



SECRETARIA DE SAÚDE
Gerência de Vigilância Sanitária – GVS/JP

ÁREA: Saúde

ASSUNTO: Licenciamento de 1- Hospitais, 2- Atividades: 2.1- Médicas e Especializadas, 2.2- Fisioterápicas, 2.3- Odontológicas, 2.4- Fonoaudiológicas, 2.5- Psicológicas, 2.6 Endoscopia 2.7-Terapias Alternativas Especializadas, 2.8- Estética, 2.9- Ambulatórios, 2.10- Acupuntura, 3- Home Care, 4- Banco de Leite, 5- Empresa de Esterilização e Reprocessamento de Artigos Médicos, 6- Terapia renal substitutiva, 7- Laboratórios de anatomia patológica, laboratórios de análises clínicas, laboratórios de próteses dentárias, - Equoterapia e todos os serviços de alto risco.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS DE INSTRUÇÃO

Renovação de Licença Sanitária

- Requerimento original e preenchimento de forma legível;
- Cópia da Licença Sanitária do exercício anterior;
- Cópia do Contrato Social registrado na Junta Comercial, devendo constar neste documento os objetivos claramente explicitados das atividades que foram requeridas (Somente se houve alguma alteração);
- Termo de Responsabilidade Técnica do Diretor Técnico do estabelecimento assistencial de saúde;
- Declaração de número de leitos.
- Cópia do Alvará de Localização e Funcionamento;
- Cópia da Carteira profissional do Diretor Técnico do estabelecimento assistencial de saúde
- Cópia do Documento Oficial de Identidade com foto, CPF, do proprietário;
- Cópia do Documento Oficial de Identidade com foto, CPF, do Técnico Responsável;



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 Com Mudança de Razão Social

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: _____

Natureza da firma: PÚBLICO PRIVADO FILANTRÓPICO

CNAE	ATIVIDADE DA EMPRESA

Tipo de estabelecimento (quando for o caso):

[] Consultório [] Clínica [] Laboratório [] Posto de coleta

Terapia Renal Substitutiva

[] Hemodiálise [] Diálise Peritonial Ambulatorial Contínua
[] Diálise Peritonial Intermitente [] Diálise Peritonial Automática

Para hospitais:

01-50 leitos 51-100 leitos 101-200 leitos acima de 200 leitos

Proprietário(s): _____

CPF: _____ RG: _____

Endereço Resid.: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Tel.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Responsável Técnico: _____ CR -PB _____

Endereço Resid.: _____

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

Regional de _____ da Paraíba 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: _____ Isc. Municipal: _____

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