



SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA, FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA E CONTROLE DE ZOOSES

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA EM SAÚDE (SVFSS)

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA LICENCIAMENTO SANITÁRIO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE E RELACIONADOS

1 – Pessoa Física – Assentimento Sanitário

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Requerimento padrão;<input type="checkbox"/> Alvará (cópia) com atividade desenvolvida;<input type="checkbox"/> Relação de aparelhos, equipamentos e insumos com registro/notificação ANVISA;<input type="checkbox"/> Especialidade exercida e/ou atividade exercida;<input type="checkbox"/> Relação de procedimentos efetuados;<input type="checkbox"/> Licença da Clínica, quando for o caso (cópia);<input type="checkbox"/> Roteiro de Auto-Inspeção preenchido e assinado pelo Responsável Técnico (Rubricado em todas as páginas); | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Carteira emitida pelo Conselho de Classe OU a identidade, quando não existir Conselho para a atividade exercida (cópia);<input type="checkbox"/> Comprovante de pagamento atualizado da anuidade do Conselho de Classe para o terceiro grau de escolaridade, ou Diploma para o segundo grau (cópia);<input type="checkbox"/> Comprovante de pagamento (cópia) da Taxa de Inspeção Sanitária-TIS, referente aos exercícios: _____;<input type="checkbox"/> Comprovante da metragem quadrada da área útil (cópia); e<input type="checkbox"/> Horário de funcionamento. |
|--|--|

2. PESSOA JURÍDICA – Licença de Funcionamento ou Revalidação (Gerais + Específicos)

2.1. Gerais (para todos os estabelecimentos)

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Requerimento padrão;<input type="checkbox"/> Requerimento padrão de Revalidação - exercício(s): _____<input type="checkbox"/> Alvará (cópia) com atividade desenvolvida;<input type="checkbox"/> Contrato Social atualizado e alterações (cópia);<input type="checkbox"/> Roteiro de Auto-Inspeção preenchido e assinado pelo Responsável Técnico (RT) rubricado em todas as páginas;<input type="checkbox"/> Relação de especialidades ou atividades exercidas;<input type="checkbox"/> Relação de procedimentos efetuados;<input type="checkbox"/> Relação de aparelhos, equipamentos e insumos com registro/notificação ANVISA;<input type="checkbox"/> Comprovante da metragem quadrada da área útil (cópia); | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Comprovante de pagamento (cópia) da Taxa de Inspeção Sanitária -TIS referente aos exercícios: _____<input type="checkbox"/> Vínculo formal do estabelecimento com o RT (contrato social ou carteira de trabalho) (cópia);<input type="checkbox"/> CNPJ (cópia);<input type="checkbox"/> Horário de funcionamento da Empresa e do RT e substituto(s) comprovando assistência técnica em todo o expediente; e<input type="checkbox"/> Certificado de Responsabilidade Técnica atualizado, emitido pelo Conselho de Classe ou Declaração de Responsabilidade Técnica de Nível Superior ou Médio, conforme o caso, com comprovante de anuidade do Conselho quitado (nível Superior) e carteira profissional/identidade (cópias) |
|--|--|

2.2. Específicos (para cada atividade)

- | | |
|--|---|
| Ginástica <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Declaração de admissão vinculada à liberação médica; e<input type="checkbox"/> Declaração de campanha anti-anabolizantes e outras drogas. | Embelezamento (Barbearia, Cabeleireiro, Maquiagem, Manicure, Pedicure, Calista, Depilação Mecânica - Cera, pinça, linha, mola e similares) <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Declaração de RT de profissional atuante em uma das áreas. |
| Esteticismo facial ou corporal – limpeza de pele, maquiagem definitiva e micropigmentação. Outros (especificar): _____ <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Apresentação de livro para registro de clientes com descrição do procedimento realizado e anotação de intercorrências. | Piercing e tatuagem <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Comprovação de registro de tintas de tatuagem conforme legislação em vigor; e<input type="checkbox"/> Apresentação de livro para registro de clientes com descrição do procedimento realizado e anotação das intercorrências. |
| Clínica de assistência <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Termo de compromisso em intercorrências e remoção (conforme Resolução SMSDC nº 1552, de 18/02/2010, ou a que vier substituí-la);<input type="checkbox"/> Contrato (cópia) ou declaração para reprocessamento de artigos;<input type="checkbox"/> Relatório e laudo de proteção radiológica atualizado em odontologia (cópia); e<input type="checkbox"/> Convênio para internação e/ou remoção. | Empresa de remoção de pacientes (sede e veículos) <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Relação dos veículos com seus respectivos Certificados de Registro e Licenciamento do Veículo (CRLV) atualizados (cópias) da jurisdição do município do Rio de Janeiro e respectiva modalidade de veículo de transporte de pacientes; e<input type="checkbox"/> Contrato para reprocessamento de artigos, se terceirizado (cópia). |
| Lavanderia <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Relação dos veículos com seus respectivos Certificados de Registro e Licenciamento do Veículo (CRLV) atualizados (cópias), da jurisdição do município do Rio de Janeiro; | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Autorização de funcionamento de caldeiras pelo(s) órgão(s) competente(s) (cópia);<input type="checkbox"/> Relação de clientes atendidos; e<input type="checkbox"/> Declaração de capacidade instalada (volume/dia). |

Instituição de Longa Permanência para Idosos <input type="checkbox"/> Registro de Entidade Social, quando for o caso (cópia); <input type="checkbox"/> Contrato formal de prestação de serviços pelas áreas afins (remoção, lavanderia, alimentação e outros) (cópia); <input type="checkbox"/> Relação das atividades e dos serviços oferecidos; e <input type="checkbox"/> Declaração de capacidade instalada (leitos).	Home Care <input type="checkbox"/> Regimento interno (cópia); <input type="checkbox"/> Relação de serviços próprios oferecidos; <input type="checkbox"/> Relação de convênios; <input type="checkbox"/> Relação de serviços contratados com nome, endereço e número do processo de licenciamento sanitário de cada empresa; <input type="checkbox"/> Relação dos fornecedores de materiais e equipamentos médico-hospitalares e de medicamentos com o respectivo número do processo de licenciamento sanitário; <input type="checkbox"/> Memorial descritivo assinado, datado e carimbado pelo RT com relação de ambientes e suas atividades, fluxos de trabalho/materiais/insumos/profissionais, demanda prevista e tipos de aparelhos/equipamentos utilizados; e <input type="checkbox"/> Declaração assinada, datada e carimbada pelos responsáveis técnicos habilitados pelo sistema CREA/CONFEA conforme anexos II a V da Resolução SMSDC 1628, de 10/09/2011, informando sobre a forma de abastecimento de energia elétrica, sistema de refrigeração e/ou exaustão, tipos e utilização dos gases medicinais e instalação de equipamentos.
Transportadoras de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos com ou sem armazenamento de produtos <input type="checkbox"/> Relação dos veículos com seus respectivos Certificados de Registro e Licenciamento do Veículo (CRLV) atualizados, na jurisdição do município do Rio de Janeiro.	Ótica <input type="checkbox"/> Relação dos serviços de surfaçagem; e <input type="checkbox"/> Relação dos fornecedores de lentes.
Farmácias com ou sem manipulação, Drogarias, Ervanarias <input type="checkbox"/> Comprovação de assistência técnica farmacêutica abrangendo todo o expediente; <input type="checkbox"/> AFE (cópia); e <input type="checkbox"/> AE (cópia), quando for o caso.	Laboratório de Análises Clínicas, Patologia e Posto de Coleta <input type="checkbox"/> Contrato com laboratórios de apoio/matriz, quando for o caso (cópia); e <input type="checkbox"/> Licenças dos Laboratórios de apoio/matriz (cópia).
Distribuidoras de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos com ou sem armazenamento de produtos; Depósitos de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos; Distribuidoras de cosméticos e correlatos com ou sem armazenamento; Comércio varejista de produtos para a saúde e correlatos: <input type="checkbox"/> Relação de classes de artigos comercializados (insumos farmacêuticos, medicamentos controlados ou não, saneantes, cosméticos e produtos para a saúde) <input type="checkbox"/> Contrato e licença do depósito terceirizado, quando sem área de estoque, com comprovação de uso (cópia); <input type="checkbox"/> AFE (cópia); e <input type="checkbox"/> AE (cópia).	Imagenologia <input type="checkbox"/> Título de especialista, ou equivalente, do Responsável Técnico (cópia); <input type="checkbox"/> Relatório e laudo de proteção radiológica atualizado (cópia); e <input type="checkbox"/> Memória Descritiva de proteção radiológica.
Outros: _____ _____	

Requerente: _____

Endereço: _____

Processo nº: _____

T.V.S. nº: _____

_____/_____/_____

Assinatura e carimbo da Autoridade Sanitária

Assinatura e carimbo da Autoridade Sanitária

Declaro ciência da documentação a ser apresentada no prazo de trinta dias (30 dias) e de que o não cumprimento acarreta sanções previstas na legislação, de acordo com a Lei Federal 6437, de 20/08/1977, Decreto Municipal 29325, de 14/05/2008 e Resolução SMSDC 1841, de 27/01/2012.

Assinatura e Identificação do Recebedor

Observação: Esta folha deve ser apresentada no momento da entrega de documentos.