



**DIVISÃO DE INSPEÇÃO ALIMENTAR
PROCEDIMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA
PARA ESTABELECIMENTO ALIMENTÍCIO**

1. Preencher um formulário da Divisão de Saúde
2. Pagar as taxas da Divisão de Saúde
3. Ter quatro (4) conjuntos de plantas (mínimo de 11x17 desenhadas em escala)
4. Enviar uma (1) cópia de todos os formulários de especificação de novos equipamentos do fabricante com aprovação NSF/UL. Norma NSF nº 7 para refrigeração
5. Preencher e enviar uma planilha de revisão do plano alimentar
6. Enviar uma (1) cópia do cardápio com recomendações ao consumidor (se apropriado)
7. Enviar os planos assinados para a Divisão de Construção com os pedidos de Licença de Construção e as taxas apropriadas
8. A licença de construção deve ser assinada pelos inspetores
9. Prosseguir para a próxima sessão

**SOLICITAÇÃO DE UMA LICENÇA
(AS INSCRIÇÕES SÃO ACEITAS SOMENTE PESSOALMENTE)**

1. Aplicar/obter o Certificado de Ocupação e/ou Certificado de Inspeção apropriado da Divisão de Construção
2. Trazer cópia do Certificado de Ocupação e do Certificado de Inspeção para a Divisão de Saúde
3. Preencher o requerimento da Divisão de Saúde
4. Apresentar uma cópia da Certificação de Gerente de Alimentos e da Certificação de Conscientização sobre Alergênicos no local
5. Apresentar a licença comum para venda de bebidas alcoólicas (somente para restaurantes)
6. Pagar as taxas de saúde e solicitar uma "inspeção de pré-abertura" da Divisão de Saúde



DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS DE INSPEÇÃO

PARA USO EXCLUSIVO DO CONSELHO DE SAÚDE

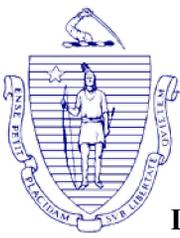
<u>Data de recebimento</u>	<u>Data de inspeção</u>	<u>Aprovado por</u>	<u>Número da permissão emitida</u>	<u>Taxa</u>
_____	_____	_____	_____	_____

Solicitação de Licença para Estabelecimento Alimentício

1) Nome do estabelecimento:	
2) Endereço do estabelecimento:	
3) Endereço para correspondência do estabelecimento (se diferente):	
4) Número de telefone do estabelecimento:	
5) Nome e cargo do solicitante:	
6) Endereço do solicitante:	
7) Número de telefone do solicitante:	Endereço de E-mail:
8) Nome e título do proprietário (se diferente do solicitante):	
9) Endereço do proprietário (se diferente do solicitante):	
10) Estabelecimento de propriedade de: <input type="checkbox"/> Uma associação <input type="checkbox"/> Uma corporação <input type="checkbox"/> Um indivíduo <input type="checkbox"/> Uma parceria	11) Se for uma corporação ou sociedade, informe o nome, o cargo e o endereço residencial dos diretores ou sócios: Nome: _____ Título: _____ Endereço: _____ _____ _____ _____
12) Pessoa diretamente responsável pelas operações diárias	(Proprietário, pessoa responsável, supervisor, gerente etc.)
Nome e título :	
Endereço:	
Número de telefone:	Fax:
Telefone de emergência:	
13) Supervisor distrital ou regional (se aplicável)	
Nome e título :	
Endereço:	
Número de telefone:	Fax:

14) Fonte de água _____ Eliminação de esgoto _____		15) Empresa de coleta de lixo _____ Empresa de processamento (para gordura) _____	
16) Dia e horário de funcionamento: _____		17) N° de funcionários do setor de alimentos _____	
18) Nome da pessoa responsável certificada em gestão de proteção de alimentos: Exigido a partir de 01/10/2001, conforme 105 CMR 590.003(A). <i>Anexe uma cópia do certificado.</i>			
19) Pessoa treinada em procedimentos contra asfixia (se 25 assentos ou mais). <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
20) Localização (marque um): <input type="checkbox"/> Estrutura permanente <input type="checkbox"/> Móvel Reg.Nº: _____ Base de operação: _____		21) Tipo de estabelecimento (marque todas as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Varejo (sq.ft) <input type="checkbox"/> Buffet <input type="checkbox"/> Serviço de alimentos (assentos) <input type="checkbox"/> Entrega de alimentos <input type="checkbox"/> Serviço de alimentos-Para viagem <input type="checkbox"/> Alimentos móveis <input type="checkbox"/> Serviço de alimentos-Instituição <input type="checkbox"/> Alimentos móveis transeuntes (Refeições/Dia) (Camas) <input type="checkbox"/> Padaria <input type="checkbox"/> Fabricante de sobremesas congeladas	
22) Duração da licença: (marque uma opção) <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Sazonal/Datas _____ <input type="checkbox"/> Temporário/Datas/Período		Outros (Descreva): _____ _____	
23) Operações de alimentos: (marque todas as opções aplicáveis):		Definições: TCS - tempo /temperatura controlada para segurança de alimentos <i>Não-TCS - sem tempo /temperatura controlada obrigatória)</i> <i>Alimentos RTE-prontos-para-comer (Ex. Sanduíches, saladas, muffins que não precisam de mais processamento)</i>	
<input type="checkbox"/> Alimentos comercialmente pré-embalados não TCS	<input type="checkbox"/> TCS Preparado sob encomenda	<input type="checkbox"/> TCS quente cozido e resfriado ou mantido quente para mais de um serviço de refeição	
<input type="checkbox"/> Pré-embalados comercialmente TCS	<input type="checkbox"/> Preparação de TCS para armazenamento quente e frio para serviço de refeição única		
<input type="checkbox"/> Preparação de produtos nãoTCS	<input type="checkbox"/> Venda de alimentos crus de origem animal destinados a serem preparados pelo consumidor	<input type="checkbox"/> Alimentos TCS e RTE preparados para instalações de população altamente suscetível	
<input type="checkbox"/> Reaquece alimentos processados comercialmente servidos em até 4h	<input type="checkbox"/> Autoatendimento do cliente		
<input type="checkbox"/> Autoatendimento do cliente somente para alimentos não perecíveis	<input type="checkbox"/> Gelo fabricado e embalado para venda no varejo	<input type="checkbox"/> Embalagem a vácuo/cozinhar-refrigerar	
<input type="checkbox"/> Entrega os alimentos em até 1 hora após o preparo	<input type="checkbox"/> Suco fabricado e embalado para venda no varejo	<input type="checkbox"/> Uso de processo que requer uma variação e/ou plano HACCP	
Outros (Descreva): _____ _____	<input type="checkbox"/> Oferece RTE TCS em quantidades a granel	<input type="checkbox"/> Oferece alimentos de origem animal crus ou mal cozidos	
	<input type="checkbox"/> Venda a varejo de alimento Resgatado, Fora da validade, Recondicionado	<input type="checkbox"/> Prepara alimentos/refeições individuais para eventos com buffet ou institucionais	
Eu, abaixo assinado, atesto a exatidão das informações fornecidas nesta solicitação e afirmo que a operação do estabelecimento de alimentos estará em conformidade com o 105 CMR 590.000 e todas as outras leis aplicáveis. Fui instruído pelo Conselho de Saúde sobre como obter cópias do 105 CMR 590.000 e do Código Alimentar Federal de 2013 E Suplemento de 2015.			
24) Assinatura do solicitante: _____ De acordo com a MGL Ch. 62C, sec. 49A, certifico, sob as penalidades de perjúrio, que, de acordo com meu melhor conhecimento e crença, apresentei todas as declarações de impostos estaduais e paguei os impostos estaduais exigidos por lei.			
25) Identificação federal: _____			
26) Assinatura da pessoa física ou jurídica: _____			





Estado de Massachusetts
Departamento de Acidentes Industriais
Escritório de Investigações
Lafayette City Center
2 Avenue de Lafayette, Boston, MA 02111-1750
www.mass.gov/dia

Declaração juramentada de seguro contra acidentes de trabalho: Negócios em geral

Informações do Solicitante

Favor Escrever com Letra Legível

Nome da empresa/organização: _____

Endereço: _____

Cidade/Estado/CEP: _____

Telefone: _____

Você é um empregador? Marque a caixa apropriada:

1. Sou um empregador com _____ funcionários (em tempo integral e/ou parcial).*
2. Sou um único proprietário ou sócio e não tenho funcionários trabalhando para mim em nenhuma função. [Não é necessário seguro contra acidentes de trabalho]
3. Somos uma corporação e seus diretores exerceram seu direito de isenção de acordo com o c. 152, §1(4), e não temos nenhum funcionário. [Não é necessário seguro contra acidentes de trabalho]**
4. Somos uma organização sem fins lucrativos, composta por voluntários, sem funcionários. [Não há necessidade de seguro contra acidentes de trabalho].

Tipo de negócio (obrigatório):

5. Varejo
6. Restaurante/Bar/Estabelecimento de alimentação
7. Escritório e/ou vendas (inclusive imóveis, automóveis etc.)
8. Sem fins lucrativos
9. Entretenimento
10. Fabricação
11. Atenção Primária à Saúde
12. Outro _____

*Qualquer candidato que marcar a caixa nº 1 também deve preencher a seção abaixo mostrando as informações da apólice de seguro contra acidentes de trabalho.

**Se os diretores da empresa se isentaram, mas a empresa tem outros funcionários, é necessária uma política de indenização de trabalhadores e essa organização deve marcar a caixa nº 1.

Sou um empregador que fornece seguro contra acidentes de trabalho para meus funcionários. Abaixo estão as informações sobre a política.

Nome da empresa de seguros: _____

Endereço da seguradora: _____

Cidade/Estado/CEP _____

Número da apólice ou seguros próprios. Licença N° _____ Data de validade: _____

Anexe uma cópia da página de declaração da apólice de indenização dos trabalhadores (mostrando o número da apólice e a data de validade).

A falha em garantir a cobertura conforme exigido pelo § 25A da MGL c. 152 pode levar à imposição de penalidades criminais de multa de até US\$ 1.500,00 e/ou um ano de prisão, bem como penalidades civis na forma de uma ORDEM DE PARADA DE TRABALHO e multa de até US\$ 250,00 por dia contra o infrator. Esteja ciente de que uma cópia desta declaração pode ser encaminhada ao Escritório de Investigações do DIA para verificação da cobertura de seguro.

Certifico, sob pena de perjúrio, que as informações fornecidas acima são verdadeiras e corretas.

Assinatura _____ Data: _____

Telefone: _____

Apenas Para Uso Oficial. Não escreva nesta área, que deve ser preenchida por um funcionário da cidade ou do município.

Cidade ou município: _____ Autorização/Licença n° _____

Autoridade emissora (marque uma):

1. Conselho de Saúde 2. Departamento de Construção 3. Funcionário da cidade/município 4. Conselho de licenciamento 5. Escritório dos Seletores 6. Outro _____

Pessoa de contato: _____ Telefone: _____

Informações e Instruções

O capítulo 152 das Leis Gerais de Massachusetts exige que todos os empregadores ofereçam indenização aos seus funcionários. De acordo com essa lei, um **funcionário** é definido como "... toda pessoa a serviço de outra sob qualquer contrato de contratação, expresso ou implícito, oral ou escrito".

Um **empregador** é definido como "um indivíduo, parceria, associação, corporação ou outra entidade legal, ou quaisquer dois ou mais dos anteriores envolvidos em um empreendimento conjunto, e incluindo os representantes legais de um empregador falecido, ou o liquidante ou administrador de um indivíduo, parceria, associação ou outra entidade legal, que emprega funcionários. No entanto, o proprietário de uma residência com não mais de três apartamentos e que resida nela, ou o ocupante da residência de outro que empregue pessoas para fazer manutenção, construção ou reparos em tal residência ou nos terrenos ou prédios adjacentes a ela, não será considerado empregador por causa de tal emprego."

O capítulo 152 da MGL, §25C(6), também afirma que "**todo órgão de licenciamento estadual ou local deverá reter a emissão ou renovação de uma licença ou permissão para operar um negócio ou construir prédios na comunidade para qualquer solicitante que não tenha apresentado evidência aceitável de conformidade com a cobertura de seguro exigida**". Além disso, o capítulo 152 da MGL, §25C(7), afirma que "Nem o Estado nem qualquer uma de suas subdivisões políticas deve firmar qualquer contrato para a execução de obras públicas até que uma evidência aceitável de conformidade com os requisitos de seguro deste capítulo tenha sido apresentada à autoridade contratante."

Solicitantes

Preencha completamente a declaração juramentada de compensação dos trabalhadores, marcando as caixas que se aplicam à sua situação e, se necessário, forneça o nome, o endereço e o número de telefone da sua seguradora, juntamente com um certificado de seguro. As Limited Liability Companies (LLC) ou Limited Liability Partnerships (LLP) sem funcionários além dos membros ou sócios não precisam ter seguro contra acidentes de trabalho. Se uma LLC ou LLP tiver funcionários, é necessário ter uma política. Esteja ciente de que essa declaração juramentada pode ser enviada ao Departamento de Acidentes Industriais para confirmação da cobertura de seguro. **Não se esqueça também de assinar e datar a declaração juramentada.** A declaração juramentada deve ser devolvida à cidade ou município onde o pedido de permissão ou licença está sendo solicitado, e **não** ao Departamento de Acidentes Industriais. Se tiver alguma dúvida sobre a lei ou se for obrigado a obter uma apólice de compensação de trabalhadores, entre em contato com o Departamento pelo número listado abaixo. As empresas autossseguradas devem inserir seu número de licença de autossseguro na linha apropriada.

Oficiais da Cidade ou Município

Certifique-se de que a declaração juramentada esteja completa e escrita de forma legível. O Departamento disponibilizou um espaço na parte inferior da declaração juramentada para ser preenchido caso o Escritório de Investigações precise entrar em contato com você a respeito do solicitante.

Não se esqueça de preencher o número da autorização/licença que será usado como número de referência. Além disso, um solicitante que precise enviar várias solicitações de permissão/licença em um determinado ano precisará enviar apenas uma declaração juramentada indicando as informações atuais da apólice (se necessário). Uma cópia da declaração juramentada que tenha sido oficialmente carimbada ou marcada pela cidade pode ser fornecida ao solicitante como prova de que uma declaração juramentada válida está registrada para futuras autorizações ou licenças. Uma nova declaração juramentada deve ser preenchida a cada ano. Quando o proprietário de uma residência ou cidadão estiver obtendo uma licença ou autorização não relacionada a qualquer negócio ou empreendimento comercial (ou seja, uma licença para cães ou autorização para queimar folhas etc.), essa pessoa NÃO precisará preencher esta declaração juramentada.

O Escritório de Investigações gostaria de agradecer antecipadamente por sua cooperação e, caso tenha alguma dúvida, não hesite em entrar em contato conosco.

O endereço, o telefone e o número de fax do Departamento:

Estado de Massachusetts
Departamento de Acidentes Industriais
Escritório de Investigações
Lafayette City Center
2 Avenue de Lafayette, Boston, MA 02111-1750
Tel. (857) 321-7406 ou 1-877-MASSAFE
Fax (617) 727-7749
www.mass.gov/dia