



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

**ÁREA: Saúde**

**ASSUNTO: Licenciamento para CAPS, CAIS, UBS, USF e UPA.**

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

### **Licença Sanitária Inicial**

- Requerimento original e preenchimento de forma legível;
- Cópia do Cadastro CNES do Serviço;
- 02 (duas) cópias da planta baixa ou layout enviado pelo Setor de Engenharia da SMS/JP;
- Termo de Responsabilidade Técnica;
- Cópia da portaria ou contrato do Responsável Técnico (Diretores das Unidades / Nível superior na área de saúde);
- Cópia do RG e CPF do Técnico Responsável;
- Cópia do Documento de Inscrição emitido pelo Conselho de Classe competente (Carteira do Conselho).



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

Com Mudança de Endereço

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 \_\_\_\_\_

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

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

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

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

Atividade da firma:  CAPS  CAIS  UBS  USF  UPA

Esfera do governo: Estadual  Municipal  Filantrópico

Proprietário(s): \_\_\_\_\_

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

Endereço Res.: \_\_\_\_\_

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

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

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

Endereço Res.: \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Diretor



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: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

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.

Dias e Horário do Responsável Técnico: \_\_\_\_\_

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

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