**REQUERIMENTO DOCUMENTAÇÃO EIV**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ao Departamento de Saúde,

Segue informações paraAvaliação do Impacto na rede Municipal de Saúde após a implantação do empreendimento pretendido:

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DA EMPRESA RESPONSÁVEL PELA OBRA:** | |
| Nome: |  |
| Endereço: |  |
| Telefone: |  |
| CNPJ: |  |
| E-mail: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DO ENGENHEIRO RESPONSÁVEL PELA OBRA:** | |
| Nome: |  |
| Registro no CREA: |  |
| Telefone: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DO EMPREENDIMENTO** | |
| Localização: |  |
| Número da área EHIS COHAB: |  |
| - Número de colaboradores que trabalharão na obra?  - Por qual período? |  |
| Tipo de empreendimento (Ex. Residencial, Misto [especificar]): |  |
| **Sendo Residencial** | |
| Especificar o tipo de imóvel (Ex. casa, apartamento): |  |
| Qual o número de unidades? |  |
| Quantos dormitórios terá cada unidade? |  |
| Quantos moradores o empreendimento poderá abrigar? |  |
| **Sendo Comercial (misto):** | |
| Especificar o tipo de imóvel (ex. padaria, loja de roupas, etc.): |  |
| Após a conclusão da obra, qual a estimativa de aumento da população flutuante local? (ex. nº de pessoas/dia): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Requerente** | COHAB CAMPINAS |
| **Dados COHAB:** | [**ehis@cohabcp.com.br**](mailto:ehis@cohabcp.com.br) **/ (19)99449-0010 – (19) 3119-9503** |

Assinatura do interessado (responsável técnico):

***Obs.: Para que ocorra tramitação prioritária da Lei Complementar 184/2017, o requerimento deverá conter identificação “EHIS-COHAB” (carimbo ou assinatura) fornecido pela COHAB, na ausência do mesmo, seguir tramitação normal.***

Carimbo/Assinatura EHIS-COHAB: