



**ANEXO VI
REQUERIMENTO PADRÃO PARA O LICENCIAMENTO SANITÁRIO
Modelo de Requerimento Padrão**

1. REQUERIMENTO		
<input type="checkbox"/> APROVAÇÃO DE PROJETO ARQUITETÔNICO <input type="checkbox"/> LICENCIAMENTO SANITÁRIO INICIAL <input type="checkbox"/> LICENCIAMENTO SANITÁRIO RENOVAÇÃO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/> ATIVIDADE <input type="checkbox"/> SÓCIOS <input type="checkbox"/> ENDEREÇO <input type="checkbox"/> RAZÃO SOCIAL <input type="checkbox"/> BAIXA <input type="checkbox"/> REGISTRO DE LIVROS/ PROGRAMAS <input type="checkbox"/> ISENTO - CERTIFICADO DE ISENÇÃO (neste caso preencher apenas os itens 3, 4 e 5 do presente requerimento) (todas não previstas no Anexo I)		
2. TIPO DE ESTABELECIMENTO		
<input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> SERVIÇOS DE SAÚDE/ INTERESSE À SAÚDE <input type="checkbox"/> PRODUTOS DE INTERESSE À SAÚDE <input type="checkbox"/> OUTROS: ISENTOS E/OU PONTOS DE REFERÊNCIA		
3. IDENTIFICAÇÃO		
3.1. Nome/ Razão Social:		
3.2. Nome Fantasia:	3.3. CNPJ / CPF:	
3.4. Endereço:		
3.5. Bairro:		
3.6. Município:	3.7. U.F:	3.8. CEP:
3.9. E-mail:	3.10. Telefone:	
3.11. Ponto de referência:		
3.12. Horários de Funcionamento:	3.13. Nº de Funcionários:	
3.14. Responsável Técnico:	3.15. Nº Cons. de Classe:	
	3.16. Telefone:	
3.17. Assinatura do responsável técnico:		
3.18. Responsável pelo encaminhamento da documentação junto à Vigilância Sanitária:	3.19. CPF:	



3.20. Assinatura do Responsável pelo encaminhamento da documentação junto à Vigilância Sanitária:
3.21. Atividades desenvolvidas pelo estabelecimento e/ou atividade (de acordo com o CNAE-Fiscal):
3.22. Classificação de risco da (s) atividade (s) de acordo com a tabela do Anexo I deste Decreto? () Baixo Risco () Alto Risco () Risco Dependente de Informação (responder ao item 3.21)
3.23. Alguma das perguntas do Anexo II deste Decreto, correspondente à atividade do estabelecimento possui resposta afirmativa? () NÃO – Baixo Risco () SIM – Alto Risco (detalhar no item 3.24)
3.24. Descrição:
4. CARACTERÍSTICAS DA ATIVIDADE
4.1. Tipo do empreendimento: () Microempreendedor Individual () Empreendimento Familiar Rural () Economia Solidária () Profissional Autônomo/ liberal () Microempresa () Empresa de Pequeno Porte () Empresa de Médio Porte () Empresa de Grande Porte () Outro:
4.2. Realiza atividades/ procedimentos fora do endereço indicado? () NÃO () SIM (detalhar no item 4.5)
4.3. Terceiriza atividades/ procedimentos? () NÃO () SIM (detalhar no item 4.5)
4.4. Houve alteração nas atividades realizadas pela empresa desde o Licenciamento Sanitário anterior? () NÃO () SIM (descrever alterações no item 4.5)
4.5. Descrição:
5. CARACTERÍSTICAS DO IMÓVEL
5.1. Tipologia do Imóvel: () Comercial: () Sala () Casa () Galpão () Loja () Ponto de referência (residencial) () Edificação industrial () Outro:
5.2. Área construída do empreendimento (m ²):
5.3. Possui projeto arquitetônico aprovado pela SVS de acordo com Decreto Municipal Nº 18/2012? () Não se aplica () NÃO () SIM
5.4. Forma (s) de abastecimento de água: () Público/ CORSAN () Outro (descrever no item 5.7) () Possui caixa d'água
5.5. Houve alteração na estrutura física desde o Licenciamento Sanitário anterior? () NÃO () SIM (descrever alterações no item 5.7)



<p>5.6. O estabelecimento atende aos critérios de acessibilidade previstos no Decreto Municipal Nº 19/2012? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> ISENTO – Nº _____ (Documento emitido pelo Setor de Engenharia e Arquitetura da Superintendência de Vigilância em Saúde)</p> <p>OBS.: Caso o estabelecimento NÃO atenda aos critérios de acessibilidade previstos no referido decreto, o requerente compromete-se a adequá-lo a partir da data de assinatura do presente requerimento de acordo com o prazo estipulado no Decreto Municipal Nº 19/2012. (01 (um) ano para pessoa jurídica - CNPJ e 02 (dois) anos para pessoa física - CPF).</p>																
<p>5.7. Descrição:</p>																
<p>6. ÁREA DE ALIMENTOS</p>																
<p>6.1. Tipo (marcar quantos itens forem necessários):</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> Indústria</td><td><input type="checkbox"/> Importador</td><td><input type="checkbox"/> Exportador</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Serviço de Alimentação</td><td><input type="checkbox"/> Transportador</td><td><input type="checkbox"/> Distribuidor</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Comércio</td><td colspan="2"><input type="checkbox"/> Outro:</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Indústria	<input type="checkbox"/> Importador	<input type="checkbox"/> Exportador	<input type="checkbox"/> Serviço de Alimentação	<input type="checkbox"/> Transportador	<input type="checkbox"/> Distribuidor	<input type="checkbox"/> Comércio	<input type="checkbox"/> Outro:								
<input type="checkbox"/> Indústria	<input type="checkbox"/> Importador	<input type="checkbox"/> Exportador														
<input type="checkbox"/> Serviço de Alimentação	<input type="checkbox"/> Transportador	<input type="checkbox"/> Distribuidor														
<input type="checkbox"/> Comércio	<input type="checkbox"/> Outro:															
<p>6.2. O estabelecimento possui veículos próprios para o transporte dos alimentos? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM 6.2.1. Quantidade de veículos com refrigeração: 6.2.2. Sem refrigeração:</p>																
<p>6.3. O estabelecimento realiza fracionamento de algum tipo de alimento? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (detalhar no item 6.6)</p>																
<p>6.4. Os alimentos de registro obrigatório foram registrados no órgão competente? <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM</p>																
<p>6.5. Os alimentos dispensados da obrigatoriedade de registro foram notificados ao órgão competente? <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM</p>																
<p>6.6. Descrição dos processos/atividades:</p>																
<p>7. ÁREA DE SERVIÇOS DE SAÚDE/INTERESSE À SAÚDE</p>																
<p>7.1. Tipo (marcar quantos itens forem necessários):</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> Consultório</td><td><input type="checkbox"/> Ótica</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Clínica</td><td><input type="checkbox"/> Laboratório</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> ILPI – (Inst. de Longa Permanência Idosos)</td><td><input type="checkbox"/> Hospital</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> SAD – (Serviço de Atenção Domiciliar)</td><td><input type="checkbox"/> EEI – (Estabelecimento de Educação Infantil)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> EPDPis – (Est. de Permanência Diurna de Idosos)</td><td><input type="checkbox"/> Estabelecimentos de Estética</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/> Outros :</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Com internação</td><td><input type="checkbox"/> Sem internação</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/> Outros:</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Consultório	<input type="checkbox"/> Ótica	<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Laboratório	<input type="checkbox"/> ILPI – (Inst. de Longa Permanência Idosos)	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> SAD – (Serviço de Atenção Domiciliar)	<input type="checkbox"/> EEI – (Estabelecimento de Educação Infantil)	<input type="checkbox"/> EPDPis – (Est. de Permanência Diurna de Idosos)	<input type="checkbox"/> Estabelecimentos de Estética	<input type="checkbox"/> Outros :		<input type="checkbox"/> Com internação	<input type="checkbox"/> Sem internação	<input type="checkbox"/> Outros:	
<input type="checkbox"/> Consultório	<input type="checkbox"/> Ótica															
<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Laboratório															
<input type="checkbox"/> ILPI – (Inst. de Longa Permanência Idosos)	<input type="checkbox"/> Hospital															
<input type="checkbox"/> SAD – (Serviço de Atenção Domiciliar)	<input type="checkbox"/> EEI – (Estabelecimento de Educação Infantil)															
<input type="checkbox"/> EPDPis – (Est. de Permanência Diurna de Idosos)	<input type="checkbox"/> Estabelecimentos de Estética															
<input type="checkbox"/> Outros :																
<input type="checkbox"/> Com internação	<input type="checkbox"/> Sem internação															
<input type="checkbox"/> Outros:																
<p>7.2. CNES:</p>																
<p>7.3. O estabelecimento é gerador de resíduos de saúde? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (detalhar no item 7.13)</p> <p>OBS: Definem-se como geradores de resíduos de serviços de saúde (RSS) todos os serviços cujas atividades estejam relacionadas com a atenção à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar; laboratórios analíticos de produtos para a saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviço de medicina legal; drogarias e farmácias, inclusive as de manipulação; estabelecimentos de</p>																



ensino e pesquisa na área da saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores de materiais e controles para diagnóstico in vitro; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de piercing e tatuagem; salões de beleza e estética, dentre outros afins. (§1º, do art. 2º da RDC Nº 222, de 28/03/2018 – ANVISA).
7.3.1. Possui Plano de Gerenciamento de resíduos (PGRSS)? () NÃO () SIM
7.4. O estabelecimento realiza esterilização de materiais? () NÃO () SIM (detalhar no item 7.13)
7.5. O estabelecimento realiza procedimentos médicos ou odontológicos? () NÃO () SIM (detalhar no item 7.13)
7.6. O estabelecimento realiza procedimentos laboratoriais? () NÃO () SIM (detalhar no item 7.13)
7.7. O estabelecimento realiza serviços de lavanderia? () NÃO () SIM (detalhar no item 7.13)
7.8. O estabelecimento realiza fracionamento e/ou armazenamento de produtos de interesse da saúde? () NÃO () SIM (detalhar no item 7.13)
7.9. O estabelecimento realiza fracionamento e/ou pré-preparo e/ou preparo de alimentos? () NÃO () SIM (detalhar no item 7.13)
7.13. Descrição dos processos/atividades:
8. ÁREA DE PRODUTOS DE INTERESSE A SAÚDE
8.1. Tipo (marcar quantos itens forem necessários): () Comércio Varejista () Importador () Distribuidor () Transportador () Exportador () Indústria () Farmácia de Manipulação () Drograria () Outro:
8.2. Possui Autorização de Funcionamento da Empresa (AFE) da ANVISA? () NÃO () SIM Data de Publicação:
8.3. Possui Autorização Especial (AE) da ANVISA? () NÃO () SIM Data de Publicação:
8.4. O estabelecimento realiza esterilização de materiais? () NÃO () SIM (detalhar no item 8.7)
8.5. O estabelecimento realiza fracionamento e/ou armazenamento de produtos de interesse da saúde? () NÃO () SIM (detalhar no item 8.7)
8.6. O estabelecimento possui veículos próprios para o transporte de produtos de interesse da saúde? () NÃO () SIM 8.6.1. Quantidade de veículos com refrigeração: 8.6.2. Sem refrigeração:
8.7. Descrição das atividades:

Santa Maria, _____ de _____ de 20_____.

**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**



Prefeitura Municipal de
SANTA MARIA

Assinatura do responsável legal