



## REQUERIMENTO ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL - PSI

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 ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL - PSI

CNAE	ATIVIDADE
8720-4/01	Atividades de centros de assistência psicossocial - CAPS AD, I, 1, 2, 3 ou 4
8720-4/99	Atividades de assistência psicossocial e à saúde a portadores de distúrbios psíquicos, deficiência mental e dependência química e grupos similares não especificadas anteriormente - Incluindo Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, Comunidades Terapêuticas de Saúde e de Interesse da Saúde

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 <b>OU</b> Registro de Entidade Social
	Viabilidade de funcionamento <b>OU</b> Alvará de localização e funcionamento
	Atestado de funcionamento do Corpo de Bombeiros <b>OU</b> Isenção de Atestado <b>OU</b> Protocolo
	Estatuto
	Regimento Interno
	Projeto Arquitetônico
	Projeto terapêutico singular (PTS) e plano de cuidado terapêutico
	Ficha individual (prontuário)
	Contrato das empresas terceirizadas (se houver)
	Certidão de registro do Responsável Técnico junto ao conselho de classe competente
	Certidão de registro dos demais profissionais junto ao conselho de classe competente
	Registro de capacitação dos profissionais
	Certificado de limpeza e desinfecção do reservatório d'água <b>OU</b> Laudo de potabilidade de água
	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)
	Carteirinha de saúde dos manipuladores de alimentos
	Certificado de curso de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos de todos os profissionais que manipularem os alimentos
	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.