



ANÁLISE DE PROJETOS
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

()	Este documento
()	Requerimento do empreendedor ou representante legal
()	Comprovante de recolhimento da taxa de Análise de Projeto, requerido no endereço eletrônico https://servicos.efazenda.ms.gov.br/daemsabertopublico/EmissaoTaxas/Cadastrar/100158
()	Cópia do Contrato Social, Ata de Eleição da Diretoria ou Documento Equivalente
()	Todos os documentos/projetos deverão ser apresentados em formato PDF via e-mail: geproj@saude.ms.gov.br - Os documentos e plantas não deverão ser em arquivo compactado. Projeto Básico de Arquitetura em conformidade com os Artigos 11 e 12 da RDC ANVISA Nº 51/2011 com todas as plantas assinadas via gov.br pelo responsável técnico e pelo responsável legal pelo estabelecimento de saúde. Obs.: conforme Art. 17 § 2º da RDC ANVISA Nº 51/2011, são permitidas, no máximo, 3 (três) reapresentações do PBA sob o mesmo número de protocolo.
()	Reforma e ampliação de EAS de setores que utilizam gases medicinais - apresentar projeto de gases medicinais em conformidade com a NBR 12188/2016 da ABNT apenas dos respectivos setores.
()	Construção de EAS – apresentar projeto de gases medicinais em conformidade com a NBR 12188/2016 da ABNT.
()	Projeto de Tratamento de Ar em EAS/Serviço, em conformidade com a NBR 7256/2021 da ABNT – Anexo A – Parâmetros de projeto. Observar as exigências para cada ambiente do EAS/Serviço ou similar.
()	Proposta Assistencial OBS. A Proposta Assistencial deverá ser separada do memorial descritivo
()	Relatório técnico descritivo (memorial descritivo), contemplando, inclusive: solução adotada para o abastecimento de água potável, fornecimento de energia elétrica, climatização, coleta e tratamento (quando houver) dos RSS
()	ART ou RRT dos profissionais responsáveis técnicos
()	A retirada de documentos deverá ser feita pessoalmente pelo Representante Legal da Pessoa Jurídica ou por meio de Procurador ou Preposto legalmente habilitado (Apresentar Procuração ou Carta de Preposição)
	Telefone para contato:
	E-mail para contato:

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREENDIMENTO – OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO

Nome ou Razão Social:

Nome Fantasia:

C.N.P.J.:

Atividade Principal:

Nome do Requerente:

Assinatura:

Campo Grande, ____/____/____

Responsável pelo atendimento

Obs.: Informamos que a previsão para análise do projeto é de 50 (cinquenta) dias.
Versão Janeiro/2025