



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