

ANÁLISE DE PROJETO Arquitetônico

TIPO DE SOLICITAÇÃO

- ☐ Análise de Projeto ☐ Reapresentação (até 60 dias após a 1ª análise, conforme data do parecer)

Área do estabelecimento: _____ m²

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome _____
CPNJ / CPF _____

LOCALIZAÇÃO DO IMÓVEL

Rua _____ Nº _____
Complemento _____ Bairro _____
Referência _____

IDENTIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES QUE SERÃO DESENVOLVIDAS NO LOCAL

Conforme a Lei Complementar Municipal 643, de 10 de Janeiro de

2023 Código	Descrição
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

INFORMAÇÕES PARA CONTATO

Telefones _____
E-mail _____

DOCUMENTOS

- Este formulário, preenchido e assinado pelo solicitante
 - Projeto Básico de Arquitetura, conforme a Resolução 50/02 – 2 Vias de cada documento, todos assinados pelo profissional habilitado, a saber:
 - Planta baixa, em escala 1:50, com layout;
 - Documento de responsabilidade técnica, emitido pelo CREA / CAU;
 - Memorial Descritivo das instalações, em folha A4;
 - Relatório Técnico das Atividades, em folha A4.
- Havendo radiodiagnóstico, especificar a espessura da blindagem
- PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde – relatórios disponíveis em www.vigilanciasanitariajoinville.blogspot.com.br
 - Taxa de análise de projeto – valor conforme a Lei Complementar 643/2023
 - Para estabelecimento odontológico:
Faz uso de sedação? ☐ Sim ☐ Não
Em caso positivo: ☐ Inalatória ☐ Endovenosa

Data

Assinatura do solicitante