

**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORMIGUEIRO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA**



**ANEXO 02
DOCUMENTOS PARA SERVIÇOS DE SAÚDE**

1 – SERVIÇOS DE SAÚDE

1.1 – INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS / CLÍNICAS GERIÁTRICAS, ESTABELECIMENTOS DE PERMANÊNCIA DIURNA DE PESSOAS IDOSAS, SERVIÇO DE ATENÇÃO AOS DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (COMUNIDADE TERAPÊUTICA) E SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS PRIVADOS CLÍNICAS E RESIDÊNCIAS GERIÁTRICAS – CNAE - 8711-5/01-00
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS – CNAE - 871-5/02-00
ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL E À SAÚDE A PORTADORES DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS, DEFICIÊNCIA MENTAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA, NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE – CNAE - 8630-5/99-00

DOCUMENTOS	INCLUSÃO	RENOVAÇÃO	ALT. ENDEREÇO	ALT. RAZÃO SOCIAL	ALT. RESP. TÉCNICO
CPF e/ou RG do responsável técnico e legal	X				X
Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ	X	X	X	X	
Carteira(s) profissional(is) do Órgão de Classe de todos os profissionais; (nas renovações, se houver alteração no quadro funcional)	x	x			x
Carteira de vacina com as 3 doses da hepatite B ou teste anti-Hbs e vacina do tétano; (<u>renovações</u> , se houver alteração no quadro funcional de profissionais da área de saúde)	x	x			x
Certificado de controle integrado de pragas e vetores, emitido por empresa licenciada	x	x	x		
Certificado de destino de resíduos de saúde, se for gerador	x	x			
Certificado de limpeza da caixa d'água	x	x	x		
Certificado de manutenção preventiva dos equipamentos de esterilização, se houver	x	x			
Certificado do curso de capacitação em boas práticas para serviços de alimentação	x	x	x		
Certificado ou regularidade da pessoa jurídica, junto ao conselho de classe correspondente	x	x	x	x	x
Documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior		x			
Documento de Licenciamento Sanitário atual, original			x	x	x
Memorial de atividades desenvolvidas pelo estabelecimento, atualizado, assinado pelo responsável técnico e/ou legal	x	x	x		
Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, se for Gerador	x		x	x	x
Relação de profissionais que atuam no estabelecimento, assinado pelo responsável legal	x	x	x		
Relação dos nomes dos idosos residentes na casa e endereço e nomes dos familiares responsáveis	x	x	x		

Requerimento Padrão (Anexo 01)	x	x	x		
--------------------------------	---	---	---	--	--

- A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES
- TODOS OS DOCUMENTOS DEVERÃO SER, PREFERENCIALMENTE, DIGITALIZADOS E ENCAMINHADOS VIA E-MAIL PARA **VIGILANCIA@FORMIGUEIRO.RS.GOV.BR**