



SECRETARIA DE SAÚDE
Gerência de Vigilância Sanitária – GVS/JP

ÁREA: Saúde

ASSUNTO: 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

Renovação de Licença Sanitária

- Requerimento original e preenchimento de forma legível;
- Cópia da Licença Sanitária do exercício anterior;
- Certificado de Registro e Licenciamento de Veículo - CRLV, fornecido Pelo DETRAN;
- Cópia do Contrato Social registrado na Junta Comercial, devendo constar neste documento os objetivos claramente explicitados das atividades que foram requeridos (Somente se houver alguma alteração);
- Termo de Responsabilidade Técnica do Responsável Técnico;
- Relação de Serviços Terceirizados com apresentação das cópias dos Contratos Terceirizados e seus Alvarás Sanitários ou Protocolos e comprovação da prestação de serviço atualizada;
- Declaração caso não possua Serviços Terceirizados;
- Relação dos profissionais com números de registros em seus respectivos conselhos de classe que realizam o transporte.
- Cópia do Alvará de Localização e Funcionamento;
- 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 do CPF e Documento Oficial de Identidade com foto do Responsável Técnico e Proprietário;
- Cópia do Documento de Habilitação Classe D do condutor;
- Cópia da Carteira do Conselho Regional dos profissionais, CPF, cópia dos títulos de especialistas / aperfeiçoamento da Equipe Multiprofissional, conforme Decreto Federal nº 77052, de 19 de janeiro de 1976.



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 / C.I.C.: _____

Nome de Fantasia: _____

Endereço: _____ N°: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Fone: _____

Ponto de Referência: _____

Atividade da firma: **Ambulância de Transporte** **TIPO A** **TIPO B** **TIPO C** **TIPO D**
 TIPO E **TIPO F** **PLACA:** _____

Veículos de Intervenção Rápida

Outros Veículos Habituais Adaptados Para Transporte De Pacientes de Baixo Risco

Natureza da firma: Público Privado Filantrópico

Proprietário(s): _____

CPF: _____ RG: _____

Endereço Resid.: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Tel.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Responsável Técnico: _____ CR: _____

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 _____

_____, 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