|  |
| --- |
| **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 |