



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: _____ Insc. 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