



REQUERIMENTO PRÓTESE DENTÁRIA - PRD

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 PRÓTESE DENTÁRIA - PRD

CNAE	ATIVIDADE
3250-7/06	Serviços de prótese dentária

GRAU DE RISCO	ÁREA	PROCESSO
BAIXO	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
	Viabilidade de funcionamento OU Alvará de localização e funcionamento
	Atestado de funcionamento do Corpo de Bombeiros OU Isenção de Atestado OU Protocolo
	Certidão de registro do Responsável Técnico junto ao conselho de classe competente
	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)
	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)
	Roteiro de Auto Inspeção e Autodeclaração devidamente preenchidos e assinados pelo responsável legal
	Comprovante de pagamento da Taxa de Vigilância Sanitária (exceto MEI)



ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO SANITÁRIA PRÓTESE DENTÁRIA - PRD

DADOS DO ESTABELECIMENTO

CNPJ:		RAZÃO SOCIAL:			
		NOME FANTASIA:			
ENDEREÇO:		N.	COMPLEMENTO:	BAIRRO:	
CEP:	MUNICÍPIO:	TELEFONE:	F-MAIL:		

RESPONSÁVEL LEGAL

CPF:	NOME COMPLETO:
------	----------------

FUNCIONÁRIOS

Nº DE FUNCIONÁRIOS:	Nº DE MULHERES:	Nº DE HOMENS:
---------------------	-----------------	---------------

LEGENDA

S - SIM **N** - NÃO **NA** - NÃO SE APLICA **CF** - CONFORMIDADE (a ser preenchida pelo fiscal no momento da inspeção)

ÁREA FÍSICA E INSTALAÇÕES

ITEM	S	N	NA	CF	ENQUADRAMENTO LEGAL
No caso do laboratório de próteses funcionar anexo ao serviço odontológico, possui separação por parede ou divisória até o teto?					Resolução Normativa DIVS/SES nº 002/2017
O laboratório de próteses possui área de recepção (onde serão realizadas a desinfecção das moldagens, modelos e peças protéticas provenientes dos serviços odontológicos)?					Resolução Normativa DIVS/SES nº 002/2017
A área de recepção possui pia e bancada, recipientes com tampa, resistentes aos agentes de desinfecção?					Resolução Normativa DIVS/SES nº 002/2017
As instalações físicas dos ambientes externos e internos estão em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza?					Resolução Normativa DIVS/SES nº 002/2017
O serviço está dotado de iluminação, ventilação, conforto acústico e térmico compatíveis com os procedimentos executados?					Resolução Normativa DIVS/SES nº 002/2017
As condições gerais de piso, teto e paredes estão livres de infiltrações, trincas, rachaduras e são de material liso e resistente à lavagem?					Resolução Normativa DIVS/SES nº 002/2017
O serviço realiza manutenções preventivas e corretivas das instalações prediais, elétricas e hidráulicas de forma própria ou terceirizada?					Resolução Normativa DIVS/SES nº 002/2017
Dispõe de certificado de serviço de limpeza e desinfecção do(s) reservatório(s) de água, com periodicidade máxima de 6 (seis) meses, realizado por empresa licenciada pela Vigilância Sanitária?					Arts. 55 e 57 §1º do Decreto Estadual nº 1846/2018
Possui laudo analítico comprovando a potabilidade da água, efetuado por laboratório licenciado pela Vigilância Sanitária?					Art. 56 "caput" e parágrafo único do Decreto Estadual nº 1846/2018
O serviço garante ações eficazes e contínuas de controle de vetores e pragas urbanas, com o objetivo de impedir a atração, o abrigo, o acesso e ou proliferação dos mesmos ou, quando necessário, o controle químico é realizado por empresa especializada e licenciada pela Vigilância Sanitária?					Resolução Normativa DIVS/SES nº 002/2017
O serviço realiza manutenções preventivas e corretivas nos equipamentos e acessórios, além de calibração quando aplicável, ficando disponível a autoridade sanitária o registro da execução das mesmas?					Resolução Normativa DIVS/SES nº 002/2017
No caso do serviço realizar fundições e geração de pós ou vapores de produtos químicos possui sistema de exaustão localizado na fonte geradora?					Resolução Normativa DIVS/SES nº 002/2017
O estabelecimento está ligado à rede pública de abastecimento de água?					Art. 58 do Decreto Estadual nº 1846/2018
O estabelecimento está ligado à rede pública coletora de					Art. 45 da Lei Federal 11.445/2007



esgotamento sanitário?

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL					
ITEM	S	N	NA	CF	ENQUADRAMENTO LEGAL
O laboratório de próteses funciona na presença física de um cirurgião dentista ou de um técnico em prótese dental, inscrito junto ao Conselho Regional de Odontologia/SC, que assume a responsabilidade pelo serviço?					Resolução Normativa DIVS/SES nº 002/2017

CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS					
ITEM	S	N	NA	CF	ENQUADRAMENTO LEGAL
O serviço promove a capacitação de seus profissionais antes do início das atividades e de forma periódica, em conformidade com as atividades desenvolvidas?					Resolução Normativa DIVS/SES nº 002/2017

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL					
ITEM	S	N	NA	CF	ENQUADRAMENTO LEGAL
O Laboratório está provido minimamente dos seguintes EPIs: avental, óculos e/ou protetor facial, máscara para vapores e/ou poeiras, luvas com proteção térmica no ambiente de fundição e luvas de procedimentos?					Resolução Normativa DIVS/SES nº 002/2017

GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS					
ITEM	S	N	NA	CF	ENQUADRAMENTO LEGAL
Possui Plano de Gerenciamento de Serviço de Saúde - PGRSS conforme RDC nº 222/18 ou outra que vier substituí-la?					Resolução Normativa DIVS/SES nº 002/2017
2 O laboratório de próteses possui lixeiras distintas e identificadas para o descarte dos diferentes tipos de resíduos gerados?					Resolução Normativa DIVS/SES nº 002/2017
O serviço possui contrato com empresa responsável pelo recolhimento e destinação final dos resíduos?					Resolução Normativa DIVS/SES nº 002/2017

OBSERVAÇÕES:

¹ Autoridade de Saúde, no exercício de suas atribuições, poderá exigir além dos itens relacionados neste roteiro, outros que se fizerem necessários para garantia da Saúde Pública, bem como que constam em normas aplicáveis ao caso;

² Este roteiro poderá ser revisto, sempre que necessário, de acordo com as determinações da Autoridade de Saúde.

DATA DO PREENCHIMENTO DO ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO: _____ / _____ / _____



AUTODECLARAÇÃO

Declaro estar ciente das normas sanitárias vigentes para a atividade pretendida e me comprometo ao cumprimento das mesmas, assegurando a qualidade dos produtos e/ou serviços oferecidos. Declaro ainda, que as informações aqui prestadas são expressão da verdade e que o preenchimento deste roteiro com informações falsas constitui infração sanitária, estando sujeito às sanções cabíveis.

Assinatura do Representante Legal

CPF

Assinatura do Responsável Técnico

Nº de inscrição do respectivo Conselho de Classe