



REQUERIMENTO TRANSPORTE DE PACIENTES - TDP

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:

VEÍCULO			
PLACA:	MODELO:	CHASSI:	RENAVAM:
RESPONSÁVEL PELA CONDUÇÃO:		ESPECIFICAÇÃO:	

ITAPEMA/SC, _____ DE _____ DE 20 ____.

Assinatura do Requerente



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS TRANSPORTE DE PACIENTES - TDP

CNAE	ATIVIDADE
8621-6/01	UTI móvel
8621-6/02	Serviços móveis de atendimento a urgências, exceto por UTI móvel
8622-4/00	Serviços de remoção de pacientes, exceto os serviços móveis de atendimento a urgências

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
	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES
	Certificado de regularidade da empresa junto ao conselho de classe competente
	Certidão de registro do Responsável Técnico junto ao conselho de classe competente
	Contrato com todas as empresas terceirizadas (lavanderia, esterilização, entre outras)
	Declaração da capacidade instalada para atendimento de clientes
	Declaração da base operacional utilizada como Central de Regulação das Urgências (CRU)
	Listagem de todos os equipamentos
	Listagem contendo todos os medicamentos, maleta de parto, maleta para vias aéreas e maleta para acesso venoso
	Laudo de manutenção preventiva de todos os equipamentos
	Certificado de propriedade do veículo de transporte e respectiva licença de circulação junto ao órgão competente
	Laudo de manutenção preventiva do veículo
	Laudo de manutenção do ar condicionado
	Procedimento Operacional Padrão - POP descrito detalhadamente
	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
	Cópia do documento de habilitação do condutor emitida pelo órgão competente
	Cópia da última MTR - Manifesto de Transporte de Resíduos
	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
	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.



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

