



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BAURU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Fone: (14) 3104-1495 - Fax: (14) 3227-4905
e-mail: saude_coletiva@bauru.sp.gov.br



DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA

INICIAL

ESTABELECEMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE SUJEITOS A LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

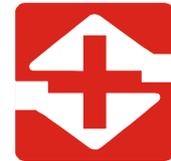
Atividades médicas (restrita a consulta, procedimentos cirúrgicos e exames complementares), de enfermagem, odontológica, hospitalar, diagnóstico (com radiação, sem radiação, tomografia, ressonância, endoscopia, registro gráfico), serviço de complementação diagnóstica (câmara hiperbárica e s. de radiometria), serviço de remoção de pacientes, UTI móvel, serviço móvel de atendimento à urgência, coleta domiciliar, vacinação, reprodução humana, laboratórios clínicos e anatomopatologia, posto de coleta, diálise, hemoterapia, quimioterapia, radioterapia, litotripsia, banco de células humanas, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, atividade de profissionais na área da saúde (assistência farmacêutica), práticas integrativas (cromoterapia, do-in, shiatsu, yoga e similares), banco de leite, acupuntura, podologia, clínica e residência geriátrica, assistência a deficientes físicos imunodeprimidos e convalescentes (assistência a dependentes químicos), Centro de apoio a pessoas com AIDS/Câncer, assistência a domicílio (Home Care) e Centro de assistência psicossocial (CAPS).

PESSOA JURÍDICA	PESSOA FÍSICA
1) Formulários: <ul style="list-style-type: none">• Formulário de solicitação de Atos de Vigilância Sanitária - <u>ANEXO V DA PORTARIA CVS 1/2017</u>• Formulário de Atividade relacionada à prestação de Serviço de interesse da Saúde- <u>SUB ANEXO V.1 DA PORTARIA CVS 1/2017</u>• *Formulário de equipamentos de interesse da Saúde - <u>SUB ANEXO V.2 DA PORTARIA CVS 1/2017</u> *somente para atividades com equipamentos de saúde.	1) Formulários: <ul style="list-style-type: none">• Formulário de solicitação de Atos de Vigilância Sanitária - <u>ANEXO V DA PORTARIA CVS 1/2017</u>• Formulário de Atividade relacionada à prestação de Serviço de interesse da Saúde- <u>SUB ANEXO V.1 DA PORTARIA CVS 1/2017</u>• *Formulário de equipamentos de interesse da Saúde - <u>SUB ANEXO V.2 DA PORTARIA CVS 1/2017</u> *somente para atividades com equipamentos de saúde.
2) Protocolo atualizado do VRE/SIL parecer de viabilidade favorável.	2) ----
3) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF) do Responsável Legal	3) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF) do Responsável Legal
4) Cópia do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ)	4) ----
5) Contrato social registrado em cartório de Registro Civil de pessoas jurídicas ou Contrato social registrado na JUCESP- EIRELI, ME, EPP,...	5) ----

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BAURU



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Fone: (14) 3104-1495 - Fax: (14) 3227-4905
e-mail: saude_coletiva@bauru.sp.gov.br



6) Cópia da carteira do registro no conselho de classe. OBS.: Dispensado para Atividades: práticas integrativas, acupuntura, podologia e Centro de apoio a pessoas com AIDS/Câncer.	6) Cópia da carteira do registro no conselho de classe. OBS.: Dispensado para Atividades: práticas integrativas, acupuntura, podologia e Centro de apoio a pessoas com AIDS/Câncer.
7) Laudo Técnico de Avaliação (LTA). Obs.: Dispensado para as Atividades: médico restrito a consulta, at. de enfermagem, fisioterapia (exceto clínica de reabilitação), terapia ocupacional, fonoaudiologia, atividade de profissionais na área da saúde (assistência farmacêutica), consultório odontológico, s. de radiometria, atividade de profissionais na área da saúde (assistência farmacêutica), serviço de remoção de pacientes, UTI móvel, serviço móvel de atendimento à urgência, diagnóstico por registro gráfico, práticas integrativas (cromoterapia, do-in, shiatsu, yoga e similares), acupuntura, podologia, ass. a deficiente físico, imunodeprimidos e convalescentes, Centro de apoio a pessoas com AIDS/Câncer, assistência a domicílio (Home Care).	7) Laudo Técnico de Avaliação (LTA). Obs.: Dispensado para as Atividades: médico restrito a consulta, at. de enfermagem, fisioterapia (exceto clínica de reabilitação), terapia ocupacional, fonoaudiologia, atividade de profissionais na área da saúde (assistência farmacêutica), consultório odontológico, s. de radiometria, atividade de profissionais na área da saúde (assistência farmacêutica), serviço de remoção de pacientes, UTI móvel, serviço móvel de atendimento à urgência, diagnóstico por registro gráfico, práticas integrativas (cromoterapia, do-in, shiatsu, yoga e similares), acupuntura, podologia, ass. a deficiente físico, imunodeprimidos e convalescentes, Centro de apoio a pessoas com AIDS/Câncer, assistência a domicílio (Home Care).

DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA

RENOVAÇÃO

SERVIÇO DE SAÚDE

PESSOA JURÍDICA	PESSOA FÍSICA
1) Formulários: <ul style="list-style-type: none">• Formulário de solicitação de Atos de Vigilância Sanitária - <u>ANEXO V</u> DA PORTARIA CVS 1/2017• Formulário de Atividade relacionada à prestação de Serviço de interesse da Saúde- <u>SUB ANEXO V.1</u> DA PORTARIA CVS 1/2017• *Formulário de equipamentos de interesse da Saúde - <u>SUB ANEXO V.2</u> DA PORTARIA CVS 1/2017 *somente para atividades com equipamentos de saúde	1) Formulários: <ul style="list-style-type: none">• Formulário de solicitação de Atos de Vigilância Sanitária - <u>ANEXO V</u> DA PORTARIA CVS 1/2017• Formulário de Atividade relacionada à prestação de Serviço de interesse da Saúde- <u>SUB ANEXO V.1</u> DA PORTARIA CVS 1/2017• *Formulário de equipamentos de interesse da Saúde - <u>SUB ANEXO V.2</u> DA PORTARIA CVS 1/2017 *somente para atividades com equipamentos de saúde
2) Protocolo do VRE/SIL com parecer de viabilidade favorável.	2) ----



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BAURU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Fone: (14) 3104-1495 - Fax: (14) 3227-4905
e-mail: saude_coletiva@bauru.sp.gov.br



DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA

INICIAL

ESTABELECIMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE SUJEITOS A LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COLETIVOS E SOCIAIS, SERVIÇOS VETERINÁRIO E OUTRAS ATIVIDADES RELACIONADAS À SAÚDE

Coleta de resíduos perigosos e não perigosos de serviços de saúde, Tratamento disposição de resíduos perigosos de serviços de saúde, Aluguel de palcos (sanitário químico), Educação infantil-creche, Ensino de esportes em piscinas, Orfanatos, Albergues assistenciais, Ass. Social em residências coletivas, Gestão e instalação de esportes, Clubes sociais desportivos, Pesqueiro, Parque aquático ou temático, Gestão e manutenção de cemitérios, Serviços de cremação, Funerárias, Somato conservação, Atividade veterinária com Raios X, Prótese dentária, Instituição de longa permanência para idosos, At. de Assis. Psicossocial (comunidade terapêutica), Ass. social sem alojamento, Condicionamento físico, Lavanderia hospitalar (toalheiros), Cabeleireiro, Manicure, Barberia, Estética (embelezamento), Sauna e banhos, Tatuagem, Maquiagem definitiva e Piercing, Testes e análises técnicas (laboratório analítico).

PESSOA JURÍDICA	PESSOA FÍSICA
1) Formulário: <ul style="list-style-type: none">Formulário de solicitação de Atos de Vigilância Sanitária - <u>ANEXO V</u> DA PORTARIA CVS 1/2017	1) Formulário: <ul style="list-style-type: none">Formulário de solicitação de Atos de Vigilância Sanitária - <u>ANEXO V</u> DA PORTARIA CVS 1/2017
2) Protocolo atualizado do VRE/SIL com parecer de viabilidade favorável.	2) ----
3) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF) do Responsável Legal	3) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF) do Responsável Legal
4) Cópia do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ)	4) ----
5) Contrato social registrado em cartório de Registro Civil de pessoas jurídicas ou Contrato social registrado na JUCESP- EIRELI, ME, EPP...	5) ----
6) Cópia da carteira do registro no conselho de classe. OBS.: Obrigatório para Atividades: Veterinária (7500-1/00), S. de prótese dentária (3250-7/06), Testes e análises técnicas - laboratório analítico (7120-1/00) e At. de condicionamento físico (9313-1/00).	6) Cópia da carteira do registro no conselho de classe. OBS.: Obrigatório para Atividades: Veterinária (7500-1/00), S. de prótese dentária (3250-7/06), Testes e análises técnicas - laboratório analítico (7120-1/00) e At. de condicionamento físico (9313-1/00).
7) Laudo Técnico de Avaliação (LTA). Obs.: Obrigatório para Atividades: tratamento e disposição de resíduos de serviço de saúde (3822-0/00), educação infantil-creche (8511-2/00), ensino de esporte	7) Laudo Técnico de Avaliação (LTA). Obs.: Obrigatório para Atividades: tratamento e disposição de resíduos de serviço de saúde (3822-0/00), educação infantil-creche (8511-2/00), ensino de esporte (8591-1/00), orfanatos



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BAURU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Fone: (14) 3104-1495 - Fax: (14) 3227-4905
e-mail: saude_coletiva@bauru.sp.gov.br



(8591-1/00), orfanatos (8730-1/01), ass. social em resid. Coletiva (8730-1/99), gestão e instalação de esportes (9311-5/00), clubes (9312-3/00), parques (9321-2/00), cemitérios (9603-3/01), cremação (99603-3/02), somato conservação (9603-3/05), at. funerária com serviço de necrópsia (9603-3/99), at. Veterinária c/ RX (7500-1/00), laboratório de água - testes e análises técnicas (7120-1/00), Instituição de longa permanência para idosos (8711-5/02), at. Ass. psicossocial – comunidade terapêutica (8720-4/99), at. de condic. físico de academia com hidrogenástica (9313-1/00).	(8730-1/01), ass. social em resid. Coletiva (8730-1/99), gestão e instalação de esportes (9311-5/00), clubes (9312-3/00), parques (9321-2/00), cemitérios (9603-3/01), cremação (99603-3/02), somato conservação (9603-3/05), at. funerária com serviço de necrópsia (9603-3/99), at. Veterinária c/ RX (7500-1/00), laboratório de água - testes e análises técnicas (7120-1/00), Instituição de longa permanência para idosos (8711-5/02), at. Ass. psicossocial – comunidade terapêutica (8720-4/99), at. de condic. físico de academia com hidrogenástica (9313-1/00).
---	--

DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

RENOVAÇÃO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COLETIVOS E SOCIAIS, SERVIÇOS VETERINÁRIO E OUTRAS ATIVIDADES RELACIONADAS À SAÚDE

PESSOA JURÍDICA	PESSOA FÍSICA
1) Formulário: <ul style="list-style-type: none">Formulário de solicitação de Atos de Vigilância Sanitária - <u>ANEXO V</u> DA PORTARIA CVS 1/2017	Formulário: <ul style="list-style-type: none">Formulário de solicitação de Atos de Vigilância Sanitária - <u>ANEXO V</u> DA PORTARIA CVS 1/2017
2) Protocolo do VRE/SIL com parecer de viabilidade favorável.	2) ---



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BAURU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Fone: (14) 3104-1495 - Fax: (14) 3227-4905
e-mail: saude_coletiva@bauru.sp.gov.br



SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DOS DADOS CADASTRAIS

SEÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E INTERESSE À SAÚDE

PESSOA JURÍDICA	PESSOA FÍSICA
1) Anexo V com a devida solicitação de alteração de dados cadastrais.	1) Anexo V com a devida solicitação de alteração de dados cadastrais;
2) Cópia dos documentos referentes a alteração: <ul style="list-style-type: none">■ RESPONSABILIDADE TÉCNICA:<ul style="list-style-type: none">- ASSUNÇÃO: cópia do contrato de trabalho do RT e cópia do documento de habilitação profissional do RT- BAIXA: cópia de rescisão de contrato de prestação de serviços do RT registrada em cartório■ RESPONSABILIDADE LEGAL: cópia do contrato social■ ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO: licença de funcionamento original com a assinatura dos responsáveis, e subanexo V.2 (equipamento); - ver nota■ FUSÃO, CISÃO INCORPORAÇÃO OU SUCESSÃO: cópia do CNPJ, cópia do certificado da condição de Microempreendedor individual ou do contrato social e cópia da licença de funcionamento original; - ver nota	2) Cópia dos documentos referentes a alteração: <ul style="list-style-type: none">■ RESPONSABILIDADE TÉCNICA:<ul style="list-style-type: none">- ASSUNÇÃO: cópia do contrato de trabalho do RT e cópia do documento de habilitação profissional do RT- BAIXA: cópia de rescisão de contrato de prestação de serviços do RT registrada em cartório■ RESPONSABILIDADE LEGAL: cópia do contrato social■ ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO: licença de funcionamento original com a assinatura dos responsáveis, e subanexo V.2 (equipamento); - ver nota

Nota: Apresentar também anexo V com a solicitação de cancelamento de licença (endereço, fusão, cisão, incorporação ou sucessão), e será necessário a abertura de novo processo com a documentação conforme descrito na tabela "Documentos para solicitação de licença sanitária inicial".

OUTROS TIPOS DE SOLICITAÇÕES

- **CANCELAMENTO DA LICENÇA DE FUNCIONAMENTO:** Anexo V com a solicitação descrita e original da licença.
- **2ª VIA DE LICENÇA/CADASTRO:** Anexo V