

CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA - CSF

I
D
E
N
T
I
F
I
C
A
Ç
Ã
O

FIRMA OU RAZÃO SOCIAL

NOME FANTASIA

INSCRIÇÃO NO CNPJ/CPF

ÁREA DE INTERESSE À SAÚDE (M²)

ENDEREÇO

BAIRRO/DISTRITO

PONTO DE REFERÊNCIA

TELEFONE

PROPRIETÁRIO /RESPONSÁVEL LEGAL

CPF /RG

RESPONSÁVEL TÉCNICO

CONSELHO

REGISTRO Nº

RAMO DE ATIVIDADE

SOLICITO

Licença Inicial

Mudança de endereço

Mudança de Inscrição

Renovação

Mudança de Ativ. Econômica

Outros: _____

ATENÇÃO

- ❖ Digitalizar os arquivos e enviar para o e-mail: sms_vigilanciasanitaria@sobral.ce.gov.br
- ❖ Os arquivos devem estar legíveis, preenchidos por completo, podendo ser em formato PDF ou imagem.
- ❖ A análise dos documentos ocorrerá em até 5 dias úteis após recebimento no e-mail.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

- Requerimento de Alvará Sanitário;
- RG e CPF do Responsável legal;
- Procedimento Operacional Padrão-POP, conforme RDC 63/2011-Contemplando sala de vacina, sala de procedimento aerossol, farmácia, consultórios, incluindo odontológico, esterilização;
- Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, conforme RDC 222/2018;
- Contrato com empresa coletora de resíduos de serviços de saúde;
- Certidão de Regularidade técnica junto ao Conselho de Classe; Cédula de identidade profissional do responsável técnico junto ao Conselho de Classe dos demais profissionais (gerentes, médicos, técnicos, dentistas ...)
- Relação dos profissionais com suas respectivas funções;
- Certificado Dedetização Limpeza (feita por empresa habilitada/credenciada pela VISA);
- Desinfecção Caixa D'água(feita por empresa habilitada/credenciada pela VISA);
- TCR (Termo de Ciência e Responsabilidade).
- Certificado de Conformidade Corpo de Bombeiros-Lei Estadual nº 13.556/04
- Cadastro CNES-Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde(quando aplicável).

Nesses termos, pede deferimento.

Sobral-CE

_____/_____/_____

Responsável Legal

Telefone da VISA - 3695-4187 / 88 99446-3756