



# VIGILÂNCIA SANITÁRIA ALVARÁ DE SAÚDE

Rua Ernesto Alves, 746 – Centro

Fone: (51) 3715 1546

e-mail: vig\_sanitaria@santacruz.rs.gov.br

Central de Alvarás – SEDET

Avenida Independência, 100 – Centro Fone 3690 4134

e-mail: alvaras@santacruz.rs.gov.br

## DOCUMENTAÇÃO SOLICITADA

| <b>Nº do formulário</b>              | <b>Clínica e consultório médico, psicologia, fonoaudiologia fisioterapia e nutrição</b>  | <b>Obrigatório</b> | <b>Onde Encontrar</b>                    |
|--------------------------------------|--|--------------------|--|
|                                      | <b>INICIAL, ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO OU ALTERAÇÃO DE ATIVIDADES</b>   |                    |  |
| 01                                   | Formulário Anexo II  | SIM                | Pasta Formulários e Declarações          |
| 02                                   | CNPJ = Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica  | SIM                | Site CONSULTA CNPJ – RF                  |
| 04                                   | Cópia do Contrato Social   | SIM                | Á CARGO DO SOLICITANTE                   |
| 08                                   | Alvará de Bombeiros ou Declaração de Isenção de Alvará de Bombeiros para empresas de Baixo Risco(ver modelo em Formulários e Declarações).   | SIM                | Pasta Formulários e Declarações          |
| 20                                   | Laudo de Controle de Pragas e Vetores(Validade de até 06 meses)  | SIM                | Solicitar junto a uma Empresa Autorizada |
| 18                                   | Laudo de Limpeza da Cx água  | SIM                | Solicitar junto a uma Empresa Autorizada |
| 29                                   | Contrato com empresa responsável pela coleta, transporte, tratamento e destinação final de resíduos de serviços de saúde - RSS;  | SIM                | Á CARGO DO SOLICITANTE                   |
| 77                                   | Plano de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA);  | SIM                | Á CARGO DO SOLICITANTE                   |
| 78                                   | Programa de Controle de Saúde Ocupacional (PCMSO);   | SIM                | Á CARGO DO SOLICITANTE                   |
| 07                                   | Conta de Água ou Luz   | SIM                | Á CARGO DO SOLICITANTE                   |
| 15                                   | Termo para cedência de uso do imóvel- somente quando o nome do proprietário no Carnê IPTU seja diferente do responsável pela empresa, e não exista um contrato de aluguel entre as partes.   | SIM                | Pasta Formulários e Declarações          |
| 81                                   | Planilha de auto inspeção preenchida, assinada com reconhecimento de firma (para as atividades de Fisioterapia (sem produção de lixo séptico), Psicologia, Fonoaudiologia (sem produção de lixo séptico), Nutrição e que possuam no local o Alvará de Bombeiros vigente. | SIM                | Á CARGO DO SOLICITANTE                   |
| <b>RENOVAÇÃO DO ALVARÁ SANITÁRIO</b> |  |                    |  |
| 01                                   | Formulário Anexo II  | SIM                | Pasta Formulários e Declarações          |
| 20                                   | Laudo de Controle de Pragas e Vetores(Validade de até 06 meses)  | SIM                | Solicitar junto a uma Empresa Autorizada |
| 18                                   | Laudo de Limpeza da Cx água  | SIM                | Solicitar junto a uma Empresa Autorizada |
| 08                                   | Alvará de Bombeiros ou Declaração de Isenção de Alvará de Bombeiros para empresas de Baixo Risco(ver modelo em Formulários e Declarações).   | SIM                | Pasta Formulários e Declarações          |

|    |  |     |                     |    |
|----|--|-----|---------------------|----|
| 29 | Contrato com empresa responsável pela coleta, transporte, tratamento e destinação final de resíduos de serviços de saúde - RSS;  | SIM | Á CARGO SOLICITANTE | DO |
| 77 | Plano de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA);  | SIM | Á CARGO SOLICITANTE | DO |
| 78 | Programa de Controle de Saúde Ocupacional (PCMSO);   | SIM | Á CARGO SOLICITANTE | DO |
| 81 | Planilha de auto inspeção preenchida, assinada com reconhecimento de firma (para as atividades de Fisioterapia (sem produção de lixo séptico), Psicologia, Fonoaudiologia (sem produção de lixo séptico), Nutrição e que possuam no local o Alvará de Bombeiros vigente. | SIM | Á CARGO SOLICITANTE | DO |

---

—

