



REQUERIMENTO INSTITUTOS DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILP

TIPO DE SERVIÇO	
<input type="checkbox"/>	Alvará Sanitário
<input type="checkbox"/>	Alvará para Evento
<input type="checkbox"/>	Alvará de Temporada
<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

SOLICITANTE	
NOME COMPLETO:	
CONTATO:	
CONTABILIDADE (SE HOUVER):	

NATUREZA DO ALVARÁ	
<input type="checkbox"/>	Estabelecimentos industriais, comerciais e agropecuários
<input type="checkbox"/>	Habitação (Habite-se)
<input type="checkbox"/>	Estabelecimentos de saúde, educação pré-escolas e outros

TIPO	
<input type="checkbox"/>	Pessoa Jurídica
<input type="checkbox"/>	Pessoa Física

CLASSIFICAÇÃO	
<input type="checkbox"/>	Comércio
<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

PORTE	
<input type="checkbox"/>	Micro
<input type="checkbox"/>	Pequeno
<input type="checkbox"/>	Médio
<input type="checkbox"/>	Grande
<input type="checkbox"/>	MEI
<input type="checkbox"/>	DEMAIS

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 INSTITUTOS DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILP

CNAE	ATIVIDADE
8711-5/01	Clínicas e residências geriátricas
8711-5/02	Instituições de longa permanência para idosos
8711-5/05	Condomínios residenciais para idosos - Incluindo Centros de Atenção Diária e Centro de Convivência de Idosos

GRAU DE RISCO	ÁREA	PROCESSO
ALTO	Produtos e Serviços de Saúde	Simplificado

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	
Requerimento devidamente preenchido e assinado pelo representante legal	
CNPJ atualizado (emitido nos últimos 30 dias)	
Contrato Social OU Requerimento do Empresário Individual OU Certificado do MEI OU Registro de Entidade Social	
Viabilidade de funcionamento OU Alvará de localização e funcionamento	
Projeto arquitetônico básico aprovado pela DIVS/SC	
Atestado de funcionamento do Corpo de Bombeiros OU Isenção de Atestado OU Protocolo	
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 Controle de pragas - desinsetização/desratização (empresa com registro na VISA Itapema)	
Certificado de limpeza e desinfecção do reservatório d'água OU Declaração de que não possui	
Termo de responsabilidade técnica / Certificado de Regularidade / A.F.T. / A.R.T ou similar, inclusive se houver substituto.	
Certificado de Registro de Pessoa Jurídica junto ao conselho.	
Responsabilidade técnica perante o conselho de classe competente	
Registro dos demais profissionais perante o conselho de classe competente	
Registro de cursos e capacitações dos profissionais	
Declaração da capacidade instalada para atendimento dos residentes	
Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes	
Comprovante de notificações compulsórias	
Comprovante de notificações de eventos sentinelas	
Contrato com as empresas terceirizadas (se houver)	
Alvará Sanitário atualizado das empresas terceirizadas (se houver)	
Manual de Boas Práticas do serviço de alimentação	
Atestado de Saúde dos manipuladores de alimentos	
Regimento Interno	
Lista de pacientes (só iniciais), com cada grau de dependência	
Lista de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), Nutrição, Farmácia, Limpeza, e outros	
Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES atualizado	
Comprovante de registro no Conselho Municipal do Idoso	
Comprovante de cadastro, cópia do preenchimento do roteiro de autoinspeção e autoavaliação da ILPI no SIERBP	
Comprovante de limpeza e manutenção dos aparelhos de ar condicionado (Até 60.000 BTUs)	
Plano de Manutenção Operação e Controle - PMOC - do sistema de ar condicionado (Acima de 60.000 BTUs)	
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 pagamento da Taxa de Vigilância Sanitária (exceto MEI)	

OBSERVAÇÕES:

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