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 Analise Físico Funcional de Edificações

FORMULÁRIO DE ANÁLISE DE PROJETO

1. RAZÃO SOCIAL/PROPRIETÁRIO: PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DO LESTE		
2. NOME FANTASIA ESTABELECIMENTO: UNIDADE DESCENTRALIZADA DE REABILITAÇÃO		
3.CNPJ / CPF: 04.217.362/0001-90	4.TIPO ESTABELECIMENTO: (Cod./Nome LEI 7110/99-MT) 27 – INSTITUTO OU CLINICA DE FISIOTERAPIA	
5.ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO: AV. GRAMADOS COM ESQUINA COM A RUA DAS FLORES		
6.BAIRRO: CENTRO	7.CEP: 78.628-000	8.MUNICÍPIO/UF SANTO ANTÔNIO DO LESTE

PROJETO BÁSICO DE ARQUITETURA – PBA

9.PRIMEIRA APROVAÇÃO: CONSTRUÇÃO (X) ADEQUAÇÃO PRÉDIO EXISTENTE ( ) REGULARIZAÇÃO ( )	10.ÁREA TOTAL (m²): 347,04
11.ESTABELECIMENTO JÁ APROVADO: Número Parecer Anterior: REFORMA ( ) AMPLIAÇÃO ( )	12.ÁREAS (m²): Existente:_____ Reformar:_____ Ampliar: _____ Total: 347,04

AUTOR DO PROJETO

13.NOME DO AUTOR DO PROJETO JÚLIA GONÇALVES MENDONÇA		14.NÚMERO DO CPF 057.335.141-40
15.TELEFONE FIXO (65) 2123-1222	16. TELEFONE MÓVEL (CELULAR) ( )	17.EMAIL Centraldeprojetosamm@gmail.com
18.CONSELHO CAU-BR (X) CREA -____( )	19.NUMERO DO REGISTRO: A242426-6	

RESPONSÁVEL LEGAL PELO ESTABELECIMENTO

20.NOME DO RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE PELO ESTABELECIMENTO JOSÉ ARIMATEIA VIEIRA ALVES		21.NÚMERO DO CPF 367.715.741-72
22.TELEFONE FIXO (66) 3488-1143	23. TELEFONE MÓVEL (CELULAR) (66) 99216-7484	24.EMAIL prefeitura@santoantoniodoleste.mt.gov.br