



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE AGRICULTURA – SEAGRI
SERVIÇO DE INSPEÇÃO MUNICIPAL – SIM/POA**

Memorial econômico sanitário

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

EMPRESA:

| | |
|----------------------------------|--|
| RAZÃO SOCIAL: | |
| MARCA COMERCIAL: | |
| CNPJ OU CPF: | |
| TELEFONE: | |
| E-MAIL | |
| Nº DE REGISTRO NO SIM/POA | |
| CLASSIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO | |

RESPONSÁVEL LEGAL:

| | |
|--|--|
| NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL DO ESTABELECIMENTO | |
| CPF: | |
| RG: | |
| DATA DE NASCIMENTO | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL (RUA, Nº, MUNICÍPIO, CEP) | |
| TELEFONE: | |
| E-MAIL: | |

IDENTIFICAÇÃO DA VERSÃO DO MEMORIAL ECONÔMICO SANITÁRIO:

| Versão do memorial | Data: | ANOTAÇÕES (O QUE FOI ALTERADO) Informar de forma sucinta e objetiva as principais alterações com relação a versão anterior. |
|--------------------|-------|--|
| 1° | | |
| 2° | | |
| 3° | | |

MEMORIAL ECONÔMICO SANITÁRIO*

Inserir o nome da empresa requerente:

nº de registro no SIM/POA (quando houver):

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO ARQUITETÔNICO:

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| FINALIDADE DO PROJETO | REGISTRO – CONSTRUÇÃO NOVA / ADAPTAÇÃO DE ESTABELECIMENTO PRÉ EXISTENTE | |
| | REFORMA - AMPLIAÇÃO DA CAPACIDADE DE PRODUÇÃO E/OU INCLUSÃO DE LINHAS DE PRODUÇÃO COM ALTERAÇÃO OU NOVOS FLUXOS | |
| | PEQUENA ADEQUAÇÃO ou REAPARELHAMENTO (sem alteração de fluxo de produtos ou de funcionários, ou aumento da capacidade produtiva, ou inclusão de novas categorias de produtos). Nesse caso os documentos devem ser apresentados na continuidade de um processo protocolado, que apresente a aprovação anterior de projeto. | |
| CLASSIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO | | |
| DESCRIÇÃO DA PROPOSTA DO PROJETO | | |
| ENDEREÇO DA CONSTRUÇÃO: | | |
| GEORREFERENCIAMENTO: | | |
| PROFISSIONAL ENGENHEIRO/ARQUITETO | | |
| Nº CREA ou CAU | | |

DESCRIÇÃO TÉCNICA

1. ANIMAIS RECEBIDOS PARA ABATE E CAPACIDADE DIÁRIA

Obs: Informar, no campo espécie, se pretende abater animais fora do padrão (ex: matrizes de suínos, descarte de aves, vitelos). As instalações devem ser compatíveis.

| Espécie (para pescados informar a forma de apresentação): | Procedência: | Locais de Recepção e lotação máxima (Para pescado informar também a depuração de pescado vivo (incluir cálculo de lotação em m ² /cab.) quando pertinente) | Velocidade horária (cab/hora) | Capacidade máxima de abate diário (cab/dia). |
|---|--------------|---|-------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2. CHUVEIROS DE ANIMAIS VIVOS E LAVAGEM DE PESCADOS

| | | |
|--|---|--|
| Descrever lavagem do pescado, chuveiro de aspersão dos currais, pocilgas e corredores de condução de animais, plataforma de recepção de aves | | |
| LOCAL (conforme descrito layout na planta – recepção, pocilga etc) | TIPO DE EQUIPAMENTO (Descrever uso de tanque/equipamento para lavagem, chuveiros – pulverizador, nebulizador) | QUALIDADE DA ÁGUA (informar quantidade de cloro residual livre em ppm, temperatura e pressão). |
| | | |
| | | |

MEMORIAL ECONÔMICO SANITÁRIO*

Inserir o nome da empresa requerente:

nº de registro no SIM/POA (quando houver):

3. TRANSPORTE DE ANIMAIS VIVOS

| | |
|---|------------------------------------|
| Tipo de transporte de animais vivos ou pescados frescos | Local de higienização dos veículos |
| | |

4. PRODUTOS PRODUZIDOS E CAPACIDADE DIÁRIA

| | |
|---|--|
| CAPACIDADE TOTAL DIÁRIA DE PRODUÇÃO: | |
| Quando houver alternância de produção, informar como será realizada e quais as condições, bem como a capacidade máxima diária de cada situação. | |
| | |
| | |
| | |

| PRODUTOS A FABRICAR: Relacionar todos os produtos que pretende fabricar (inclusive derivados/subprodutos e produtos não comestíveis). | | | | | | |
|--|--|--|--|------------------------------|--|---|
| | Denominação de venda conforme RTIQ ou nomenclatura oficial | Intervalo de temperatura de conservação do produto final | Submetido a tratamento térmico ou não. | Descrever embalagem primária | Descrever embalagem secundária e terciária | Capacidade diária máxima de produção do produto |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |

5. MATÉRIA PRIMA:

| INFORMAÇÕES SOBRE MATÉRIA PRIMA, INGREDIENTES, ADITIVOS E COADJUVANTES DE TECNOLOGIA. | | | | | | |
|---|-------------|--|--|---|---|---|
| Denominação de venda conforme RTIQ ou nomenclatura oficial | Procedência | Forma de apresentação (tipo e volume das embalagens) | Informar a necessidade de descarte ou higienização da embalagem primária | Intervalo de temperatura de armazenamento | Local de armazenamento (relacionar com a legenda da planta baixa) | Capacidade de armazenamento no local elencado |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

MEMORIAL ECONÔMICO SANITÁRIO*

Inserir o nome da empresa requerente:

nº de registro no SIM/POA (quando houver):

6. FUNCIONÁRIOS

| | |
|---|--|
| Total de funcionários | |
| Masculinos | |
| Femininos | |
| Nº de funcionários na função de limpeza | |
| Nº de funcionários que exercem função de manipulação em zona limpa | |
| Nº de funcionários que exercem função em zona suja (somente para abatedouros) | |
| Nº de funcionários que exercem função exclusiva em atividades administrativas | |
| Turnos de trabalho e quantidade de horas trabalhada: | |

7. SETORES/SALAS/DEPENDÊNCIAS E EQUIPAMENTOS

Relacionar todos os setores previstos, e os equipamentos instalados em cada.

| Descrever Equipamento (Citar material, marca, modelo, componentes quando possível) | Legenda (correlacionar o equipamento com a legenda da planta) | Sala/setor/anexo (citar e correlacionar c/ layout da planta apresentada) | Quantidade (quando houver mais de um citar as quantidades) | Material (material do equipamento (superfície /suporte) | Volume capacidade (quando se tratar de um utensílio/móvel citar as dimensões e especificações relevantes – largura x profundidade x altura) | Temperatura da sala |
|--|---|--|--|---|---|---------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

8. INSTALAÇÕES FRIGORÍFICAS

| INSTALAÇÕES FRIGORÍFICAS (Câmaras frias e túneis de congelamento) | | | |
|---|--|---------------------------|-----------------------|
| Nome e número da câmara (conforme projeto e layout). | Finalidade: Esclarecer qual a etapa realizada na instalação e as formas de acondicionamento. | Temperaturas (min e máx). | Capacidade instalada. |
| | | | |

MEMORIAL ECONÔMICO SANITÁRIO*

Inserir o nome da empresa requerente:

nº de registro no SIM/POA (quando houver):

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

9. GELO

| | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------|---|
| FÁBRICA DE GELO: Informar se abastecimento próprio ou terceirizado, o local de armazenamento, a capacidade, descrevendo sucintamente, como será retirado o gelo para a área de produção. | | | |
| Abastecimento próprio (fábrica de gelo) ou terceirizado) conforme layout | Silo de armazenagem (localização) | Capacidade instalada | Forma de retirada do gelo para a produção |
| | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|-------------|----------|------------|-------------|--------------------------------|--|--|
| BANCO DE GELO (banco de água gelada) | | | | | | | |
| Equipamento | Marca/model | Material | Capacidade | Localização | Realiza tratamento para a água | Material e localização do reservatório | Capacidade de armazenamento da água gelada |
| | | | | | | | |

10. HIGIENIZAÇÃO/ ESTERILIZAÇÃO/ LUBRIFICAÇÃO DE UTENSÍLIOS EM GERAL:

| | | | |
|-------|--------------|---------------------------------------|---------------------|
| Setor | Equipamentos | Finalidade / procedimentos realizados | Temperatura da água |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

11. TRANSPORTE DE PRODUTOS EXPEDIDOS:

| | | | | | |
|--|------------|------------|-----------------------|--------------------------|---|
| TRANSPORTE: Descrever meios de transporte utilizados na recepção e na expedição, inclusive embarcações, se for o caso: | | | | | |
| Tipo do veículo / barco (modelo/ dimensões) | Quantidade | Finalidade | Capacidade kg ou ton. | Natureza do revestimento | Temperatura de conservação dos produtos |
| | | | | | |

| | |
|---|--|
| Higienização de veículos de produtos prontos: | |
|---|--|

MEMORIAL ECONÔMICO SANITÁRIO*

Inserir o nome da empresa requerente:

nº de registro no SIM/POA (quando houver):

14. PROCESSOS COMPLEMENTARES: Descrever os processos de preparo que são realizados paralelamente à produção dos produtos, sendo que podem ser utilizados em mais de um produto.

| PROCESSOS COMPLEMENTARES: | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------|---|--|-------------------------------|
| Matéria prima/ingredientes | Descrição do processo | Local (sala/setor em que é executado) | Tempo da etapa | Temperatura da sala/setor (indicar o equipamento de climatização utilizado se for o caso) | Equipamentos envolvidos (relacionar com legenda da planta baixa) | Resíduos gerados e destinação |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

15. DECLARAÇÕES DE COMPATIBILIDADE

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E COMPATIBILIDADE – Profissional responsável pela elaboração do projeto (plantas e memorial de obras)

Eu, _____, declaro que o projeto foi planejado adequadamente para o terreno no qual se insere, considerando suas particularidades de relevo, vizinhança, possíveis construções existentes, infraestrutura disponível, capacidade de produção proposta e demais aspectos descritos no memorial da obra.

Declaro que o projeto atende à legislação sanitária, ambiental e municipal vigentes (listadas neste memorial de obra, especialmente no item INTRODUÇÃO).

Declaro que o presente memorial econômico sanitário está compatibilizado com o projeto identificado no início desse documento.

Assinatura do Profissional Responsável pelo Projeto Arquitetônico

Nome legível: _____

Data: _____

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E COMPATIBILIDADE – Profissional Responsável pelo Memorial Econômico Sanitário

Eu, _____, declaro que este memorial econômico sanitário foi compatibilizado com as plantas do projeto identificado no início e foi planejado adequadamente, de modo que atende à legislação sanitária, ambiental e municipal vigentes; bem como inexistem contra-fluxos ou outros impedimentos técnico-sanitários que possam pôr em risco a inocuidade dos produtos citados

Assinatura do Profissional Responsável pelo Memorial Econômico Sanitário

Nome legível: _____

Data: _____

MEMORIAL ECONÔMICO SANITÁRIO*

Inserir o nome da empresa requerente:

nº de registro no SIM/POA (quando houver):

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA– Responsável legal do estabelecimento

Eu, _____, declaro que estou ciente e concordo com o teor desse memorial econômico sanitário.

Assinatura do Responsável legal pela empresa

Nome do representante legal do estabelecimento: _____

Data: _____