



**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**Gerência de Vigilância Sanitária – GVS/JP**

**ÁREA: Medicamentos**

**ASSUNTO: Licenciamento de Serviço de Terapia Antineoplásica (STA).**

<b>RELAÇÃO DE DOCUMENTOS DE INSTRUÇÃO (Rede Simples)</b>
--

**Licença Sanitária Inicial**

- Trazer 02 (duas) vias de: Projeto Básico de Arquitetura em nome do estabelecimento interessado (Razão Social, Nome de Fantasia, CNPJ, endereço) contendo: Planta de locação, planta baixa com cotas de cada ambiente, planta baixa com layout de cada sala e área representando graficamente os equipamentos e mobiliários a serem utilizados e escala não inferior a 1:100.
- Memorial Descritivo de Arquitetura contemplando acabamentos de piso, parede, teto e bancada e descrição da atividade por ambiente;
- Registro de Anotações de Responsabilidade Técnica – ART junto ao Conselho Regional de Engenharia e Agronomia – CREA-PB ou RRT junto ao Conselho de Arquitetura e Urbanismo – CAU local.
- No caso de reforma, ampliação e/ou construção, as plantas devem conter legenda indicando área a ser demolida, área a ser construída e área existente.
- Requerimento original e preenchimento de forma legível;
- Cópia do Alvará de Localização e Funcionamento;
- Cópia do documento de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ;
- Cópia do Contrato Social registrado na Junta Comercial, devendo constar neste documento os objetivos claramente explicitados das atividades que foram requeridas;
- Relação de Serviços Terceirizados com **apresentação das cópias dos Contratos Terceirizados e seus Alvarás Sanitários** ou Protocolos e comprovação da prestação de serviço **atualizada**;
- Declaração caso não possua Serviços Terceirizados;
- Cópia da Carteira profissional do Diretor Técnico do estabelecimento assistencial de saúde emitida pelo Conselho de Classe competente;
- Comprovação de Equipe Multiprofissional em Terapia Antineoplásica (EMTA) constituída:
  1. Responsável Técnico (**RT**) habilitado em Cancerologia Clínica, com titulação reconhecida pelo **CFN** com assinatura do Termo de Responsabilidade Técnica (**assinado na GVS**).
  2. Médicos que prescrevem a **TA** habilitados em Cancerologia Clínica, Pediátrica ou Hematologia, com titulação reconhecida pelo **CFM** com assinatura do Termo de Responsabilidade Técnica (**assinado na GVS**).
  3. Enfermeiro responsável técnico pelas atividades de enfermagem, com Registro no **COREN** com assinatura do Termo de Responsabilidade Técnica (**assinado na GVS**).
  4. Médico durante o período de funcionamento do **STA** para atendimento das intercorrências clínicas da **TA** com assinatura do Termo de Responsabilidade Técnica (**assinado na GVS**).
  5. Farmacêutico responsável técnico pelas atividades de farmácia, com registro no **CRF**, podendo ser este profissional vinculado à Farmácia contratada com assinatura do Termo de Responsabilidade Técnica (**assinado na GVS**).
- Cópia do RG / CI, CPF, da Carteira do Conselho Regional dos profissionais, bem como cópia dos títulos de especialistas da Equipe Multiprofissional, conforme **Decreto Federal nº 77052, de 19 de janeiro de 1976**.

**NOTA:**

1. Nos **STA** que atendam somente pacientes com doenças Hemolinfopoiéticas, o responsável técnico deve ser habilitado em hematologia, com titulação reconhecida pelo CFM.
2. Nos **STA** que atendam, somente, crianças e adolescentes, o responsável técnico deve ser habilitado em Cancerologia Pediátrica, com titulação reconhecida pelo CFM.



SECRETARIA DE SAÚDE  
Gerência de Vigilância Sanitária – GVS/JP

Ilmo. Sr.:  
Gerente da G V S de João Pessoa

Protocolo:

Data da entrada:

Recebido por:

Venho por meio deste, requerer de V. Sa., a:

☐

*Licença Sanitária para Funcionamento Inicial*

☐

Renovação da Licença Sanitária para Funcionamento

para o exercício do corrente ano de acordo com a Legislação em vigor, da firma:

Razão Social: \_\_\_\_\_

C.N.P.J.: \_\_\_\_\_

Nome de Fantasia: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

Atividade da firma: ☐ **SERVIÇO DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA (STA)**

☐ **HOSPITAL (STA)**

☐ **CLÍNICA MÉDICA E ESPECIALIZADA (STA)**

Natureza da firma: Público ☐ Privado ☐ Filantrópico ☐

Proprietário(s): \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Responsável Técnico: \_\_\_\_\_ CR \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Proprietário



SECRETARIA DE SAÚDE  
Gerência de Vigilância Sanitária – GVS/JP

## **TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

Eu, \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_, Portador do R.G. nº \_\_\_\_\_, legalmente inscrito no Conselho

Profissão

\_\_\_\_\_, sob o nº \_\_\_\_\_, declaro junto à Gerência de  
Vigilância Sanitária conhecer a Legislação que rege o funcionamento dos estabelecimentos sob a  
Responsabilidade Técnica abaixo relacionados:

Razão Social: \_\_\_\_\_

Atividade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Comprometo-me que enquanto for Responsável Técnico pelo estabelecimento, observar rigorosamente todas as normas legais em vigor e cumpri-las, e ainda, caso me desligar da responsabilidade técnica do referido estabelecimento, comunicar de imediato a este Órgão.

Horário do Responsável Técnico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Técnico