

## ANEXO IV

### 1 – SERVIÇOS DE SAÚDE

#### 1.1 – ATIVIDADE DE CONSULTÓRIOS, CLÍNICAS OU AMBULATÓRIOS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE, (MÉDICOS, ODONTÓLOGOS E ENFERMEIROS), E SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR (HOME CARE)

ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES – CNAE - 8630-5/02-00

ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS – CNAE - 8630-5/03-00

ATIVIDADE ODONTOLÓGICA – CNAE - 8630-5/04-00

ATIVIDADES DE ATENÇÃO AMBULATORIAL NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE – CNAE - 8630-5/99-00

SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR REGISTRO GRÁFICO - ECG, EEG E OUTROS EXAMES ANÁLOGOS – CNAE - 8640-2/08-00

SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR MÉTODOS ÓPTICOS - ENDOSCOPIA E OUTROS EXAMES ANÁLOGOS – CNAE - 8640-2/09-00

ATIVIDADES DE SERVIÇOS DE COMPLEMENTAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE – CNAE - 8640-2/99-00

ATIVIDADES DE ENFERMAGEM – CNAE - 8650-0/01-00

ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE – CNAE - 8650-0/99-00

ATIVIDADES DE FORNECIMENTO DE INFRAESTRUTURA DE APOIO E ASSISTÊNCIA A PACIENTE NO DOMICÍLIO – CNAE - 8712-3/00-00

| DOCUMENTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                   | INCLUSÃO | RENOV. | ALT. END. | ALT. RAZÃO SOCIAL | ALT. RESP. TÉCNICA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------|-----------|-------------------|--------------------|
| Cadastro de Pessoa Física - CPF e/ou Carteira de Identidade - RG. do responsável técnico e legal.                                                                                                                                                                                            | X        |        |           |                   | X                  |
| Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, <b>quando Pessoa Jurídica.</b>                                                                                                                                                                                                                  | X        | X      | X         | X                 |                    |
| Carteira (s) profissional (is) do Órgão de Classe de todos os profissionais; (nas renovações, <b>se houver alteração no quadro funcional</b> )                                                                                                                                               | X        | X      |           |                   | X                  |
| Carteira de vacina com as 3 doses da hepatite B ou teste anti-Hbs e vacina do tétano; (renovações, <b>se houver alteração no quadro funcional de profissionais da área de saúde</b> )                                                                                                        | X        | X      |           |                   | X                  |
| Certificado de aprovação de projeto arquitetônico pela SVS, <b>quando CNPJ.</b>                                                                                                                                                                                                              | X        |        | X         |                   |                    |
| Certificado de controle integrado de pragas e vetores, emitido por empresa licenciada.                                                                                                                                                                                                       | X        | X      | X         |                   |                    |
| Certificado de destino de resíduos de saúde, <b>se for gerador.</b>                                                                                                                                                                                                                          | X        | X      |           |                   |                    |
| Certificado de limpeza de caixa d'água, emitido por empresa licenciada                                                                                                                                                                                                                       | X        | X      | X         |                   |                    |
| Certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo.                                                                                                                                                                                                | X        | X      | X         |                   |                    |
| Certificado de manutenção preventiva dos equipamentos de esterilização, <b>se houver.</b>                                                                                                                                                                                                    | X        | X      |           |                   |                    |
| Certificado ou regularidade da pessoa jurídica, junto ao conselho de classe correspondente, <b>quando CNPJ.</b>                                                                                                                                                                              | X        | X      | X         | X                 | X                  |
| Certificado de Blindagem do Cabeçote (teste de radiação de fuga) – com validade em vigor, conforme Instrução Normativa ANVISA N° 95, de 27 de maio de 2021 ( <b>exclusivo para atividade odontológica</b> ).                                                                                 | X        | X      | X         |                   |                    |
| Comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários ( <b>A guia para pagamento será disponibilizada após o envio da documentação completa, através do link <a href="http://www.santamaria.rs.gov.br/guias-gerais/8">http://www.santamaria.rs.gov.br/guias-gerais/8</a></b> ).       | X        | X      | X         | X                 | X                  |
| Croqui da área física da (s) sala (s): desenho interno do estabelecimento com a área total em M², <b>quando Pessoa Física.</b>                                                                                                                                                               | X        |        | X         |                   |                    |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual.                                                                                                                                                                                                                                                  |          |        | X         | X                 | X                  |
| Documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior                                                                                                                                                                                                                                         |          | X      |           |                   |                    |
| Declaração de horários de atendimento (se houver mais de um profissional na mesma sala).                                                                                                                                                                                                     | X        | X      | X         |                   |                    |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 (Anexo VII) disponível no link <a href="http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/documentos/644">http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/documentos/644</a><br>OBS: Para renovações e alterações se houver Alteração de Responsável Técnico ou Razão Social. |          |        | X         | X                 | X                  |
| Levantamento Radiométrico (atualizado) – Validade por 04 (quatro) anos se não houver alterações no espaço físico ou nas instalações do estabelecimento, conforme Instrução Normativa ANVISA N° 95, de 27 de maio de 2021 ( <b>exclusivo para atividade odontológica</b> ).                   | X        | X      | X         |                   |                    |
| Memorial de atividades desenvolvidas pelo estabelecimento, atualizado, assinado pelo responsável técnico e/ou legal.                                                                                                                                                                         | X        | X      | X         |                   |                    |
| Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde – PGRSS, <b>se for gerador.</b>                                                                                                                                                                                                      | X        |        | X         | X                 | X                  |
| Relatório dos Testes de Controle de Qualidade (atualizado) emitido por especialista em Física do Radiodiagnóstico, com validade em vigor, conforme Instrução Normativa ANVISA N° 95, de 27 de maio de 2021 ( <b>exclusivo para atividade odontológica</b> ).                                 | X        | X      | X         |                   |                    |
| Relação de profissionais que atuam no estabelecimento, assinado pelo responsável legal, <b>quando CNPJ.</b>                                                                                                                                                                                  | X        | X      | X         |                   |                    |
| Requerimento Padrão (Anexo V) - disponível no site da Prefeitura em Vigilância Sanitária                                                                                                                                                                                                     | X        | X      | X         |                   |                    |
| Roteiro de inspeção preenchido (auto inspeção) em 1 via – disponibilizado via e-mail ( <b>exclusivo para atividade odontológica</b> ).                                                                                                                                                       | X        | X      | X         |                   |                    |

A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.

TODOS OS DOCUMENTOS DEVERÃO SER ENCAMINHADOS ATRAVÉS DO LINK:

<https://www.santamaria.rs.gov.br/usuario/login>

APÓS REALIZADO A ABERTURA DO PROTOCOLO, ACOMPANHE A TRAMITAÇÃO DO PROCESSO PELO MESMO TICKET, NO SITE:

<https://www.santamaria.rs.gov.br/usuario/login>