



Vigilâncias em Saúde – Vigilância Sanitária

(19) 3456-0906

visa.iracemapolis@saude.iracemapolis.sp.gov.br



Checklist da Documentação para Solicitação de L.T.A Portaria CVS 10/2017

1 - Formulário de solicitação de avaliação físico funcional de projeto de estabelecimento de interesse à saúde (Anexo 2)	☐
2 - Cartão CNPJ	☐
3 - Cópia da Conta d'Água atualizada (item 5.1)	☐
4 - Cópia do contrato social registrado em cartório ou contrato social registrado na JUCESP - EIRELI, ME, EPP, entre outros	☐
5 - Licença prévia emitida pela CETESB – atividades específicas (item 5.2)	☐
6 - Declaração / Termo de Compromisso para ambientes climatizados artificialmente (item 4.4)	☐
7 - Certidão de Zoneamento- em projetos comerciais e industriais	☐
8 - Comprovante de responsabilidade técnica - ART - Anotação de Responsabilidade Técnica (item 4.2)	☐
9 - Certidão de conclusão de obras/ Habite-se - cópia (item 5.3)	☐
10 – Cópia da Folha de Rosto e Planta Baixa do Projeto Aprovado (item 5.3)	☐
11 - Memorial de Atividades (item 4.3)	☐
12 - Memorial Descritivo (item 4.3)	☐
13 - Projeto Arquitetônico da edificação (item 4.1)	☐
14 – Comprovante de pagamento de taxa – solicitar guia através do e-mail visa.iracemapolis@saude.iracemapolis.sp.gov.br	☐

Observação: LTA sujeito a indeferimento caso as exigências não forem cumpridas.

Requerente: _____



Vigilâncias em Saúde – Vigilância Sanitária

(19) 3456-0906

visa.iracemapolis@saude.iracemapolis.sp.gov.br



Iracemápolis, _____ de _____ de _____

MEMORIAL DESCRITIVO

Objetivo: LAUDO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO

Local: _____, nº _____, Quadra _____, Lote _____

Bairro: _____ Inscrição Cadastral: _____

Nome / Razão Social: _____, CNPJ nº _____

Nome Fantasia: _____, CCM nº _____

ALINHAMENTO:

Fornecido pela Prefeitura Municipal/Loteadora.

TERRENO:

Possuindo _____ m². Encontra-se preparado para a devida construção/Encontra-se edificado.

FUNDAÇÃO:

IMPERMEABILIZAÇÃO:

ALVENARIA DE ELEVAÇÃO:

ILUMINAÇÃO E VENTILAÇÃO:

ESQUADRIAS:

FORROS:

COBERTURA:

PISO:

REVESTIMENTO:

INSTALAÇÃO HIDRÁULICA:

INSTALAÇÃO SANITÁRIA:

INSTALAÇÃO ELÉTRICA:

PINTURA:

CALÇADA:

DESCRIÇÃO DO FLUXO E DOS COMODOS A SEREM UTILIZADOS PARA A ATIVIDADE:

E DEMAIS ITENS QUE FOREM NECESSÁRIOS PARA ACRESCEER.

NOME DO REPRESENTANTE

RG do Representante

CPF do Representante

NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL

CNPJ do Responsável Legal

Telefone(s) para contato do Representante

E-Mail do Representante



Vigilâncias em Saúde – Vigilância Sanitária

(19) 3456-0906

visa.iracemapolis@saude.iracemapolis.sp.gov.br



TÉCNICO
Formação Acadêmica
CAU/ CREA
Inscrição Municipal

AUTOR DO PROJETO / RESPONSÁVEL

MEMORIAL DE ATIVIDADE

01 - ESTABELECIMENTO

Nome Fantasia: _____, CCM nº _____

Nome / Razão Social: _____, CNPJ nº _____

02 - ENDEREÇO

Rua / Avenida _____, nº _____, Quadra _____, Lote _____

Bairro: _____, Inscrição Cadastral: _____

03 - RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____, CPF nº _____

Endereço: _____, nº _____, Bairro: _____

04 - NATUREZA DO ESTABELECIMENTO

Descrição: _____, CNAE nº _____

05 - NÚMERO DE OPERÁRIOS DO SEXO, DIVIDIDO POR TURNO:

Feminino: _____ Masculino: _____

06 - RELAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS: _____

07 - RELAÇÃO DE MATÉRIAS PRIMAS EMPREGADAS: _____

08 - DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS: _____

09 - INDICAÇÃO DOS COMBUSTÍVEIS E LUBRIFICANTES EMPREGADOS: _____

10 - DESCRIÇÃO DOS PROCESSOS E MEIOS PREVENTIVOS CONTRA A FORMAÇÃO DE POEIRA, VAPORES, NÉVOA E FUMAÇAS: _____



Vigilâncias em Saúde – Vigilância Sanitária

(19) 3456-3555



(19) 3456-0906

visairacemapolis@bol.com.br



11 - RESÍDUOS LÍQUIDOS INDUSTRIAIS: _____

12 - RELAÇÃO DAS MÁQUINAS: _____

13 - RELAÇÃO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS, INCLUSIVE DEJETOS HUMANOS: _____

14 - MEIOS PREVENTIVOS DE POLUIÇÃO SONORA: _____

15 - DESCRIÇÃO DOS PRÉDIOS VIZINHOS E SUA UTILIZAÇÃO: _____

NOME DO REPRESENTANTE

RG do Representante

CPF do Representante

NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL

CNPJ do Responsável Legal

Telefone(s) para contato do Representante

E-Mail do Representante

AUTOR DO PROJETO / RESPONSÁVEL

TÉCNICO

Formação Acadêmica

CAU/ CREA

Inscrição Municipal

E-Mail do Responsável Técnico



Vigilâncias em Saúde – Vigilância Sanitária

(19) 3456-3555
(19) 3456-0906

visairacemapolis@bol.com.br



ORIENTAÇÕES TÉCNICAS

01 – RESPONSABILIDADE TÉCNICA

RRT - Registro de Responsabilidade Técnica:

Projeto -> Projeto Arquitetônico (Item 1.1.2) ou Projeto Arquitetônico de Reforma (Item 1.1.3)

ART - Anotação de Responsabilidade Técnica:

Área de Atuação: Construção Civil -> Subárea de Atuação: Edificações ->

Nível de Atuação: Elaboração -> Atividade: Projeto Arquitetônico.

02 – CAMPOS DE ASSINATURAS

Obs: informar e-mail de contato do responsável técnico (principal forma de troca de informações).

Assinatura do Representante

NOME DO REPRESENTANTE

RG do Representante

CPF do Representante

NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL

CNPJ do Responsável Legal

Telefone(s) para contato do Representante

E-Mail do Representante

Assinatura do Responsável Técnico

AUTOR DO PROJETO / RESPONSÁVEL

TÉCNICO

Formação Acadêmica

CAU/ CREA

Inscrição Municipal

E-Mail do Responsável Técnico



Vigilâncias em Saúde – Vigilância Sanitária

(19) 3456-3555 

visa.iracemapolis@saude.iracemapolis.sp.gov.br 

03 – FOLHA DE ROSTO DO PROJETO

Obrigatoriamente deverá conter:

- Numeração da ART/RRT;
- Objetivo do Projeto: **Projeto para Emissão de L.T.A (Laudo Técnico de Avaliação)**;
- No Quadro de Áreas: Área do Terreno, Área da Edificação e Área da Atividade.