _ . _ " O ° ' . " S

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:

<input type="checkbox"/> JOGOS DE PLANTAS	– Nº Folhas _____	<input type="checkbox"/> OUTROS – Especifique:	_____
<input type="checkbox"/> MEMORIAL DE PROJETO	– Nº Folhas _____		_____
<input type="checkbox"/> MEMORIAL DE ATIVIDADE	– Nº Folhas _____		_____
<input type="checkbox"/> ART Nº _____	<input type="checkbox"/> RRT Nº _____		_____

VII – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

24. RESPONSÁVEL LEGAL _____

CPF _____ LOGRADOURO _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____ CEP _____

MUNICÍPIO _____ UF: SP

DISTRITO _____ ENDEREÇO ELETRÔNICO _____

TELEFONE _____ FAX _____

25. RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO PROJETO _____

CREA CAU Nº INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE _____ UF: _____

CPF _____ LOGRADOURO _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____ CEP _____

MUNICÍPIO _____ UF: SP

DISTRITO _____ ENDEREÇO ELETRÔNICO _____

TELEFONE _____ FAX _____

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS QUE A EDIFICAÇÃO, OBJETO DESSA SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO, SERÁ CONSTRUÍDA, REFORMADA, AMPLIADA OU ADAPTADA 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 SANITÁRIA COMPETENTE.

POR SER VERDADE, FIRMAMOS A PRESENTE DECLARAÇÃO.

LOCAL _____

DATA _____

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL _____

ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE POLÍTICAS DE SAÚDE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

EU _____ RGnº _____

CPF nº _____, Responsável Legal pelo estabelecimento _____

_____ tendo como

Responsável Técnico do projeto sito a _____

_____ o profissional _____

_____ inscrito no CREA/CAU sob nº _____

referente à atividade de _____ estamos

cientes que:

- A avaliação do LTA não substitui a regularização do imóvel perante os órgãos, responsáveis pelo controle de edificação e uso do solo,

- No caso de deferimento de LTA com condicionantes se, no momento da vistoria para liberação de Licença Sanitária, for constatada que as mesmas não foram atendidas, o processo será INDEFERIDO e o estabelecimento ficará sujeito às penalidades previstas na legislação vigente.

São José dos Campos, _____ de _____ de _____.

Responsável Legal

Responsável Técnico

MODELO DE SELO PADRÃO COM O CARIMBO

19,00	
16,00	3,00
PROJETO DE ARQUITETURA	
PROJETO PARA _____ LOCAL: RUA _____ Nº _____ QUADRA: _____ LOTE: _____ BAIRRO: _____ CIDADE: _____ PROPRIETÁRIO/LOCATÁRIO _____ INSC. MOB. _____ ESCALA: _____	
6,00	
10,00	9,00
Situação sem escala	_____ Responsável legal
	_____ Autor do Projeto Nome:..... End..... CREA..... Inscrição Municipal..... ART.....
8,00	
	_____ Responsável p/ Direção Técnica/Execução Nome:..... End..... CREA..... Inscrição Municipal..... ART.....
5,00	
8,00	

29,00

OBS: MEDIDAS EM CENTÍMETROS - MODELO S/ ESCALA

NOTAS a constar em planta

1. Número de trabalhadores: _____ Sexo Masculino: _____ Sexo Feminino: _____
2. Espessura das paredes: _____ Espessura de Lajes: _____
3. O reservatório de água atenderá ao disposto nos artigos 10 e 11 do Código Sanitário 12.342/1978 (serão limpos semestralmente);
4. As portas deverão possuir proteção na parte inferior contra a entrada de roedores e terão telas milimétricas nas janelas, onde exigido pelo Código Sanitário 12.342/1978 e legislação específica;
5. O projeto atende o Decreto 5296/2004 e NBR 9050 de 2020, quanto a acessibilidade;
6. O imóvel é atendido pela rede de água e de esgoto operados pela Concessionária local;
7. O descarte e abrigo de resíduos atende o estabelecido na RDC 222 de 2018 e Normas pertinentes;
8. Reconheço que a aprovação deste projeto não implica na regularização da edificação;
9. Todos os ambientes terão ventilação natural ou mecânica para renovação do ar de acordo com NBR 16401 de 2008 e Resolução RE/ANVISA n° 9 de 2003.

MEMORIAL DE ATIVIDADES (MODELO)

1. Nome do proprietário/Locatário:
2. Endereço da obra:
3. Categoria de uso: (definido pela LC 428/2010);
4. Tipo de obra: construção, ampliação, reforma ou adequação.
5. Área do terreno:
6. Área da construção (a ser regularizada):
7. Numero de trabalhadores /turno(dividido por sexo):
8. Período de trabalho:
9. Tipo de atividade desenvolvida:
10. Relação de especialidades/ procedimentos:
11. Descrição detalhada dos ambientes:
12. Relação de mobiliário (separados por ambientes):
13. Relação de materiais/equipamentos(separados por ambientes):
14. Relação de resíduos líquidos: descrever sistema de abastecimento e destinação de efluentes, águas pluviais e tratamento (se for o caso)
15. Relação de resíduos sólidos, coleta e destino: grupos de resíduos, fluxos, armazenamento e tratamento (se for o caso)
16. Sistema de ventilação e iluminação: descrevendo os sistemas adotados
17. Descrição dos imóveis vizinhos e sua utilização:
18. Descrição completa e detalhada do processo de serviços: descrevendo todas as atividades desenvolvidas/ambiente, processos de trabalho, limpeza e esterilização, o fluxo operacional de materiais, de funcionários, de pacientes;

Proprietário / locatário: _____

Ou

Empresa: _____

Autor do projeto (Eng./ Arqt.): _____

CREA/CAU: _____ ART/RRT: _____

Responsável pela direção técnica/ Execução (Eng./ Arqt) _____

CREA/CAU: _____ ART/RRT: _____