



REQUERIMENTO SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICOS - SDI

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 SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO - SDI

CNAE	ATIVIDADE
8640-2/04	Serviços de tomografia
8640-2/06	Serviços de Ressonância Magnética
8640-2/07	Serviços de diagnóstico por imagem sem uso de radiação ionizante, exceto ressonância magnética - incluindo ultrassonografia e densitometria óssea
8640-2/08	Serviços de diagnóstico por registro gráfico - ECG, EEG e outros exames análogos
8640-2/09	Serviços de diagnóstico por métodos ópticos - endoscopia e outros exames análogos
8640-2/99	Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica não especificadas anteriormente

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 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
	Projeto Arquitetônico
	Certificado de regularidade da empresa junto ao conselho de classe competente
	Certidão de registro do Responsável Técnico junto ao conselho de classe competente
	Certidão de registro dos demais profissionais junto ao conselho de classe competente
	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO
	Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais - PPRA
	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)
	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES
	Manual de Procedimentos Operacionais Padronizados - POPs (descrevendo os procedimentos detalhadamente)
	Manual de Boas Práticas - RDC nº 328 de 22/07/1999 e Portaria nº 802/98
	Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho - LTCAT
	Nota fiscal dos equipamentos se novo OU Laudo de calibração dos equipamentos antigos (Laudos de manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos)
	Laudos de manutenção do ar condicionado
	Laudos radiométricos
	Laudos/registro dos dosímetros
	Registro dos equipamentos
	Testes de controle de qualidade
	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:

¹ 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

