



## REQUERIMENTO LABORATÓRIOS - LAB

TIPO DE SERVIÇO		SOLICITANTE	
	Alvará Sanitário	NOME COMPLETO:	
	Alvará para Evento	CONTATO:	
	Alvará de Temporada	CONTABILIDADE (SE HOUVER):	
	Habite-se		
	Baixa de Funcionamento		
	Antecipação de Alvará		
	Licença de Transporte		
	Antecipação de Licença de Transporte		
	Outros		
	Baixa de Responsabilidade Técnica		
	Baixa de Alvará		
	Baixa de Licença de Transporte		

TIPO	CLASSIFICAÇÃO
Pessoa Jurídica	Comércio
Pessoa Física	Agropecuário
	Educação
	Farmácias com Manipulação de Fórmulas
	Fabricante e/ou Importador de Produtos para a Saúde
	Saúde (outros cadastros de interesse, não especificados anteriormente)
	Indústria de Alimentos
	Indústria de Alimentos (Palmito)
	Indústria de Alimentos (Amendoim)
	Indústria (Outros, não especificados anteriormente)
	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 LABORATÓRIOS - LAB

CNAE	ATIVIDADE
7120-1/00	Testes e análises técnicas - Exclusivamente Laboratórios Analíticos para análise de produtos sujeita a vigilância sanitária
8640-2/01	Laboratórios de anatomia patológica e citológica
8640-2/02	Laboratórios clínicos - Análises Clínicas ou Posto de Coleta Laboratorial

GRAU DE RISCO	ÁREA	PROCESSO
ALTO	Produtos e Serviços de Saúde	

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	
Requerimento devidamente preenchido e assinado pelo representante legal	
Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ atualizado (emitido nos últimos 30 dias)	
Contrato Social <b>OU</b> Requerimento do Empresário Individual <b>OU</b> Certificado do MEI	
Viabilidade de funcionamento <b>OU</b> Alvará de localização e funcionamento	
Projeto arquitetônico completo (Escala 1:50 , 2 vias) aprovado <b>OU</b> Termo de Responsabilidade de dispensa	
Atestado de funcionamento do Corpo de Bombeiros <b>OU</b> Isenção de Atestado <b>OU</b> 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 <b>OU</b> Declaração de que não possui	
Laudo do controle de qualidade da água	
Certificado de Controle de pragas - desinsetização/desratização (empresa com registro na VISA Itapema)	
Manual de Procedimentos Operacionais Padronizados - POPs (descrevendo os procedimentos detalhadamente)	
Manual de Boas Práticas – RDC n° 328 de 22/07/1999 e Portaria n° 802/98	
Descrição dos serviços desenvolvidos	
Nota fiscal dos equipamentos se novo <b>OU</b> Laudo de calibração dos equipamentos antigos (Laudo de manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos)	
Procedimento Operacional Padrão - POP do transporte de amostras para laboratórios terceirizados	
Alvará dos laboratórios terceirizados	
Laudo de manutenção do ar condicionado	
Plano de operação, manutenção e controle (PMOC)	
LTCAT - Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho	
PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional	
PPRA -Programa de Prevenção de Riscos Ambientais	
CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – <a href="http://cnes.datasus.gov.br">http://cnes.datasus.gov.br</a> )	
Declaração de recursos humanos (número de pessoas, nome completo, CPF, número de registro no conselho se houver, categoria profissional e atividade);	
Declaração do horário de funcionamento – Discriminar por 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:

<sup>1</sup> Poderão ser exigidos outros documentos durante a inspeção da Autoridade de Vigilância Sanitária.



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

