



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOAÇABA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

JOAÇABA-SC, ____ DE _____ DE 20__

TERMO DE CIÊNCIA

Eu _____, estou
ciente que antes de fechar (cobrir) e mesmo de preencher o sistema de tratamento das
águas servidas, irei solicitar por escrito à Vigilância Sanitária do município para que a
fiscalização da execução do projeto seja feita, **conforme Lei estadual 6.320/83 c/c
art.37 decreto 24.980/85**. Se aterros, tampas e preenchimentos prejudicarem a vistoria,
serei responsável por qualquer transtorno, prejuízo ou gastos inerentes à retirada dos
obstáculos. Caso a execução do projeto não esteja de acordo com o projeto original,
estou ciente que será minha responsabilidade todos os gastos e transtornos para alterar a
obra conforme projeto aprovado pela Vigilância Sanitária do Município de Joaçaba.

Sou sabedor(a) que todas as águas servidas, provenientes da obra em questão
deverão ser encaminhadas e tratadas conforme o projeto hidrosanitário encaminhado à
Vigilância Sanitária do Município.

A obra será executada na rua _____,
Joaçaba – SC.

Proprietário