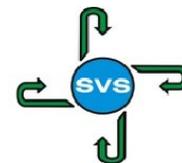




ANEXO V

REQUERIMENTO PADRÃO PARA O LICENCIAMENTO SANITÁRIO

1. REQUERIMENTO		
1.1. () LICENCIAMENTO SANITÁRIO INICIAL	1.4. () ALTERAÇÃO:	
1.2. () LICENCIAMENTO SANITÁRIO RENOVACÃO	() ATIVIDADE () ENDEREÇO () RAZÃO SOCIAL	() RESPONSÁVEL TÉCNICO
1.3. () REGISTRO DE LIVROS/DIPLOMAS		
1.5. CNAE(s) da(s) Atividade(s) desenvolvida(s) pelo estabelecimento:		
1.6. Classificação de risco da (s) atividade (s) de acordo com a tabela do Anexo I e II deste Decreto? () Alto Risco () Risco Dependente de Informação		
2. IDENTIFICAÇÃO		
2.1. Nome/ Razão Social:		
2.2. Nome Fantasia:	2.3. CNPJ / CPF:	
2.4. Endereço:		
2.5. Bairro:		
2.6. Ponto de referência:		
2.7. Município:	2.8. U.F:	2.9. CEP:
2.10. E-mail:	2.11. Telefone:	
2.12. Horários de Funcionamento:		
2.13. Responsável Técnico:		
2.14. Telefone:	2.15. Nº Cons. de Classe:	
2.16. Assinatura do responsável técnico: _____ <i>Obs.: Para estabelecimentos de educação infantil o RT deverá possuir formação na área de saúde.</i>		
2.17. Resp. pelo envio da doc. junto à Vigilância Sanitária:		
2.18. Telefone:		
2.19. Assinatura do responsável pelo envio da documentação:		
3. CARACTERÍSTICAS DA ATIVIDADE E DO IMÓVEL		
3.1. Realiza atividades/ procedimentos fora do endereço indicado? () NÃO () SIM		
3.2. Terceiriza atividades/ procedimentos? () NÃO () SIM Quais atividades:		
3.3. Forma (s) de abastecimento de água: () Direto da rua () Caixa d'água () Outros Qual:		
3.4. Área construída do empreendimento (m²):		
3.5. Possui projeto arquitetônico aprovado pela SVS? () Não se aplica () NÃO () SIM		
3.6. Houve alteração na estrutura física desde o Licenciamento Sanitário anterior? () NÃO () SIM - Se sim, entrar em contato com o setor de engenharia da VISA.		
3.7 O estabelecimento atende aos critérios de acessibilidade previstos na legislação vigente? () SIM () NÃO () ISENTO, de acordo com a legislação vigente. <i>OBS.: Caso o estabelecimento NÃO atenda aos critérios de acessibilidade, o requerente compromete-se a adequá-lo a partir da data de assinatura do presente requerimento de acordo com o prazo estipulado na legislação vigente.</i>		



4. ÁREA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

4.1. Tipo(s):

Consultório Clínica Hospital Veterinário ILPI Clínica Geriátrica EPDPi
 Laboratório Clínico Posto de Coleta Laboratorial SAD – (Serviço de Atenção Domiciliar)
 Outro(s):

4.2. Em caso de consultório (sala de atendimento) é compartilhado com outro(s) profissional(is)? NÃO SIM
Se sim, relacionar nome e CPF dos profissionais que atuam no local:

4.3. O estabelecimento é gerador de resíduos de saúde, conf. RDC Nº 222 de 28/03/2018? NÃO SIM
 Grupo A - Resíduo Infectante; Grupo B - Resíduo Químico; Grupo C - Resíduo Radioativo;
 Grupo D - Resíduo Comum; Grupo E - Resíduo Perfurocortante.

4.4. Possui Plano de Gerenciamento de Resíduos (PGRSS)? NÃO SIM

4.5. O estabelecimento realiza esterilização de materiais? NÃO SIM

4.6. O estabelecimento realiza procedimentos médicos ou odontológicos? NÃO SIM

5. ÁREA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS DE INTERESSE À SAÚDE

5.1. Tipo(s): Comércio Varejista Transportador Farmácia de Manipulação Importador Exportador
 Drogeria Distribuidor Indústria Outros:

5.2. Possui Autorização de Funcionamento da Empresa (AFE) da ANVISA? NÃO SIM Data de Publicação:

5.3. Possui Autorização Especial (AE) da ANVISA? NÃO SIM Data de Publicação:

5.4. O estabelecimento realiza fracionamento e/ou armazenamento de produtos de interesse da saúde? NÃO SIM

5.5. O estabelecimento possui veículos próprios para o transporte de produtos de interesse da saúde?
 NÃO SIM - Quantidade de veículos com refrigeração: Quantidade sem refrigeração:

6. ÁREA DE ALIMENTOS

6.1. Tipo(s): Indústria Importador Transportador Serviço de Alimentação
 Comércio Exportador Distribuidor Outros:

6.2. O estabelecimento possui veículos próprios para o transporte dos alimentos? NÃO SIM - Quantidade:

6.3. O estabelecimento realiza fracionamento de algum tipo de alimento? NÃO SIM

6.4. Os alimentos de registro obrigatório foram registrados no órgão competente? NÃO SIM Não se aplica

7. ÁREA DE ESTABELECIMENTOS DE INTERESSE PARA A SAÚDE

7.1. Tipo(s):

Serviço de Controle de Pragas e Vetores; Lavanderia (apenas para roupas provenientes de Serv. de Saúde)
 Serviço de limpeza de caixa d'água Serviços de Tatuagem e Piercing
 Estabelecimento de Educação Infantil-EEI; Estabelecimentos de Estética c/ procedimento invasivo
 Laboratório de prótese; Indústrias/Comércio e Prestação de Serviço em Geral
 Serviços de Somatoconservação; Laboratórios óticos
 Práticas Integrativas e Complementares à Saúde; Transporte de Material Biológico Humano
 Comunidade Terapêutica

7.2. O estabelecimento é gerador de resíduos de saúde, conf. RDC Nº 222 de 28/03/2018? NÃO SIM
 Grupo A - Resíduo Infectante; Grupo B - Resíduo Químico; Grupo C - Resíduo Radioativo;
 Grupo D - Resíduo Comum; Grupo E - Resíduo Perfurocortante.

7.3. Possui Plano de Gerenciamento de Resíduos (PGRSS)? NÃO SIM

7.4. O estabelecimento realiza esterilização de materiais? NÃO SIM

7.5. O estabelecimento realiza procedimentos invasivos? NÃO SIM - Procedimentos invasivos realizados:

Santa Maria, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do responsável legal