



**ANEXO V  
REQUERIMENTO PADRÃO PARA O LICENCIAMENTO SANITÁRIO  
Modelo de Requerimento Padrão**

1. REQUERIMENTO		
<input type="checkbox"/> LICENCIAMENTO SANITÁRIO INICIAL	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO	
<input type="checkbox"/> LICENCIAMENTO SANITÁRIO RENOVAÇÃO	<input type="checkbox"/> ATIVIDADE	
<input type="checkbox"/> APROVAÇÃO DE PROJETO ARQUITETÔNICO	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO	
<input type="checkbox"/> REGISTRO DE LIVROS/ PROGRAMAS	<input type="checkbox"/> RAZÃO SOCIAL	
2. TIPO DE ESTABELECIMENTO		
<input type="checkbox"/> SERVIÇOS DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE	
<input type="checkbox"/> ALIMENTOS	<input type="checkbox"/> SERVIÇOS DE INTERESSE PARA A SAÚDE	
3. 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. Telefone:	
3.17. Assinatura do responsável técnico:		
3.18. Responsável pelo encaminhamento da documentação junto à Vigilância Sanitária:	3.19. CPF:	
3.20. Assinatura do Responsável pelo encaminhamento da documentação junto à Vigilância Sanitária:		
3.21. CNAE (s) da(s) Atividade(s) desenvolvida(s) pelo estabelecimento (somente atividades desenvolvidas no local):		
3.22. Classificação de risco da (s) atividade (s) de acordo com a tabela do Anexo I deste Decreto? ( ) Médio Risco      ( ) Alto Risco      ( ) Risco Dependente de Informação (responder ao item 3.21)		
3.23. Alguma das perguntas do Anexo II deste Decreto, correspondente à atividade do estabelecimento possui resposta afirmativa? ( ) NÃO - Médio Risco      ( ) SIM - Alto Risco (detalhar no item 3.24)		
3.24. Descrição (referente ao item 3.23):		



4. CARACTERÍSTICAS DA ATIVIDADE	
4.1. Tipo do empreendimento:	
<input type="checkbox"/> Microempreendedor Individual	<input type="checkbox"/> Empreendimento Familiar Rural
<input type="checkbox"/> Economia Solidária	<input type="checkbox"/> Profissional Autônomo/ liberal
<input type="checkbox"/> Microempresa	<input type="checkbox"/> Empresa de Pequeno Porte
<input type="checkbox"/> Empresa de Médio Porte	<input type="checkbox"/> Empresa de Grande Porte
<input type="checkbox"/> Outros:	
4.2. Realiza atividades/ procedimentos fora do endereço indicado?	
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (detalhar no item 4.5)	
4.3. Terceiriza atividades/ procedimentos?	
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (detalhar no item 4.5)	
4.4. Houve alteração nas atividades realizadas pela empresa desde o Licenciamento Sanitário anterior?	
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (descrever alterações no item 4.5)	
4.5. Descrição (referente aos itens 4.2, 4.3 e 4.4):	
5. CARACTERÍSTICAS DO IMÓVEL	
5.1. Tipologia do Imóvel:	
<input type="checkbox"/> Comercial: <input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Galpão
<input type="checkbox"/> Loja	<input type="checkbox"/> Edificação industrial
<input type="checkbox"/> Outros:	
5.2. Forma (s) de abastecimento de água:	
5.2.1 <input type="checkbox"/> Público/ CORSAN:	
<input type="checkbox"/> direto da rua	
<input type="checkbox"/> caixa d'água	
5.2.2 <input type="checkbox"/> Outros (descrever no item 5.7)	
5.3. Área construída do empreendimento (m <sup>2</sup> ):	
5.4. Possui projeto arquitetônico aprovado pela SVS de acordo com legislação vigente?	
<input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	
5.5. Houve alteração na estrutura física desde o Licenciamento Sanitário anterior?	
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (descrever alterações no item 5.7)	
5.6. O estabelecimento atende aos critérios de acessibilidade previstos na legislação vigente?	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> ISENTO, de acordo com a legislação vigente.	
<b>OBS.:</b> Caso o estabelecimento <b>NÃO</b> atenda aos critérios de acessibilidade, o requerente compromete-se a adequá-lo a partir da data de assinatura do presente requerimento de acordo com o prazo estipulado na legislação vigente.	
5.7. Descrição (referente aos itens 5.2.2 e 5.5):	



<b>6. ÁREA DE SERVIÇOS DE SAÚDE</b>		
6.1. Tipo (marcar quantos itens for necessário):		
<input type="checkbox"/> Consultório	<input type="checkbox"/> Clínica	
<input type="checkbox"/> ILPI – (Inst. de Longa Permanência Idosos)	<input type="checkbox"/> Laboratório Clínico	
<input type="checkbox"/> Clínica Geriátrica	<input type="checkbox"/> Hospital	
<input type="checkbox"/> EPDPs – (Est. de Permanência Diurna de Idosos)	<input type="checkbox"/> SAD – (Serviço de Atenção Domiciliar)	
<input type="checkbox"/> Outros:		
6.1.1. O estabelecimento funcionará: <input type="checkbox"/> Com internação <input type="checkbox"/> Sem internação		
6.1.2. Em caso de consultório (sala de atendimento) é compartilhado com outro(s) profissional(is)? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (descrever nomes e atividade no item 6.8)		
6.2. CNES:		
6.3. O estabelecimento é gerador de resíduos de saúde? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (detalhar no item 6.8)		
<b>OBS:</b> Definem-se como geradores de resíduos de <b>serviços de saúde</b> (RSS) todos os serviços cujas atividades estejam relacionadas com a atenção à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar; laboratórios analíticos de produtos para a saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviço de medicina legal; drogarias e farmácias, inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área da saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores de materiais e controles para diagnóstico in vitro; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de piercing e tatuagem; salões de beleza e estética, dentre outros afins. (§1º, do art. 2º da RDC Nº 222, de 28/03/2018 – ANVISA).		
6.3.1. Possui Plano de Gerenciamento de resíduos (PGRSS)? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		
6.3.2 O estabelecimento gera apenas resíduos do Grupo D? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		
6.4. O estabelecimento realiza esterilização de materiais? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (detalhar no item 6.8)		
6.5. O estabelecimento realiza procedimentos médicos ou odontológicos? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (detalhar no item 6.8)		
6.6. O estabelecimento realiza procedimentos laboratoriais? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (detalhar no item 6.8)		
6.7. O estabelecimento realiza serviços de lavanderia? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (detalhar no item 6.8)		
6.8. Descrição dos processos/atividades (referente aos itens 6.1.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6 e 6.7):		
<b>7. ÁREA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS DE INTERESSE A SAÚDE</b>		
7.1. Tipo (marcar quantos itens forem necessários):		
<input type="checkbox"/> Comércio Varejista	<input type="checkbox"/> Importador	<input type="checkbox"/> Distribuidor
<input type="checkbox"/> Transportador	<input type="checkbox"/> Exportador	<input type="checkbox"/> Indústria
<input type="checkbox"/> Farmácia de Manipulação	<input type="checkbox"/> Drogeria	<input type="checkbox"/> Outros:
7.2. Possui Autorização de Funcionamento da Empresa (AFE) da ANVISA? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Data de Publicação:		
7.3. Possui Autorização Especial (AE) da ANVISA? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Data de Publicação:		
7.4. O estabelecimento realiza fracionamento e/ou armazenamento de produtos de interesse da saúde? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (detalhar no item 7.6)		
7.5. O estabelecimento possui veículos próprios para o transporte de produtos de interesse da saúde? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM 7.5.1. Quantidade de veículos com refrigeração: 7.5.2. Sem refrigeração:		
7.6. Descrição das atividades (referente ao item 7.4):		



8. ÁREA DE ALIMENTOS		
8.1. Tipo (marcar quantos itens forem necessários):		
<input type="checkbox"/> Indústria	<input type="checkbox"/> Importador	<input type="checkbox"/> Exportador
<input type="checkbox"/> Serviço de Alimentação	<input type="checkbox"/> Transportador	<input type="checkbox"/> Distribuidor
<input type="checkbox"/> Comércio	<input type="checkbox"/> Outros:	
8.2. O estabelecimento possui veículos próprios para o transporte dos alimentos? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		
8.2.1. Quantidade de veículos com refrigeração:		
8.2.2. Quantidade de veículos Sem refrigeração:		
8.3. O estabelecimento realiza fracionamento de algum tipo de alimento? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (detalhar no item 8.5)		
8.4. Os alimentos de registro obrigatório foram registrados no órgão competente? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não se aplica		
8.5. Descrição dos processos/atividades (referente ao item 8.3):		
9. ÁREA DE SERVIÇOS DE INTERESSE PARA A SAÚDE		
9.1. Tipo (marcar quantos itens forem necessários):		
<input type="checkbox"/> Academias	<input type="checkbox"/> Laboratórios óticos	
<input type="checkbox"/> Estabelecimento de Educação Infantil-EEI	<input type="checkbox"/> Práticas Integradas e Complementares à Saúde	
<input type="checkbox"/> Estabelecimentos de Estética	<input type="checkbox"/> Serviços Funerários	
<input type="checkbox"/> Hotéis / Motéis	<input type="checkbox"/> Serviços de Tatuagem e Piercing	
<input type="checkbox"/> Laboratório de prótese	<input type="checkbox"/> Outros:	
9.2. O estabelecimento é gerador de resíduos de saúde? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (detalhar no item 9.6.)		
<b>OBS:</b> Definem-se como geradores de resíduos de serviços de saúde (RSS) todos os serviços cujas atividades estejam relacionadas com a atenção à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar; laboratórios analíticos de produtos para a saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviço de medicina legal; drogarias e farmácias, inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área da saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores de materiais e controles para diagnóstico in vitro; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de piercing e tatuagem; salões de beleza e estética, dentre outros afins. (§1º, do art. 2º da RDC Nº 222, de 28/03/2018 – ANVISA).		
9.2.1. Possui Plano de Gerenciamento de resíduos (PGRSS)? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		
9.2.2 O estabelecimento gera apenas resíduos do Grupo D? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		
9.3.O estabelecimento realiza esterilização de materiais? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (detalhar no item 9.6)		
9.4. O estabelecimento realiza procedimentos laboratoriais? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (detalhar no item 9.6)		
9.5. O estabelecimento realiza serviços de lavanderia? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (detalhar no item 9.6)		
9.6. Descrição dos processos/atividades (referente aos itens 9.2, 9.3, 9.4 e 9.5):		

Santa Maria, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Assinatura do responsável legal