

CASS nº \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nome do Responsável Técnico \_\_\_\_\_ Reg. Conselho \_\_\_\_\_

Nome Fantasia \_\_\_\_\_ Inscrição Municipal \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Complemento \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Cidade P \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_ Órgão Exp. \_\_\_\_\_ CPF / CNPJ \_\_\_\_\_

Código da Atividade \_\_\_\_\_ Descrição de Atividade \_\_\_\_\_

Vem requerer a Vossa Excelência conforme determina a Lei:

- 1  Termo de Assentimento Sanitário
- 2  Termo de Licença de Funcionamento Sanitário
- 3  Revalidação do Termo de Licença de Func. Sanitário

Nº Processo Inicial: \_\_\_\_\_

Nestes Termos  
Pede Deferimento  
Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RELAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA O REQUERIMENTO DO LICENCIAMENTO SANITÁRIO**  
**(RESOLUÇÃO SMG Nº 693 DE 17/08/2004)**  
**(DOM 18/08/2004)**

**ASSENTIMENTO SANITÁRIO**

**I. Documentação exigida a todos os Profissionais:**

1. Formulário de requerimento padrão;
2. Alvará de Localização para Estabelecimento;
3. Prova de habilitação profissional do requerente e cópia da guia de pagamento da anuidade devidamente quitadas referente ao ano em que se der o requerimento de licenciamento, expedidas pelo conselho profissional correspondente, quando for o caso;
4. Descrição da especialidade ou da atividade profissional que será desenvolvida no local
5. Relação descritiva dos equipamentos e aparelhos existentes para os atendimentos que prestará no consultório
6. Roteiro de auto – inspeção específico para a atividade preenchido e devidamente assinado pelo profissional requerente;
7. Cópia do contrato ou comprovante de coleta seletiva de resíduos infectantes, quando for o caso;
8. Informações relativas ao horário de funcionamento do estabelecimento;

**II. No caso dos recursos complementares, em se tratando de aparelhos radiativos ou de radiações ionizantes deverão ser juntados à relação nele citada, os seguintes documentos:**

1. Cópia do Laudo de Proteção Radiológica;
2. Termo de Responsabilidade Técnica pelos procedimentos radiológicos, expedido pelo profissional correspondente.

**LICENÇA DE FUNCIONAMENTO SANITÁRIO**

**I. Documentação exigida a todos os estabelecimentos e serviços:**

1. Formulário de requerimento padrão.
2. Cópia do Alvará de Licença para Estabelecimento;
3. Cópia do contrato social atualizado;
4. Roteiro de auto – inspeção, específico para a atividade, devidamente preenchido e assinado pelo responsável técnico;
5. Informações relativas ao horário de funcionamento do estabelecimento.

**II. Documentação adicional exigida somente para as unidades assistenciais de saúde e serviços relacionados à saúde, com as seguintes atividades (Clínicas, policlínicas e ambulatórios, serviços de radiodiagnóstico e diagnóstico por imagem, laboratórios de análises clínicas e postos de coleta de exames, asilos e abrigos para idosos, óticas, estética e congêneres, educação física, academias de ginástica, hidroterapia e congêneres, empresas transportadoras de pacientes com os seus respectivos veículos, veículos destinados ao atendimento odontológico):**

1. Cópia da prova de relação contratual entre a empresa e seu responsável técnico, se este não integrar a empresa na qualidade de sócio, e declaração de responsabilidade técnica expedida pelo conselho profissional correspondente;
2. Relação das especialidades ou das atividades desenvolvidas pelo estabelecimento;
3. Relação dos recursos complementares disponíveis, quando for o caso;
4. Cópia do contrato ou comprovante de coleta seletiva de resíduos infectantes, quando for o caso;
5. Cópia do Certificado de Registro e Licenciamento de Veículo, no caso de Veículo de Transporte de Pacientes ou de Atendimento Odontológico.

**III. Documentação adicional exigida somente para estabelecimentos e serviços com a necessidade de avaliação da estrutura física (Clínicas em geral, de natureza jurídica, que executem procedimentos de alta e média complexidades, com mais de dois consultórios, onde haja o desenvolvimento de procedimentos invasivos e que, pela sua natureza e complexidade, demandem risco eminente de agravo à saúde, laboratório de análises clínicas, asilos e casas de repouso para idosos, serviços de radiodiagnóstico, representantes e distribuidores que exercerão o comércio atacadista de medicamentos, cosméticos, correlatos ou saneantes, que possuam área de estocagem em suas dependências, farmácias que exerçam a atividade de manipulação de medicamentos e/ou cosméticos):**

1. Representação gráfica (horizontal e vertical) de seus ambientes que caracterize a edificação onde serão exercidas as atividades, bem como seus principais equipamentos, móveis e fixos, na forma de no mínimo uma planta por cada pavimento da edificação com dois cortes (longitudinal e transversal);
2. Descrição complementar às gráficas na forma de memória descritiva
3. Declaração de responsabilidade técnica assinada pelo profissional habilitado na área de engenharia e arquitetura, conforme modelo constante no Anexo IX desta Resolução.
4. Cópia da prova de habilitação do profissional habilitado na área de engenharia e arquitetura e Cópia da guia de pagamento da anuidade devidamente quitada, expedidas pelo CREA.

**IV. No caso dos recursos complementares, em se tratando de aparelhos radiativos ou de radiações ionizantes deverão ser juntados à relação nele citada, os seguintes documentos:**

1. Cópia do Laudo de Proteção Radiológica;
2. Memória Descritiva de proteção radiológica assinada pelo responsável legal pelo estabelecimento ou pelo supervisor de proteção radiológica, segundo a legislação sanitária federal vigente;
3. Termo de Responsabilidade Técnica pelos procedimentos radiológicos, expedido pelo profissional correspondente.