



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

**ÁREA: Saúde**

**ASSUNTO: REDE MUNICIPAL**

**Ambulância de Transporte TIPO A, Ambulância de Suporte Básico: TIPO B, Ambulância de Resgate TIPO C, Ambulância de Suporte Avançado TIPO D, – Aeronave de Transporte Médico, TIPO E, Embarcação de Transporte Médico, TIPO F, Veículos de Intervenção Rápida, Outros Veículos Habituais Adaptados Para Transporte De Pacientes de Baixo Risco.**

### **RELAÇÃO DE DOCUMENTOS DE INSTRUÇÃO (Rede Simples)**

#### **Licença Sanitária Inicial**

- Requerimento original e preenchimento de forma legível;
- Cópia do Cadastro CNES do Serviço;
- Certificado de Registro e Licenciamento de Veículo - CRLV, fornecido Pelo DETRAN;
- Cópia do documento de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ;
- Cópia da Carteira Profissional do Responsável Técnico (Para ambulâncias do tipo A, B, C, E ou F Médico(a) ou Enfermeiro(a); para ambulâncias do tipo D, obrigatoriamente Médico(a)) emitida pelo Conselho de Classe competente);
- Cópia da Portaria de nomeação do Responsável Técnico;
- Termo de Responsabilidade Técnica;
- Cópia do CPF e Documento Oficial de Identidade com foto do Responsável Técnico e Diretor;
- Documento de Habilitação Classe D dos condutores (cópia);
- Relação dos profissionais com números de registros em seus respectivos conselhos de classe que realizam o transporte;



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

M R T - Mudança de Responsabilidade Técnica

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

Razão Social: \_\_\_\_\_

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

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

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

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

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

Atividade da firma: [ ] **Ambulância de Transporte TIPO A** [ ] **TIPO B** [ ] **TIPO C** [ ] **TIPO D** [ ]  
**TIPO E** [ ] **TIPO F** [ ]

[ ] **Veículos de Intervenção Rápida**

[ ] **Outros Veículos Habituais Adaptados Para Transporte De Pacientes de Baixo Risco**

Natureza da firma: Público  Privado  Filantrópico

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

Endereço: \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Diretor / Responsável Técnico



SECRETARIA DE SAÚDE  
Gerência de Vigilância Sanitária – GVS/JP

## **TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

Eu, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, Portador do R.G. nº \_\_\_\_\_, legalmente  
Profissão  
inscrito no \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ Insc. Estadual: \_\_\_\_\_

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