



Procedimento para solicitação da licença de funcionamento de estabelecimento alimentício

Seção 1 – Solicitação da licença

Presencialmente ou por e-mail

⇒ **Todo estabelecimento precisa de uma licença para estabelecimento de alimentos e passar por uma inspeção antes de poder servir alimentos ao público.**

O que será necessário:	Etapas:
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Formulário de solicitação da licença para estabelecimento de alimentos<input type="checkbox"/> Declaração de seguro de acidentes de trabalho<input type="checkbox"/> Número de identificação fiscal federal (EIN)<input type="checkbox"/> Certificado de Gestor de Proteção de Alimentos (CFPM)	<ol style="list-style-type: none">1. Reúna e preencha todos os materiais, documentos e informações exigidos. Você pode levar os documentos à sua reunião de atendimento ou enviá-los por e-mail antecipadamente.2. Agende uma reunião com a Divisão de Saúde do ISD pelo telefone 617-635-5326 ou por e-mail ISDHealth@boston.gov

Seção 2 - Análise do projeto

Presencialmente ou apenas com agendamento

⇒ **Além da licença para estabelecimento de alimentos e da inspeção, será necessária uma análise do projeto se alguma das seguintes condições se aplicar:**

- Construção de um novo restaurante
- Obras, reformas ou alterações no layout de um estabelecimento existente
- Instalação de novos equipamentos ou alterações no cardápio

O que será necessário:	Etapas:
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Formulário de análise do projeto<input type="checkbox"/> 2 cópias da planta baixa (em escala)<input type="checkbox"/> Especificações dos equipamentos (NSF/UL ou equivalente)<input type="checkbox"/> Cardápio<input type="checkbox"/> Pagamento	<ol style="list-style-type: none">1. Reúna e preencha todos os materiais, documentos e informações exigidos2. Agende uma reunião de análise do projeto com a Divisão de Saúde do ISD por telefone ou e-mail.3. Leve todos os documentos listados impressos e preenchidos para a reunião agendada, além do pagamento das taxas aplicáveis.4. Durante a análise do projeto, a equipe revisará as especificações do seu estabelecimento e do seu cardápio.5. Após a análise do projeto, leve as plantas aprovadas e carimbadas ao Departamento de Edificações do ISD para avaliação e orientação sobre as licenças adicionais necessárias.

1010 Massachusetts Ave, 4th Floor, Boston MA 02118

Tel.: (617) 635-5326 **Fax:** (617) 635-5388 **E-mail:** ISDHealth@boston.gov **Site:** www.boston.gov



Procedimento para solicitação da licença de funcionamento de estabelecimento alimentício

Seção 3 - Inspeção de abertura

Presencialmente ou apenas com agendamento

⇒ **Antes de abrir ao público, você precisará ser aprovado em uma inspeção de abertura. Além da inspeção de abertura, os estabelecimentos de alimentos são inspecionados de uma a três vezes por ano.**

O que será necessário:	Etapas:
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Todas as taxas pagas<input type="checkbox"/> Certificado de treinamento sobre alérgenos alimentares<input type="checkbox"/> Certificado de Ocupação (CO)<input type="checkbox"/> Certificado de inspeção (CI)<input type="checkbox"/> Licença de Comerciante de Alimentos Preparados (CV) <i>(quando aplicável)</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Agende sua inspeção de abertura com a Divisão de Saúde do ISD pelo telefone 617-635-5326 ou por e-mail ISDHealth@boston.gov2. No momento da inspeção, tudo deve estar pronto para o início das operações do seu estabelecimento. Seu estabelecimento deve estar totalmente preparado para que, assim que o inspetor concluir a inspeção, você possa atender seu primeiro cliente imediatamente.

Precisa de ajuda?

Entre em contato com a Divisão de Saúde do ISD por telefone ou e-mail em caso de dúvidas ou preocupações.

Um membro da equipe se reunirá com os proprietários do estabelecimento, explicará o processo de acordo com sua situação específica e ajudará a esclarecer os requisitos necessários.

Tel.: (617) 635-5326

Fax: (617) 635-5388

E-mail: ISDHealth@boston.gov

Divisão de Inspeções de Saúde

1010 Massachusetts Ave.

Boston, MA 02118

Horário de atendimento: segunda a sexta-feira, 8h às 16h

1010 Massachusetts Ave, 4th Floor, Boston MA 02118

Tel.: (617) 635-5326 **Fax:** (617) 635-5388 **E-mail:** ISDHealth@boston.gov **Site:** www.boston.gov



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: <i>(Este é o nome exibido ao público na fachada do estabelecimento, ou seja, "McDonalds", não "McDonalds Corp")</i>	
2 Endereço comercial: <i>(Este é o endereço físico do seu estabelecimento, exibido ao público)</i>	
3 Endereço para correspondência comercial: <i>(Se diferente do anterior)</i>	
4 Telefone comercial: <i>(O número para atendimento aos consumidores)</i>	
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: <i>(Nome da corporação)</i>	
11 Endereço do proprietário do estabelecimento: <i>(Endereço da corporação)</i>	
12 Responsável direto pelas operações diárias <i>(Proprietário, Responsável Supervisor, Gerente, etc.)</i>	
Nome e cargo:	
Endereço:	
Número de telefone:	
Número de telefone para emergências:	
13 Supervisor Regional ou Distrital <i>(se aplicável)</i>	
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:	
<input type="checkbox"/> Domingo	Horas: _____
<input type="checkbox"/> Segunda-feira	Horas: _____
<input type="checkbox"/> Terça-feira	Horas: _____
<input type="checkbox"/> Quarta-feira	Horas: _____
<input type="checkbox"/> Quinta-feira	Horas: _____
<input type="checkbox"/> Sexta-feira	Horas: _____
<input type="checkbox"/> Sábado	Horas: _____
17 Número de funcionários que lidam com alimentos:	
18 Nome do responsável Certificado em Gestão de Proteção Alimentar:	
<i>Anexe cópia do certificado</i>	
19 Há alguém treinado em procedimentos antiengasgo?	<input type="checkbox"/> Sim
<i>(Havendo 25 lugares ou mais)</i>	<input type="checkbox"/> Não
20 Tipo de estabelecimento	
<i>(Selecione todas as opções que se aplicam)</i>	
<input type="checkbox"/> Varejo	pés quadrados _____
<input type="checkbox"/> Serviços alimentares	nº de lugares _____
<input type="checkbox"/> Serviços alimentares para retirada	
<input type="checkbox"/> Instituição de serviço alimentar	
	Refeições/dia _____
	Leitos _____
<input type="checkbox"/> Buffet	
	<i>(Equipe que serve o alimento - não apenas a entrega de grandes quantidades de alimento)</i>
<input type="checkbox"/> Entrega de alimentos	
<input type="checkbox"/> Ambulante	<i>(p.ex., carrinho)</i>
<input type="checkbox"/> Ambulante com local definido	<i>(Ex: Food truck ou trailer)</i>
<input type="checkbox"/> Padaria	
<input type="checkbox"/> Fabricante de sobremesa congelada	
<input type="checkbox"/> Outro - Descreva:	_____

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

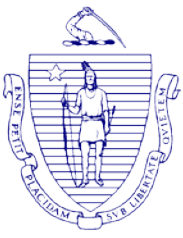
Eu, abaixo-assinado, atesto a verdade das informações fornecidas neste requerimento e afirmo que a operação do estabelecimento alimentar seguirá o regulamento 105 CMR 590.000 e todas as outras leis aplicáveis. Eu fui instruído(a) pelo Board of Health (Conselho Sanitário) sobre como obter cópias o regulamento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

Workers' Compensation Insurance Affidavit: General Businesses

Applicant Information

Please Print Legibly

Business/Organization Name: _____

Address: _____

City/State/Zip: _____ Phone #: _____

Are you an employer? Check the appropriate box:

- 1. I am a employer with _____ employees (full and/ or part-time).*
- 2. I am a sole proprietor or partnership and have no employees working for me in any capacity. [No workers' comp. insurance required]
- 3. We are a corporation and its officers have exercised their right of exemption per c. 152, §1(4), and we have no employees. [No workers' comp. insurance required]**
- 4. We are a non-profit organization, staffed by volunteers, with no employees. [No workers' comp. insurance req.]

Business Type (required):

- 5. Retail
- 6. Restaurant/Bar/Eating Establishment
- 7. Office and/or Sales (incl. real estate, auto, etc.)
- 8. Non-profit
- 9. Entertainment
- 10. Manufacturing
- 11. Health Care
- 12. Other _____

*Any applicant that checks box #1 must also fill out the section below showing their workers' compensation policy information.

**If the corporate officers have exempted themselves, but the corporation has other employees, a workers' compensation policy is required and such an organization should check box #1.

I am an employer that is providing workers' compensation insurance for my employees. Below is the policy information.

Insurance Company Name: _____

Insurer's Address: _____

City/State/Zip: _____

Policy # or Self-ins. Lic. # _____ Expiration Date: _____

Attach a copy of the workers' compensation policy declaration page (showing the policy number and expiration date).

Failure to secure coverage as required under § 25A of MGL c. 152 can lead to the imposition of criminal penalties of a fine up to \$1,500.00 and/or one-year imprisonment, as well as civil penalties in the form of a STOP WORK ORDER and a fine of up to \$250.00 a day against the violator. Be advised that a copy of this statement may be forwarded to the Office of Investigations of the DIA for insurance coverage verification.

I do hereby certify, under the pains and penalties of perjury that the information provided above is true and correct.

Signature _____ Date: _____

Phone #: _____

Official use only. Do not write in this area, to be completed by city or town official.

City or Town: _____ Permit/License # _____

Issuing Authority (check one):

- 1. Board of Health 2. Building Department 3. City/Town Clerk 4. Licensing Board
- 5. Selectmen's Office 6. Other _____

Contact Person: _____ Phone #: _____

Information and Instructions

Massachusetts General Laws chapter 152 requires all employers to provide workers' compensation for their employees. Pursuant to this statute, an *employee* is defined as "...every person in the service of another under any contract of hire, express or implied, oral or written."

An *employer* is defined as "an individual, partnership, association, corporation or other legal entity, or any two or more of the foregoing engaged in a joint enterprise, and including the legal representatives of a deceased employer, or the receiver or trustee of an individual, partnership, association or other legal entity, employing employees. However, the owner of a dwelling house having not more than three apartments and who resides therein, or the occupant of the dwelling house of another who employs persons to do maintenance, construction or repair work on such dwelling house or on the grounds or building appurtenant thereto shall not because of such employment be deemed to be an employer."

MGL chapter 152, §25C(6) also states that "**every state or local licensing agency shall withhold the issuance or renewal of a license or permit to operate a business or to construct buildings in the commonwealth for any applicant who has not produced acceptable evidence of compliance with the insurance coverage required.**" Additionally, MGL chapter 152, §25C(7) states "Neither the commonwealth nor any of its political subdivisions shall enter into any contract for the performance of public work until acceptable evidence of compliance with the insurance requirements of this chapter have been presented to the contracting authority."

Applicants

Please fill out the workers' compensation affidavit completely, by checking the boxes that apply to your situation and, if necessary, supply your insurance company's name, address and phone number along with a certificate of insurance. Limited Liability Companies (LLC) or Limited Liability Partnerships (LLP) with no employees other than the members or partners, are not required to carry workers' compensation insurance. If an LLC or LLP does have employees, a policy is required. Be advised that this affidavit may be submitted to the Department of Industrial Accidents for confirmation of insurance coverage. **Also be sure to sign and date the affidavit.** The affidavit should be returned to the city or town that the application for the permit or license is being requested, **not** the Department of Industrial Accidents. Should you have any questions regarding the law or if you are required to obtain a workers' compensation policy, please call the Department at the number listed below. Self-insured companies should enter their self-insurance license number on the appropriate line.

City or Town Officials

Please be sure that the affidavit is complete and printed legibly. The Department has provided a space at the bottom of the affidavit for you to fill out in the event the Office of Investigations has to contact you regarding the applicant. Please be sure to fill in the permit/license number which will be used as a reference number. In addition, an applicant that must submit multiple permit/license applications in any given year, need only submit one affidavit indicating current policy information (if necessary). A copy of the affidavit that has been officially stamped or marked by the city or town may be provided to the applicant as proof that a valid affidavit is on file for future permits or licenses. A new affidavit must be filled out each year. Where a home owner or citizen is obtaining a license or permit not related to any business or commercial venture (i.e. a dog license or permit to burn leaves etc.) said person is NOT required to complete this affidavit.

The Office of Investigations would like to thank you in advance for your cooperation and should you have any questions, please do not hesitate to give us a call.

The Department's address, telephone and fax number:

The Commonwealth of Massachusetts
Department of Industrial Accidents

Office of Investigations

Lafayette City Center
2 Avenue de Lafayette,
Boston, MA 02111-1750

Tel. (857) 321-7406 or 1-877-MASSAFE

Fax (617) 727-7749

www.mass.gov/dia