



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS  
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
DIRETORIA DE INFRA-ESTRUTURA FÍSICA

REQUERIMENTO DE APROVAÇÃO DE PROJETO ARQUITETÔNICO

<input type="checkbox"/> EMISSÃO 1º ALVARÁ SANITÁRIO		<input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO ALVARÁ SANITÁRIO	
02 NOME DO ESTABELECIMENTO <b>Unidade Básica de Saúde Tipo I</b>		03 CNPJ <b>18.650.945/0001-14</b>	
04 INSCRIÇÃO ESTADUAL	05 NATUREZA DO ESTABELECIMENTO		
06 ENDEREÇO COMPLETO DO ESTABELECIMENTO ( AV., RUA, Nº ) <b>Avenida João Gonçalves Dias, s/nº</b>			
07 BAIRRO / DISTRITO <b>Povoado Pageú</b>	08 MUNICÍPIO <b>Monte Azul</b>		09 CEP <b>39.500-000</b>
10 ENDEREÇO COMPLETO DA OBRA, QUANDO EM OUTRO LOCAL ( AV., RUA, Nº ) <b>Avenida João Gonçalves Dias, s/nº</b>			
11 BAIRRO / DISTRITO <b>Povoado Pageú</b>	12 MUNICÍPIO <b>Monte Azul</b>		13 CEP <b>39.500-000</b>

<b>PROJETO ARQUITETÔNICO</b>			
14 <input checked="" type="checkbox"/> CONSTRUÇÃO (1)		<input type="checkbox"/> ADEQUAÇÃO/ REFORMA (2)	
<small>(1) CONSTRUÇÃO NOVA</small>		<small>(2) REMANEJAMENTO INTERNO SEM ACRÉSCIMO DE ÁREA</small>	
15 ÁREA A CONSTRUIR / AMPLIAR <b>372,13</b> m <sup>2</sup>		16 ÁREA A ADEQUAR / REFORMAR _____ m <sup>2</sup>	17 ÁREA TOTAL <b>372,13</b> m <sup>2</sup>
18 UNIDADES, SERVIÇOS OU SETORES DO ESTABELECIMENTO A SEREM ADEQUADOS / REFORMADOS / AMPLIADOS / CONSTRUÍDOS  <b>Todos os ambientes</b>			
19 RECURSOS FINANCEIROS <input type="checkbox"/> PRÓPRIO <input type="checkbox"/> PROGRAMA (Identificar) _____ <input type="checkbox"/> CONVÊNIO (Identificar) _____			

<b>TERMO DE COMPROMISSO</b>	
<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 <b>Maximino Pedro dos Santos Neto</b>		22 CREA <b>181.199/D</b>
23 TELEFONE ( <b>38</b> ) <b>99922-7208</b>	24 FAX ( )	25 E-MAIL <b>netoconfianca@hotmail.com</b>
26 _____ ASSINATURA		

27 NOME DO RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO <b>Simone Fernandes Reis</b>		
28 TELEFONE ( )	29 FAX ( <b>38</b> ) <b>3811-1059</b>	30 E-MAIL <b>saude.nandes@gmail.com</b>
31 _____ ASSINATURA		

SECRETARIA 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 (DAE - DOCUMENTO DE ARRECADAÇÃO ESTADUAL) DE ACORDO COM A LEI Nº 13.430 DE 28 DE DEZEMBRO DE 1999, 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

RECEBIA DOCUMENTAÇÃO ACIMA INDICADA.

PROTOCOLO Nº \_\_\_\_\_

DADS DE \_\_\_\_\_, DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOME LEGÍVEL DO(A) SERVIDOR(A)

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)

