



REQUERIMENTO HOSPITAIS - HOS

TIPO DE SERVIÇO		SOLICITANTE	
<input type="checkbox"/>	Alvará Sanitário	NOME COMPLETO:	
<input type="checkbox"/>	Alvará para Evento	CONTATO:	
<input type="checkbox"/>	Alvará de Temporada	CONTABILIDADE (SE HOUVER):	
<input type="checkbox"/>	Habite-se		
<input type="checkbox"/>	Baixa de Funcionamento		
<input type="checkbox"/>	Antecipação de Alvará		
<input type="checkbox"/>	Licença de Transporte		
<input type="checkbox"/>	Antecipação de Licença de Transporte		
<input type="checkbox"/>	Outros		
<input type="checkbox"/>	Baixa de Responsabilidade Técnica		
<input type="checkbox"/>	Baixa de Alvará		
<input type="checkbox"/>	Baixa de Licença de Transporte		

TIPO		CLASSIFICAÇÃO	
<input type="checkbox"/>	Pessoa Jurídica	<input type="checkbox"/>	Comércio
<input type="checkbox"/>	Pessoa Física	<input type="checkbox"/>	Agropecuário
		<input type="checkbox"/>	Educação
		<input type="checkbox"/>	Farmácias com Manipulação de Fórmulas
		<input type="checkbox"/>	Fabricante e/ou Importador de Produtos para a Saúde
		<input type="checkbox"/>	Saúde (outros cadastros de interesse, não especificados anteriormente)
		<input type="checkbox"/>	Indústria de Alimentos
		<input type="checkbox"/>	Indústria de Alimentos (Palmito)
		<input type="checkbox"/>	Indústria de Alimentos (Amendoim)
		<input type="checkbox"/>	Indústria (Outros, não especificados anteriormente)
		<input type="checkbox"/>	Assessoria e consultoria técnica na área de engenharia, segurança e medicina do trabalho

DADOS DO ESTABELECIMENTO			
CNPJ:		RAZÃO SOCIAL:	
		NOME FANTASIA:	
ENDEREÇO:	N.	COMPLEMENTO:	BAIRRO:
CEP:	MUNICÍPIO:	TELEFONE:	E-MAIL:

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	
CNAE	ATIVIDADE

RESPONSÁVEL LEGAL	
CPF:	NOME COMPLETO:

RESPONSÁVEL TÉCNICO			
CPF:	NOME COMPLETO:		
FORMAÇÃO:	CONSELHO DE CLASSE:	UF:	NÚMERO:

ITAPEMA/SC, _____ DE _____ DE 20 ____.

Assinatura do Requerente



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS HOSPITAIS - HOS

CNAE	ATIVIDADE
8610-1/01	Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências - Incluindo: Hospital Geral, Hospital Geral com Unidade Psiquiátrica, Hospital Especializado em Psiquiatria, Hospital de Custódia, Hospital Dia, Serviço de atenção obstétrica e neonatal, UTI Adulto/Neonatal/Pediátrica, Farmácia Privativa de Unidade Hospitalar e Serviço de Nutrição e Dietética Intrahospitalar/Enteral/Paraenteral
8610-1/02	Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências - Inclusive em Saúde Mental e UPA

GRAU DE RISCO	ÁREA	PROCESSO
ALTO	Produtos e Serviços de Saúde	

DOCUMENTOS GERAIS NECESSÁRIOS	
	Requerimento devidamente preenchido e assinado pelo representante legal
	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ atualizado (emitido nos últimos 30 dias)
	Contrato Social OU Requerimento do Empresário Individual OU Certificado do MEI
	Viabilidade de funcionamento OU Alvará de localização e funcionamento
	Atestado de funcionamento do Corpo de Bombeiros OU Isenção de Atestado OU Protocolo
	Certificado de regularidade da empresa junto ao conselho de classe competente
	Certidão de registro do Responsável Técnico junto ao conselho de classe competente
	Cópia do contrato com a empresa responsável pela coleta de lixo
	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde-PGRSS elaborado no site da DIVS/SC
	Cópia da última MTR (Manifesto do transporte de resíduos)
	Certificado de limpeza e desinfecção do reservatório d'água OU Declaração de que não possui
	Certificado de Controle de pragas - desinsetização/desratização (empresa com registro na VISA Itapema)
	Manual de Procedimentos Operacionais Padronizados - POPs (descrevendo os procedimentos detalhadamente)
	Nota fiscal dos equipamentos se novo OU Laudo de calibração dos equipamentos antigos
	Laudo de manutenção do ar condicionado
	Declaração de recursos humanos (número de pessoas, nome completo, CPF, número de registro no conselho se houver, categoria profissional e atividade);
	Comprovante de situação vacinal dos profissionais envolvidos (Hepatite, DT, Triplice viral e Febre Amarela)
	Comprovante de aprovação de projeto arquitetônico completo expedido pelo órgão sanitário competente (RDC 50/02 – RDC 189/03)
	Declaração da capacidade instalada para atendimento de clientes
	Comprovante de pagamento da Taxa de Vigilância Sanitária (exceto MEI)

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS NECESSÁRIOS
* Consultar documentações específicas junto à Vigilância Sanitária

OBSERVAÇÕES:

¹ Poderão ser exigidos outros documentos durante a inspeção da Autoridade de Vigilância Sanitária.

² Preencher autoinspeção do SIERBP



ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE ITAPEMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

