



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

**ÁREA: Saúde**

**ASSUNTO: Licenciamento de Lavanderias, Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), Orfanato e Unidades de Acolhida (CNAE 8730-1/01), Fabricação de Artigos Ópticos, Distribuidora de Produtos para Saúde.**

**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;
- Alvará de Localização e Funcionamento;
- CPF e Documento Oficial de Identidade com foto do Técnico Responsável e do proprietário.



**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: \_\_\_\_\_

CNAE	ATIVIDADE DA EMPRESA		

Natureza da firma: Público  Privado  Filantrópico

Proprietário(s): \_\_\_\_\_

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

**Resid.** Endereço: \_\_\_\_\_

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

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

Responsável Técnico: \_\_\_\_\_ CRM-PB \_\_\_\_\_

**Resid.** 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

Regional de Medicina 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: \_\_\_\_\_ I nsc. 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