



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIANA
Secretaria Municipal de Saúde
Vigilância em Saúde
Vigilância Sanitária

**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PADRÃO
Nº 1**

1 - REQUERIMENTO

	Licença Sanitária - Inicial		Assentimento Sanitário
	Licença Sanitária - Renovação		Aprovação de Projeto Físico ou Hidrossanitário
	Licença Sanitária – Alteração (<i>Especificar no campo outros</i>)		Habite-se Sanitário ou Certificação Sanitária
	Outros (Especificar):		

2 - IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Razão social (*pessoa física*) ou nome (*pessoa física*):

Nome Fantasia:

Rua, Avenida, etc:

Nº:

Bairro:

CEP:

Telefone: (*Contato com a empresa*)

E-mail (*Contato com a empresa*):

Ponto de Referência:

Responsável Legal:

CPF:

Responsável Técnico:

Reg. Conselho de Classe:

2 - OBJETO DA SOLICITAÇÃO

CNPJ / CPF:

Inscrição Municipal:

CNAE

Atividade Econômica

(*Preencher apenas as atividades de interesse a saúde que são exercidas e/ou que pretende exercer*)

Características da (s) Atividade (s)

(*Descrever as principais informações que possam caracterizar a (s) atividade (s) a ser licenciada (s) e/ou alterada (s), por exemplo: mudança de razão social, inclusão e/ou exclusão de atividade, mudança de responsável técnico*)

Informações Básicas para Enquadramento

(*Preencher apenas os campos pertinentes ao empreendimento a ser licenciado*)

Área do Estabelecimento (m²):

Horário de Funcionamento:

Dias de Funcionamento:

Local e Data

VIANA, ____ / ____ / ____

Assinatura do
requerente/Procurador
(Anexar procuração)

CPF:

**PREFEITURA MUNICIPAL DE VIANA**

Secretaria Municipal de Saúde

Vigilância em Saúde

Vigilância Sanitária

ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO SANITÁRIA PARA ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Nº 2

(clínicas, Consultórios, apoio diagnóstico)

1 - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA			
Razão social (pessoa física) ou nome (pessoa física):			
Rua, Avenida, etc:	Nº:	Bairro:	
CEP:	Telefone:	E-mail:	
CNPJ / CPF:		Inscrição Municipal:	
2 - CONDIÇÕES ESTRUTURAIS E HIGIÊNICAS DO ESTABELECIMENTO.			
Observação: Caso existam situações não aplicáveis ao tipo de atividade, assinalar -NA (não se aplica)			
01) Situações e Condições Estruturais	Sim	Não	N/A
1.1) Pisos e paredes de superfície lisa, compacta, de fácil higienização em todos os setores?			
1.2) Piso com declive suficiente ao escoamento e provido de ralos em número suficiente e sifonados com tampas que se fechem?			
1.3) Fossas, rede pública de esgoto, caixas de gordura em bom estado de conservação e funcionamento?			
1.4) Área externa livre de focos de insalubridade, de objetos em desuso ou estranhos ao ambiente, de vetores e outros animais no pátio e vizinhança; de focos de poeira; de acúmulo de lixo nas imediações, de água estagnada, dentre outros?			
02) Ventilação e Iluminação	Sim	Não	N/A
2.1) Ventilação suficiente, sem ocasionar desconforto térmico?			
2.2) Equipamento de climatização em bom estado de conservação e higiene e com funcionamento adequado?			
2.3) Iluminação natural ou artificial adequada à atividade desenvolvida?			
03) Água para abastecimento	Sim	Não	N/A
3.1) Água de abastecimento oriunda da rede pública com potabilidade atestada semestralmente?			
3.2) Reservatórios de água (caixas d'água ou cisternas), dotados de tampa, sem vazamentos ou infiltrações e distantes de material estranho?			
3.3) Realiza higienização semestral do reservatório de água com registro no estabelecimento?			
04) Estrutura funcional	Sim	Não	N/A
4.1) Sanitários para a clientela em condições de uso; com lavatório dotado de sabão líquido, toalha de papel e cesto com tampa acionada por pedal; e com ralo sifonado com tampa giratória para fechamento?			
4.2) Depósito de Material para guarda e organização de produtos e equipamentos de limpeza?			
4.3) Área (Copa/Cozinha) exclusiva para alimentos?			
4.4) Instalações prediais livres de trincas, rachaduras e infiltrações?			
4.5) Instalações elétricas e hidráulicas protegidas e em bom estado de conservação?			
4.6) Sanitário anexo ao consultório de: - Ginecologia/Obstetrícia; - Urologia; - Proctologia; -Outro: _____			
4.7) Material descartável de uso único?			
4.8) Produtos utilizados com registro no Ministério da Saúde ou indicação de isenção?			
4.9) Produtos existentes e utilizados no prazo de validade estipulado?			
4.10) Estocagem de produtos em locais distintos (medicamentos e correlatos/alimentos/saneantes), livres de umidade e poeira e em temperatura ideal (25°)?			
4.11) Existência de Procedimentos Operacionais Padronizados (POPS)?			
4.12) Existência de equipamentos de proteção individual (EPI)?			
4.13) Registro da manutenção corretiva e preventiva de equipamentos?			
4.14) Manual de normas e rotinas técnicas atualizadas e disponíveis?			
05) Salas de atendimento / procedimentos	Sim	Não	N/A
5.1) Lavatório ou pia exclusivo para higienização das mãos?			
5.2) Dispensador com sabão líquido?			
5.3) Suporte com papel toalha?			
5.4) Lixeira com saco plástico, tampa de acionamento por pedal e identificada para resíduo comum?			
5.5) Lixeira com saco plástico branco leitoso padronizado, tampa de acionamento por pedal e identificada para resíduo infectante?			

5.6) Recipiente rígido para descarte de material perfuro – cortante?			
5.7) Ausência de cortinas, estantes com livros e objetos, vasos de plantas, aquários abertos e outros adornos de difícil higienização na área de atendimento/tratamento?			
5.8) Almotolias (identificada e com tampa) com controle de validade? (07 dias após envase ou almotolias descartáveis?)			
5.9) Medicamentos e material médico hospitalar com controle de prazo de validade e registro no MS?			
5.10) Armazenamento de medicamentos controlados em conformidade com a Portaria MS nº 344/98?			
5.11) Medicamentos em uso, identificados, acondicionados com a data da abertura?			
5.12) Lençol da maca é trocado a cada paciente? É descartável?			
5.13) É realizada desinfecção da maca após cada utilização?			
5.14) Limpeza diária do ambiente é efetuada com pano úmido ou aspirador de pó?			
5.15) Local para acondicionar roupa contaminada: Recipiente identificado? Recipiente com tampa? Presença de sacola plástica?			
5.16) Material utilizado nos procedimentos é descartável ou devidamente esterilizado?			
5.17) Recipiente com tampa e identificado para acondicionamento de materiais e instrumentais contaminados na sala de exames?			
5.18) local adequado (armários, gavetas e/ou outros) para acondicionamento dos materiais esterilizados e materiais de consumo nas salas?			
5.19) Imunobiológicos em geladeira exclusiva com termômetro de máxima, mínima e de momento, mantendo a temperatura entre +2°C e +8°C?			
5.20) Elaboração de mapa de registro da temperatura da geladeira com duas medidas diárias e arquivo, em pasta, por 06 (seis) meses?			
5.21) Laudo de aprovação de proteção radiológica válido, em caso de aparelho de Raios para radiodiagnóstico?			
06) Área de reprocessamento de artigos	Sim	Não	N/A
6.1) Local é adequado para realização da atividade?			
6.2) Área para processamento de artigos (descontaminação, limpeza e esterilização) com fluxograma (passo a passo) afixado: -exclusiva?			
6.3) Climatização e/ou ventilação Artificial (ar condicionado) ou Natural (janelas com aberturas teladas)?			
6.4) Pia com bancada para lavagem e preparo do material?			
6.5) Lavatório exclusivo para higienização das mãos?			
6.6) Dispensador com sabão líquido?			
6.7) suporte com papel toalha?			
6.8) Lixeira com saco plástico, tampa de acionamento por pedal e identificada para resíduo comum?			
6.9) Lixeira com saco plástico branco leitoso padronizado, tampa de acionamento por pedal e identificada para resíduo infectante?			
6.10) Recipiente rígido para descarte de material perfuro – cortante (Descarpack)?			
6.11) Armário para guarda de material limpo e desinfetado?			
6.12) EPIs em número suficiente? (Máscara, Óculos de proteção, avental, luvas de cano longo e sapato fechado)?			
6.13) Os processos de desinfecção e esterilização do instrumental são precedidos de lavagem?			
6.14) É utilizado procedimento prévio de descontaminação do instrumental? (desincrostante, detergente enzimático, outros)			
6.15) Possui recipiente fechado, identificado e datado para imersão do instrumental em solução de limpeza ou desinfecção?			
6.16) O método utilizado para esterilização do instrumental é o vapor saturado sob pressão? (Autoclave)			
6.17) Utiliza invólucro (embalagem) adequado para esterilização em autoclave? (papel grau cirúrgico, papel crepado, papel SMS, etc)			
6.18) Possui procedimento de identificação da embalagem do instrumental e registro da data de validade?			
6.19) Possui procedimento de validação do processo de esterilização? Realiza teste biológico com registro?			
6.20) Qual a frequência de realização dos testes biológicos? _____			
6.21) Esterilização do instrumental é terceirizada, sendo realizada em estabelecimento credenciado?			
07) Resíduos	Sim	Não	N/A
7.1) No ato do descarte é realiza a segregação dos resíduos? (separar por tipo: comum, biológico, perfuro-cortante, químico)			
7.2) Lixeira com saco plástico preto, tampa de acionamento por pedal e identificada para resíduo comum nos setores onde este é gerado?			
7.3) Lixeira com saco plástico branco leitoso padronizado, tampa de acionamento por pedal e identificada para resíduo infectante nos setores onde este é gerado?			
7.4) Recipiente rígido com paredes resistentes à punctura, em suporte fixado à parede ou em bancada seca, em altura ergonomicamente compatível em que se tenha visibilidade do orifício para descarte de material pérforo–cortante disponível na(s) sala (s) de procedimento(s)?			

7.5) Sala exclusiva para acondicionamento interno temporário dos resíduos de saúde?			
7.6) Abrigo externo de resíduos em ambiente exclusivo, identificado, fechado, em alvenaria, com ponto d'água, revestido de material liso, lavável e de fácil higienização, possuindo ambientes separados para atender ao armazenamento de resíduos?			
7.7) Há contratação de coleta especializada de resíduos de saúde para a destinação final?			
08) Controle de vetores ou pragas	Sim	Não	N/A
8.1) Janelas, portas e demais aberturas dotadas de sistemas de proteção contra a entrada de vetores ou pragas (telas milimetradas, molas, cortinas de ar, etc.)?			
3 – DECLARAÇÃO			
<p>Por este instrumento particular de declaração, eu, _____, portador da carteira de identidade nº. _____ e CPF nº. _____, residente e domiciliado à Rua (Av.) _____, nº. _____, complemento _____, Bairro _____, Viana/ES, CEP: _____, DECLARO idoneamente sob as penas da lei (Código penal, art. 299 – Omitir em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: pena de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 01 (um) a 03 (três) anos, e multa, se documento é particular) que as informações contidas no presente requerimento são verdadeiras e assumo o compromisso de apresentar, quando solicitado, os comprovantes originais, para quaisquer comprovações junto a Gerência de Vigilância Sanitária do município de Viana.</p> <p>Por ser a mais cristalina expressão da verdade, assino o presente.</p>			
Local e Data	VIANA _____ / _____ / _____	Assinatura do requerente/Procurador (anexar procuração)	



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIANA
Secretaria Municipal de Saúde
Vigilância em Saúde
Vigilância Sanitária

**DECLARAÇÃO DE ABASTECIMENTO DE
ÁGUA Nº 3**

1 - IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

Razão Social (pessoa física) ou nome (pessoa física):

Rua, Avenida, etc:

Nº:

Bairro:

CEP:

Tel.:

E-mail:

CNPJ / CPF:

Inscrição Municipal:

2 - OBJETIVO DA DECLARAÇÃO:

Quanto ao abastecimento de água do estabelecimento

Possui abastecimento de água da Concessionária (CESAN)?

Sim Não

- Não possui fonte alternativa coletiva de abastecimento de água, tais como captação de chuva, água de reuso ou poço artesiano.
 Possui fonte alternativa coletiva de abastecimento de água, tais como captação de chuva, água de reuso ou poço artesiano.
 Outros:

Quanto ao uso da água proveniente de fonte alternativa coletiva

Caso possua fonte alternativa coletiva de abastecimento de água, preencher o questionário abaixo:

Utiliza a água da fonte alternativa coletiva para consumo e higiene humana?

Sim Não

Utiliza a água da fonte alternativa coletiva para outras finalidades?

Não Sim - Quais?

DECLARAÇÃO

Por este instrumento particular de declaração, eu, _____, portador da carteira de identidade nº. _____, e CPF: _____, residente e domiciliado à Rua (Av.) _____, nº. _____, complemento _____ Bairro: _____, Viana/ES, CEP: _____, DECLARO idoneamente sob as penas da lei (Código penal, art. 299 – Omitir em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: pena de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 01 (um) a 03 (três) anos, e multa, se documento é particular) que as informações contidas no presente requerimento são verdadeiras e assumo o compromisso de apresentar, quando solicitado, os comprovantes originais, para quaisquer comprovações junto a Gerência de Vigilância Sanitária do município de Viana.

Por ser a mais cristalina expressão da verdade, assino o presente.

Local e Data

VIANA, _____, _____, _____.

Assinatura do
requerente/Procurador (Anexar
procuração)

CPF:



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIANA

Secretaria Municipal de Saúde

Vigilância em Saúde

Vigilância Sanitária

**RELAÇÃO DE EXAMES REALIZADOS E
TERCEIRIZADOS N° 6**

1 - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

Razão social (pessoa física) ou nome (pessoa física):

CNPJ / CPF:

Inscrição Municipal:

2 - RELAÇÃO DE EXAMES REALIZADOS E TERCEIRIZADOS

PROCEDIMENTO	PRÓPRIO OU TERCEIRIZADOS?	PRESTADOR DE SERVIÇO

(Obs.: Caso o campo seja insuficiente, apresentar a descrição em documentação complementar em anexo).

Local e Data	VIANA _____, ____ / ____ / ____	Assinatura do requerente/Procurador (anexar procuração)	CPF: _____
--------------	---------------------------------	---	------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIANA

Secretaria Municipal de Saúde

Vigilância em Saúde

Vigilância Sanitária

**RELAÇÃO DOS POSTOS DE COLETA E
RESPONSÁVEIS TÉCNICOS N° 9**

1 - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

Razão social (pessoa física) ou nome (pessoa física):

CNPJ / CPF:

Inscrição Municipal:

2 - RELAÇÃO

POSTO DE COLETA	RESPONSÁVEL TÉCNICO	ENDEREÇO

(Obs.: Caso o campo seja insuficiente, apresentar a descrição em documentação complementar em anexo.)

Local e Data	VIANA, _____ / _____ / _____	Assinatura do requerente/Procurador (anexar procuração)	_____
			CPF: _____