

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
RIO BANANALVIGILÂNCIA SANITÁRIA
REQUERIMENTO PADRÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

RAZÃO SOCIAL / NOME		DATA DE INÍCIO DAS ATIVIDADES	
NOME FANTASIA			
CNPJ / CAEPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO
NATUREZA DO ESTABELECIMENTO <input type="checkbox"/> PESSOA FÍSICA <input type="checkbox"/> PESSOA JURÍDICA		ÁREA CONSTRUÍDA DO ESTABELECIMENTO (m²)	

LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ENDEREÇO		NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	PONTO DE REFERÊNCIA		CEP
TELEFONE	E-MAIL	N° CELULAR:	

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS

NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL			
CPF	IDENTIDADE	ORGÃO EXPEDIDOR	DATA DA EXPEDIÇÃO
ESTADO CIVIL	NATURALIDADE		TELEFONE
ENDEREÇO		NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	MUNICÍPIO / UF		CEP
RESPONSÁVEL TÉCNICO		CPF	TELEFONE
IDENTIDADE	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DA EXPEDIÇÃO	E-MAIL
ENDEREÇO		NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	MUNICÍPIO / UF		CEP
FORMAÇÃO	ESCOLARIDADE	ESPECIALIZAÇÃO	
CONSELHO PROFISSIONAL	NÚMERO DE INSCRIÇÃO	HORÁRIO DE ATENDIMENTO	

TIPO DE SOLICITAÇÃO À VIGILÂNCIA SANITÁRIA

<input type="checkbox"/> ALVARÁ SANITÁRIO INICIAL	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DO RESPONSÁVEL LEGAL	<input type="checkbox"/> MUDANÇA NA ESTRUTURA FÍSICA
<input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO DE ALVARÁ SANITÁRIO	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO	<input type="checkbox"/> INFORMAR ALTERAÇÃO CONTRATUAL
<input type="checkbox"/> SEGUNDA VIA DO ALVARÁ SANITÁRIO	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE ENDEREÇO	<input type="checkbox"/> MICRO EMPREENDEDOR INDIVIDUAL
<input type="checkbox"/> OUTROS (especificar) _____		

ASSINATURA(S)

RIO BANANAL, ES ____ / ____ / ____

() RESPONSÁVEL LEGAL ASSINATURA: _____ CPF: _____

() RESPONSÁVEL TÉCNICO ASSINATURA: _____ CPF: _____

() PROCURADOR ASSINATURA: _____ CPF: _____

RIO BANANAL, ____ / ____ / ____ _____ ASSINATURA / CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO	PROTOCOLO Nº. _____
--	---------------------

I – ALVARÁ INICIAL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- Protocolo do **Projeto Arquitetônico Hidrosanitário** – Superintendência Regional de Saúde, acompanhado do memorial descritivo e parecer técnico de aprovação ou Planta baixa com layout do estabelecimento e memorial descritivo;
- Formulário corretamente preenchido.
- **Laudo de Vistoria Prévia para:**

a) Drogarias / Farmácias b) Laboratórios c) Indústria de Fototerápicos d) Desinsetizadoras e) Serviços Alimentares

f) Clínicas Radiológicas e Oncológicas

- Protocolo de **Registro de Autorização de Funcionamento** para:

a) Farmácias / Drogarias b) Indústria de Medicamentos c) Distribuidora de Medicamentos

- Taxa de **Autenticação de Livros** para:

a) Farmácias b) Drogarias c) Óticas

- **Cópia do Registro em Conselho Profissional e Termo de Responsabilidade Técnica** para:

a) Distribuidoras de Medicamentos, Farmácia/Drogarias e similares b) Consultório Médico e Odontológico c) Clínicas e Laboratórios

d) Clínicas Veterinárias e) Clínicas Oncológicas f) Casa de Produtos Agrícolas e Veterinários g) Creches Pré-escolas e Escolas

h) Clínicas de Estética i) Clínicas de Vacina j) Medicina Nuclear l) Indústria de Alimentos m) Restaurantes Industriais

n) Academia de Ginástica e Similares o) Acupuntura p) Desinsetizadoras e similares

- **Cópia do documento de Identidade e CPF do Proprietário e, caso se aplique do responsável técnico.**
- **Cópia da escritura recibo ou contrato de aluguel.**
- **Cópia da Conta de Água.**
- **Cópia do cartão CNPJ e/ou CAEPF.**

II -RENOVAÇÃO DO ALVARÁ DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- Cópia do Alvará Sanitário anterior
- Cópia da alteração contratual (se houver)
- Cópia da Conta de Água
- Caso houver mudança na atividade deverá ser feita alteração nos órgãos competentes.

III – SEGUNDA VIA DE ALVARÁ DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- Formulário corretamente preenchido.
- DAM pago.

IV – MUDANÇA DO RESPONSÁVEL LEGAL

- Cópia do contrato social registrado, com a devida alteração;
- 2- Formulário corretamente preenchido.
- DAM pago.

V – MUDANÇA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

- Certificado de Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho Regional da categoria;
- Comprovante do vínculo com o estabelecimento (Carteira de Trabalho ou documento equivalente);
- Formulário corretamente preenchido.
- DAM pago.

VI – MUDANÇA DE ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO

- Formulário de requerimento de alvará sanitário corretamente preenchido;
- Documentos solicitados pela Vigilância Sanitária para a concessão do alvará sanitário inicial, conforme o tipo de estabelecimento.

VII – MICRO EMPREENDEDOR INDIVIDUAL

- Preenchimento de Consulta Prévia
- Preenchimento do Roteiro de Auto Inspeção
- Documentos solicitados pela Vigilância Sanitária para a concessão do alvará sanitário inicial, conforme o tipo de estabelecimento.
- Documentos solicitados pela Vigilância Sanitária após análise do formulário e vistoria no local.