

MODELO PARA AS ATIVIDADES DE PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

Objetivo: o objetivo do Memorial Descritivo Simplificado é auxiliar na compreensão e permitir o perfeito entendimento da atividade e/ou de funcionamento do estabelecimento, para fins de licenciamento sanitário. Portanto, esse documento deve apresentar de maneira simplificada a descrição de processos, pessoal, equipamentos e outras informações relevantes, para que se avalie a adequação do projeto arquitetônico às atividades pretendidas.

Abaixo estão relacionadas as informações mínimas que devem constar no MDS apresentado:

1. Ficha de Identificação

Razão Social:

CNPJ:

Endereço:

E-mail de Contato:

Telefone de Contato:

CNAE / Atividade Principal:

Profissionais de Nível Superior (carga horária):

Número de Funcionários: *(informar número de funcionários total e número de funcionários que trabalham diretamente no desenvolvimento das atividades técnico-operacionais (ex. na operação de distribuição de produtos). Para casos de abertura de empresa: citar a estimativa de número de funcionários considerando a capacidade máxima de operação da empresa)*

Dias de Funcionamento:

Horário de Funcionamento:

Relação dos Produtos de Interesse da Saúde: *(manipulados, armazenados, comercializados, distribuídos pelo estabelecimento)*

Serviços Terceirizados:

2. Descrição da Atividade e seus Impactos

Ressalta-se que tais medidas devem garantir a segurança dos profissionais e processos desenvolvidos.

2.1 Descrição sumária das atividades: *(Informar de forma breve as atividades desenvolvidas e como serão desenvolvidas, quais os materiais e equipamentos utilizados para o exercício da atividade)*

2.1.2. Fluxo Entrada e Saída de materiais, produtos e resíduos:

2.2 Relação dos Equipamentos Utilizados: *(descrição por área)*

2.3 Sistema de ventilação, filtragem, aquecimento e resfriamento do ar: *(quando aplicável pela atividade exercida pelo estabelecimento)*

2.4. Abastecimento de água: *(SABESP; poço artesiano, caminhão pipa)*

3. Ciência e Responsabilidade

DECLARAMOS VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PRESENTE DOCUMENTO E QUE CUMPRIMOS A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E DEMAIS NORMAS LEGAIS PERTINENTES. ESTAMOS CIENTES DE QUE O NÃO CUMPRIMENTO DO ACIMA DECLARADO ACARRETARÁ NO INDEFERIMENTO DA SOLICITAÇÃO DO LICENCIAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE INTERESSE DA SAÚDE NO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE COMPETENTE, SUJEITANDO OS RESPONSÁVEIS E O ESTABELECIMENTO ÀS MEDIDAS ADMINISTRATIVAS E LEGAIS CABÍVEIS.

São Paulo, ____/____/____

Responsável Legal pelo Estabelecimento (assinatura)

Nº do CPF / RG

Responsável Técnico pelo Estabelecimento (assinatura)

Nº do Registro Profissional (junto ao Conselho de Classe)