



Procedimento para Requisição de Licença para Estabelecimento do Setor Alimentar

Seção 1 - Revisão do plano *Presencial, apenas com hora marcada*

⇒ **Comece por aqui em caso de uma das condições abaixo:** *(Se nenhuma das condições for aplicável, siga para a Seção 2)*

- Restaurante sendo construído
- Construção, reforma ou alterações no layout
- Novos equipamentos

Materiais necessários:	Passos:
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Licença para Estabelecimento do Setor Alimentar<input type="checkbox"/> Planilha de Revisão do Plano<input type="checkbox"/> 2 cópias da planta-baixa<input type="checkbox"/> Especificações de equipamentos (Certificação NSF/UL ou equivalente)<input type="checkbox"/> Menu<input type="checkbox"/> Pagamento	<ol style="list-style-type: none">1. Certifique-se de ter reunido e preenchido todos os materiais, documentos e informações listadas2. Agende uma reunião de Revisão de Plano junto ao ISD (Inspection Services Department, Departamento de Serviços de Inspeção) ligando para o número 617-635-5326 ou enviando um e-mail para ISDHealth@boston.gov3. Leve todos os documentos listados impressos e preenchidos à reunião agendada, além do pagamento para as taxas aplicáveis

Seção 2 - Requerer uma Licença

Presencialmente ou online, por e-mail

⇒ **Comece por aqui em caso de uma das condições abaixo:**

- Restaurante já existente sem alterações
- Troca de proprietário

Materiais necessários:	Passos:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Licença para Estabelecimento do Setor Alimentar <input type="checkbox"/> Declaração do Seguro de Compensação dos Funcionários <input type="checkbox"/> Identificação Fiscal Federal (Número de EIN, identificação de funcionário) <input type="checkbox"/> Food Protection Manager Certificate (CFPM, Certificado de Gestão de Proteção de Alimentos) <input type="checkbox"/> Certificate of Occupancy (CO, Certificado de Ocupação) / Certificate of Inspection (CI, Certificado de Inspeção) <input type="checkbox"/> Common Victualler License (CV, Licença Comum para Abastecimento) <input type="checkbox"/> Certificado de Alergênicos <input type="checkbox"/> Contrato de locação assinado 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Certifique-se de ter reunido e preenchido todos os materiais, documentos e informações listadas. Você pode levar o material à reunião ou enviar por e-mail antecipadamente. 2. Obtenha o CO ou o CI da ISD Building Division - acesse: <i>www.boston.gov/departments/inspectional-services</i> para obter mais informações 3. Agende uma reunião junto ao ISD ligando para <i>617-635-5326</i> ou enviando um e-mail para <i>ISDHealth@boston.gov</i>



Licença para Estabelecimento do Setor Alimentar

Para uso Exclusivo do Board of Health (Conselho Sanitário)				
Data de recebimento	Data de inspeção	Aprovado por	Nº da licença emitida	Taxa
1 Nome comercial: (Este é o nome exibido ao público na fachada do estabelecimento, ou seja, "McDonalds", não "McDonalds Corp")				
2 Endereço comercial: (Este é o endereço físico do seu estabelecimento, exibido ao público)				
3 Endereço para correspondência comercial: (Se diferente do anterior)				
4 Telefone comercial: (O número para atendimento aos consumidores)				
5 Nome e cargo do requerente:				
6 Endereço do requerente:				
7 Telefone do requerente:				
8 E-mail do requerente:				
9 Estabelecimento pertence a: <input type="checkbox"/> Uma associação <input type="checkbox"/> Uma corporação <input type="checkbox"/> Um indivíduo <input type="checkbox"/> Sociedade <input type="checkbox"/> Outra entidade jurídica				
Em caso de <u>Corporação</u> ou <u>Parceria</u>, informe o nome, cargo e endereço residencial dos executivos ou parceiros: Nome Cargo Endereço _____ _____ _____				
10 Proprietário do Estabelecimento e Cargo: (Nome da corporação)				
11 Endereço do proprietário do estabelecimento: (Endereço da corporação)				
12 Responsável direto pelas operações diárias (Proprietário, Responsável Supervisor, Gerente, etc.)				
Nome e cargo:				
Endereço:				
Número de telefone:				
Número de telefone para emergências:				
13 Supervisor Regional ou Distrital (se aplicável)				
Nome e cargo:				
Endereço:				
Número de telefone:				

14 Fonte da eliminação de eflúvios:	
15 Empresa de descarte de entulho/ Empresa de separação (para gorduras)	
16 Dias e horário de operação: <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> Domingo Horas: _____</div> <div><input type="checkbox"/> Segunda-feira Horas: _____</div> <div><input type="checkbox"/> Terça-feira Horas: _____</div> <div><input type="checkbox"/> Quarta-feira Horas: _____</div> <div><input type="checkbox"/> Quinta-feira Horas: _____</div> <div><input type="checkbox"/> Sexta-feira Horas: _____</div> <div><input type="checkbox"/> Sábado Horas: _____</div> </div>	
17 Número de funcionários que lidam com alimentos:	
18 Nome do responsável Certificado em Gestão de Proteção Alimentar: <small>Anexe cópia do certificado</small>	
19 Há alguém treinado em procedimentos antiengasgo? <small>(Havendo 25 lugares ou mais)</small>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
20 Tipo de estabelecimento <small>(Selecione todas as opções que se aplicam)</small>	
<div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> Varejo pés quadrados _____</div> <div><input type="checkbox"/> Serviços alimentares nº de lugares _____</div> <div><input type="checkbox"/> Serviços alimentares para retirada</div> <div><input type="checkbox"/> Instituição de serviço alimentar</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> Refeições/dia _____ Leitos _____ </div> <div><input type="checkbox"/> Buffet <small>(Equipe que serve o alimento - não apenas a entrega de grandes quantidades de alimento)</small> </div> </div>	<div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> Entrega de alimentos</div> <div><input type="checkbox"/> Ambulante <small>(p.ex., carrinho)</small></div> <div><input type="checkbox"/> Ambulante com local definido <small>(Ex: Food truck ou trailer)</small></div> <div><input type="checkbox"/> Padaria</div> <div><input type="checkbox"/> Fabricante de sobremesa congelada</div> <div><input type="checkbox"/> Outro - Descreva: _____ _____ _____ </div> </div>

TCS - Tempo/temperatura controlada para segurança

Alimentos do tipo TCS devem ser mantidos fora da zona de risco de temperatura (41 F - 135 F). Os alimentos do tipo TCS mais comuns incluem: derivados de carne, ovos, peixe e frutos do mar, laticínios, cremes ou pastas, vegetais cozidos, pratos com batata, plantas ricas em proteínas, brotos crus, verduras folhosas cortadas, alho picado em óleo, melões fatiados e tomates.

Não TCS - Sem necessidade de controle de tempo/temperatura

Alimentos que não são do tipo TCS não promovem o crescimento de bactérias causadoras de doenças. Alimentos que não são do tipo TCS mais comuns incluem: produtos secos, cereais secos, alimentos desidratados, biscoitos, balas, pipoca, chips de batata, refrigerantes enlatados.

RTE - (Ready to Eat - Alimentos prontos para o consumo)

Alimentos do tipo RTE que não precisam ser cozidos ou aquecidos antes do consumo. Alimentos do tipo RTE incluem: sanduíches, saladas, muffins.

21 Você vende alimentos TCS preparados na hora?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
22 Você entrega alimentos em até 1 hora do preparo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
23 Você prepara alimentos TCS para equipamentos aquecidos ou refrigerados para refeições individuais?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
24 Você prepara alimentos TCS cozidos e resfriados ou mantidos aquecidos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
25 Você reaquece alimentos processados comercialmente para servir em até 4 horas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
26 Você prepara alimentos não-TCS?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
27 Você vende alimentos pré-embalados? Selecione todas as opções que se aplicam:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
28 Você fabrica e embala gelo para venda no varejo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
29 Você fabrica e embala suco para venda no varejo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
30 Você vende alimentos de origem animal crus <u>para serem preparados pelos consumidores?</u>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
31 você <u>serve</u> alimentos de origem animal crus ou com pouca cocção?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
32 Você prepara alimentos/refeições individuais para servir em eventos ou serviço alimentar institucional?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
33 Você prepara alimentos para uma instalação com população altamente suscetível?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
34 Você faz vendas de alimentos recuperados, fora do prazo ou reconicionados?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
35 Você oferece self-service? Selecione todas as opções que se aplicam: <input type="checkbox"/> TCS	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
36 Você usa algum processo que necessite um plano de variação e/ou HACCP (Análise de Risco e Controle de Pontos Críticos)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
37 Você embala alimentos a vácuo no local, ou aquece/resfria produtos no local?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

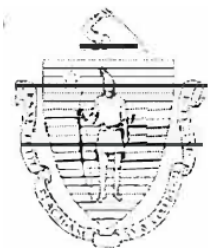
Eu, abaixo-assinado, atesto a verdade das informações fornecidas neste requerimento e afirmo que a operação do estabelecimento alimentar seguirá o regulamento 105 CMR 590.000 e todas as outras leis aplicáveis. Eu fui instruído(a) pelo Board of Health (Conselho Sanitário) sobre como obter cópias o regulamento 105 CMR 590.000 e o Federal 2013 Food Code, (Código Alimentar Federal de 2013), bem como o complemento de 2015.

Assinatura do Requerente: _____

Conforme a MGL (Lei geral de Massachusetts) Cp. 62C, seção 49A, I certifico, sob pena de perjúrio que eu, conforme meu conhecimento e crença, preenchi todas as declarações fiscais estaduais e paguei todas as taxas estaduais exigidas pela lei.

Número de Identificação Federal/Número EIN: _____

Assinatura do indivíduo ou nome da corporação: _____



The Commonwealth of Massachusetts
Department of Industrial Accidents
Office of Investigations
Lafayette City Center
2 Avenue de Lafayette, Boston, MA 02111-1750
www.mass.gov/dia

Declaração do Seguro de Compensação dos Funcionários:
Construtores/Empreiteiros/Elétricistas/Encanadores

Informações do requerente

Usar letra de forma

Nome (Empresa/Organização/Indivíduo): _____

Endereço: _____

Cidade/Estado/Código Postal: _____ Telefone: _____

Você é um empregador? Marque a caixa adequada:

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Eu sou um empregador com _____ empregados (em período integral ou meio-período).* | 4. <input type="checkbox"/> Eu sou um empreiteiro geral e contratei os prestadores de serviço listados na folha anexa. Esses prestadores de serviço têm empregos e seguro de compensação de funcionários.† |
| 2. <input type="checkbox"/> Eu sou um proprietário individual ou sócio e não tenho empregados trabalhando para mim. [Não é necessário o seguro de compensação de funcionários.] | 5. <input type="checkbox"/> Somos uma corporação e os executivos exerceram seu direito de isenção conforme a MGL c. 152, § 1(4), e não temos empregados. [Não é necessário o seguro de compensação de funcionários.] |
| 3. <input type="checkbox"/> Eu sou o proprietário e vou trabalhar sozinho. [Não é necessário o seguro de compensação de funcionários.] † | |

Tipo de projeto (obrigatório):

- | |
|---|
| 6. <input type="checkbox"/> Nova construção |
| 7. <input type="checkbox"/> Reforma |
| 8. <input type="checkbox"/> Demolição |
| 9. <input type="checkbox"/> Anexo |
| 10. <input type="checkbox"/> Reparos ou acréscimos à parte elétrica |
| 11. <input type="checkbox"/> Reparos ou acréscimos à hidráulica |
| 12. <input type="checkbox"/> Reparos de telhado |
| 13. <input type="checkbox"/> Outro _____ |

*Os requerentes que marquem a 1ª caixa também devem preencher a seção abaixo, incluindo as informações da apólice de compensação de seus funcionários.

† Proprietários que enviem esta declaração indicando que estão realizando todo o trabalho e então contratem prestadores externos devem enviar uma nova declaração atualizada.

‡ Empreiteiros que marquem esta caixa devem anexar uma folha adicional incluindo os nomes dos prestadores de serviços e indicando se essas entidades têm ou não empregados. Se os prestadores de serviço têm funcionários, eles devem fornecer o número de sua apólice de compensação de funcionários.

Eu sou um empregador que fornece seguro de compensação para meus funcionários. Abaixo está a apólice e as informações do local de trabalho.

Nome da seguradora: _____

Nº da apólice ou cobertura particular Nº LIE (identificador de entidade legal): _____ Data de vencimento: _____

Endereço do local de trabalho: _____ Cidade/Estado/Código Postal: _____

Anexe uma cópia da página de declaração da política de compensação dos funcionários (mostrando o número e data de vencimento da apólice).

Falha em garantir a cobertura conforme exigido sob a Seção 25A do MGL c. 152 pode levar à imposição de penas criminais na forma de fiança de até USD 1.500,00 e/ou prisão de um ano, bem como penalidades civis na forma de uma ORDEM DE INTERDIÇÃO e uma fiança de até USD 250,00 por dia contra a parte violadora. Uma cópia dessa declaração pode ser encaminhada ao Gabinete de Investigações do DIA para verificação da cobertura do 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. A ser preenchido por um funcionário municipal ou regional.

Cidade ou Região Administrativa: _____ Nº da Licença _____

Autoridade emissora (marque uma opção):

1 ☐ Conselho Sanitário 2 ☐ Departamento de Construção 3 ☐ Funcionário Municipal/Regional 4 ☐ Inspetor elétrico
5 ☐ Inspetor Hidráulico 6 ☐ Outro _____

Contato: _____ Telefone: _____

Informações e Instruções

A Lei Geral de Massachusetts, capítulo 152 exige que todos os empregadores forneçam compensação a seus funcionários. Conforme este estatuto, um **funcionário** é definido como “...qualquer pessoa a serviço de outra sob qualquer contrato ou acordo, expresso ou implícito, oral ou escrito.”

Um **empregador** é definido como “um indivíduo, sociedade, associação, corporação ou outra entidade jurídica, ou qualquer combinação entre dois ou mais dos anteriores em uma empresa conjunta, incluindo os representantes legais de um empregado falecido, ou o beneficiário ou fiduciário de um indivíduo, sociedade, associação ou outra entidade legal, que contrate funcionários. Entretanto, o proprietário de uma habitação, não tendo este mais do que três apartamentos e que na habitação resida, ou o ocupante da habitação de outro que emprega funcionários para realizar manutenção, construção ou reparos em tal habitação, ou para construção de benesses para tal, não será por isso designado como empregador.”

O MGL, capítulo 152, §25C(6) também diz que **“toda agência estadual ou local deverá reter a emissão ou renovação de licença para operar um negócio ou construir prédios no commonwealth de qualquer requerente que não apresente evidência aceitável de conformidade com a cobertura de seguro exigida.”** Adicionalmente, o MGL, capítulo 152, §25C(7) diz, “Nem o commonwealth nem suas subdivisões políticas participam de qualquer contrato para a realização de serviços públicos até que evidência aceitável de conformidade com as exigências de seguro deste capítulo sejam apresentadas à autoridade contratante.”

Requerentes

Preencha a declaração de compensação dos funcionários completamente, assinalando as caixas que se aplicam à sua situação e, se necessário, fornecendo os nomes, endereços e telefones dos prestadores de serviço, além de seus certificados de seguro. Empresas do tipo Limited Liability Company (LLC) ou Limited Liability Partnership (LLP) sem funcionários além dos membros ou sócios não precisam ter seguro para compensação de funcionários. Se uma empresa tipo LLC ou LLP tiver funcionários, é necessário apresentar a apólice. Esta declaração pode ser encaminhada ao Department of Industrial Accidents (Departamento de Acidentes Industriais) para confirmação da cobertura do seguro. **Assine e preencha a data na declaração.** A declaração deve ser devolvida ao município ou região na qual a licença está sendo requerida, **não** para o Departamento de Acidentes Industriais. Em caso de dúvidas sobre a lei ou se você precisa obter uma apólice de compensação dos funcionários, entre em contato com o Departamento nos telefones listados abaixo. Empresas com cobertura particular devem inserir seu número de licença na linha apropriada.

Funcionários Municipais ou Regionais

Certifique-se de que a declaração esteja preenchida completamente e de forma legível. O Departamento providenciou um espaço abaixo da declaração para que você preencha caso o Gabinete de Investigações precise entrar em contato com você para falar a respeito do requerente. Certifique-se de preencher o número da licença, que será usado como número de referência. Além disso, um requerente que precise enviar diversos requerimentos de licença em um ano precisa apenas enviar uma declaração indicando as informações atuais da apólice (se necessário) e sob “Endereço do local de trabalho” o requerente deve escrever “todos os locais em ____ (cidade ou região).” Uma cópia da declaração oficialmente carimbada ou assinalada pela administração municipal pode ser fornecida para o requerente como prova de que uma declaração válida está registrada para licenças futuras. Uma nova declaração deve ser preenchida a cada ano. Se um proprietário de uma casa ou cidadão estiver solicitando uma licença não relacionada com negócios ou empreitadas (p.ex., uma licença para cães ou para queimar folhas, etc.) tal indivíduo **NÃO** precisa preencher a declaração.

O Departamento de Investigações agradece antecipadamente a sua cooperação. Em caso de dúvidas, não hesite em entrar em contato.

O endereço, telefone e número de fax do Departamento:

The Commonwealth of Massachusetts
Department of Industrial Accidents
Office of Investigations
Lafayette City Center, 2 Avenue de Lafayette
Boston, MA 02111-1750

Tel. (617) 727-4900 ou 1-877-MASSAFE

Fax (617) 727-7749

www.mass.gov/dia