



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

FORMULÁRIO – ANÁLISE DE PROJETO ARQUITETÔNICO

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA E REPRESENTANTES

Razão Social:

CNPJ:

Nº. Uso do solo/GOP:

E-mail:

Representante legal:

Telefone:

Responsável técnico:
(*caso já tenha RT contratado*)

Telefone:

Engenheiro/Arquiteto:

Telefone:

Possui projeto aprovado pela Regulação Urbana/Edificações?

Sim

Não

ATIVIDADES PLEITEADAS/ÁREAS DE ATUAÇÃO

ABERTURA DE EMPRESA

REFORMA/ AMPLIAÇÃO

ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO*

ALIMENTOS

FARMOQUÍMICOS

Medicamentos/Insumos farm.

Medicamentos sujeitos ao controle especial/Ins. Farm.

Produtos para saúde /correlatos

cosméticos, produtos de higiene pessoal, perfumes

Saneantes

SAÚDE

AMBIENTES GERAIS**

***Para obras de reforma e/ou ampliação é indispensável o protocolo do projeto já aprovado pela Vigilância Sanitária de Aparecida de Goiânia.**

****Se a atividade desenvolvida não se enquadrar em alimentos, estabelecimentos de saúde ou produtos farmoquímicos, será enquadrada em ambientes gerais.**

Aparecida de Goiânia, ____/____/____

Responsável pelo protocolo do projeto