Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Superintendência em Vigilância em Saúde
Coordenadoria de Vigilância Sanitária
Gerência de Análise do Projeto Arquitetônico

FORMULÁRIO DE ANÁLISE DE PROJETO ARQUITETÔNICO

Razão Social/Proprietário:
Prefeitura Municipal de NOBRES.

Nome Fantasia Estabelecimento:
UBS Porte I

CNPJ/CPF:	CNAE: (Informar CNAE principal. Quando for o caso, informar CNAE secundário):
03.424.272/0001-07	
Tipo de Estabelecimento: (Tipo de estabelecimento conforme tabela 4, anexo III do Decreto 1.729/2008) 20	

Endereço Estabelecimento:
LOTES 15 E 16, QUADRA 08, JARDIM RESIDENCIAL CAROLINA II

Bairro:	CEP:	Município/UF:
SETOR I	78.460-000	NOBRES

PBA - PROJETO BÁSICO DE ARQUITETURA

Primeira Aprovação
(assinalar apenas um campo e preencher)

(X) Construção

Área Construída (m²):__279,91_____

( ) Adequação de Prédio Existente

Área Existente (m²): _____

Área Acrescida (m²):_____

Área Total Construída (m²):_____

( ) Regularização

Área Existente (m²): _____

Área Acrescida (m²): _____

Área Total Construída (m²):_____

Estabelecimento possui PBA Aprovado
(preencher somente se o estabelecimento possui projeto aprovado anteriormente junto a Vigilância Sanitária Estadual)

Número do Parecer Técnico Aprovado:

_____.____.____.____

( ) Reforma ( ) Ampliação

Área Existente (m²): _____

Área Acrescida (m²):_____

Área Total Construída (m²): _____

AUTOR DO PROJETO

Nome do Autor do Projeto:		CPF:
Ciro Souza Pim		115.857.447-94
CAU/BR: A156579-6 CREA:	Celular: (65) 9 9935-5999 Telefone:	e-mail: cirosouza.amm@gmail.com

_____
Assinatura do Autor do Projeto

RESPONSÁVEL LEGAL PELO ESTABELECIMENTO

Nome do Proprietário/Responsável Legal pelo Estabelecimento:		CPF:
Leocir Hanel		159.026.509-25
Telefone: (65)3376-4200	Celular: (65) 99972-5335	e-mail: gabinete@nobres.mt.gov.br

_____
Assinatura do Responsável Legal/Proprietário