



**REQUERIMENTO PARA LICENCIAMENTO SANITÁRIO**

IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DA EMPRESA/ESTABELECIMENTO		
RAZÃO SOCIAL/ NOME:		<input type="checkbox"/> PESSOA FÍSICA <input type="checkbox"/> PESSOA JURÍDICA
NOME FANTASIA:		
CNPJ / CPF:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	INSCRIÇÃO MUNICIPAL:
ENDEREÇO:		TELEFONE(S):
BAIRRO:	CEP:	MUNICÍPIO:
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:	<input type="checkbox"/> SERVIÇO PÚBLICO <input type="checkbox"/> SERVIÇO PRIVADO	<input type="checkbox"/> MATRIZ <input type="checkbox"/> FILIAL
LICENÇA SANITÁRIA ANTERIOR (nº. e data de vencimento):		CNES (apenas para serviços de saúde):
E-MAIL (da empresa ou dos responsáveis):		
REPRESENTANTE LEGAL – PROPRIETÁRIO (A)		
NOME:		
RG:	CPF:	
RESPONSÁVEL LEGAL - PROCURADOR (A) (se houver)		
NOME:		
RG:	CPF:	
RESPONSÁVEL TÉCNICO - RT		
NOME:		
Nº DE INSC. NO CONSELHO DE CLASSE:		CPF:
<b>TIPO DE VÍNCULO</b>	TELEFONE:	E-MAIL DO RT:
<input type="checkbox"/> FUNCIONÁRIO <input type="checkbox"/> PROPRIETÁRIO		
ATIVIDADE(S) EXERCIDA(S) SEGUNDO A CNAE (IBGE/CONCLA)		
CNAE:	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:	
SOLICITAÇÃO AO DVS		
<input type="checkbox"/> Licença sanitária – Inicial. <input type="checkbox"/> Licença sanitária – Renovação. <input type="checkbox"/> Inclusão de atividade. Qual: _____ <input type="checkbox"/> Exclusão de atividade. Qual: _____	<input type="checkbox"/> Baixa de Responsabilidade Técnica (para o RT farmacêutico há formulário específico). <input type="checkbox"/> Mudança do Responsável Técnico (para o RT farmacêutico há formulário específico). <input type="checkbox"/> Mudança do Responsável Legal ou da Razão Social. <input type="checkbox"/> Emissão/impressão de licença sanitária com dados atualizados. <input type="checkbox"/> Outros (descrever): _____ _____ _____ _____	

Nestes termos pede deferimento da solicitação assinalada, declarando cumprir a legislação vigente e assumir, civil e criminalmente, inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas neste formulário e nos documentos anexos.

\_\_\_\_\_  
**REQUERENTE**  
*Proprietário(a)/procurador(a) ou Responsável Técnico(a)*

\_\_\_\_\_-RR, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
*(município e data)*

<b>Protocolo nº.</b>
<b>Recebido do DVS:</b>



### CLÍNICAS, POLICLÍNICAS E CONSULTÓRIOS MÉDICOS

#### **LISTA DE DOCUMENTAÇÃO ANEXA AO REQUERIMENTO DE LICENÇA SANITÁRIA**

CNAE:8630-5/03: atividade médica ambulatorial **restrita a consultas**. RDC 63/2011/Anvisa.  
CNAE:8630-5/02: atividade médico ambulatorial com recursos para **exames complementares**. RDC 63/2011.  
CNAE:8630-5/01: atividade médico **ambulatorial** com procedimentos **cirúrgicos**. RDC 63/2011. RDC 63/2011/Anvisa.  
CNAE:8630-5/06: serviços de **vacinação** e imunização humana. RDC 197/2017/Anvisa. RDC 63/2011/Anvisa.  
CNAE:8640-2/03: serviços de **diálise** e nefrologia. RDC 11/2014/Anvisa. RDC 63/2011/Anvisa.  
CNAE:8640-2/06: **ressonância magnética**. RDC 330/2019/Anvisa; IN 97/2021. RDC 63/2011/Anvisa.  
CNAE:8640-2/07: diagnóstico por imagem sem radiação ionizante: **ultrassonografia**. RDC 330/2019, IN 96/2021. RDC 63/2011/Anvisa.  
CNAE:8640-2/08: diagnóstico por registro gráfico: **ECG, EEG** e exames análogos. RDC 63/2011/Anvisa.  
CNAE:8640-2/09: diagnósticos por métodos ópticos: **endoscopia**, colonoscopia. RDC 06/2013/Anvisa; RDC 63/2011/Anvisa.  
CNAE:8640-2/10: serviços de **quimioterapia**. RDC 220/2004/Anvisa.  
CNAE:8640-2/13: serviços de **litotripsia**. RDC 63/2011 e RDC 330/2019 (se usar fluoroscopia).  
CNAE:8640-2/99: diagnóstico/terapia não especificado: **espirometria, Medicina Hiperbárica**. RDC 63/2011.

Nº	DOCUMENTO OU CÓPIA	Recebido
01	Requerimento Padrão modelo DVS: 02 vias preenchidas, datadas e assinadas pelo Proprietário, Procurador ou Responsável Técnico - RT.	
02	Lista de documentação entregue anexa ao Requerimento, modelo DVS (é este documento).	
03	Relação de serviços oferecidos relativa à atividade que realiza, respondida na íntegra, datada e assinada pelo médico Responsável Técnico - RT. De acordo com as atividades oferecidas, poderá ser necessário preencher mais de uma Relação (modelo disponibilizado pelo DVS).	
04	Cópia de documento de identificação com foto (RG e CPF ou CNH) do Proprietário.	
05	Cópia de Procuração e de documento de identificação com foto (RG, CNH) e CPF do Procurador, se houver. <i>Só serão aceitas procurações com assinaturas reconhecidas, mas o documento não precisa ser feito pelo cartório.</i>	
06	Cópia do boleto e comprovante de pagamento da taxa DARE. Código Geral de Saúde Pública: 8070. Código do tributo: 213 - clínicas médicas. Site <a href="http://www.sefaz.rr.gov.br">www.sefaz.rr.gov.br</a> .	
07	Cópia do cartão CNPJ da empresa (impresso no ano corrente).	
08	Cópia de Parecer Técnico de aprovação do PBA- projeto básico de arquitetura emitido pelo DVS e Termo de Execução de Obra – TEO em caso de 1ª Licença ou se houve reforma/ampliação após a Licença anterior; OU Termo de Compatibilidade de Obra – TCO em caso de Renovação sem alteração.	
09	Cópia do Alvará de Funcionamento municipal, em caso de renovação.	
10	Relação de serviços terceirizados: assinada pelo proprietário, apresentando Razão Social e CNPJ da empresa contratada (nome e CPF, se pessoa física) e o tipo de serviço prestado (modelo disponibilizado pelo DVS).	
11	Relação nominal dos profissionais de saúde e demais funcionários e respectivas funções (modelo disponibilizado pelo DVS).	
12	Cópia de Certidão de Responsabilidade Técnica (do titular e substituto) emitido pelo CRM-RR, com data vigente. Para algumas atividades será preciso comprovar a especialidade do RT (Ex: HEMODIÁLISE, MEDICINA HIPERBÁRICA, QUIMIOTERAPIA, ENDOSCOPIA, RESSONÂNCIA, entre outras).	
13	Cópia da Carteira do CRM-RR, do RT titular e do substituto e dos outros RT's, de cada setor (se for o caso).	
14	Cópia de Certificado de Regularidade de inscrição de pessoa jurídica, emitido pelo CRM-RR com data vigente.	
15	Em caso de clínica médica: Declaração do proprietário indicando o médico RT substituto, com anuência do titular e ciência do RT substituto de que assume essa função na ausência do titular, assinada pelos Proprietário e Responsáveis Técnico titular e substituto (modelo disponibilizado pelo DVS).	
16	Cópia da carteira de inscrição nos respectivos Conselhos de Classe dos demais profissionais de saúde (médicos, técnicos de enfermagem, enfermeiros, farmacêuticos, etc.).	

#### **IMPORTANTE:**

- Entregar a documentação e/ou cópias legíveis (**trazer originais para conferência**), datadas e assinadas, **na sequência descrita acima**. Somente serão aceitos Requerimentos com a **documentação anexa completa**.
- Durante o processo de licenciamento poderá ser solicitada a entrega de outros documentos/cópias para anexar ao processo ou para avaliação dos técnicos da área, através de Notificação/Relatório. Neste caso, entregar Requerimento Padrão do DVS, marcar a opção **"Outros"** e escrever "entrega de documentos solicitados...".
- Durante a ação fiscalizadora será solicitada a apresentação de documentos, de acordo com a legislação sanitária pertinente. Ex.: Manual POP, PGRSS, cartão de vacinação de profissionais e funcionários, registros de manutenção preventiva de equipamentos médicos, contratos com empresa de coleta de resíduos contaminantes e de manutenção em climatização (PMOC), certificado de controle de pragas e vetores, entre outros requisitos da legislação vigente.
- Se houver outras atividades (EX: **laboratório/posto de coleta, Diagnóstico com uso de radiação ionizante, odontologia**), acrescentar a **LISTA DE DOCUMENTAÇÃO e RELAÇÃO DE SERVIÇOS** pertinente (modelo DVS).

Recebido por \_\_\_\_\_ (servidor DVS).

\_\_\_\_\_-RR, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(município e data)



**- RELAÇÃO DE SERVIÇOS OFERECIDOS E CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO  
- SERVIÇOS MÉDICOS AMBULATORIAIS: CLÍNICAS, POLICLÍNICAS E CONSULTÓRIOS MÉDICOS -**

Razão social: \_\_\_\_\_  Matriz.  Filial.  
CNPJ: \_\_\_\_\_ N° CNES: \_\_\_\_\_  
Nome fantasia: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Representante Legal/Proprietário(a): \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Responsável Técnico - RT: \_\_\_\_\_ CRM/RR nº: \_\_\_\_\_

**CNAEs QUE REALIZA E OUTRA INFORMAÇÕES**

- a)  **8630-5/03:** Atividade médica **restrita a consultas** ambulatoriais (apenas consulta e exame clínico).
- b)  **8630-5/02:** Atividade médica ambulatorial **com recursos para exames complementares** (consultas, exames e procedimentos simples, que não incluam procedimentos invasivos nem de diagnóstico por imagem).  
• Realiza:  exames clínicos  exames oftalmológicos  remoção de suturas  escleroterapia de vasos
- c)  **8630-5/01:** Atividade médica com recursos para realização de **procedimentos cirúrgicos ambulatoriais** (cirurgias oftalmológicas, procedimentos dermatológicos como biópsias e remoção de sinais, implante capilar).  
• **Dermatologia:**  sala exclusiva de **processamento de artigos** (da limpeza à esterilização).  
 realiza o **processamento de artigos** dentro da sala de exames e procedimentos.  
• **Oftalmologia:**  centro cirúrgico (cirurgias ambulatoriais).  CME-Centro de Material e Esterilização.
- d)  **8630-5/06:** serviço de **vacinação e imunização humana**.  
• Possui meios eficazes para o armazenamento das vacinas mesmo diante de **falha no fornecimento de energia** elétrica (RDC 197/2017/ANVISA)  Sim  Não  
• Faz **vacinação extramuros**  Sim  Não
- e)  **8640-2/07:** diagnóstico por imagem **sem radiação ionizante: ultrassonografia, ecocardiograma doppler.**
- f)  **CNAE 8640-2/08:** diagnóstico por **registro gráfico: ECG, EEG, audiometria, polissonografia.**
- g)  **CNAE 8640-2/09:** diagnóstico por **métodos ópticos: endoscopia digestiva e respiratória, colonoscopia.**  
• **Classificação do serviço (RDC 6/2013):**  
 tipo I (sem sedação, com ou sem anestesia tópica).  
 tipo II (sedação consciente)  
 tipo III (todos os tipos de sedação, inclusive profunda)  
• **Desinfecção de endoscópios:**  Sala exclusiva.  Faz dentro da sala de exames.  
• Mantém atualizado o **Livro de registro de controle das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial** (Port.344/1998).  Sim  Não
- h)  **CNAE 8640-2/13:** serviços de **litotripsia:**  
• **Litotripsia Invasiva:**  Ultrassônica  Pneumático-balística  Laser  
• **Litotripsia Extracorpórea (LECO):**  usa só ultrassom  usa também fluoroscopia (radiação ionizante)
- i)  **CNAE 8640-2/06:** serviço de **ressonância magnética.**  
• **Localizado em:**  clínica médica ou policlínica  clínica de Imaginologia
- j)  **CNAE 8640-2/10:** serviço de **quimioterapia.**  
• Quanto a manipulação dos medicamentos para TA:  farmácia própria  terceiriza a manipulação
- k)  **CNAE 8640-2/99: Medicina hiperbárica, espirometria e função pulmonar.**  
 Câmara monoplace  Câmara multiplace  clínica especializada  dentro de outro estabelecimento
- l)  **CNAE 8640-2/03:** serviço de **diálise e nefrologia** (*não compreende o atendimento a pacientes renais agudos, em pronto-socorros e UTIs; neste caso é necessário acrescentar a CNAE 8610-1/02*).  
 Hemodiálise  Diálise peritoneal  Diálise intra-hospitalar (beira leito)  
• Possui **fabricação própria** de concentrados polieletrólíticos para hemodiálise -CPHD:  Sim  Não



.....Continuação **relação de serviços oferecidos e caracterização do estabelecimento**  
**- serviços médicos ambulatoriais: clínicas, policlínicas e consultórios médicos - .....**

**PRINCIPAIS ESPECIALIDADES MÉDICAS EXERCIDAS**

- Acupuntura     Alergologia/Imunologia     Angiologia/cirurgia vascular     Cardiologia  
 Cirurgia plástica     Clínica médica     Coloproctologia     Dermatologia     Endocrinologia     Geriatria  
 Ginecologia/obstetrícia     Gastroenterologia     Hematologia     Homeopatia     Infectologia  
 Mastologia     Medicina do Trabalho     Medicina do Tráfego     Nefrologia     Neurocirurgia/neurologia  
 Nutrologia     Oftalmologia     Ortopedia/Traumatologia     Otorrinolaringologia     Oncologia  
 Pediatria     Pneumologia     Psiquiatria     Reumatologia     Urologia  
 Outra especialidade médica: \_\_\_\_\_

**PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

- médico     enfermeiro     técnico de enfermagem     farmacêutico     bioquímico  
 biomédico     fisioterapeuta     técnico em radiologia     nutricionista     psicólogo  
 Outros: \_\_\_\_\_

**QUANTO AO PROCESSAMENTO DE ARTIGOS E INSTRUMENTAIS**

- Não usa artigos médicos e instrumentais sujeitos ao processamento de artigos (da limpeza à esterilização).  
 Usa apenas artigos médicos descartáveis (incluindo **kits de instrumentais esterilizados descartáveis**).  
 Realiza o processamento de artigos (limpeza/esterilização) dentro da sala de exame/procedimentos.  
 Dispõe de Central de Material e Esterilização-CME ou de sala exclusiva para processamento de artigos.

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

- **Quanto a serviços de apoio terceirizados:**     lavanderia     limpeza e desinfecção de ambientes  
 coleta de resíduos contaminantes     Outros: \_\_\_\_\_.
- Há consultórios médicos, odontológicos ou de outras áreas da saúde **independentes** (alugados, com outro CNPJ/CPF) funcionando dentro da clínica/policlínica?     Sim     Não
- Em caso de renovação de licença, se houve **ampliação ou reforma** da estrutura física, há **Parecer Técnico de aprovação do PBA atualizado** junto a Vigilância Sanitária?     Sim     Não

*Declaro, no pleno exercício de minhas atividades que, como Responsável Técnico afirmo a veracidade das informações acima e comprometo-me a responder pelas ações e/ou omissões transgressoras das normas sanitárias que venham a ocorrer no estabelecimento, bem como fornecer às autoridades sanitárias todas as informações e solicitações relativas ao mesmo. Estou ciente de que devo comunicar documentalmente à Vigilância Sanitária quando da cessação da responsabilidade técnica por este estabelecimento.*

\_\_\_\_\_  
*Nome completo, assinatura e carimbo do médico Responsável Técnico*

\_\_\_\_\_-RR, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*(município e data)*



TERMO DE RESPONSABILIDADE DE EXECUÇÃO DE OBRA - TEO PROJETO BÁSICO DE ARQUITETURA - PBA	
Requerente (conforme projeto aprovado):	
CPF:	CNPJ:
Endereço/Nº/Bairro:	
Complemento:	Nº Inscrição Imobiliária:
Município:	CEP:
Proprietário/Responsável Legal pelo Estabelecimento:	CPF:
IDENTIFICAÇÃO DO (A) RESPONSÁVEL TÉCNICO (A) PELA OBRA	
Nome completo:	
CPF:	Registro: ( )CREA ( )CAU Nº.:
Endereço/nº/Bairro/ Complemento:	
Município:	CEP:
DECLARAÇÃO	
<p>Declaramos à autoridade de saúde que a obra foi executada conforme Projeto Básico de Arquitetura aprovado pela Vigilância Sanitária no Processo n.º _____, em Parecer Técnico de número _____, nos termos do Art. 24 da RDC/ANVISA n.º 51/2011.</p> <p>Declaramos ainda, estar ciente de que a falsa declaração de conformidade é considerada infração sanitária, estando sujeito (a) às penalidades previstas na Lei Complementar n.º 062/03 (Código Sanitário Estadual), c/c Lei Federal n.º 6.437/1977, sem prejuízo das sanções de natureza civil ou penal, quando cabíveis.</p>	
<hr/> <p style="text-align: center;"><i>Assinatura e carimbo do (a) responsável técnico (a) da obra</i></p>	
<hr/> <p style="text-align: center;"><i>Assinatura do (a) proprietário/responsável do estabelecimento</i></p>	

Esta declaração acompanha o requerimento de 1ª LICENÇA SANITÁRIA dos estabelecimentos públicos e privados com PBA previamente aprovado pelo DVS.

\_\_\_\_\_ -RR, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(município e data)



TERMO DE RESPONSABILIDADE DE COMPATIBILIDADE DE OBRA - TCO PROJETO BÁSICO DE ARQUITETURA - PBA	
Requerente (conforme projeto aprovado):	
CPF:	CNPJ:
Endereço/Nº/Bairro:	
Complemento:	Nº Inscrição Imobiliária:
Município:	CEP:
Proprietário/Responsável Legal pelo Estabelecimento:	CPF:
IDENTIFICAÇÃO DO (A) RESPONSÁVEL TÉCNICO (A) PELA OBRA	
Nome completo:	
CPF:	Registro: ( )CREA ( )CAU Nº.:
DECLARAÇÃO	
<p>Declaro à autoridade de saúde que o Projeto Básico de Arquitetura aprovado pela Vigilância Sanitária no Processo n.º _____, em Parecer Técnico de número _____, não sofreu alterações, ampliações e reformas que impliquem em alterações de fluxos, de ambientes e de leiaute, e não houve incorporação de novas atividades ou tecnologias, conforme o Art. 9º da RDC/ANVISA n.º 51/2011.</p> <p>Declaro ainda estar ciente de que a falsa declaração de compatibilidade é considerada infração sanitária, estando sujeito (a) às penalidades previstas na Lei Complementar nº 062/2003 (Código Sanitário Estadual) e na Lei Federal n.º 6.437/1977, sem prejuízo das sanções de natureza civil ou penal, quando cabíveis.</p>	
<hr/> <p style="text-align: center;"><i>Assinatura do (a) responsável pela execução da obra</i></p>	

Esta declaração acompanha o requerimento de RENOVAÇÃO da LICENÇA SANITÁRIA dos estabelecimentos públicos e privados com PBA previamente aprovado pelo DVS.

\_\_\_\_\_ -RR, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(município e data)



<b>RAZÃO SOCIAL/PESSOA FÍSICA:</b>	
<b>NOME FANTASIA:</b>	
<b>CNPJ:</b>	
<b>ENDEREÇO:</b>	
<b>PROPRIETÁRIO(A):</b>	
<b>RG:</b>	<b>CPF:</b>

### RELAÇÃO DE SERVIÇOS TERCEIRIZADOS

ORD	EMPRESA / PESSOA FÍSICA	CNPJ	SERVIÇOS TERCEIRIZADO
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

**Importante:** Relacionar as empresas que realizam algum serviço terceirizado na empresa e especificar o serviço realizado por elas.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do(a) Proprietário(a) ou Procurador(a)*

\_\_\_\_\_-RR, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*(município e data)*



<b>RAZÃO SOCIAL/PESSOA FÍSICA:</b>	
<b>NOME FANTASIA:</b>	
<b>CNPJ:</b>	
<b>ENDEREÇO:</b>	
<b>PROPRIETÁRIO(A):</b>	
<b>RG:</b>	<b>CPF:</b>

### RELAÇÃO NOMINAL DE RECURSOS HUMANOS

ORD	NOME	CARGO/FUNÇÃO	CONSELHO	Nº
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

**Importante:** Relacionar todos os profissionais que trabalham no estabelecimento. Os profissionais que são regulados por conselho, especificar o número do Registro profissional e o Conselho que o emite.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do(a) Proprietário(a) ou Procurador(a) ou Chefe do RH*

\_\_\_\_\_-RR, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*(município e data)*



<b>RAZÃO SOCIAL/ PESSOA FÍSICA:</b>	
<b>NOME FANTASIA:</b>	
<b>CNPJ:</b>	
<b>ENDEREÇO:</b>	
<b>PROPRIETÁRIO(A)/REPRESENTANTE LEGAL:</b>	
<b>RG:</b>	<b>CPF:</b>

### DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA SUBSTITUTO

Eu, Representante Legal da empresa supracitada, declaro perante ao Departamento Estadual de Vigilância Sanitária, para fins de licenciamento sanitário, que os profissionais abaixo relacionados são Responsáveis Técnicos de minha empresa conforme se segue:

<b>RESPONSÁVEL TÉCNICO (TITULAR):</b>		
<b>CPF:</b>	<b>CONSELHO:</b>	<b>Nº:</b>
<b>RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO:</b>		
<b>CPF:</b>	<b>CONSELHO:</b>	<b>Nº:</b>

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Proprietário(a)/Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Responsável Técnico(a) Titular

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Responsável Técnico(a) Substituto(a)

\_\_\_\_\_-RR, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(município e data)