|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO PADRAO E****TERMO DE RESPONSABILIDADE SANITÁRIA** |

|  |
| --- |
| **Observação: Este formulário deverá ser totalmente preenchido com letra de forma ou digitado.** |

|  |
| --- |
| 1. **REQUERIMENTO**
 |
| **[ ]  LICENCIAMENTO SANITÁRIO INICIAL** **[ ]  LICENCIAMENTO SANITÁRIO RENOVAÇÃO****[ ]  CADASTRO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE** |

|  |
| --- |
| 1. **TIPO DE ESTABELECIMENTO**
 |
| **[ ]  ALIMENTOS****[ ]  SERVIÇOS DE SAÚDE / INTERESSE À SAÚDE****[ ]  PRODUTOS DE INTERESSE A SAÚDE** |

|  |
| --- |
| 1. **IDENTIFICAÇÃO**
 |
| 3.1. Nome / Razão Social: |
| 3.2. Nome Fantasia: | 3.3. CNPJ / CPF: |
| 3.4. Endereço: |
| 3.5. Bairro: |
| 3.6. Município: | 3.7. U.F: | 3.8. CEP: |
| 3.9. E-mail: | 3.10. Telefone:()      |
| 3.11. Ponto de referência: |
| 3.12. Horários de Funcionamento: | 3.13. Nº de Funcionários: |
| 3.14. Responsável Técnico: | 3.15. Nº Cons. de Classe: |
| 3.16. Responsável perante a Vigilância Sanitária: | 3.17. CPF: |
| 3.18. Atividade econômica principal (de acordo com o CNAE-Fiscal): |
| 3.19. Atividades secundárias realizadas pelo estabelecimento (de acordo com o CNAE-Fiscal): |

|  |
| --- |
| 1. **CARACTERÍSTICAS DA ATIVIDADE**
 |
| 4.1. Tipo do empreendimento: |
| **[ ]  Microempreendedor Individual**  | **[ ]  Empreendimento Familiar Rural**  |
| **[ ]  Economia Solidária**  | **[ ]  Profissional Autônomo/Liberal**  |
| **[ ]  Microempresa** | **[ ]  Empresa de Pequeno Porte** |
| **[ ]  Empresa de Médio Porte**  | **[ ]  Empresa de Grande Porte**  |
| **[ ]  Outro**:       |
| 4.2. Realiza atividades/procedimentos fora do endereço indicado?**[ ]  NÃO** **[ ]  SIM (detalhar no item 4.5)** |
| 4.3. Terceiriza atividades/procedimentos?**[ ]  NÃO** **[ ]  SIM (detalhar no item 4.5)** |
| 4.4. Houve alteração nas atividades realizadas pela empresa desde o licenciamento sanitário anterior?**[ ]  NÃO** **[ ]  SIM (descrever alterações no item 4.5)** |
| 4.5. Descrição: |

|  |
| --- |
| 1. **CARACTERÍSTICAS DO IMÓVEL**
 |
| 5.1. Tipologia do Imóvel: |
| **[ ]  Sala Comercial**  | **[ ]  Casa de uso comercial**  | **[ ]  Galpão**  |
| **[ ]  Loja**  | **[ ]  Edificação de uso comercial**  | **[ ]  Edificação industrial** |
| **[ ]  Outro**:       |
| 5.2. Área construída do empreendimento (m²): |
| 5.3. Possui projeto arquitetônico aprovado?**[ ]  Não se aplica** **[ ]  NÃO** **[ ]  SIM Nº:**       |
| 5.4. Possui projeto hidrossanitário aprovado?**[ ]  Não se aplica [ ]  NÃO [ ]  SIM Nº:**       |
| 5.5. Possui habite-se sanitário?**[ ]  Não se aplica [ ]  NÃO [ ]  SIM Nº:**       |
| 5.6. Forma(s) de abastecimento de água:**[ ]  Público** **[ ]  Outro (descrever no item 5.8)**  |
| 5.7. Houve alteração na estrutura física desde o licenciamento sanitário anterior?**[ ]  NÃO** **[ ]  SIM (descrever alterações no item 5.8)** |
| 5.8. Descrição: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **ÁREA DE ALIMENTOS**
 | [ ]  | NÃO SE APLICA |
| 6.1. Tipo (marcar quantos itens for necessário): |
| **[ ]  Indústria**  | **[ ]  Importador**  | **[ ]  Exportador**  |
| **[ ]  Serviço de Alimentação**  | **[ ]  Transportador**  | **[ ]  Distribuidor**  |
| **[ ]  Comércio** | **[ ]  Outro**:       |
| 6.2. O estabelecimento possui veículos próprios para o transporte dos alimentos?**[ ]  NÃO** **[ ]  SIM Quantidade de veículos:**      |
| 6.3. O estabelecimento realiza fracionamento de algum tipo de alimento?**[ ]  NÃO** **[ ]  SIM (detalhar no item 6.6)** |
| 6.4. Os alimentos de registro obrigatório foram registrados no órgão competente?**[ ]  Não se aplica** **[ ]  NÃO** **[ ]  SIM** |
| 6.5. Os alimentos dispensados da obrigatoriedade de registro foram notificados ao órgão competente?**[ ]  Não se aplica** **[ ]  NÃO** **[ ]  SIM** |
| 6.6. Descrição: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **ÁREA DE SERVIÇOS DE SAÚDE / INTERESSE À SAÚDE**
 | [ ]  | NÃO SE APLICA |
| 7.1. Tipo (marcar quantos itens forem necessários): |
| **[ ]  Privado**  | **[ ]  Público**  | **[ ]  Filantrópico**  |
| **[ ]  Com internação**  | **[ ]  Sem internação**  |  |
| **[ ]  Outro**:       |
| 7.2. CNES: |
| 7.3. Tem convênio com o SUS?**[ ]  Não se aplica** **[ ]  NÃO** **[ ]  SIM** |
| 7.4. Nº de Leitos SUS: | 7.5. Nº de Leitos Particulares: |
| 7.6. O estabelecimento realiza serviços de lavanderia?**[ ]  NÃO** **[ ]  SIM (detalhar no item 7.12)** |
| 7.7. O estabelecimento realiza esterilização de materiais?**[ ]  NÃO** **[ ]  SIM (detalhar no item 7.12)** |
| 7.8. O estabelecimento realiza procedimentos médicos ou odontológicos?**[ ]  NÃO** **[ ]  SIM (detalhar no item 7.12)** |
| 7.9. O estabelecimento realiza procedimentos laboratoriais?**[ ]  NÃO** **[ ]  SIM (detalhar no item 7.12)** |
| 7.10. O estabelecimento realiza fracionamento e/ou armazenamento de produtos de interesse da saúde?**[ ]  NÃO** **[ ]  SIM (detalhar no item 7.12)** |
| 7.11. O estabelecimento realiza fracionamento e/ou pré-preparo e/ou preparo de alimentos?**[ ]  NÃO** **[ ]  SIM (detalhar no item 7.12)** |
| 7.12. Descrição: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **ÁREA DE PRODUTOS DE INTERESSE A SAÚDE**
 | [ ]  | NÃO SE APLICA |
| 8.1. Tipo (marcar quantos itens forem necessários): |
| **[ ]  Comércio**  | **[ ]  Importador**  | **[ ]  Distribuidor**  |
| **[ ]  Transportador**  | **[ ]  Exportador**  | **[ ]  Indústria** |
| **[ ]  Farmácia de Manipulação**  | **[ ]  Laboratório** | **[ ]  Outro**:       |
| 8.2. Possui Autorização de Funcionamento da Empresa (AFE) da ANVISA?**[ ]  NÃO** **[ ]  SIM Data de Publicação:**       |
| 8.3. Possui Autorização Especial (AE) da ANVISA?**[ ]  NÃO** **[ ]  SIM Data de Publicação:**       |
| 8.4. O estabelecimento realiza esterilização de materiais?**[ ]  NÃO** **[ ]  SIM (detalhar no item 8.8)** |
| 8.5. O estabelecimento realiza procedimentos laboratoriais?**[ ]  NÃO** **[ ]  SIM (detalhar no item 8.8)** |
| 8.6. O estabelecimento realiza fracionamento e/ou armazenamento de produtos de interesse da saúde?**[ ]  NÃO** **[ ]  SIM (detalhar no item 8.8)** |
| 8.7. O estabelecimento possui veículos próprios para o transporte de produtos de interesse da saúde?**[ ]  NÃO** **[ ]  SIM Quantidade de veículos:**       |
| 8.8. Descrição: |

|  |
| --- |
| 1. **DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA**
 |
|  |
| **[ ]  Comprovante de pagamento de taxas conforme normas vigentes (quando aplicável);** |
| **[ ]  Declaração ou previsão de faturamento, assinada pelo proprietário, para os estabelecimentos que usufruírem de reduções no pagamento da taxa;** |
| **[ ]  Consulta de viabilidade ou consulta prévia de localização emitida pelo órgão municipal competente;** |
| **[ ]  Cópia do contrato social atualizado ou documento previsto para comprovação de formalização;** |
| **[ ]  Cópia do memorial descritivo de todos os serviços prestados ou produtos fabricados e/ou comercializados pelo estabelecimento, sujeitos a vigilância sanitária;** |
| **[ ]  Documento emitido pelo respectivo Conselho Regional de Classe que comprove a inscrição regular da empresa no mesmo, quando houver necessidade de responsabilidade técnica;** |
| **[ ]  Documento emitido pelo respectivo Conselho Regional de Classe que comprove a Responsabilidade Técnica, quando houver necessidade de responsabilidade técnica;** |
| **[ ]  Laudo de potabilidade da água, emitido por laboratório devidamente licenciado, conforme normas vigentes.** |
| **[ ]  Cópia do Termo de Conformidade Sanitária, ou Habite-se Sanitário, com o respectivo carimbo de aprovação da vigilância sanitária (quando aplicável).** |
| **[ ]  Demais documentações específicas para a atividade.** |
| **OBS: Documentação complementar poderá ser solicitada durante o processo de licenciamento.** |

|  |
| --- |
| 1. **TERMO DE RESPONSABILIDADE SANITÁRIA**
 |
| **Declaro, para os devidos fins, que as informações prestadas neste requerimento são verdadeiras e retratam fielmente o funcionamento do estabelecimento.****Estou ciente de que:**1. **As informações prestadas são de interesse público e qualquer inverdade ou omissão poderá invalidar o licenciamento sanitário obtido pelo presente processo, sujeitando-me às penalidades previstas nos instrumentos legais vigentes;**
2. **Caso seja verificado risco ou dano à saúde da população, inclusive a do trabalhador, em virtude dos produtos ou serviços prestados por meu estabelecimento, estarei sujeito às penalidades previstas nos instrumentos legais vigentes;**
3. **Inspeções poderão ser realizadas a qualquer tempo, sendo meu dever manter a documentação ora apresentada devidamente atualizada e disponível para avaliação das autoridades sanitárias;**
4. **Qualquer alteração de atividades exercidas, estrutura física do estabelecimento ou procedimentos operacionais será comunicado a esta Vigilância Sanitária.**
 |
| Data:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome:Assinatura do Responsável ou Representante Legal |