

DECRETO EXECUTIVO Nº 126, DE 14 DE OUTUBRO DE 2022

Dispõe sobre o Licenciamento Sanitário, inicial e renovação, bem como classifica as atividades de acordo com o grau de risco sanitário para os estabelecimentos e atividades de interesse à saúde pela Vigilância Sanitária no Município de Santa Maria, e dá outras providências.

O **PREFEITO MUNICIPAL DE SANTA MARIA**, no uso das atribuições que lhe são conferidas em Lei,

CONSIDERANDO, que é fundamental a aplicação integral dos preceitos definidos pelo § 1º do art. 6º e pelos arts. 15 e 18 da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, executado por instituições da Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária;

CONSIDERANDO, o Decreto-Lei Estadual nº 23.430, de 24 de outubro de 1974, que aprova o Regulamento que Dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da Saúde Pública;

CONSIDERANDO, a Lei Federal nº 6503, de 22 de dezembro de 1972, especialmente o art. 33 "Poderá haver apreensão e inutilização sumária de alimentos destinados ao consumo imediato, quando, expostos à venda, não estiverem com a devida proteção ou se apresentarem visivelmente prejudiciais à saúde";

CONSIDERANDO, o disposto na Resolução Comissão Intergestores Bipartite - CIB Nº 30, de 11 de março de 2004, que Dispõe sobre os estabelecimentos de baixa complexidade;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução Comissão Intergestores Bipartite - CIB nº 250, de 5 de dezembro de 2007, que Aprova o Regulamento Técnico que disciplina a responsabilidade sanitária de municípios em relação às ações de Vigilância Sanitária, e dispõe sobre critérios e parâmetros relativos à organização, hierarquização, regionalização, e descentralização dos Serviços do Sistema de Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul;

CONSIDERANDO, a necessidade de definir as ações básicas ou de baixa complexidade e grau de risco relativas à Vigilância Sanitária, uma vez que, as ações de média e alta complexidade estão definidas pela União - Portaria GM nº 2473, de 29 de dezembro 2003;

CONSIDERANDO, o previsto na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 153, de 26 de abril de 2017, que Dispõe sobre a Classificação do Grau de Risco para as atividades econômicas sujeitas à vigilância sanitária, para fins de licenciamento, e dá outras providências;

CONSIDERANDO, o previsto na Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 207, de 03 de janeiro de 2018, a qual Dispõe sobre a organização das ações de vigilância sanitária, exercidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativas à Autorização de Funcionamento, Licenciamento, Registro, Certificação de Boas Práticas, Fiscalização, Inspeção e Normatização, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS;



CONSIDERANDO, o previsto na Instrução Normativa nº 16, de 26 de abril de 2017 - ANVISA, que dispõe sobre a lista de Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE, classificadas por grau de risco para fins de licenciamento sanitário;

CONSIDERANDO, que a Lei Municipal nº 4040, de 27 de dezembro de 1996, Dispõe sobre normas de saúde em vigilância sanitária municipal, estabelecendo penalidades e outras providências;

CONSIDERANDO, a necessidade de estipular critérios de acordo com o grau de risco sanitário, mediante a avaliação da atividade desenvolvida, do volume de produção e/ou da oferta de serviço e complexidade dos processos e procedimentos envolvidos, para o Licenciamento Sanitário;

CONSIDERANDO, a necessidade de rever e atualizar as normas relativas ao Licenciamento Sanitário Municipal para estabelecimentos e atividades no Município;

CONSIDERANDO, a Lei Federal nº 13.874, de 20 de setembro de 2019, que Institui a Declaração de Direitos de Liberdade Econômica em âmbito federal e o firme propósito do Poder Executivo Municipal de ter vigente em âmbito municipal também uma norma neste sentido;

CONSIDERANDO, a Resolução CGSIM nº 62 de 20 de novembro de 2020, que dispõe sobre a classificação de risco das atividades econômicas sujeitas à vigilância sanitária e as diretrizes gerais para o licenciamento sanitário pelos órgão de vigilância sanitária dos Estados, Distrito Federal e Municípios e altera a Resolução CGSIM nº 55, de 23 de março de 2020;

CONSIDERANDO a Lei Municipal nº 6545, de 11 de junho de 2021, que dispõe sobre normas relativas à livre iniciativa e ao livre exercício de atividade econômica e disposições sobre a atuação da Administração Pública Municipal como agente normativo e regulador e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Portaria SEPRT Nº 396 DE 11/01/2021, que dispõe sobre as situações incompatíveis, por sua natureza, com a fiscalização orientadora das microempresas e empresas de pequeno porte;

DECRETA:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º Toda a pessoa física e/ou jurídica regular ou de fato, que tenha domicílio, residência, e que realize atividades dentro das ações de competência da Vigilância Sanitária Municipal, segundo o previsto na Lei Municipal nº 4040, de 27 de dezembro de 1996, bem como os dos regulamentos, normas e instruções delas advindas, está sujeita às determinações do presente Decreto Executivo.

Art. 2º Para estabelecimentos e/ou atividades sujeitas a vigilância sanitária consideram-se as seguintes definições:

I - ações de pós-mercado: ações de verificação da conformidade dos produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária após a entrada no mercado, por meio de inspeções, notificações de eventos adversos e desvio de qualidade, análises laboratoriais, levantamento e gestão de denúncias e informações recebidas para a prevenção de riscos e agravos à saúde da população;

II - atividade econômica: o ramo de atividade identificada a partir da Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE e da lista de estabelecimentos



auxiliares a ela associados, se houver, regulamentada pela Comissão Nacional de Classificação - CONCLA;

III - autorização de Funcionamento de Empresas - AFE: autorização concedida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Órgão competente do Ministério da Saúde, para o funcionamento de empresas ou estabelecimentos, instituições e órgãos, mediante o cumprimento dos requisitos técnicos e administrativos das legislações sanitárias vigentes, exceto aquelas relacionadas a alimentos;

IV - autoridade sanitária: servidor público legalmente investido de competência, com poder de polícia, para fiscalizar, controlar e inspecionar matéria de interesse direto ou indireto para a saúde das pessoas e do meio ambiente;

V - boas práticas sanitárias: conjunto de medidas que devem ser adotadas a fim de garantir a qualidade sanitária e a conformidade dos produtos e serviços com os regulamentos técnicos;

VI - classificação Municipal de Risco: classificação utilizada pela vigilância sanitária no Município de Santa Maria, para expressar a complexidade ou o nível de perigo potencial de ocorrência de danos à integridade física e à saúde humana, bem como, ao meio ambiente em decorrência do exercício de atividade econômica específica;

VII - empresa: unidade econômico-social organizada, de produção e circulação de bens e serviços para o mercado, integrada por elementos humanos, técnicos e materiais;

VIII - responsável legal: pessoa física designada em estatuto, contrato social ou ata de constituição, incumbida de representar, ativa e passivamente, nos atos judiciais e extrajudiciais a pessoa jurídica;

IX - responsável técnico: é o profissional, pessoa física, legalmente habilitada para dar suporte técnico, supervisionar e responsabilizar-se pelos diversos processos de produção e prestação de serviços nas empresas, comprovada sua qualificação, mediante inscrição em conselho profissional ou órgão de classe, e ou por certificação;

X - estabelecimento de interesse à saúde: local que ocupa, no todo ou em parte, um imóvel individualmente identificado, edificado, destinado a atividades relativas a bens, produtos e serviços sujeitos às ações dos órgãos de vigilância sanitária, por empresário ou pessoa jurídica, de caráter permanente, periódico ou eventual, incluindo-se as residências, quando estas forem utilizadas para a realização da atividade, como nos casos do Microempreendedor Individual - MEI, e não for indispensável à existência de local próprio para seu exercício;

XI - fiscalização sanitária: conjunto de ações para verificação do cumprimento das normas sanitárias de proteção da saúde e gerenciamento do risco sanitário, exercido mediante o poder de polícia administrativo na cadeia de produção, transporte, armazenamento, importação, distribuição e comercialização de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária;

XII - grau de risco: nível de perigo potencial de ocorrência de danos à integridade física e à saúde humana, bem como, ao meio ambiente em decorrência de exercício de atividade econômica;

XIII - gerenciamento de risco sanitário: aplicação sistêmica e contínua do conjunto de procedimentos, condutas e recursos, com vistas à análise qualitativa e quantitativa dos potenciais eventos adversos que podem afetar a segurança sanitária, a saúde humana, a integridade profissional, e o meio ambiente, a fim de identificar, avaliar e propor medidas sanitárias apropriadas à minimização dos riscos;

XIV - inspeção sanitária: vistoria realizada presencialmente pela autoridade sanitária, que busca identificar, avaliar e intervir nos fatores de riscos à saúde da população, presentes na produção e circulação de produtos, na prestação de serviços e na intervenção sobre o meio ambiente, inclusive o de trabalho;

XV - licenciamento sanitário: etapa do processo de registro e legalização, presencial ou eletrônica, que conduz o interessado à autorização para o exercício de determinada atividade econômica, no âmbito da vigilância sanitária;

XVI - licença sanitária: documento emitido pelo órgão de vigilância sanitária do Sistema Único de Saúde que habilita a operação de atividades(s) específicas(s) sujeita(s) à vigilância sanitária;



XVII - vistoria sanitária prévia para fins de certificação: conjunto de ações para verificação do cumprimento das normas sanitárias de proteção da saúde e gerenciamento do risco sanitário, a pedido do empreendedor, exercido posteriormente à abertura do estabelecimento, em caráter educativo e orientador;

XVIII - produção artesanal: conjunto ordenado de condutas, habilidades e procedimentos, combinado aos meios de produção e materiais, por meio do qual o processo produtivo preserve costumes, hábitos e conhecimentos tradicionais, sem extensivo de equipamentos em larga escala;

XIX - produto artesanal: aquele produzido em escala reduzida com atenção direta e específica dos responsáveis por sua manipulação, sua produção é, em geral, de origem familiar ou de pequenos grupos, o que possibilita e favorece a transferência de conhecimentos sobre técnicas e processos originais;

XX - procedimento estético invasivo: são todos os procedimentos em que há a penetração de pele e mucosas adjacentes, tecidos subepiteliais e sistema vascular.

CAPÍTULO II DO GRAU DE RISCO SANITÁRIO

Art. 3º Para fins de enquadramento, adota-se a seguinte classificação do grau de risco das atividades econômicas:

I - **baixo risco**: atividades econômicas de interesse à saúde que não exigem licenciamento, autorização ou qualquer outro ato prévio do poder público para seu funcionamento;

II - **risco dependente de informação**: as atividades cuja classificação do grau de risco sanitário dependam de informações a serem prestadas pelo seu representante legal, conforme Anexo II, deste Decreto Executivo;

III - **alto risco**: atividades econômicas de interesse à saúde que exigem inspeção sanitária prévia à abertura do estabelecimento, e análise documental prévia, conforme Anexo IV, deste Decreto Executivo, por parte da Vigilância Sanitária para emissão da Licença Sanitária.

Art. 4º Compreendem como de **baixo risco**, os estabelecimentos e as atividades econômicas, cuja classificação baseia-se na Resolução CGSIM nº 62 de 20 de novembro de 2020, no inciso I do art. 4º e arts. 6º e 7º ou a que vier a substituí-las e aquelas que não constam nos Anexos I ou II do presente Decreto Executivo.

Parágrafo único. A dispensa dos atos públicos de liberação da atividade considerada de **baixo risco**, cujo funcionamento ocorrerá, sem a realização de inspeção prévia e sem a emissão do licenciamento sanitário, não exime a atividade da fiscalização dos órgãos de Vigilância Sanitária, em qualquer tempo ou enquanto forem exercidas atividades econômicas do estabelecimento no município, a verificação do cumprimento dos conjuntos de requisitos de segurança sanitária de instalação e manutenção da atividade na área de sua responsabilidade.

Art. 5º Compreendem como **risco dependente de informação** as atividades econômicas de interesse à saúde previstas no Anexo II, deste Decreto Executivo, que após informações prestadas citadas no inciso II do art. 2º deste Decreto Executivo, remeterão as atividades para alto ou baixo risco.

Parágrafo único. As informações fornecidas pelo responsável legal acarretam sua responsabilização quanto à instalação e manutenção do estabelecimento, com observância à legislação sanitária.

Art. 6º Compreendem como de **alto risco**, os estabelecimentos e as atividades econômicas, cuja classificação baseia-se na Resolução CGSIM nº 62 de 20 de novembro de 2020, no inciso I do art. 4º e arts. 6º e 7º ou a que vier a substituí-las, e aquelas constantes no Anexo I ou Anexo II do presente Decreto Executivo.

Art. 7º A definição do grau de risco sanitário, constante neste Decreto Executivo, considerada pela codificação da CNAE, baseia-se em critérios relacionados à



natureza das atividades econômicas, aos produtos e insumos relacionados às atividades e à frequência de exposição dos indivíduos aos produtos ou serviços, cabendo, reavaliações, sempre que o contexto sanitário assim exigir, considerando ainda:

- I - atualização da tabela da CNAE pela CONCLA;
- II - mudanças tecnológicas e socioambientais que afetem processos produtivos industriais ou artesanais, bem como a prestação de serviços, e que alterem o risco sanitário relacionado às atividades econômicas, e;
- III - alteração no perfil epidemiológico devido à introdução de novo agente ou mudança no padrão de ocorrência de doenças e agravos relacionados às atividades econômicas.

CAPÍTULO III DA LICENÇA SANITÁRIA

Art. 8º A Secretaria de Município da Saúde, através da Superintendência de Vigilância em Saúde, é o órgão responsável pela classificação de risco sanitário e pelos procedimentos para a emissão das licenças sanitárias de estabelecimentos que realizam atividades de interesse à saúde no Município.

Art. 9º A Licença Sanitária terá validade de 1 (um) ano, renovável anualmente, para os estabelecimentos classificados como de **alto risco** sanitário, conforme classificação constante no Anexo I e II, deste Decreto Executivo, e considerando que:

I - os estabelecimentos e/ou atividades de interesse à saúde de acordo com Lei Municipal nº 4040, de 1996, previsto no art. 2º e §§1º ao 6º do art.5º, classificados como de **alto risco** sanitário, serão inspecionados previamente pela Vigilância Sanitária Municipal nos processos de inclusão e renovação da licença para fins de emissão do Alvará Sanitário - Licença Sanitária - Lisa;

II - os estabelecimentos e/ou as atividades de interesse à saúde de acordo com o art. 2º e §§1º ao 6º do art. 5º da Lei Municipal nº 4040, de 1996, classificados como de **alto risco** sanitário, sejam eles pessoas físicas ou jurídicas, que não são exercidas no local, e que não tenham necessidade de fixar local para as atividades, utilizando como ponto de referência, imóveis residenciais, não necessitarão de Licenciamento Sanitário, desde que:

- a) estoque de produtos;
- b) circulação de clientes; e
- c) não exercer qualquer atividade no local.

III - os estabelecimentos e atividades classificados como de **baixo risco** sanitário, conforme enquadramento, só permanecem nestas condições enquanto satisfizerem as informações do inciso I do art. 3º do presente Decreto Executivo. Havendo alteração nas atividades desenvolvidas, caberá ao proprietário (a) e/ou responsável legal da empresa ou atividade, comunicar de imediato qualquer alteração no objeto desta e/ou no desenvolvimento de atividades licenciáveis pela Superintendência de Vigilância em Saúde de acordo com os Anexos I e II, caso contrário ficará sujeito às penalidades previstas em Lei. Neste caso, a comunicação dar-se-á por requerimento encaminhado, por meio eletrônico, para a Superintendência de Vigilância em Saúde.

§ 1º Se constatado em momento posterior o não atendimento dos requisitos especificados no inciso I, deste artigo, para obtenção do Licenciamento Sanitário, este será cassado, unilateralmente, sem prejuízo das demais sanções sanitárias e demais imputações legais cabíveis.

§ 2º Os estabelecimentos classificados como de **baixo risco sanitário**, não necessitam de Licenciamento Sanitário junto a Superintendência de Vigilância em Saúde, ficando sujeitos, se for o caso, apenas ao Licenciamento de Localização na Superintendência de Alvarás e Licenças da Prefeitura Municipal de Santa Maria.

Art. 10. Os estabelecimentos e atividades cujas atividades sejam classificados como de **baixo risco sanitário** ou Ponto de Referência, que possuem processos de solicitação de Licenciamento Sanitária de inclusão ou renovação em trâmite



na Superintendência de Vigilância em Saúde, seguirão as regras deste Decreto Executivo, e serão arquivados.

Art. 11. O processo de licenciamento sanitário das atividades econômicas dos estabelecimentos e atividades de interesse à saúde, referidos nas Leis Municipais nº 4040, de 1996, e nº 4041, de 1996, deverá ser iniciado na Superintendência de Vigilância Sanitária, por meio eletrônico, sempre acompanhado do requerimento padrão devidamente preenchido, conforme Anexo VI, deste Decreto Executivo, desde que a empresa já esteja constituída na Junta Comercial, Industrial e Serviço/RS - JUCIS ou no Cartório de Registro Civil, vinculado aos processos de abertura da empresa ou alteração do registro empresarial, ou quando houver alteração da atividade econômica ou endereço.

Parágrafo único. Na hipótese de ausência de previsão de ato determinando o grau de risco de determinada atividade, relacionada à área da saúde, e não seja caso de estabelecimentos classificados com **baixo risco**, será aplicada a resolução do Comitê Gestor da Rede Nacional para Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios - CGSIM.

Art. 12. No caso de haver uma ou mais etapas de produção e/ou comercialização de produtos, equipamentos ou de prestação de serviços de um ou mais estabelecimentos no mesmo recinto de outro já licenciado, as atividades desenvolvidas deverão ser compatíveis entre si, e devidamente autorizadas pela autoridade sanitária municipal, mesmo quando desenvolvidas em horários diferentes.

Art. 13. A classificação para o licenciamento sanitário de atividades econômicas de interesse à saúde, denominadas como **risco dependente de informação**, será realizada através do fornecimento de informações firmadas pelo responsável legal na forma estabelecida nos Anexos II e III, deste Decreto Executivo e considerando que:

I - as informações fornecidas pelo responsável legal acarretam sua responsabilização quanto à instalação e manutenção do estabelecimento, com observância à legislação sanitária;

II - as atividades econômicas classificadas como de **ALTO RISCO** terão seu processo de licenciamento realizado via sistema eletrônico.

Art. 14. A Licença Sanitária, sem prejuízo de outras informações adicionais, conterá:

I - o número da licença sanitária;

II - o prazo de validade;

III - os dados do estabelecimento (Razão Social, Nome, CNPJ, CPF, Endereço, entre outros);

IV - atividades exercidas conforme a descrição das atividades econômicas, estabelecidas na CNAE para as quais o estabelecimento cumpre os requisitos para funcionamento previstos na legislação sanitária;

V - a informação do tipo de licenciamento ocorrido, no ato de emissão da Licença Sanitária de acordo com sua classificação;

VI - os outros dados específicos pertinentes à expedição do documento.

Seção I

Das Renovações das Licenças Sanitárias

Art. 15. As renovações das Licenças Sanitárias deverão ser requeridas na Superintendência de Vigilância Sanitária, por meio eletrônico, acompanhada do Requerimento Padrão, conforme Anexo V, deste Decreto Executivo, mediante o pagamento das respectivas taxas sanitárias, previstas na Lei Complementar nº 002, de 2001.

Parágrafo único. As renovações das Licenças Sanitárias deverão ser requeridas 120 (cento e vinte) dias antes do término do prazo de validade da licença.



Seção II
Das Taxas dos Atos de Vigilância Sanitária

Art. 16. As taxas para o licenciamento sanitário, referentes ao exercício do poder de polícia da Vigilância Sanitária, são as previstas nos arts. 92 ao 96 e na Tabela XII da Lei Complementar Municipal nº 02, de 2001.

Art. 17. A taxa de fiscalização sanitária para fins de Inspeção Sanitária será cobrada de acordo com a atividade exercida, para o ano do exercício fiscalizado, conforme o previsto na Tabela XII da Lei Complementar Municipal nº 02, Código Tributário Municipal - CTM, para os estabelecimentos e as atividades econômicas de baixo e de alto risco sanitário.

§ 1º No momento da Fiscalização Sanitária Municipal o estabelecimento classificado como de baixo risco deverá apresentar a Lista de documentos previstos no Anexo VIII deste Decreto Executivo, para fins de constatação de atendimento aos requisitos de segurança sanitária e de funcionamento de sua atividade, à Autoridade Sanitária Municipal.

§ 2º A não apresentação dos documentos necessários do Anexo VIII deste Decreto Executivo, bem como se as condições sanitárias e de funcionamento do estabelecimento estiverem em desacordo com as normas sanitárias vigentes, para as atividades desenvolvidas, as autoridades sanitárias adotarão as providências cabíveis, quando for o caso, para o cumprimento das medidas estabelecidas na legislação sanitária e neste Decreto Executivo.

§ 3º O descumprimento das medidas sanitárias definidas nas normas vigentes e nos termos deste Decreto será punido, através de infração sanitária e suas sanções estabelecidas nos termos da Lei Federal nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, e nas Leis Municipais nº 4040 e nº 4041 de 27 de dezembro de 1996.

CAPÍTULO IV
DA FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA

Art. 18. A Vigilância Sanitária Municipal, nas suas áreas de abrangência, a qualquer momento poderá fiscalizar os estabelecimentos a fim de monitorar as ações do pós mercado, buscando aprimorar a qualidade e a segurança sanitária dos produtos e serviços de seu interesse.

§ 1º A operacionalização das ações de fiscalização sanitária é atribuição das equipes de Vigilância Sanitária, lotadas na Superintendência de Vigilância em Saúde.

§ 2º A aplicação das boas práticas sanitárias e do gerenciamento do risco sanitário deve ocorrer em todas as atividades de interesse à saúde dispostas neste Decreto Executivo, de forma a atender a legislação sanitária vigente específica dos produtos e serviços do seu interesse.

§ 3º A verificação de documentação ou a fiscalização dos estabelecimentos de interesse à saúde, constantes neste Decreto Executivo poderão ocorrer a qualquer momento para constatação das boas práticas sanitárias e do gerenciamento do risco sanitário, relativos à atividade econômica desenvolvida, independentemente da classificação de risco do estabelecimento.

§ 4º A autoridade sanitária, no desempenho de suas atribuições legais, tem livre acesso, em qualquer dia e hora, atendidas as formalidades legais, em estabelecimentos, ambientes e serviços de interesse direto ou indireto à saúde, visando fiscalização e aplicação de medidas de controle sanitário.

Art. 19. A autoridade sanitária deverá, observar o critério de dupla visita para lavratura de autos de infração decorrentes do exercício de atividade considerada como de baixo risco sanitário, conforme previsto no inciso III do art. 4º da Lei Federal nº 13874 de 20 de setembro de 2019 e suas alterações.

Art. 20. O benefício da dupla visita não será aplicado quando constatado trabalho em condições análogas às de escravo ou trabalho infantil, bem como para as



infrações relacionadas a acidente de trabalho, risco grave e iminente à segurança e saúde do trabalhador, conforme consta na Portaria SEPRT Nº 396 DE 11/01/2021.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21. Todos os estabelecimentos já instalados e em funcionamento no Município de Santa Maria, anteriores a este Decreto Executivo, que exerçam alguma das atividades econômicas de interesse à saúde, relacionadas no Anexo I, deste Decreto Executivo, deverão requerer o licenciamento sanitário junto à Superintendência de Vigilância Sanitária, mediante apresentação de documentos para o referido licenciamento, conforme Anexo IV, deste Decreto Executivo, e pagamento das taxas correspondentes, conforme estabelecido na Lei Complementar Municipal nº 02, de 2001.

§ 1º Os estabelecimentos e atividades que solicitarem o licenciamento sanitário a partir deste Decreto Executivo, obrigatoriamente devem apresentar o Requerimento Padrão com a descrição das atividades econômicas, conforme CNAE para as quais o estabelecimento ou atividade cumpre os requisitos para funcionamento previsto nos Anexos I, II, III e IV, deste Decreto Executivo, para o devido enquadramento de acordo com a classificação do grau de risco sanitário.

§ 2º O estabelecimento que exerça mais de uma atividade, com graus de risco distintos elevará seu enquadramento ao grau de risco mais elevado, ou seja, **alto risco sanitário**. Neste caso, todas as atividades desenvolvidas pelo estabelecimento serão consideradas como de **alto risco sanitário**, devendo atender a todos os requisitos previstos, no presente Decreto Executivo, para o licenciamento destas atividades sendo que, na licença sanitária emitida constará a observação sobre a motivação da elevação do grau de risco do estabelecimento.

Este estabelecimento teve seu grau de risco sanitário elevado da categoria de baixo risco sanitário, para alto risco sanitário, atendendo ao previsto no art. 19, § 2º do Decreto Executivo nº ---/2022, tendo em vista que a atividade....., está classificada como de Alto Risco Sanitário, conforme Anexo I, do Decreto Executivo nº/2022.

§ 3º Os estabelecimentos e atividades com processos de solicitação de Licença Sanitária de inclusão ou renovação, em trâmite na Superintendência de Vigilância em Saúde, seguirão as regras deste Decreto Executivo, desde que, os responsáveis legal ou técnico ou o proprietário (a) declarem tal intenção, sendo necessário apresentar o Requerimento Padrão, com a descrição das atividades econômicas, conforme CNAE para as quais o estabelecimento cumpre os requisitos para funcionamento previsto neste Decreto Executivo, de acordo com o enquadramento do risco sanitário e se for o caso, as autodeclarações cabíveis. Não sendo realizada esta atualização em 60 (sessenta) dias, após intimação do requerente, no sistema de informação/tramitação de processos do site da prefeitura destinado à "consulta Protocolo", da necessidade de enquadramento ao presente Decreto Executivo, os processos em trâmite serão indeferidos.

§ 4º Não serão protocolados processos com documentação incompleta, fora do prazo de validade ou com rasuras, para o Licenciamento Sanitário.

§ 5º Os documentos apresentados para o Licenciamento Sanitário deverão estar dentro do seu prazo de validade no ato da expedição das Licenças Sanitárias.

§ 6º O acompanhamento da tramitação processual disponibilizada pela prefeitura é de observância obrigatória pelo requerente.

§ 7º Após o protocolo da solicitação do Licenciamento Sanitário, será efetuada a análise documental, caso verificado problemas em relação aos documentos apresentados, a Superintendência de Vigilância em Saúde disponibilizará a informação sobre a pendência por meio do sistema informatizado de protocolo da prefeitura na parte de serviços on-line do site da prefeitura destinada à "consulta Protocolo", podendo ser apontado prazo para as correções.



§ 8º O processo protocolado que permanecer parado por inércia do requerente, por um período superior a 30 (trinta dias), bem como aquele que não tiver solucionada a correção apontada no sistema de informação/tramitação de processo do site da prefeitura destinado à “consulta Protocolo”, no prazo estabelecido, será indeferido pela Superintendência de Vigilância em Saúde.

§ 9º No caso de indeferimento do processo, o requerente deverá iniciar nova solicitação de protocolo com todos os documentos e taxas correspondentes para as atividades, o descumprimento desta medida poderá constituir infração sanitária, nos termos da Lei Municipal 4040, de 27 dezembro de 1996, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

§ 10º A solicitação de Encerramento das Atividades deverá ser requerida no protocolo geral da Prefeitura Municipal, de acordo com o previsto no Art. 31 do Decreto Executivo nº 98 de junho de 2020, para análise da Coordenadoria de Fiscalização e Tributos - ISS, vinculada à Secretaria Município de Finanças, que procederá aos trâmites necessários para a baixa no cadastro e encaminhará a informação à Superintendência de Vigilância em Saúde para fins de arquivamento e baixa do cadastro. Uma vez deferido o pedido pela Secretaria Município de Finanças, o Licenciamento Sanitário perde automaticamente sua eficácia.

Art. 22. A responsabilidade legal pelas informações declaradas será do requerente/declarante, e, se for caso, também do terceiro autorizado por termo, todos na forma de corresponsáveis, civil e criminalmente, pelas informações prestadas, respondendo pelos danos porventura causados ao Município e a terceiros.

Art. 23. Este Decreto Executivo entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 24. Revogam-se os seguintes Decretos Executivos:
I - Decreto Executivo nº 16 de 2 de fevereiro de 2021;
II - Decreto Executivo nº 23 de 4 de março de 2022.

Gabinete do Prefeito, em Santa Maria, aos 14 dias de outubro de 2022.


Jorge Cladistone Pozzobom
Prefeito Municipal

ANEXO I

RELAÇÃO DE ATIVIDADES DE INTERESSE À SAÚDE, SEGUNDO A CODIFICAÇÃO NACIONAL DE ATIVIDADES ECONÔMICAS (CNAE), TIPO DE LICENCIAMENTO, VALIDADE DO LICENCIAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DO RISCO SANITÁRIO.

| Nº | CNAE | Descrição PMC | Tipo de Licenciamento (Inclusão/renovação) | Classificação do Risco Sanitário | Inspeção Prévia Inclusão | Inspeção Prévia Renovação |
|----|----------------|--|--|----------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 01 | B.0892-4/03-00 | Refino e outros tratamentos do sal | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 02 | C.1031-7/00-00 | Fabricação de conservas de frutas | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 03 | C.1032-5/01-00 | Fabricação de conservas de palmito | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 04 | C.1032-5/99-00 | Fabricação de conservas de legumes e outros vegetais, exceto palmito | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 05 | C.1041-4/00-00 | Fabricação de óleos vegetais em bruto, exceto óleo de milho | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 06 | C.1042-2/00-00 | Fabricação de óleos vegetais refinados, exceto óleo de milho | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 07 | C.1043-1/00-00 | Fabricação de margarina e outras gorduras vegetais e de óleos não comestíveis de animais | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |
| 08 | C.1053-8/00-00 | Fabricação de sorvetes e outros gelados comestíveis | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 09 | C.1061-9/01-00 | Beneficiamento de arroz | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |
| 10 | C.1061-9/02-00 | Fabricação de produtos do arroz | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 11 | C.1062-7/00-00 | Moagem de trigo e fabricação de derivados | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 12 | C.1063-5/00-00 | Fabricação de farinha de mandioca e derivados | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |
| 13 | C.1064-3/00-00 | Fabricação de farinha de milho e derivados, exceto óleos de milho | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |
| 14 | C.1065-1/01-00 | Fabricação de amidos e féculas de vegetais | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |
| 15 | C.1065-1/02-00 | Fabricação de óleo de milho em bruto | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 16 | C.1065-1/03-00 | Fabricação de óleo de milho refinado | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 17 | C.1069-4/00-00 | Moagem e fabricação de produtos de origem vegetal não especificados anteriormente | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |
| 18 | C.1071-6/00-00 | Fabricação de açúcar em bruto | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |
| 19 | C.1072-4/01-00 | Fabricação de açúcar de cana refinado | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 20 | C.1072-4/02-00 | Fabricação de açúcar de cereais (dextrose) e de beterraba | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 21 | C.1081-3/01-00 | Beneficiamento de café | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
Secretaria de Município de Administração e Gestão de Pessoas
Superintendência de Administração



| Nº | CNAE | Torrefação e moagem de café | Descrição PMC | LISA | ALTO RISCO | Inspeção Prévia Inclusão | Inspeção Prévia Renovação |
|----|----------------|---|---------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 22 | C.1081-3/02-00 | | | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| | | | | | | | |
| 23 | C.1082-1/00-00 | Fabricação de produtos à base de café | | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 24 | C.1091-1/01-00 | Fabricação de produtos de panificação industrial | | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 25 | C.1092-9/00-00 | Fabricação de biscoitos e bolachas | | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 26 | C.1093-7/01-00 | Fabricação de produtos derivados do cacau e de chocolates | | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 27 | C.1093-7/02-00 | Fabricação de frutas cristalizadas, balas e semelhantes | | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 28 | C.1094-5/00-00 | Fabricação de massas alimentícias | | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 29 | C.1095-3/00-00 | Fabricação de especiarias, molhos, temperos e condimentos | | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 30 | C.1096-1/00-00 | Fabricação de alimentos e pratos prontos | | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 31 | C.1099-6/02-00 | Fabricação de pós alimentícios | | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 32 | C.1099-6/03-00 | Fabricação de fermentos e leveduras | | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 33 | C.1099-6/04-00 | Fabricação de gelo comum | | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 34 | C.1099-6/05-00 | Fabricação de produtos para infusão (chá, mate, etc.) | | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |
| 35 | C.1099-6/06-00 | Fabricação de adoçantes naturais e artificiais | | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 36 | C.1099-6/07-00 | Fabricação de alimentos dietéticos e complementos alimentares | | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 37 | C.1099-6/99-00 | Fabricação de outros produtos alimentícios não especificados anteriormente | | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 38 | C.1121-6/00-00 | Fabricação de águas envasadas | | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 39 | C.1122-4/03-00 | Fabricação de refrescos, xaropes e pós para refrescos, exceto refrescos de frutas | | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |
| 40 | C.1122-4/04-00 | Fabricação de bebidas isotônicas | | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 41 | C.1122-4/99-00 | Fabricação de outras bebidas não-alcoólicas não especificadas anteriormente | | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 42 | C.1731-1/00-00 | Fabricação de embalagens de papel | | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |
| 43 | C.1732-0/00-00 | Fabricação de embalagens de cartolina e papel-cartão | | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |
| 44 | C.1733-8/00-00 | Fabricação de chapas e de embalagens de papelão ondulado | | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |
| 45 | C.1742-7/01-00 | Fabricação de fraldas descartáveis | | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 46 | C.1742-7/02-00 | Fabricação de absorventes higiênicos | | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 47 | C.2014-2/00-00 | Fabricação de gases industriais | | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
Secretaria de Município de Administração e Gestão de Pessoas
Superintendência de Administração



| 48 | C.2019-3/99-00 | Fabricação de outros produtos químicos orgânicos não especificados anteriormente | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | Inspeção Prévia Inclusão | Inspeção Prévia Renovação |
|----|----------------|---|--|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Nº | CNAE | Descrição PMC | Tipo de Licenciamento (inclusão/renovação) | Classificação do Risco Sanitário | | | |
| 49 | C.2029-1/00-00 | Fabricação de produtos químicos orgânicos não especificados anteriormente | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | | |
| 50 | C.2052-5/00-00 | Fabricação de desinfetantes domissanitários | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM | |
| 51 | C.2061-4/00-00 | Fabricação de sabões e detergentes sintéticos | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM | |
| 52 | C.2062-2/00-00 | Fabricação de produtos de limpeza e polimento | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM | |
| 53 | C.2063-1/00-00 | Fabricação de cosméticos, produtos de perfumaria e de higiene pessoal | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM | |
| 54 | C.2071-1/00-00 | Fabricação de tintas, vernizes, esmaltes e lacas | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | | |
| 55 | C.2091-6/00-00 | Fabricação de adesivos e selantes | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | | |
| 56 | C.2093-2/00-00 | Fabricação de aditivos de uso industrial | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | | |
| 57 | C.2110-6/00-00 | Fabricação de produtos farmacêuticos | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM | |
| 58 | C.2121-1/01-00 | Fabricação de medicamentos alopatócos para uso humano | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM | |
| 59 | C.2121-1/02-00 | Fabricação de medicamentos homeopáticos para uso humano | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM | |
| 60 | C.2121-1/03-00 | Fabricação de medicamentos fitoterápicos para uso humano | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM | |
| 61 | C.2123-8/00-00 | Fabricação de preparações farmacêuticas | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM | |
| 62 | C.2219-6/00-00 | Fabricação de artefatos de borracha não especificados anteriormente | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | | |
| 63 | C.2222-6/00-00 | Fabricação de embalagens de material plástico | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | | |
| 64 | C.2312-5/00-00 | Fabricação de embalagens de vidro | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | | |
| 65 | C.2341-9/00-00 | Fabricação de produtos cerâmicos refratários | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | | |
| 66 | C.2349-4/99-00 | Fabricação de produtos cerâmicos não-refratários não especificados anteriormente | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | | |
| 67 | C.2591-8/00-00 | Fabricação de embalagens metálicas | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | | |
| 68 | C.2660-4/00-00 | Fabricação de aparelhos eletromédicos e eletroterapêuticos e equipamentos de irradiação | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM | |
| 69 | C.2829-1/99-00 | Fabricação de outras máquinas e equipamentos de uso geral não especificados anteriormente, peças e acessórios | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | | |

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
Secretaria de Município de Administração e Gestão de Pessoas
Superintendência de Administração



| | | | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | |
|-----------|----------------|--|---|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| 70 | C.3092-0/00-00 | Fabricação de bicicletas e triciclos não-motorizados, peças e acessórios | | | | |
| 71 | C.3250-7/01-00 | Fabricação de instrumentos não-eletrônicos e utensílios para uso médico, cirúrgico, odontológico e de laboratório | LISA | | ALTO RISCO | SIM |
| 72 | C.3250-7/02-00 | Fabricação de mobiliário para uso médico, cirúrgico, odontológico e de laboratório | LISA | | ALTO RISCO | SIM |
| 73 | C.3250-7/03-00 | Fabricação de aparelhos e utensílios para correção de defeitos físicos e aparelhos ortopédicos em geral sob encomenda | LISA | | ALTO RISCO | SIM |
| Nº | CNAE | Descrição PMC | Tipo de Licenciamento (inclusão/renovação) | Classificação do Risco Sanitário | Inspecção Prévia Inclusão | Inspecção Prévia Renovação |
| 74 | C.3250-7/04-00 | Fabricação de aparelhos e utensílios para correção de defeitos físicos e aparelhos ortopédicos em geral, exceto sob encomenda | LISA | | ALTO RISCO | SIM |
| 75 | C.3250-7/05-00 | Fabricação de materiais para medicina e odontologia | LISA | | ALTO RISCO | SIM |
| 76 | C.3250-7/07-00 | Fabricação de artigos ópticos | LISA | | ALTO RISCO | SIM |
| 77 | C.3250-7/09-00 | Serviço de laboratório óptico | LISA | | ALTO RISCO | SIM |
| 78 | C.3291-4/00-00 | Fabricação de escovas, pincéis e vassouras | LISA | | ALTO RISCO | SIM |
| 79 | C.3292-2/02-00 | Fabricação de equipamentos e acessórios para segurança pessoal e profissional | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | ALTO RISCO | SIM |
| 80 | C.3299-0/06-00 | Fabricação de velas, inclusive decorativas | LISA | | ALTO RISCO | SIM |
| 81 | E.3600-6/02-00 | Distribuição de água por caminhões | LISA | | ALTO RISCO | SIM |
| 82 | G.4632-0/03-00 | Comércio atacadista de cereais e leguminosas beneficiados, farinhas, amidos e féculas, com atividade de fracionamento e acondicionamento associada | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | |
| 83 | G.4634-6/01-00 | Comércio atacadista de carnes bovinas e suínas e derivados, inclusive minimamente processados* | LISA | | ALTO RISCO | SIM |
| 84 | G.4635-4/03-00 | Comércio atacadista de bebidas com atividade de fracionamento e acondicionamento associada | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | |
| 85 | G.4639-7/02-00 | Comércio atacadista de produtos alimentícios em geral, com atividade de fracionamento e acondicionamento associada | LISA | | ALTO RISCO | SIM |
| 86 | G.4644-3/01-00 | Comércio atacadista de medicamentos e drogas de uso humano | LISA | | ALTO RISCO | SIM |
| 87 | G.4645-1/01-00 | Comércio atacadista de instrumentos e materiais para uso médico, cirúrgico, hospitalar e de laboratórios | LISA | | ALTO RISCO | SIM |
| 88 | G.4645-1/02-00 | Comércio atacadista de próteses e artigos de ortopedia | LISA | | ALTO RISCO | SIM |

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
Secretaria de Município de Administração e Gestão de Pessoas
Superintendência de Administração



| Nº | CNAE | Descrição PMC | Tipo de Licenciamento (inclusão/renovação) | Classificação do Risco Sanitário | Inspeção Prévia Inclusão | Inspeção Prévia Renovação |
|-----|----------------|---|--|----------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 89 | G.4645-1/03-00 | Comércio atacadista de produtos odontológicos | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 90 | G.4646-0/01-00 | Comércio atacadista de cosméticos e produtos de perfumaria | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 91 | G.4646-0/02-00 | Comércio atacadista de produtos de higiene pessoal | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 92 | G.4649-4/08-00 | Comércio atacadista de produtos de higiene, limpeza e conservação domiciliar | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 93 | G.4649-4/09-00 | Comércio atacadista de produtos de higiene, limpeza e conservação domiciliar, com atividade de fracionamento e acondicionamento associada | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 94 | G.4664-8/00-00 | Comércio atacadista de máquinas, aparelhos e equipamentos para uso odontológico-hospitalar; partes e peças | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 95 | G.4711-3/01-00 | Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios - hipermercados | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| | | Descrição PMC | | | | |
| 96 | G.4711-3/02-00 | Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios - supermercados | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 97 | G.4771-7/01-00 | Comércio varejista de produtos farmacêuticos, sem manipulação de fórmulas | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 98 | G.4771-7/02-00 | Comércio varejista de produtos farmacêuticos, com manipulação de fórmulas | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 99 | G.4771-7/03-00 | Comércio varejista de produtos farmacêuticos homeopáticos | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 100 | H.4930-2/01-00 | Transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, municipal | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |
| 101 | H.4930-2/02-00 | Transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, intermunicipal, interestadual e internacional | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |
| 102 | H.5211-7/01-00 | Armazéns gerais - emissão de warrant | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |
| 103 | H.5211-7/99-00 | Depósitos de mercadorias para terceiros, exceto armazéns gerais e guarda-móveis | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |
| 104 | I.5620-1/01-00 | Fornecimento de alimentos preparados preponderantemente para empresas | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 105 | M.7120-1/00-00 | Testes e análises técnicas | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 106 | M.7500-1/00-00 | Atividades veterinárias | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 107 | N.8122-2/00-00 | Imunização e controle de pragas urbanas | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 108 | N.8129-0/00-00 | Atividades de limpeza não especificadas anteriormente | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |

**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
Secretaria de Município de Administração e Gestão de Pessoas
Superintendência de Administração**



| Nº | CNAE | Descrição PMC | Tipo de Licenciamento (inclusão/renovação) | Classificação do Risco Sanitário | Inspeção Prévia Inclusão | Inspeção Prévia Renovação |
|-----|----------------|---|--|----------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 109 | N.8292-0/00-00 | Envasamento e empacotamento sob contrato | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 110 | P.8511-2/00-00 | Educação infantil - creche | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 111 | P.8512-1/00-00 | Educação infantil - Pré-escola | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 112 | Q.8610-1/01-00 | Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências | ESTADO RS | ALTO RISCO | | |
| 113 | Q.8610-1/02-00 | Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências | ESTADO RS | ALTO RISCO | | |
| 114 | Q.8621-6/01-00 | UTI móvel | ESTADO RS | ALTO RISCO | | |
| 115 | Q.8621-6/02-00 | Serviços móveis de atendimento a urgências, exceto por UTI móvel | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 116 | Q.8622-4/00-00 | Serviços de remoção de pacientes, exceto os serviços móveis de atendimento a urgências | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 117 | Q.8630-5/01-00 | Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos | ESTADO RS | ALTO RISCO | | |
| 118 | Q.8630-5/02-00 | Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| Nº | CNAE | Descrição PMC | Tipo de Licenciamento (inclusão/renovação) | Classificação do Risco Sanitário | Inspeção Prévia Inclusão | Inspeção Prévia Renovação |
| 119 | Q.8630-5/03-00 | Atividade médica ambulatorial restrita a consultas | | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 120 | Q.8630-5/04-00 | Atividade odontológica | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 121 | Q.8630-5/06-00 | Serviços de vacinação e imunização humana | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 122 | Q.8630-5/07-00 | Atividades de reprodução humana assistida | ESTADO RS | ALTO RISCO | | |
| 123 | Q.8630-5/99-00 | Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |
| 124 | Q.8640-2/01-00 | Laboratórios de anatomia patológica e citológica | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 125 | Q.8640-2/02-00 | Laboratórios clínicos | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 126 | Q.8640-2/03-00 | Serviços de diálise e nefrologia | ESTADO RS | ALTO RISCO | | |
| 127 | Q.8640-2/04-00 | Serviços de tomografia | ESTADO RS | ALTO RISCO | | |
| 128 | Q.8640-2/05-00 | Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia | ESTADO RS | ALTO RISCO | | |

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
Secretaria de Município de Administração e Gestão de Pessoas
Superintendência de Administração



| Nº | CNAE | Descrição PMC | Tipo de Licenciamento (Inclusão/renovação) | Classificação do Risco Sanitário | Inspeção Prévia Inclusão | Inspeção Prévia Renovação |
|-----|----------------|---|--|----------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 129 | Q.8640-2/06-00 | Serviços de ressonância magnética | ESTADO RS | ALTO RISCO | | |
| 130 | Q.8640-2/07-00 | Serviços de diagnóstico por imagem sem uso de radiação ionizante, exceto ressonância magnética | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 131 | Q.8640-2/08-00 | Serviços de diagnóstico por registro gráfico - ECG, EEG e outros exams análogos | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 132 | Q.8640-2/09-00 | Serviços de diagnóstico por métodos ópticos - endoscopia e outros exames análogos | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 133 | Q.8640-2/10-00 | Serviços de quimioterapia | ESTADO RS | ALTO RISCO | | |
| 134 | Q.8640-2/11-00 | Serviços de radioterapia | ESTADO RS | ALTO RISCO | | |
| 135 | Q.8640-2/12-00 | Serviços de hemoterapia | ESTADO RS | ALTO RISCO | | |
| 136 | Q.8640-2/13-00 | Serviços de litotripsia | ESTADO RS | ALTO RISCO | | |
| 137 | Q.8640-2/14-00 | Serviços de bancos de células e tecidos humanos | ESTADO RS | ALTO RISCO | | |
| 138 | Q.8640-2/99-00 | Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica não especificadas anteriormente | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 139 | Q.8650-0/01-00 | Atividades de enfermagem | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 140 | Q.8650-0/07-00 | Atividades de terapia de nutrição enteral e parenteral | ESTADO RS | ALTO RISCO | | |
| 141 | Q.8650-0/99-00 | Atividades de profissionais da área de saúde não especificadas anteriormente | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |
| 142 | Q.8690-9/01-00 | Atividades de práticas integrativas e complementares em saúde humana | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |
| 143 | Q.8690-9/02-00 | Atividades de banco de leite humano | ESTADO RS | ALTO RISCO | | |
| | | | | | | |
| Nº | CNAE | Descrição PMC | Tipo de Licenciamento (Inclusão/renovação) | Classificação do Risco Sanitário | Inspeção Prévia Inclusão | Inspeção Prévia Renovação |
| 144 | Q.8690-9/99-00 | Outras atividades de atenção à saúde humana não especificadas anteriormente | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |
| 145 | Q.8711-5/01-00 | Clinicas e residências geriátricas | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 146 | Q.8711-5/02-00 | Instituições de longa permanência para idosos | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 147 | Q.8711-5/03-00 | Atividades de assistência a deficientes físicos, imunodeprimidos e convalescentes | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 148 | Q.8712-3/00-00 | Atividades de fornecimento de infra-estrutura de apoio e assistência a paciente no domicílio | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 149 | Q.8720-4/99-00 | Atividades de assistência psicossocial e à saúde a portadores de distúrbios psíquicos, deficiência mental e dependência química não especificadas anteriormente | LISA | ALTO RISCO | SIM | SIM |

**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
Secretaria de Município de Administração e Gestão de Pessoas
Superintendência de Administração**



| | | | | | | | |
|-----|----------------|--|--------------------------------|--|--------------------------------|-----|-----|
| 150 | Q.8730-1/01-00 | Orfanatos | LISA | | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 151 | Q.8730-1/99-00 | Atividades de assistência social prestadas em residências coletivas e particulares não especificadas anteriormente | LISA | | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 152 | S.9601-7/01-00 | Lavanderias | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |
| 153 | S.9602-5/02-00 | Atividades de estética e outros serviços de cuidados com a beleza | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |
| 154 | S.9603-3/05-00 | Serviços de somatoconservação | LISA | | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 155 | S.9609-2/06-00 | Serviços de tatuagem e colocação de piercing | LISA | | ALTO RISCO | SIM | SIM |
| 156 | S.9609-2/99-00 | Outras atividades de serviços pessoais não especificadas anteriormente | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO | | |

OBSERVAÇÕES:

O prazo de validade do licenciamento sanitário das atividades classificadas como de Alto Risco Sanitário será de 1 (um) ano a partir da emissão do licenciamento.

As atividades classificadas como de Baixo Risco Sanitário estão dispensadas da emissão de licenciamento sanitário, estando automaticamente liberados para exercer sua atividade ficando, porém sujeitos à fiscalização sanitária, de acordo com as leis municipais nº 4040 e nº 4041 de 27 de dezembro de 1996.

ANEXO II

RELAÇÃO DAS ATIVIDADES DE INTERESSE À SAÚDE, SEGUNDO A CODIFICAÇÃO NACIONAL DE ATIVIDADES ECONÔMICAS (CNAE) DEFINIDAS COMO RISCO DEPENDENTE DE INFORMAÇÃO E PERGUNTAS NORTEADORAS PARA DEFINIR O GRAU DE RISCO

| Nº | Código CNAE | Descrição CNAE conforme PMSM | Perguntas norteadoras para definir risco da atividade | Resposta | Resposta |
|----|----------------|--|--|------------------|-------------------|
| 1 | C.1043-1/00-00 | Fabricação de margarina e outras gorduras vegetais e de óleos não-comestíveis de animais | O produto fabricado será comestível? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 2 | C.1061-9/01-00 | Beneficiamento de arroz | O beneficiamento do produto será industrial? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 3 | C.1063-5/00-00 | Fabricação de farinha de mandioca e derivados | O resultado do exercício da atividade econômica será diferente de produto artesanal? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 4 | C.1064-3/00-00 | Fabricação de farinha de milho e derivados, exceto óleos de milho | O resultado do exercício da atividade econômica será diferente de produto artesanal? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 5 | C.1065-1/01-00 | Fabricação de amidos e féculas de vegetais | O polvilho, resultado do exercício da atividade econômica, será diferente de produto artesanal? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 6 | C.1069-4/00-00 | Moagem e fabricação de produtos de origem vegetal não especificados anteriormente | O resultado do exercício da atividade econômica será diferente de produto artesanal? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 7 | C.1071-6/00-00 | Fabricação de açúcar em bruto | O resultado do exercício da atividade econômica será diferente de produto artesanal? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 8 | C.1081-3/01-00 | Beneficiamento de café | O resultado do exercício da atividade econômica será diferente de produto artesanal? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 9 | C.1099-6/05-00 | Fabricação de produtos para infusão (chá, mate, etc) | O resultado do exercício da atividade econômica será diferente de produto artesanal? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 10 | C.1122-4/03-00 | Fabricação de refrescos, xaropes e pós para refrescos, exceto refrescos de frutas | O resultado do exercício da atividade econômica será diferente de produto artesanal? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 11 | C.1731-1/00-00 | Fabricação de embalagens de papel | O resultado do exercício da atividade econômica será diferente de produto artesanal? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 12 | C.1732-0/00-00 | Fabricação de embalagens de cartolina e papel-cartão | O produto se destina a entrar em contato com o alimento ou será usado para embalar produto a ser esterilizado? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 13 | C.1733-8/00-00 | Fabricação de chapas e de embalagens de papelão ondulado | O produto se destina a entrar em contato com alimento ou produto para saúde? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 14 | C.2014-2/00-00 | Fabricação de gases industriais | O produto se destina a entrar em contato com alimento ou produto para saúde? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 15 | C.2019-3/99-00 | Fabricação de outros produtos químicos inorgânicos não especificados anteriormente | O gás fabricado será usado para fim terapêutico? | RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 16 | C.2029-1/00-00 | Fabricação de produtos químicos orgânicos não especificados anteriormente | O resultado do exercício da atividade será produto de uso ou aplicação como aditivo de alimentar? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
Secretaria de Município de Administração e Gestão de Pessoas
Superintendência de Administração

| | | | | | |
|----|----------------|---|---|------------------|-------------------|
| 17 | C.2071-1/00-00 | Fabricação de tintas, vernizes, esmaltes e lacas | Será utilizado para o revestimento interno de embalagens que entram em contato direto com os alimentos? O resultado do exercício da atividade serão tintas, vernizes, esmaltes, lacas, pigmentos e/ou corantes que utilizam precursores no processo de síntese química nestes compostos? O resultado do exercício da atividade será utilizado para o revestimento interno de embalagens que entram em contato com alimentos? O resultado do exercício da atividade serão adesivos, colas, decalques e selantes para uso industrial e doméstico de origem animal, vegetal e sintética que utilizam precursores no processo de síntese química destes compostos? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 18 | C.2091-6/00-00 | Fabricação de adesivos e selantes | O resultado do exercício da atividade será utilizado para o revestimento interno de embalagens que entram em contato com alimentos? O resultado do exercício da atividade serão adesivos, colas, decalques e selantes para uso industrial e doméstico de origem animal, vegetal e sintética que utilizam precursores no processo de síntese química destes compostos? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 19 | C.2093-2/00-00 | Fabricação de aditivos de uso industrial | O resultado do exercício da atividade será aditivo alimentar ou insumo farmacêutico ou insumo para cosméticos, perfumes e produto de higiene ou insumo para indústria de produto para saúde ou insumo para saneantes? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 20 | C.2219-6/00-00 | Fabricação de artefatos de borracha não especificados anteriormente | Haverá a fabricação de preservativos, a fabricação de luvas para procedimentos médicos, odontológicos ou hospitalares? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 21 | C.2222-6/00-00 | Fabricação de embalagens de material plástico | O resultado do exercício da atividade será embalagem de material plástico que entra em contato com alimento e/ou para diagnóstico de uso in vitro ou produto não estéril indicado para apoio a procedimentos de saúde? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 22 | C.2312-5/00-00 | Fabricação de embalagens de vidro | Haverá a fabricação de embalagens de vidro que entram em contato com alimento? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 23 | C.2341-9/00-00 | Fabricação de produtos cerâmicos refratários | Haverá a fabricação de produtos refratários utilizados como embalagem que entra em contato com alimento? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 24 | C.2349-4/99-00 | Fabricação de produtos cerâmicos não-refratários não especificados anteriormente | Haverá a fabricação de produtos cerâmicos não refratários utilizados como embalagem que entram em contato com alimento? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 25 | C.2591-8/00-00 | Fabricação de embalagens metálicas | Haverá a fabricação de embalagens metálicas que entram em contato com alimento? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 26 | C.2829-1/99-00 | Fabricação de outras máquinas e equipamentos de uso geral não especificadas anteriormente, peças e acessórios | Haverá fabricação de equipamentos, acessórios e/ou aparelhos ou suas partes de uso ou de aplicação médica, hospitalar, odontológica ou laboratorial destinadas ao diagnóstico, prevenção, apoio, tratamento ou reabilitação da saúde, inclusive os de educação física, embelezamento e correção estética? Haverá a fabricação de esterilizadores para laboratórios, hospitais ou outros fins? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 27 | C.3092-0/00-00 | Fabricação de bicicletas e triciclos não-motorizados, peças e acessórios | Haverá a fabricação de triciclos não-motorizados, peças e acessórios que serão utilizados como produtos para saúde? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 28 | C.3292-2/02-00 | Fabricação de equipamentos e acessórios para segurança e proteção pessoal e profissional | Haverá no exercício da atividade a fabricação de artefatos de tecido não tecido para uso odonto-médico-hospitalar? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 29 | G.4632-0/03-00 | Comércio atacadista de cereais e leguminosas beneficiados, | Haverá no exercício da atividade a realização de fracionamento, | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
Secretaria de Município de Administração e Gestão de Pessoas
Superintendência de Administração

| | farinhas, amidos e féculas, com atividade de fracionamento e acondicionamento associada | acondicionamento, embalagem e/ou rotulagem, consideradas etapas do processo produtivo? | RISCO | RISCO |
|----|---|--|--|--|
| 30 | G.4635-4/03-00 Comércio atacadista de bebidas com atividade de fracionamento e acondicionamento associada | Haverá a realização de atividade de engarrafamento e/ou rotulagem, consideradas etapas do processo produtivo, de água mineral? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 31 | G.4664-8/00-00 Comércio atacadista de máquinas, aparelhos e equipamentos para uso odontológico-hospitalar; partes e peças | O resultado do exercício da atividade compreenderá a comercialização de produtos para a saúde? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 32 | H.4930-2/01-00 Transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, municipal | Haverá no exercício da atividade o transporte e/ou armazenamento de medicamento, cosmético, perfume, produto de higiene, produto para saúde, sangue, produtos que necessita de condições especiais de temperatura e umidade? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 33 | H.4930-2/02-00 Transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, intermunicipal, interestadual e internacional | Haverá no exercício da atividade o transporte e/ou armazenamento de medicamento, cosmético, perfume, produto de higiene, produto para saúde, sangue, produtos que necessita de condições especiais de temperatura e umidade? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 34 | H.5211-7/01-00 Armazéns gerais - emissão de warrant | Haverá no exercício da atividade o armazenamento de medicamento, cosmético, perfume, produto de higiene, saneante, produto para saúde, sangue, e/ou produtos que necessita de condições especiais de temperatura e umidade? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 35 | H.5211-7/99-00 Depósitos de mercadorias para terceiros, exceto armazéns gerais e guarda-móveis | Haverá no exercício da atividade o armazenamento de medicamento, cosmético, perfume, produto de higiene, saneante, produto para saúde, sangue, e/ou produtos que necessita de condições especiais de temperatura e umidade? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 36 | N.8129-0/00-00 Atividades de limpeza não especificadas anteriormente | Haverá no exercício da atividade o procedimento de esterilização de produtos relacionados à saúde? Haverá a prestação de serviços de reprocessamento por gás óxido de etileno (E.T.O.) ou suas misturas? Haverá a prestação de serviços de esterilização por gás óxido de etileno ou suas misturas em hospital ou entidades a ele semelhante? Haverá a prestação de serviço de irradiação de alimentos por radiação ionizante? Haverá a prestação de serviços de esterilização através de óxido de etileno (E.T.O.) ou radiação ionizante? | SIM - ALTO RISCO SIM - ALTO RISCO SIM - ALTO RISCO SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO NÃO - BAIXO RISCO NÃO - BAIXO RISCO NÃO - BAIXO RISCO |
| 37 | Q.8630-5/99-00 Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente | Haverá a prestação de serviços de eliminação de micro-organismos nocivos por meio de esterilização em equipamentos médico-hospitalares e/ou outros? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 38 | Q.8690-9/01-00 Atividades de práticas integrativas e complementares em saúde | Haverá no exercício da atividade a realização de procedimentos invasivos? As atividades serão realizadas por profissionais da área da saúde, tais como | RISCO SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO NÃO - BAIXO RISCO |

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
Secretaria de Município de Administração e Gestão de Pessoas
Superintendência de Administração

| | humana | médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, fisioterapeutas? | RISCO | RISCO |
|----|---|--|------------------|-------------------|
| 39 | Outras atividades de atenção à saúde humana não especificadas anteriormente | Haverá no exercício da atividade a realização de procedimentos invasivos? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 40 | Lavanderias | O exercício da atividade compreenderá lavanderia, autônoma e independente de outro estabelecimento, que processa roupa hospitalar? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 41 | Atividades de estética e outros serviços de cuidados com a beleza | Haverá no exercício da atividade a realização de procedimentos estéticos invasivos? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |
| 42 | Outras atividades de serviços pessoais não especificadas anteriormente | Haverá no exercício da atividade a realização de procedimentos invasivos? | SIM - ALTO RISCO | NÃO - BAIXO RISCO |

OBSERVAÇÕES:

Atividades classificadas como de **Alto Risco Sanitário** deverão solicitar previamente o Licenciamento Sanitário (LISA), junto à Superintendência de Vigilância em Saúde de Santa Maria.

Atividades classificadas como de **Baixo Risco Sanitário** estão dispensados da emissão de licenciamento sanitário, estando automaticamente liberados para exercer sua atividade ficando, porém sujeitos à fiscalização, de acordo com as leis municipais nº 4040 e nº 4041 de 27 de dezembro de 1996.

Atividades classificadas como de **Baixo Risco Sanitário**, no momento da fiscalização, deverão apresentar à Autoridade Sanitária, os documentos previstos no Anexo VIII, deste decreto.

ANEXO III
TERMO DE AUTODECLARAÇÃO
ATIVIDADE DE BAIXO RISCO SANITÁRIO DEPENDENTE OU NÃO DE INFORMAÇÃO

Eu, _____ (proprietário ou procurador legal),
representante da empresa _____
CNPJ/CPF Nº: _____, situada no (endereço completo) _____.

DECLARO QUE A EMPRESA QUE REPRESENTO ESTÁ ENQUADRADA NO ANEXO _____.
SE O ENQUADRAMENTO FOR NO ANEXO II, A RESPOSTA À PERGUNTA É _____.
(Caso a resposta seja negativa, segue-se o preenchimento do presente termo).

1 A empresa que represento exerce a (s) seguinte (s) atividade (s):

A (s) qual (is) se enquadram no (s) seguinte (s) CNAE (s):

2 Assumo a responsabilidade civil, criminal e administrativa pela veracidade de todas as respostas e declarações registradas neste Ato Declaratório, principalmente quanto ao enquadramento da atividade no CNAE adequado e o respectivo grau de risco sanitário a ele inerente.

3 Tenho conhecimento e me submeto ao cumprimento da legislação sanitária pertinente ao ramo de atividade que será desenvolvido pela empresa sob minha responsabilidade.

4 Apresentarei se e quando exigido, no prazo de até 60 dias após a solicitação, à Superintendência de Vigilância em Saúde - Vigilância Sanitária do Município, os Procedimentos Operacionais Padrões - POP's e o Manual de Boas Práticas.

5 Sou o responsável pela qualidade e validade dos produtos comercializados, dos serviços prestados, e das condições higiênico-sanitárias do estabelecimento.

6 Desconformidade ou discrepância entre as informações prestadas e a realidade constatada pela autoridade sanitária estarão sujeitas às penalidades previstas na legislação, inclusive cassação da presente Licença.

7 O corpo fiscal sanitário, dentro do horário de funcionamento da empresa, poderá realizar inspeção fiscal sanitária para verificação das condições higiênico-sanitárias do estabelecimento.

8 Os certificados, registros de rotinas, POP's e Manual de Boas Práticas, quando exigíveis, estarão sempre atualizados e disponíveis à fiscalização sanitária, sob pena de cancelamento da Licença Sanitária.

9 1) A empresa funcionará no horário das _____ h às _____ h.
2) Ocupará uma área total de _____ m².

() Li, afirmo e concordo com todas as declarações acima expostas.

Santa Maria, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

ANEXO IV

CHECK-LIST

BUSCAR POR ATIVIDADE NA RELAÇÃO DE CHECKLISTS, NO LINK

<http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/?secao=documentos&tipo=646>

ANEXO IV

1 - SERVIÇOS DE SAÚDE

1. 1 - ATIVIDADE DE CONSULTÓRIOS, CLÍNICAS OU AMBULATÓRIOS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE, (MÉDICOS, ODONTÓLOGOS E ENFERMEIROS), E SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR (HOME CARE)

ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES – CNAE - 8630-5/02-00

ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS – CNAE - 8630-5/03-00

ATIVIDADE ODONTOLÓGICA – CNAE - 8630-5/04-00

ATIVIDADES DE ATENÇÃO AMBULATORIAL NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE – CNAE - 8630-5/99-00

SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR REGISTRO GRÁFICO - ECG, EEG E OUTROS EXAMES ANÁLOGOS – CNAE - 8640-2/08-00

SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR MÉTODOS ÓPTICOS - ENDOSCOPIA E OUTROS EXAMES ANÁLOGOS – CNAE - 8640-2/09-00

ATIVIDADES DE SERVIÇOS DE COMPLEMENTAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE – CNAE - 8640-2/99-00

ATIVIDADES DE ENFERMAGEM – CNAE - 8650-0/01-00

ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE – CNAE - 8650-0/99-00

ATIVIDADES DE FORNECIMENTO DE INFRA-ESTRUTURA DE APOIO E ASSISTÊNCIA A PACIENTE NO DOMICÍLIO – CNAE - 8712-3/00-00

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO | RENOV. | ALT. END. | ALT. RAZÃO SOCIAL | ALT. RESP. TÉCNICA |
|--|----------|--------|-----------|-------------------|--------------------|
| Auto Declaração de Risco (Anexo III deste Decreto Executivo), quando Médio Risco | X | X | X | | |
| Cópia da (s) carteira (s) profissional (is) do Órgão de Classe de todos os profissionais; (nas renovações, se houver alteração no quadro funcional) | X | X | | | X |
| Cópia da carteira de vacina com as 3 doses da hepatite B ou teste anti-Hbs e vacina do tétano; (renovações, se houver alteração no quadro funcional de profissionais da área de saúde) | X | X | | | X |
| Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF e/ou Carteira de Identidade - RG. do responsável técnico e legal. | X | | | | X |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, quando Pessoa Jurídica. | X | X | X | X | |
| Cópia do certificado de aprovação de projeto arquitetônico pela SVS, quando CNPJ. | X | | X | | |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de destino de resíduos de saúde, se for gerador. | X | X | | | |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de manutenção preventiva dos equipamentos de esterilização, se houver. | X | X | | | |
| Cópia do certificado ou regularidade da pessoa jurídica, junto ao conselho de classe correspondente, quando CNPJ. | X | X | X | X | X |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários | X | X | X | X | X |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | X | | | |
| Croqui da área física da (s) sala (s): desenho interno do estabelecimento com a área total em M ² , quando Pessoa Física. | X | | X | | |
| Declaração de horários de atendimento (se houver mais de um profissional na mesma sala). | X | X | X | | |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual, original | | | X | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 em 01 via (Renovações e Alterações se houver Alteração de Responsável Técnico ou Razão Social) (Anexo VII deste Decreto). | | | X | X | X |
| Levantamento radiométrico e teste de fuga do cabeçote do equipamento de raios-x intra-oral, para atividade odontológica | X | | X | | |
| Memorial de atividades desenvolvidas pelo estabelecimento, atualizado, | X | X | X | | |

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| assinado pelo responsável técnico e/ou legal | | | | | |
| Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde - PGRSS, se for gerador. | X | | X | X | X |
| Relação de profissionais que atuam no estabelecimento, assinado pelo responsável legal, quando CNPJ. | X | X | X | | |
| Requerimento Padrão (Anexo VI deste Decreto Executivo). | X | X | X | | |

- ❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.
- ❖ DECLARAÇÃO DE DESATIVAÇÃO, SOLICITAÇÃO DE BAIXA DE RESPONSABILIDADE E INFORMAÇÃO SOBRE DESTINO DE EQUIPAMENTO DE RADIOLOGIA DIAGNÓSTICA ODONTOLÓGICA INTRAORAL.
- ❖ REQUERIMENTO PADRÃO, AUTO DECLARAÇÃO DE RISCO E FID 2 DISPONÍVEIS EM WWW.SANTAMARIA.RS.GOV.BR
- ❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS, ACOMPANHE SEU PROCESSO ATRAVÉS DO SITE.

ANEXO IV

1 - SERVIÇOS DE SAÚDE

1.2 - ATIVIDADE DE CONSULTÓRIO, CLÍNICA, AMBULATÓRIO, LABORATÓRIO OU HOSPITAL MÉDICO VETERINÁRIO
 ATIVIDADES VETERINÁRIAS – CNAE - 7500-1/00-00

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO | RENOV. | ALT. END. | ALT. RAZÃO SOCIAL | ALT. RESP. TÉCNICA |
|--|----------|--------|-----------|-------------------|--------------------|
| Cópia da (s) carteira (s) profissional (is) do Órgão de Classe de todos os profissionais; (nas renovações, se houver alteração no quadro funcional) | X | X | | | X |
| Cópia da carteira de vacina com as 3 doses da hepatite B ou teste anti-Hbs e vacina do tétano; (renovações, se houver alteração no quadro funcional de profissionais da área de saúde) | X | X | | | X |
| Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF e/ou Carteira de Identidade - RG. do responsável técnico e legal. | X | | | | X |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, quando Pessoa Jurídica. | X | X | X | X | |
| Cópia do certificado de aprovação de projeto arquitetônico pela SVS, quando CNPJ. | X | | X | | |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de destino de resíduos de saúde, se for gerador. | X | X | | | |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de manutenção preventiva dos equipamentos de esterilização, se houver. | X | X | | | |
| Cópia do certificado ou regularidade da pessoa jurídica, junto ao conselho de classe correspondente, quando CNPJ. | X | X | X | X | X |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários | X | X | X | X | X |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | X | | | |
| Cópia do Licenciamento sanitário válido do laboratório matriz (para laboratório filial e posto de coleta), se houver, quando Laboratório Veterinário. | X | X | X | | |
| Croqui da área física da (s) sala (s): desenho interno do estabelecimento com a área total em M ² , quando Pessoa Física. | X | | X | | |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual, original | | | X | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 em 01 via (Renovações e Alterações se houver Alteração de Responsável Técnico ou Razão Social) (Anexo VII deste Decreto. | | | X | X | X |
| Instalação dos equipamentos utilizados no estabelecimento, quando Laboratório Veterinário. | X | X | X | | |
| Memorial de atividades desenvolvidas pelo estabelecimento, atualizado, assinado pelo responsável técnico e/ou legal | X | X | X | | |
| Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde – PGRSS, se for gerador. | X | | X | X | X |
| Relação de profissionais que atuam no estabelecimento, assinado pelo responsável legal, quando CNPJ. | X | X | X | | |
| Requerimento Padrão (Anexo VI deste Decreto Executivo). | X | X | X | | |
| Roteiro de inspeção preenchido (auto inspeção) em 1 via – conforme anexo I do Decreto Municipal nº 6 de 14 de janeiro de 2021, quando Laboratório Veterinário. | X | | X | | |

- ❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.
- ❖ REQUERIMENTO PADRÃO, AUTO DECLARAÇÃO DE RISCO E FID 2 DISPONÍVEIS EM WWW.SANTAMARIA.RS.GOV.BR
- ❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS, ACOMPANHE SEU PROCESSO ATRAVÉS DO SITE.

ANEXO IV

1 - SERVIÇOS DE SAÚDE

1.3 - INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI)/ CLÍNICAS GERIÁTRICAS, ESTABELECIMENTOS DE PERMANÊNCIA DIURNA DE PESSOAS IDOSAS (EPDPI), SERVIÇO DE ATENÇÃO AOS DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (COMUNIDADE TERAPÊUTICA) E SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS PRIVADOS (SRTP)

CLÍNICAS E RESIDÊNCIAS GERIÁTRICAS – CNAE - 8711-5/01-00

INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS – CNAE - 871-5/02-00

ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL E À SAÚDE A PORTADORES DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS, DEFICIÊNCIA MENTAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA, NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE – CNAE - 8630-5/99-00

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO | RENOV. | ALT. END. | ALT. RAZÃO SOCIAL | ALT. RESP. TÉCNICA |
|--|----------|--------|-----------|-------------------|--------------------|
| Auto Declaração de Risco (Anexo III deste Decreto Executivo) | X | X | X | | |
| Cópia da (s) carteira (s) profissional (is) do Órgão de Classe de todos os profissionais; (nas renovações, se houver alteração no quadro funcional) | X | X | | | X |
| Cópia da carteira de vacina com as 3 doses da hepatite B ou teste anti-Hbs e vacina do tétano; (renovações, se houver alteração no quadro funcional de profissionais da área de saúde) | X | X | | | X |
| Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF e/ou Carteira de Identidade - RG. do responsável técnico e legal. | X | | | | X |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ. | X | X | X | X | |
| Cópia do certificado de aprovação de projeto arquitetônico pela SVS. | X | | X | | |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de destino de resíduos de saúde, se for gerador. | X | X | | | |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de manutenção preventiva dos equipamentos de esterilização, se houver. | X | X | | | |
| Cópia do certificado do curso de capacitação em boas práticas para serviços de alimentação | X | X | X | | |
| Cópia do certificado do curso de capacitação em dependência química para o responsável técnico, quando Comunidade Terapêutica. | X | | | | X |
| Cópia do certificado ou regularidade da pessoa jurídica, junto ao conselho de classe correspondente. | X | X | X | X | X |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários | X | X | X | X | X |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | X | | | |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual, original | | | X | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 em 01 via (Renovações e Alterações se houver Alteração de Responsável Técnico ou Razão Social) (Anexo VII deste Decreto. | | | X | X | X |
| Memorial de atividades desenvolvidas pelo estabelecimento, atualizado, assinado pelo responsável técnico e/ou legal | X | X | X | | |
| Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde – PGRSS, se for gerador. | X | | X | X | X |
| Relação de profissionais que atuam no estabelecimento, assinado pelo responsável legal. | X | X | X | | |
| Relação dos nomes dos idosos residentes na casa e endereço e nomes dos familiares responsáveis | X | X | X | | |
| Requerimento Padrão (Anexo VI deste Decreto Executivo). | X | X | X | | |

❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.

❖ REQUERIMENTO PADRÃO, AUTO DECLARAÇÃO DE RISCO E FID 2 DISPONÍVEIS EM WWW.SANTAMARIA.RS.GOV.BR

❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS, ACOMPANHE SEU PROCESSO ATRAVÉS DO SITE.

ANEXO IV

1- SERVIÇOS DE SAÚDE

1.4 - LABORATÓRIO CLÍNICO E POSTO DE COLETA (ANÁLISES CLÍNICAS/ANATOMIA PATOLÓGICA/CITOLOGIA)

LABORATÓRIOS DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOLÓGICA – CNAE - 8640-2/01-00

LABORATÓRIOS CLÍNICOS – CNAE - 8640-2/02-00

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO | RENOV. | ALT. END. | ALT. RAZÃO SOCIAL | ALT. RESP. TÉCNICA |
|---|----------|--------|-----------|-------------------|--------------------|
| Cópia da (s) carteira (s) profissional (is) do Órgão de Classe dos responsáveis técnicos; (nas renovações, se houver alteração no quadro funcional) | X | X | | | X |
| Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF e/ou Carteira de Identidade - RG. do responsável técnico e legal. | X | | | | X |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ. | X | X | X | X | |
| Cópia do certificado de aprovação de projeto arquitetônico pela SVS. | X | | X | | |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de destino de resíduos de saúde. | X | X | | | |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de manutenção preventiva dos equipamentos de esterilização, se houver. | X | X | | | |
| Cópia do certificado ou regularidade da pessoa jurídica, junto ao conselho de classe correspondente. | X | X | X | X | X |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários | X | X | X | X | X |
| Cópia do comprovante do CNES | | X | X | X | |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | X | | | |
| Cópia do Licenciamento Sanitário válido do laboratório matriz (para laboratório filial e posto de coleta filial) | X | X | X | | |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual, original | | | X | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 em 01 via (Renovações e Alterações se houver Alteração de Responsável Técnico ou Razão Social) (Anexo VII deste Decreto. | | | X | X | X |
| Memorial de atividades desenvolvidas pelo estabelecimento, atualizado, assinado pelo responsável técnico e/ou legal | X | X | X | | |
| Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde – PGRSS. | X | | X | X | X |
| Relação de profissionais que atuam no estabelecimento, assinado pelo responsável legal. | X | X | X | | |
| Requerimento Padrão (Anexo VI deste Decreto Executivo). | X | X | X | | |
| Roteiro de inspeção preenchido (auto inspeção) em 1 via – conforme anexo II da Portaria nº 234/2009 SES/RS. | X | | X | | |

- ❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.
- ❖ REQUERIMENTO PADRÃO, AUTO DECLARAÇÃO DE RISCO E FID 2 DISPONÍVEIS EM www.santamaria.rs.gov.br
- ❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS ACOMPANHE SEU PROCESSO PELO SITE.

ANEXO IV

1 - SERVIÇOS DE SAÚDE

1.5 - SERVIÇO DE VACINAÇÃO HUMANA E VACINAÇÃO EXTRAMUROS TEMPORÁRIA
 SERVIÇOS DE VACINAÇÃO E IMUNIZAÇÃO HUMANAS – CNAE - 8630-5/06-00

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO | RENOV. | ALT. END. | ALT. RAZÃO SOCIAL | ALT. RESP. TÉCNICA |
|--|----------|--------|-----------|-------------------|--------------------|
| Cópia atualizada do contrato com empresa habilitada responsável pela coleta, transporte e destino final dos resíduos de saúde. | X | X | X | | |
| Cópia da (s) carteira (s) profissional (is) do Órgão de Classe de todos os profissionais; (nas renovações, se houver alteração no quadro funcional) | X | X | | | X |
| Cópia da carteira de vacina com as 3 doses da hepatite B ou teste anti-Hbs e vacina do tétano; (renovações, se houver alteração no quadro funcional de profissionais da área de saúde) | X | X | | | X |
| Cópia da Carteira Profissional do responsável técnico e legal. | X | | | | X |
| Cópia da Certidão do Responsável Técnico pelo estabelecimento cadastrado em Conselho Profissional. | X | | | | X |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ. | X | X | X | X | |
| Cópia do certificado de aprovação de projeto arquitetônico pela SVS. | X | | X | | |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado ou regularidade da pessoa jurídica, junto ao conselho de classe correspondente. | X | X | X | X | X |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários | X | X | X | X | X |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | X | | | |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual, original | | | X | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 em 01 via (Renovações e Alterações se houver Alteração de Responsável Técnico ou Razão Social) (Anexo VII deste Decreto. | | | X | X | X |
| Listagem dos imunobiológicos a serem oferecidos pelo estabelecimento | X | X | X | | |
| Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde – PGRSS. | X | | X | | |
| Relação dos profissionais que desenvolvem as atividades de vacinação com comprovação de habilitação desses, conforme as normas técnicas da Fundação Nacional de Saúde/FUNASA. | X | X | X | | |
| Requerimento Padrão (Anexo VI deste Decreto Executivo). | X | X | X | | |

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA REQUERIMENTO DE EVENTO TEMPORÁRIO DE VACINAÇÃO EXTRAMUROS, CONFORME RDC 197 DE 26/12/2017

1. Requerimento Padrão (Anexo VI deste Decreto Executivo).
2. Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários
3. Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior
4. Listagem dos imunobiológicos a serem oferecidos pelo estabelecimento
5. Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde – PGRSS. “Nos casos de serviço de vacinação extramuros deverá constar o manejo e destinação final proveniente da atividade”.
6. Apresentação de um cronograma com o endereço do local onde será realizada a atividade, as datas em que a atividade será realizada e quais profissionais estarão atuando.
7. Listagem dos funcionários que irão atuar na atividade de vacinação temporária, com nome completo, CPF e número de registro em Conselho Profissional.

- ❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.
- ❖ REQUERIMENTO PADRÃO, AUTO DECLARAÇÃO DE RISCO E FID 2 DISPONÍVEIS EM WWW.SANTAMARIA.RS.GOV.BR
- ❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS, ACOMPANHE SEU PROCESSO ATRAVÉS DO SITE.

ANEXO IV

1 - SERVIÇOS DE SAÚDE

1.6 – AMBULÂNCIA DE TRANSPORTE TIPO A – AMBULÂNCIA DE TRANSPORTE TIPO B

SERVIÇOS MÓVEIS DE ATENDIMENTO A URGÊNCIAS, EXCETO POR UTI MÓVEL – CNAE - 8621-6/02-00

SERVIÇOS DE REMOÇÃO DE PACIENTES, EXCETO OS SERVIÇOS MÓVEIS DE ATENDIMENTO A URGÊNCIAS – CNAE - 8622-4/00-00

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO | RENOV. | ALT. END. | ALT. RAZÃO SOCIAL | ALT. RESP. TÉCNICA |
|---|----------|--------|-----------|-------------------|--------------------|
| Auto Declaração de Risco (Anexo III deste Decreto Executivo) | X | X | X | | |
| Comprovante de vínculo com médico regulador (nas renovações, se houver alteração). | X | X | | | X |
| Cópia da (s) carteira (s) profissional (is) do Órgão de Classe de todos os profissionais; (nas renovações, se houver alteração no quadro funcional) | X | X | | | X |
| Cópia da carteira de vacina com as 3 doses da hepatite B ou teste anti-Hbs e vacina do tétano; (renovações, se houver alteração no quadro funcional de profissionais da área de saúde) | X | X | | | X |
| Cópia da carteira nacional de habilitação dos motoristas de veículo de transporte de paciente (nas renovações, se houver alteração do quadro funcional) | X | X | | | |
| Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF e/ou Carteira de Identidade - RG. do responsável técnico e legal. | X | | | | X |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ. | X | X | X | X | |
| Cópia do certificado de aprovação de projeto arquitetônico pela SVS. | X | | X | | |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de destino de resíduos de saúde, se for gerador. | X | X | | | |
| Cópia do Certificado de licenciamento do veículo e declaração com a definição do mesmo (peso, materiais, equipamento e tipo de comunicação), (nas renovações, se houver alteração) | X | X | | | |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de manutenção preventiva dos equipamentos de esterilização, se houver. | X | X | | | |
| Cópia do certificado de treinamento do condutor de veículos de urgência promovido por núcleo ou centro de educação em urgências (nas renovações, se houver alteração no quadro funcional) | X | X | | | |
| Cópia do certificado ou regularidade da pessoa jurídica, junto ao conselho de classe correspondente. | X | X | X | X | X |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários | X | X | X | X | X |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | X | | | |
| Croqui da área física da (s) sala (s): desenho interno do estabelecimento com a área total em M ² . | X | | X | | |
| Declaração da área de abrangência do serviço (nas renovações se houver alteração) | X | X | | | |
| Declaração de tripulação (condutor, profissionais de enfermagem e outros) | X | X | | | |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual, original | | | X | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 em 01 via (Renovações e Alterações se houver Alteração de Responsável Técnico ou Razão Social) (Anexo VII deste Decreto. | | | X | X | X |
| Memorial de atividades desenvolvidas pelo estabelecimento, atualizado, assinado pelo responsável técnico e/ou legal | X | X | X | | |
| Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde – PGRSS, se for gerador. | X | | X | X | X |
| Relação de profissionais que atuam no estabelecimento, assinado pelo responsável legal. | X | X | X | | |
| Requerimento Padrão (Anexo VI deste Decreto Executivo). | X | X | X | | |

❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.

❖ REQUERIMENTO PADRÃO, AUTO DECLARAÇÃO DE RISCO E FID 2 DISPONÍVEIS EM WWW.SANTAMARIA.RS.GOV.BR

❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS, ACOMPANHE SEU PROCESSO ATRAVÉS DO SITE.

ANEXO IV

1 - SERVIÇOS DE SAÚDE

1.7 - ESTABELECIMENTO DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS PROVENIENTES DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
 LAVANDERIAS – CNAE – 9601-7/01-00 (Ver anexo II – Risco dependente de Informação)

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO | RENOV. | ALT. END. | ALT. RAZÃO SOCIAL | ALT. RESP. TÉCNICA |
|--|----------|--------|-----------|-------------------|--------------------|
| Cópia da (s) carteira (s) profissional (is) do Órgão de Classe de todos os profissionais; (nas renovações, se houver alteração no quadro funcional) | X | X | | | X |
| Cópia da carteira de vacina com as 3 doses da hepatite B ou teste anti-Hbs e vacina do tétano; (renovações, se houver alteração no quadro funcional de profissionais da área de saúde) | X | X | | | X |
| Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF e/ou Carteira de Identidade - RG. do responsável técnico e legal. | X | | | | X |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ. | X | X | X | X | |
| Cópia do certificado de aprovação de projeto arquitetônico pela SVS. | X | | X | | |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de destino de resíduos de saúde, se for gerador. | X | X | | | |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários | X | X | X | X | X |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | X | | | |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual, original | | | X | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 em 01 via (Renovações e Alterações se houver Alteração de Responsável Técnico ou Razão Social) (Anexo VII deste Decreto. | | | X | X | X |
| Memorial de atividades desenvolvidas pelo estabelecimento, atualizado, assinado pelo responsável técnico e/ou legal | X | X | X | | |
| Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde – PGRSS, se for gerador. | X | | X | X | X |
| Relação de profissionais que atuam no estabelecimento, assinado pelo responsável legal. | X | X | X | | |
| Requerimento Padrão (Anexo VI deste Decreto Executivo). | X | X | X | | |

A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.

- ❖ REQUERIMENTO PADRÃO, AUTO DECLARAÇÃO DE RISCO E FID 2 DISPONÍVEIS EM WWW.SANTAMARIA.RS.GOV.BR
- ❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS, ACOMPANHE SEU PROCESSO ATRAVÉS DO SITE.

ANEXO IV

2 - MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAÚDE

2.1 - FABRICAÇÃO DE MEDICAMENTOS OU COSMÉTICOS

FABRICAÇÃO DE COSMÉTICOS, PRODUTOS DE PERFUMARIA DE HIGIENE PESSOAL – CNAE: 2063-1/00-00

FABRICAÇÃO DE PRODUTOS FARMOQUÍMICOS – CNAE: 2110-6/00-00

FABRICAÇÃO DE MEDICAMENTOS ALOPÁTICOS PARA USO HUMANO – CNAE: 2121-1/01-00

FABRICAÇÃO DE MEDICAMENTOS HOMOPÁTICOS PARA USO HUMANO – CNAE: 2121-1/02-00

FABRICAÇÃO DE MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS PARA USO HUMANO – CNAE: 2121-1/03-00

FABRICAÇÃO DE PREPARAÇÕES FARMACÊUTICAS – CNAE: 2123-8/00-00

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO | RENOV. | ALT. END. | ALT. RESP. TÉCNICO | ALT. RAZÃO SOCIAL |
|--|----------|--------|-----------|--------------------|-------------------|
| Cópia da Autorização de Funcionamento de Empresa - AFE/ANVISA *Nas inclusões (inicial), a Licença Sanitária somente será expedida após apresentação da publicação da AFE/ANVISA da empresa. | | X | | | |
| Cópia da Autorização Especial – AE/ANVISA: caso produza medicamentos sob controle especial. Nas inclusões (inicial), a Licença Sanitária somente será expedida após apresentação da publicação da AE/ANVISA da empresa. | | X | | | |
| Cópia da carteira profissional do responsável técnico no respectivo conselho de classe. | X | | | X | |
| Cópia da rescisão de contrato com o responsável técnico (titular/ substituto) anterior | | | | X | |
| Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF e/ou Carteira de Identidade - RG. do responsável legal. | X | | | | X |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ | X | X | X | | X |
| Cópia do certificado de aprovação do projeto arquitetônico pela SVS | X | | X | | |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de regularidade da empresa junto ao respectivo conselho regional | X | X | X | X | X |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários, a qual será gerada após envio dos documentos deste checklist. | X | X | X | X | X |
| Cópia do contrato de trabalho com responsável técnico | X | | | X | |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | X | | | |
| Cópia do manual de boas práticas de fabricação e procedimentos operacionais | X | | | | |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual original | | | X | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 | | | X | X | X |
| Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde – PGRSS | X | | | | |
| Relação completa dos equipamentos e máquinas disponíveis em todas as áreas de fabricação e controle de qualidade | X | | | | |
| Relação de produtos com os quais a empresa irá trabalhar (condições especiais de controle e conservação) | X | | | | |
| Requerimento Padrão (Anexo VI deste Decreto Executivo). | X | X | X | | |

- ❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.
- ❖ REQUERIMENTO PADRÃO E FID 2 DISPONÍVEIS EM www.santamaria.rs.gov.br
- ❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS ACOMPANHE SEU PROCESSO PELO SITE.
- ❖ A SOLICITAÇÃO DE ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES DEVERÁ SER REQUERIDA NO PROTOCOLO GERAL DA PREFEITURA MUNICIPAL PARA ANÁLISE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS, SEGUNDO ART. 31 DO DECRETO EXECUTIVO N° 98, DE 18 DE JUNHO DE 2020.
- ❖ EM CASO DE ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES, DEVE SER ENCAMINHADO À ESTA SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, A COMPROVAÇÃO DE DESTINO DOS MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL.

ANEXO IV

2 - MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAÚDE

2.2 - COMÉRCIO ATACADISTA DE MEDICAMENTOS, INS. FARMACÊUTICOS, COSMÉTICOS, SANEANTES, PRODUTOS PARA SAÚDE

COMERCIO ATACADISTA DE MEDICAMENTOS E DROGAS DE USO HUMANO – CNAE: 4644-3/01-00

COMERCIO ATACADISTA DE INSTRUMENTOS E MATERIAIS PARA USO MÉDICO, CIRÚRGICO, HOSPITALAR E DE LABORATÓRIOS – CNAE: 4645-1/01-00

COMERCIO ATACADISTA DE PRÓTESES E ARTIGOS DE ORTOPEDIA – CNAE: 4645-1/02-00

COMERCIO ATACADISTA DE PRODUTOS ODONTOLÓGICOS – CNAE: 4645-1/03-00

COMERCIO ATACADISTA DE COSMÉTICOS E PRODUTOS DE PERFUMARIA – CNAE: 4646-0/01-00

COMERCIO ATACADISTA DE PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL – CNAE: 4646-0/002-00

COMERCIO ATACADISTA DE PRODUTOS DE HIGIENE, LIMPEZA E CONSERVAÇÃO DOMICILIAR – CNAE: 4649-4/08-00

COMERCIO ATACADISTA DE MÁQUINAS, APARELHOS E EQUIPAMENTOS PARA USO ODONTO-MÉDICO-HOSPITALAR; PARTES E PEÇAS – CNAE: 4664-8/00-00

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO | RENOV. | ALT. END. | ALT. RESP. TÉCNICO (titular/substituto) | INCLUSÃO DE ATIVIDADE | ALT. RAZÃO SOCIAL |
|---|----------|--------|-----------|---|-----------------------|-------------------|
| Cópia da Autorização de Funcionamento de Empresa - AFE/ANVISA - *Nas inclusões (inicial), a Licença Sanitária somente será expedida após apresentação da publicação da AFE/ANVISA da empresa. | | X | | | | |
| Cópia da Autorização Especial – AE/ANVISA (caso distribua medicamentos sob controle especial) | | X | | | | |
| Cópia da rescisão de contrato com responsável técnico anterior (titular/substituto) | | | | X | | |
| Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF e/ou Carteira de Identidade - RG. do responsável legal. | X | | | | | X |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ | X | X | X | | X | X |
| Cópia do certificado de aprovação do projeto arquitetônico pela SVS (para distribuidoras de medicamentos e/ou produtos para saúde) | X | | X | | X | |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores. | X | X | X | | X | |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. | X | X | X | | X | |
| Cópia do certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. | X | X | X | | | |
| Cópia do certificado de regularidade da empresa junto ao respectivo conselho regional atualizado | X | X | X | X | X | X |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários, a qual será gerada após envio dos documentos deste checklist. | X | X | X | X | X | X |
| Cópia do contrato de trabalho com responsável técnico (titular/substituto) | | | | X | | |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | X | | | | |
| Cópia do manual de boas práticas e procedimentos operacionais padrão | X | | | | X | |
| Croqui da área física da (s) sala (s): desenho interno do estabelecimento com a área total em M ² . (para distribuidoras de cosméticos e/ou saneantes) | X | | X | | | |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual original | | | X | X | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 | | | X | X | X | X |
| Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde – PGRSS. | X | | | | X | |
| Requerimento Padrão (Anexo VI deste Decreto Executivo). | X | X | X | | | |

- ❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.
- ❖ REQUERIMENTO PADRÃO E FID 2 DISPONÍVEIS EM www.santamaria.rs.gov.br.
- ❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS ACOMPANHE SEU PROCESSO PELO SITE.
- ❖ A SOLICITAÇÃO DE ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES DEVERÁ SER REQUERIDA NO PROTOCOLO GERAL DA PREFEITURA MUNICIPAL PARA ANÁLISE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS, SEGUNDO ART. 31 DO DECRETO EXECUTIVO N° 98, DE 18 DE JUNHO DE 2020.
- ❖ EM CASO DE ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES, DEVE SER ENCAMINHADO À ESTA SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, A COMPROVAÇÃO DE DESTINO DOS MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL.

ANEXO IV

2 - MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAÚDE

2.3 - TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS, INSUMOS FARM. COSMÉTICOS-SANEANTES-PROD. SAÚDE

TRANSPORTE RODOVIÁRIO DE CARGA, EXCETO PRODUTOS PERIGOSOS E MUDANÇAS, MUNICIPAL - CNAE: 4930-2/01-00 *(Ver Anexo II – Risco dependente de informação)

TRANSPORTE RODOVIÁRIO DE CARGA, EXCETO PRODUTOS PERIGOSOS E MUDANÇAS, INTERMUNICIPAL, INTERESTADUAL E INTERNACIONAL – CNAE: 4930-2/02-00 *(Ver Anexo II – Risco dependente de informação)

* CASO A EMPRESA TRANSPORTE: MEDICAMENTOS E/OU INSUMOS FARMACÊUTICOS E/OU COSMÉTICOS E/OU PRODUTOS PARA SAÚDE.

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO | RENOV | ALT. END | ALT. RESP. TÉCNICO | INCLUSÃO DE ATIVIDADE | ALT. RAZÃO SOCIAL |
|---|----------|-------|----------|--------------------|-----------------------|-------------------|
| Cópia da Autorização de Funcionamento de Empresa - AFE/ANVISA - *Nas inclusões (inicial), a Licença Sanitária somente será expedida após apresentação da publicação da AFE/ANVISA da empresa. | | X | | | | |
| Cópia da Autorização Especial – AE/ANVISA: caso distribua medicamentos sob controle especial | | X | X | | | X |
| Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF e/ou Carteira de Identidade - RG. do responsável legal. | X | | | | | |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ | X | X | X | | X | X |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores. | X | X | X | | X | |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. | X | X | X | | X | |
| Cópia do certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. | X | X | X | | | |
| Cópia do certificado de regularidade da empresa junto ao respectivo conselho regional atualizado | X | X | X | X | X | X |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários, a qual será gerada após envio dos documentos deste checklist. | X | X | X | X | X | X |
| Cópia do contrato de trabalho com responsável técnico | X | | | X | | |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | X | | | | |
| Cópia do manual de boas práticas de transporte e armazenamento dos produtos, acompanhado dos procedimentos operacionais | X | | | | X | |
| Troqui da área física da (s) sala (s): desenho interno do estabelecimento com a área total em M². | X | | X | | | |
| Documentação dos veículos utilizados no transporte | X | X | | | X | |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual, original | | | X | X | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 | | | X | X | X | X |
| Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde – PGRSS | X | | | | X | |
| Relação de produtos a serem transportados (se exigem condições especiais de controle/ conservação/ transporte) | X | | | | | |
| Requerimento Padrão (Anexo VI deste Decreto Executivo). | X | X | X | | | |

- ❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.
- ❖ REQUERIMENTO PADRÃO E FID 2 DISPONÍVEIS EM www.santamaria.rs.gov.br.
- ❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS ACOMPANHE SEU PROCESSO PELO SITE.
- ❖ A SOLICITAÇÃO DE ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES DEVERÁ SER REQUERIDA NO PROTOCOLO GERAL DA PREFEITURA MUNICIPAL PARA ANÁLISE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS, SEGUNDO ART. 31 DO DECRETO EXECUTIVO Nº 98, DE 18 DE JUNHO DE 2020.
- ❖ EM CASO DE ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES, DEVE SER ENCAMINHADO À ESTA SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, A COMPROVAÇÃO DE DESTINO DOS MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL.

ANEXO IV

2 - MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAÚDE

2.4 - COMÉRCIO VAREJISTA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS COM MANIPULAÇÃO DE FÓRMULAS

COMERCIO VAREJISTA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS, COM MANIPULAÇÃO DE FÓRMULAS – CNAE: 4771-7/02-00

COMERCIO VAREJISTA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS HOMEOPÁTICOS – CNAE: 4771-7/03-00

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO | RENOV | ALT. END | ALT. RESP. TÉCNICA (titular/substituto) | ALT RAZÃO SOCIAL | INCLUSÃO ATIVIDADE (serv. farm. e/ou vacinação) |
|--|----------|-------|----------|---|------------------|---|
| Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES | | X | | | | X |
| Cópia da Autorização de Funcionamento de Empresa - AFE/ANVISA | | X | | | | |
| Cópia da Autorização Especial – AE/ANVISA (para manipular substâncias de controle especial) | | X | | | | |
| Cópia da carteira de vacina com as 3 doses da hepatite B (ou teste anti-HBs) e vacina do tétano (caso possua sala de serviços farmacêuticos) | X | | | | | X |
| Cópia da carteira profissional do responsável técnico (titular/substituto) no respectivo conselho regional | X | | | X | | X |
| Cópia da rescisão de contrato de trabalho com responsável técnico (titular/ substituto) anterior | | | | X | | |
| Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF e/ou Carteira de Identidade - RG. do responsável legal. | X | | | | X | |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ | X | X | X | | X | |
| Cópia do certificado de aprovação do projeto arquitetônico pela SVS | X | | X | | | X |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores. | X | X | X | | | X |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. | X | X | X | | | X |
| Cópia do certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. | X | X | X | | | X |
| Cópia do certificado de regularidade da empresa junto ao respectivo conselho regional | X | X | X | X | X | X |
| Cópia do comprovante de curso de especialização (reconhecido pelo MEC) para manipulação de medicamentos homeopáticos | X | X | | X | | |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários, a qual será gerada após envio dos documentos deste checklist. | X | X | X | X | X | X |
| Cópia do contrato de trabalho com responsável técnico (titular/substituto) | X | | | X | | X |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | X | | | | |
| Cópia do manual de boas práticas de manipulação em farmácia e procedimentos operacionais padrão (POPs) | X | | | | | |
| Cópia do status de transmissão no SNGPC | | X | | | | |
| Declaração caso realize ou não fracionamento de medicamentos industrializados | X | X | | X | | |
| Declaração dos serviços prestados pela farmácia de acordo com a RDC/ANVISA N° 44/2009 | X | X | X | X | X | X |
| Declaração emitida pelo responsável técnico contendo a relação dos grupos de atividades desenvolvidas de acordo com a RDC N° 67/2007 | X | X | X | X | | |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual, original | | | X | X | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 | | | X | X | X | X |
| Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde – PGRSS | X | | | | | X |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|---|
| POPs das atividades pretendidas (com descrição dos equipamentos e comprovante de calibração atualizado desses) | | | | | | X |
| Requerimento Padrão (Anexo VI deste Decreto Executivo). | X | X | X | | | X |

- ❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.
- ❖ REQUERIMENTO PADRÃO E FID 2 DISPONÍVEIS EM www.santamaria.rs.gov.br
- ❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS ACOMPANHE SEU PROCESSO PELO SITE.
- ❖ A SOLICITAÇÃO DE ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES DEVERÁ SER REQUERIDA NO PROTOCOLO GERAL DA PREFEITURA MUNICIPAL PARA ANÁLISE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS, SEGUNDO ART. 31 DO DECRETO EXECUTIVO Nº 98, DE 18 DE JUNHO DE 2020.
- ❖ EM CASO ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES, DEVE SER ENCAMINHADO À ESTA SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, A COMPROVAÇÃO DE DESTINO DOS MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL.

DECLARAÇÃO DE SERVIÇOS PRESTADOS – DROGARIAS E FARMÁCIAS

Segundo a legislação sanitária vigente, as atividades pleiteadas durante o peticionamento da Autorização de Funcionamento (AFE) da ANVISA de Farmácias e Drogarias (concessão, ampliação ou alteração de atividades) devem constar na Licença Sanitária emitida pela Vigilância Sanitária ou no relatório de inspeção anexado.

Licença Sanitária: () inclusão () renovação () inclusão de atividade

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO:

Razão Social: _____

Endereço: _____

CNPJ: _____

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS: Declaro à Superintendência de Vigilância em Saúde, conforme determina a legislação sanitária vigente, que o estabelecimento acima identificado pretende (inclusão) ou desenvolve (renovação) as seguintes atividades (marcar com X, lembrando que cada item deve estar de acordo com a legislação para ser licenciado pela Vigilância Sanitária):

- 1 – Dispensação de medicamentos não sujeitos a controle especial ()
- 2 – Dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial ()
- 3 – Manipulação de produtos oficinais ()
- 4 – Manipulação de produtos magistrais ()
- 5 – Prestação de serviços farmacêuticos:
 - 5.1 - Atenção farmacêutica:
 - 5.1.1 - Atenção farmacêutica domiciliar ()
 - 5.1.2 - Aferição de parâmetros fisiológicos: temperatura corporal () pressão arterial ()
 - 5.1.3 - Aferição de parâmetro bioquímico: glicemia capilar ()
 - 5.1.4 - Administração de medicamentos: injetáveis () inalatórios ()
 - 5.2- Perfuração de lóbulo auricular para colocação de brincos ()
- 6 – Comércio de cosméticos, perfumes e produtos de higiene ()
- 7 – Comércio de correlatos ()
- 8 – Comércio de plantas medicinais () **Obs.: Privativo de farmácias e ervanarias.**
- 9 – Comércio de alimentos permitidos pela legislação vigente (conforme disposto na Instrução Normativa – IN nº 09 de 17 de Agosto de 2009, que dispõe sobre a relação de produtos permitidos para dispensação e comercialização em farmácias e drogarias) ()
- 10 – Dispensação de medicamentos não sujeitos a controle especial por meio remoto (tele-entrega) ()
- 11 – Determinação de outros parâmetros bioquímicos e fisiológicos () Quais: _____

Nome do Farmacêutico Responsável Técnico: _____

CRF/RS: _____ RG/CPF: _____

Ass: _____

Data: ____/____/____

ANEXO IV

2 - MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAÚDE

2.5 - COMÉRCIO VAREJISTA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS SEM MANIPULAÇÃO DE FÓRMULAS

COMÉRCIO VAREJISTA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS, SEM MANIPULAÇÃO DE FÓRMULAS – CNAE: 4771-7/01-00

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO | RENOV. | ALT. END. | ALT. RESP. TÊC. (titular/substituto) | ALT. RAZÃO SOCIAL | INCLUSÃO ATIVIDADE (serv. farm. e/ou vacinação) |
|---|----------|--------|-----------|--------------------------------------|-------------------|---|
| Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES | | X | | | | X |
| Cópia da Autorização de Funcionamento de Empresa - AFE/ANVISA | | X | | | | |
| Cópia da carteira de vacina com as 3 doses da hepatite B (ou teste anti-Hbs) e vacina do tétano (caso possua sala de serviços farmacêuticos) | X | | | | | X |
| Cópia da rescisão de contrato de trabalho com responsável técnico anterior (titular/ substituto) | | | | X | | |
| Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF e/ou Carteira de Identidade - RG. do responsável legal | X | | | | X | |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ | X | X | X | | X | |
| Cópia do certificado de aprovação do projeto arquitetônico pela SVS (para drogarias com serviço de vacinação) | X | | | | | X |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores | X | X | X | | | X |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. | X | X | X | | | X |
| Cópia do certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. | X | X | X | | | X |
| Cópia do certificado de regularidade da empresa junto ao respectivo conselho regional | X | X | X | X | X | X |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários, a qual será gerada após envio dos documentos deste checklist. | X | X | X | X | X | X |
| Cópia do contrato de trabalho com responsável técnico (titular/ substituto) | X | | | X | | |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | X | | | | |
| Cópia do manual de boas práticas de armazenamento e dispensação de medicamentos e procedimentos operacionais | X | | | | | |
| Cópia do status de transmissão no SNGPC | | X | | | | |
| Croqui da área física da (s) sala (s): desenho interno do estabelecimento com a área total em M ² | X | | X | | | |
| Declaração caso realize ou não fracionamento de medicamentos | X | X | | | | |
| Declaração dos serviços prestados pela drogaria de acordo com a RDC/ANVISA N° 44/2009 | X | X | X | X | X | X |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual, original | | | X | X | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 | | | X | X | X | X |
| Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde – PGRSS | X | | | | | X |
| POPs das atividades pretendidas (com descrição dos | | | | | | X |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|---|
| equipamentos e comprovante de calibração atualizado desses) | | | | | | |
| Requerimento Padrão (Anexo VI deste Decreto Executivo). | X | X | X | | | X |

- ❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.
- ❖ REQUERIMENTO PADRÃO E FID 2 DISPONÍVEIS EM www.santamaria.rs.gov.br
- ❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS ACOMPANHE SEU PROCESSO PELO SITE.
- ❖ A SOLICITAÇÃO DE ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES DEVERÁ SER REQUERIDA NO PROTOCOLO GERAL DA PREFEITURA MUNICIPAL PARA ANÁLISE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS, SEGUNDO ART. 31 DO DECRETO EXECUTIVO Nº 98, DE 18 DE JUNHO DE 2020.
- ❖ EM CASO DE ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES, DEVE SER ENCAMINHADO À ESTA SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, A COMPROVAÇÃO DE DESTINO DOS MEDICAMENTOS SUJEITOS À CONTROLE ESPECIAL.

DECLARAÇÃO DE SERVIÇOS PRESTADOS – DROGARIAS E FARMÁCIAS

Segundo a legislação sanitária vigente, as atividades pleiteadas durante o petiçãoamento da Autorização de Funcionamento (AFE) da ANVISA de Farmácias e Drogarias (concessão, ampliação ou alteração de atividades) devem constar na Licença Sanitária emitida pela Vigilância Sanitária ou no relatório de inspeção anexado.

Licença Sanitária: () inclusão () renovação () inclusão de atividade

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO:

Razão Social: _____

Endereço: _____

CNPJ: _____

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS: Declaro à Superintendência de Vigilância em Saúde, conforme determina a legislação sanitária vigente, que o estabelecimento acima identificado pretende (inclusão) ou desenvolve (renovação) as seguintes atividades (marcar com X, lembrando que cada item deve estar de acordo com a legislação para ser licenciado pela Vigilância Sanitária):

- 1 – Dispensação de medicamentos não sujeitos a controle especial ()
- 2 – Dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial ()
- 3 – Manipulação de produtos oficinais ()
- 4 – Manipulação de produtos magistrais ()
- 5 – Prestação de serviços farmacêuticos:
 - 5.1 – Atenção farmacêutica:
 - 5.1.1 – Atenção farmacêutica domiciliar ()
 - 5.1.2 – Aferição de parâmetros fisiológicos: temperatura corporal () pressão arterial ()
 - 5.1.3 – Aferição de parâmetro bioquímico: glicemia capilar ()
 - 5.1.4 – Administração de medicamentos: injetáveis () inalatórios ()
 - 5.2 – Perfuração de lóbulo auricular para colocação de brincos ()
- 6 – Comércio de cosméticos, perfumes e produtos de higiene ()
- 7 – Comércio de correlatos ()
- 8 – Comércio de plantas medicinais () **Obs.: Privativo de farmácias e ervanarias.**
- 9 – Comércio de alimentos permitidos pela legislação vigente (conforme disposto na Instrução Normativa – IN nº 09 de 17 de Agosto de 2009, que dispõe sobre a relação de produtos permitidos para dispensação e comercialização em farmácias e drogarias) ()
- 10 – Dispensação de medicamentos não sujeitos a controle especial por meio remoto (tele-entrega) ()
- 11 – Determinação de outros parâmetros bioquímicos e fisiológicos ()

Quais: _____

Nome do Farmacêutico Responsável Técnico: _____

CRF/RS: _____ RG/CPF: _____

Ass: _____ Data: ____/____/____

ANEXO IV

3 - ALIMENTOS

3.1 - INDÚSTRIAS DE ALIMENTOS EM GERAL, ESTABELECIMENTOS QUE COMERCIALIZAM ALIMENTOS

INDÚSTRIAS DE ALIMENTOS- CNAE: 0892-4/03-00; 1031-7/00-00; 1032-5/01-00; 1032-5/99-00; 1041-4/00-00; 1042-2/00-00; 1043-1/00-00; 1053-8/00-00; 1061-9/01-00; 1061-9/02-00; 1062-7/00-00; 1063-5/00-00; 1064-3/00-00; 1065-1/01-00; 1065-1/02-00; 1065-1/03-00; 1069-4/00-00; 1071-6/00-00; 1072-4/01-00; 1072-4/02-00; 1081-3/01-00; 1081-3/02-00; 1082-1/00-00; 1091-1/01-00; 1092-9/00-00; 1093-7/01-00; 1093-7/02-00; 1094-5/00-00; 1095-3/00-00; 1096-1/00-00; 1099-6/02-00; 1099-6/03-00; 1099-6/04-00; 1099-6/05-00; 1099-6/06-00; 1099-6/07-00; 1099-6/99-00; 1121-6/00-00; 1122-4/03-00; 1122-4/04-00; 1122-4/99-00;

DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA POR CAMINHÕES – CNAE: 3600-6/02-00;

COMÉRCIO ATACADISTA – CNAE: 4632-0/03-00; 4634-6/01-00; 4635-4/03-00; 4639-7/02-00;

COMÉRCIO VAREJISTA DE MERCADORIAS EM GERAL, COM PREDOMINÂNCIA DE PRODUTOS ALIMENTÍCIOS – HIPERMERCADOS – CNAE: 4711-3/01-00;

COMÉRCIO VAREJISTA DE MERCADORIAS EM GERAL, COM PREDOMINÂNCIA DE PRODUTOS ALIMENTÍCIOS – SUPERMERCADOS- CNAE: 4711-3/02-00;

FORNECIMENTO DE ALIMENTOS PREPARADOS PREPONDERANTEMENTE PARA EMPRESAS – CNAE: 5620-1/01-00;

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO | RENOV. | ALT. END | ALT. RAZÃO SOCIAL |
|--|----------|--------|----------|-------------------|
| Auto Declaração de Risco | X | X | | |
| Certificado de limpeza do ar condicionado da cozinha ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo, se houver | X | X | X | |
| Cópia da Inscrição Estadual | X | | X | X |
| Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF e/ou Carteira de Identidade - RG. do responsável legal. | X | | | |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ | X | | X | X |
| Cópia do certificado de aprovação do projeto arquitetônico pela SVS | X | | X | |
| Cópia do Certificado de Condição de Microempreendedor Individual | | | X | |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores | X | X | X | |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água, realizada de 6 em 6 meses para os estabelecimentos manipuladores de alimentos, ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo | X | X | X | |
| Cópia do certificado do curso de capacitação em boas práticas para serviços de alimentação | X | X | | |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários | X | X | X | X |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | X | | |
| Croqui da área física da (s) sala (s): desenho interno do estabelecimento com a área total em M ² . | X | | X | |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual, original | | | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 em 01 via | | | X | X |
| Requerimento Padrão | X | X | X | |

ATENÇÃO: ESTABELECIMENTOS INDUSTRIALIZADORES DE GELADOS COMESTÍVEIS, CONSERVAS DE PALMITO E OUTROS COM REGULAMENTO TÉCNICO DE BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO ESPECÍFICO DA ANVISA, DEVEM APRESENTAR O CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO EM CURSO DE CAPACITAÇÃO.

- ❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES CONFORME EXIGIDOS NA LEGISLAÇÃO.
- ❖ REQUERIMENTO PADRÃO, AUTO DECLARAÇÃO DE RISCO E FID 2 DISPONÍVEIS EM www.santamaria.rs.gov.br.
- ❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS ACOMPANHE SEU PROCESSO ATRAVÉS DO SITE.

ANEXO IV

3 - ALIMENTOS

3. 2 - TRANSPORTE DE ALIMENTOS (BAÚ, BAÚ REFRIGERADO, CARROCERIA FECHADA OU ABERTA)
TRANSPORTE RODOVIÁRIO DE CARGA: CNAES: 4930-2/01-00; 4930-2/02-00

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO | RENOV. | ALT. ENDEREÇO | ALT. RAZÃO SOCIAL |
|--|----------|--------|---------------|-------------------|
| Auto Declaração de Risco | X | X | X | |
| Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF e/ou Carteira de Identidade - RG. do proprietário do veículo. | X | | | |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários | X | X | X | X |
| Cópia do CRLV do veículo | X | X | X | X |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | X | | |
| Cópia do documento de transferência do veículo, quando for vendido/ financiado; ou declaração, reconhecido firma, caso o veículo seja transferido para outra cidade. | | | | |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual, original | | | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 em 01 via | | | X | X |
| Requerimento Padrão | X | X | X | |

ATENÇÃO:

DECRETO ESTADUAL Nº 23.430, DE 1974.

Art. 492 - OS VEÍCULOS DEVEM SER PINTADOS EXTERNAMENTE COM TINTAS ADEQUADAS OU REVESTIDOS DE MATERIAL METÁLICO NÃO CORROSÍVEL.

PARÁGRAFO ÚNICO. NAS LATERAIS DO COMPARTIMENTO DE CARGA DEVEM CONSTAR O NOME DA FIRMA PROPRIETÁRIA, SEU ENDEREÇO E NATUREZA DA MERCADORIA.

❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.

❖ REQUERIMENTO PADRÃO, AUTO DECLARAÇÃO DE RISCO E FID 2 DISPONÍVEIS EM www.santamaria.rs.gov.br
APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS ACOMPANHE SEU PROCESSO PELO SITE.

ANEXO IV

4 - SERVIÇOS DE INTERESSE PARA SAÚDE

4.1 - PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS)

ATIVIDADES DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE HUMANA – CNAE - 8690-9/01-00

OUTRAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO À SAÚDE HUMANA NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE – CNAE – 8690-9/99-00 (Ver Anexo II- Risco Dependente de Informação)

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO | RENOV. | ALT. END. | ALT. RAZÃO SOCIAL | ALT. RESP. TÉCNICA |
|---|----------|--------|-----------|-------------------|--------------------|
| Auto Declaração de Risco (Anexo III deste Decreto Executivo). | X | X | X | | |
| Comprovante de habilitação para desenvolvimento das atividades | X | X | | | |
| Cópia da carteira de vacina com as 3 doses da hepatite B ou teste anti-Hbs e vacina do tétano; (renovações, se houver alteração no quadro funcional de profissionais da área de saúde) | X | X | | | X |
| Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF e/ou Carteira de Identidade - RG. do responsável técnico e legal. | X | | | | X |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, quando Pessoa Jurídica. | X | X | X | X | |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de destino de resíduos de saúde, se for gerador. | X | X | | | |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários | X | X | X | X | X |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | X | | | |
| Croqui da área física da (s) sala (s): desenho interno do estabelecimento com a área total em M ² . | X | | X | | |
| Declaração de horários de atendimento (se houver mais de um profissional na mesma sala). | X | X | X | | |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual, original | | | X | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 em 01 via (Renovações e Alterações se houver Alteração de Responsável Técnico ou Razão Social) (Anexo VII deste Decreto). | | | X | X | X |
| Listagem dos equipamentos utilizados no estabelecimento, se houver. | X | X | X | | |
| Memorial de atividades desenvolvidas pelo estabelecimento, atualizado, assinado pelo responsável técnico e/ou legal | X | X | X | | |
| Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde – PGRSS, se for gerador. | X | | X | X | X |
| Requerimento Padrão (Anexo VI deste Decreto Executivo). | X | X | X | | |
| Se profissional de nível superior, apresentar cópia da (s) carteira (s) profissional (is) do Órgão de Classe de todos os profissionais; (nas renovações, se houver alteração no quadro funcional) | X | X | | | X |

❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.

❖ REQUERIMENTO PADRÃO, AUTO DECLARAÇÃO DE RISCO E FID 2 DISPONÍVEIS EM WWW.SANTAMARIA.RS.GOV.BR

❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS, ACOMPANHE SEU PROCESSO ATRAVÉS DO SITE.

ANEXO IV

4 - SERVIÇOS DE INTERESSE PARA SAÚDE

4.2 -- FABRICAÇÃO DE ARTIGOS ÓPTICOS E SERVIÇOS DE LABORATÓRIO ÓTICO

FABRICAÇÃO DE ARTIGOS ÓPTICOS – CNAE - 3250-7/07-00

SERVIÇO DE LABORATÓRIO ÓTICO – CNAE - 3250-7/09-00

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO | RENOV. | ALT. END. | ALT. RAZÃO SOCIAL | ALT. RESP. TÉCNICA |
|---|----------|--------|-----------|-------------------|--------------------|
| Contrato de responsabilidade técnica, firmado entre o óptico e a empresa, com assinaturas reconhecidas por tabelião e cópia autenticada do contrato de trabalho, e em se tratando de responsabilidade do diretor ou sócio-proprietário, apresentação da declaração de responsabilidade técnica. | X | | | | X |
| Cópia autenticada do Diploma de técnico em óptica ou ótico prático; | X | | | | X |
| Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF e/ou Carteira de Identidade - RG. do responsável técnico e legal. | X | | | | X |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ. | X | X | X | X | |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários | X | X | X | X | X |
| Cópia do comprovante de residência do responsável técnico ótico | X | | | | X |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | X | | | |
| Croqui da área física da (s) sala (s): desenho interno do estabelecimento com a área total em M ² . | X | | X | | |
| Declaração de responsabilidade técnica do laboratório óptico responsável pela confecção dos óculos e/ou lentes (caso a empresa não possua laboratório próprio). | X | X | | | |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual, original | | | X | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 em 01 via (Renovações e Alterações se houver Alteração de Responsável Técnico ou Razão Social) (Anexo VII deste Decreto). | | | X | X | X |
| Memorial de atividades desenvolvidas pelo estabelecimento, atualizado, assinado pelo responsável técnico e/ou legal | X | X | X | | |
| Requerimento Padrão (Anexo VI deste Decreto Executivo). | X | X | X | | |

❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.

❖ REQUERIMENTO PADRÃO, AUTO DECLARAÇÃO DE RISCO E FID 2 DISPONÍVEIS EM WWW.SANTAMARIA.RS.GOV.BR

❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS, ACOMPANHE SEU PROCESSO ATRAVÉS DO SITE.

| DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA REQUERIMENTO DE DIPLOMA DE PROFISSIONAIS TÉCNICOS EM ÓTICA |
|--|
| 1. Requerimento de registro do diploma |
| 2. Cópia da carteira de identidade (RG) |
| 3. Cópia do CPF |
| 4. Diploma Original e cópia (frente e verso) |
| 5. Taxa de registro do diploma |
| OBS: O diploma somente será aceito se houver a comprovação de que a escola está licenciada na Secretaria de Educação e o curso aprovado no Conselho Estadual de Educação |

ANEXO IV

4 – SERVIÇOS DE INTERESSE PARA SAÚDE

4.3 – TRANSPORTE DE MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO

TRANSPORTE RODOVIÁRIO DE CARGA, EXCETO PRODUTOS PERIGOSOS E MUDANÇAS, MUNICIPAL – CNAE – 4930-2/01-00 (Ver Anexo II- Risco dependente de informação)

TRANSPORTE RODOVIÁRIO DE CARGA, EXCETO PRODUTOS PERIGOSOS E MUDANÇAS, INTERMUNICIPAL, INTERESTADUAL E INTERNACIONAL – CNAE – 4930-2/02-00 (Ver Anexo II- Risco dependente de informação)

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO | RENOV. | ALT. END. | ALT. RAZÃO SOCIAL | ALT. RESP. TÉCNICA |
|---|----------|--------|-----------|-------------------|--------------------|
| Caso a empresa já esteja prestando serviço de transporte de material biológico humano, anexar contrato entre as partes. | X | X | X | | X |
| Cópia da (s) carteira (s) profissional (is) do Órgão de Classe de todos os profissionais; (nas renovações, se houver alteração no quadro funcional) | X | X | | | X |
| Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF e/ou Carteira de Identidade - RG. do responsável técnico e legal. | X | | | | X |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ. | X | X | X | X | |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários | X | X | X | X | X |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | X | | | |
| Cópia do manual de boas práticas de transporte de material biológico humano, acompanhado dos procedimentos operacionais. | X | | | | |
| Croqui da área física da (s) sala (s): desenho interno do estabelecimento com a área total em M ² . | X | | X | | |
| Declaração da empresa identificando o Supervisor Técnico, assinado pela direção e o profissional escolhido | X | X | | | |
| Declaração de que os veículos são utilizados exclusivamente para transporte de material biológico humano. | X | X | | | |
| Declaração do conselho de classe do profissional habilitado para exercer atividades da execução e verificação das condições de transporte, distribuição e armazenagem, no caso de transporte de sangue e hemocomponentes; | X | X | | | X |
| Declaração informando sobre a necessidade ou não de armazenamento temporário do material biológico humano durante o transporte. | X | X | | | |
| Descrição do tipo e classificação de risco (categoria A, B, Risco Mínimo, Isenta) do material biológico humano a ser transportado | X | X | | | |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual, original | | | X | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 em 01 via (Renovações e Alterações se houver Alteração de Responsável Técnico ou Razão Social) (Anexo VII deste Decreto. | | | X | X | X |
| Memorial de atividades desenvolvidas pelo estabelecimento, atualizado, assinado pelo responsável técnico e/ou legal | X | X | X | | |
| Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde – PGRSS. | X | | X | | |
| Relação de veículos utilizados para transporte com cópia da documentação atualizada (licenciamento) e descrição das condições especiais para acondicionamento e conservação do material biológico humano. | X | X | | | |
| Requerimento Padrão (Anexo VI deste Decreto Executivo). | X | X | X | | |

❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.

❖ REQUERIMENTO PADRÃO, AUTO DECLARAÇÃO DE RISCO E FID 2 DISPONÍVEIS EM WWW.SANTAMARIA.RS.GOV.BR

❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS, ACOMPANHE SEU PROCESSO ATRAVÉS DO SITE.

ANEXO IV

4 - SERVIÇOS DE INTERESSE PARA SAÚDE

4.4 - SERVIÇOS DE TATUAGEM E COLOCAÇÃO DE PIERCING

SERVIÇOS DE TATUAGEM E COLOCAÇÃO DE PIERCING – CNAE: 9609-2/06-00

| DOCUMENTAÇÃO | INCLUSÃO | REN OV. | ALT. ENDEREÇO |
|--|----------|---------|---------------|
| Comprovante de preenchimento do livro de registros dos eventuais acidentes. | X | | |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ | X | X | X |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores. | X | X | X |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. | X | X | X |
| Cópia do certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. | X | X | X |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários, a qual será gerada após envio dos documentos deste checklist. | X | X | X |
| Cópia do comprovante de imunização contra hepatite B ou teste anti-Hbs e tétano (para os profissionais que atuam na atividade) | X | | |
| Cópia do contrato com empresa habilitada para descarte de resíduos de saúde. | X | | X |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário anterior | | X | |
| Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS - Conforme RDC/ANVISA Nº 222/2018. | | | |
| Croqui da área física da (s) sala (s): desenho interno do estabelecimento com a área total em M ² . | X | | X |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual, original | | | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 em 01 via. | | | X |
| Requerimento Padrão (Anexo VI deste Decreto Executivo). | X | X | X |

- ❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.
- ❖ REQUERIMENTO PADRÃO E FID 2 DISPONÍVEIS EM www.santamaria.rs.gov.br
- ❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS ACOMPANHE SEU PROCESSO ATRAVÉS DO SITE.
- ❖ A SOLICITAÇÃO DE ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES DEVERÁ SER REQUERIDA NO PROTOCOLO GERAL DA PREFEITURA MUNICIPAL PARA ANÁLISE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS, SEGUNDO ART. 31 DO DECRETO EXECUTIVO Nº 98, DE 18 DE JUNHO DE 2020.

ANEXO IV

4 - SERVIÇOS DE INTERESSE PARA SAÚDE

4.5 - ATIVIDADES DE ESTÉTICA E OUTROS SERVIÇOS DE CUIDADOS COM A BELEZA COM PROCEDIMENTOS INVASIVOS - (COM PROCEDIMENTO INVASIVO, TAIS COMO MICROPIGMENTAÇÃO, PEELING FÍSICO, BOTOX, MICROAGULHAMENTO E OUTROS QUE TRANSPASSAM AS BARREIRAS NATURAIS DA PELE)

ATIVIDADES DE ESTÉTICA E OUTROS SERVIÇOS DE CUIDADOS COM A BELEZA-CNAE: 9602-5/02-00

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO | RENOV. | ALT. END. | ALT. RAZÃO SOCIAL | ALT. RESP. TÉCNICO |
|---|----------|--------|-----------|-------------------|--------------------|
| Cópia da carteira de vacina com as 3 doses da hepatite B ou teste anti-Hbs e vacina do tétano. | X | X | | | |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ | X | X | X | X | |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de inscrição/ regularidade da empresa junto ao conselho de classe correspondente aos profissionais responsáveis técnicos (para profissionais com curso superior). | X | X | X | X | X |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de manutenção preventiva dos equipamentos. | X | X | | | |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários, a qual será gerada após envio dos documentos deste checklist. | X | X | X | X | X |
| Cópia do comprovante de habilitação profissional para desenvolvimento das atividades (para profissionais com curso profissionalizante) | X | X | | | X |
| Cópia do contrato com empresa habilitada para descarte de resíduos de saúde acompanhado de cópia do alvará de saúde da empresa responsável pelo serviço. | X | X | X | | |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | X | | | |
| Croqui da área física da (s) sala (s): desenho interno do estabelecimento com a área total em M ² . | X | | X | | |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual original | | | X | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 | | | X | X | X |
| stagem dos equipamentos utilizados no estabelecimento com cópia do registro na ANVISA. | X | X | | | |
| Memorial de atividades desenvolvidas pelo estabelecimento, atualizado, assinado pelo responsável técnico e/ou legal. | X | X | X | | |
| Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde – PGRSS conforme RDC/ANVISA Nº 222/2018. | X | | X | | |
| Registros, no mínimo mensais, da realização do teste biológico da autoclave, caso o estabelecimento possua manicure e pedicure. | | | | | |
| Relação dos profissionais que atuam no estabelecimento, assinado pelo responsável técnico e/ou responsável legal. (nome, função, CPF/CNPJ, registro no conselho e serviço desenvolvido) | X | X | X | | |
| Requerimento Padrão (Anexo VI deste Decreto Executivo). | X | X | X | | |

- ❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.
- ❖ REQUERIMENTO PADRÃO E FID 2 DISPONÍVEIS EM www.santamaria.rs.gov.br
- ❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS ACOMPANHE SEU PROCESSO PELO SITE.
- ❖ A SOLICITAÇÃO DE ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES DEVERÁ SER REQUERIDA NO PROTOCOLO GERAL DA PREFEITURA MUNICIPAL PARA ANÁLISE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS, SEGUNDO ART. 31 DO DECRETO EXECUTIVO Nº 98, DE 18 DE JUNHO DE 2020.

ANEXO IV

4 - SERVIÇOS DE INTERESSE PARA SAÚDE

4.6 - ATIVIDADES DE ESTÉTICA E OUTROS SERVIÇOS DE CUIDADOS COM A BELEZA - (SEM PROCEDIMENTO INVASIVO, TAIS COMO LIMPEZA DE PELE, MASSAGEM FACIAL, DEPILAÇÃO, MAQUILAGEM E OUTROS)
 ATIVIDADES DE ESTÉTICA E OUTROS SERVIÇOS DE CUIDADOS COM A BELEZA-CNAE: 9602-5/02-00

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO | RENOV. | ALT. EN-DEREÇO | ALT. RA-ZÃO SOCIAL |
|---|----------|--------|----------------|--------------------|
| Cópia da carteira de vacina com as 3 doses da hepatite B ou teste anti-Hbs e vacina do tétano. | X | X | | |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ | X | X | X | X |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores. | X | X | X | |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. | X | X | X | |
| Cópia do certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. | X | X | X | |
| Cópia do certificado de manutenção preventiva dos equipamentos. | X | X | | |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários, a qual será gerada após envio dos documentos deste checklist. | X | X | X | X |
| Cópia do contrato com empresa habilitada para descarte de resíduos de saúde (cabeleireiro/barbeiro – navalhas). | X | X | X | |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | X | | |
| Croqui da área física da (s) sala (s): desenho interno do estabelecimento com a área total em M ² . | X | | X | |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual original | | | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 | | | X | X |
| Listagem dos equipamentos utilizados no estabelecimento com cópia do registro na ANVISA. | X | X | | |
| Memorial de atividades desenvolvidas pelo estabelecimento, atualizado, assinado pelo responsável técnico e/ou legal. | X | X | X | |
| Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde – PGRSS conforme RDC/ANVISA Nº 222/2018 (cabeleireiro/barbeiro – navalhas). | X | | X | |
| Registros, no mínimo mensais, da realização do teste biológico da autoclave, caso o estabelecimento possua manicure e pedicure. | | | | |
| Relação dos profissionais que atuam no estabelecimento, assinado pelo responsável técnico e/ou responsável legal. (nome, função, CPF/CNPJ, registro no conselho e serviço desenvolvido) | X | X | X | |
| Requerimento Padrão (Anexo VI deste Decreto Executivo). | X | X | X | |

- ❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.
- ❖ REQUERIMENTO PADRÃO E FID 2 DISPONÍVEIS EM www.santamaria.rs.gov.br
- ❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS ACOMPANHE SEU PROCESSO PELO SITE.
- ❖ A SOLICITAÇÃO DE ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES DEVERÁ SER REQUERIDA NO PROTOCOLO GERAL DA PREFEITURA MUNICIPAL PARA ANÁLISE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS, SEGUNDO ART. 31 DO DECRETO EXECUTIVO Nº 98, DE 18 DE JUNHO DE 2020.

ANEXO IV

4 - SERVIÇOS DE INTERESSE PARA SAÚDE

4.7 - ESTABELECIMENTOS DE EDUCAÇÃO INFANTIL / CRECHES/ ESCOLAS

EDUCAÇÃO INFANTIL - CRECHE – CNAE: 8511-2/00-00;

PRÉ-ESCOLA – CNAE: 8512-1/00-00;

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO | RENOV. | ALT. END. | ALT. RAZÃO SOCIAL | ALT. RESP. TÉCNICO |
|--|----------|--------|-----------|-------------------|--------------------|
| Cardápio elaborado e assinado por nutricionista ou declaração quando não servir refeições. | X | X | X | | |
| Cópia da Carteira Profissional do Orgão de Classe do responsável pela área da saúde | X | X | X | | X |
| Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF e/ou Carteira de Identidade - RG. do responsável legal. | X | | X | | |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ | X | | X | X | |
| Cópia do certificado de aprovação do projeto arquitetônico pela SVS | X | | X | | |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores, acompanhado de cópia do Licenciamento Sanitário da empresa que realizou o serviço. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo, acompanhado de cópia do Licenciamento Sanitário da empresa que realizou o serviço. | X | X | X | | |
| Cópia do certificado do curso de capacitação em boas práticas para serviços de alimentação, caso seja ofertada alimentação. | X | X | X | | |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários | X | X | X | | |
| Cópia do comprovante de qualificação técnica do responsável pela área pedagógica. | X | | X | | X |
| Cópia do contrato de prestação de serviço com o responsável pela área da saúde e pela área pedagógica, com data e assinatura. | X | X | X | | X |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | X | | | |
| Declaração de responsabilidade técnica do responsável pela área da saúde e pela área pedagógica, com data e assinatura. | X | | X | | X |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual, original | | | X | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 em 01 via | | | X | X | X |
| Relação dos alunos por idade e turno atualizada, somente para alunos da E.E.I. | X | X | X | | |
| Requerimento Padrão – em 02 (duas) vias: 01 via para a área da saúde e outra via para a área pedagógica | X | X | X | | |
| Se receber alimentos preparados: o fornecedor de alimentos deverá apresentar a Licença Sanitária vigente | X | X | X | | |

❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.

❖ REQUERIMENTO PADRÃO, AUTO DECLARAÇÃO DE RISCO E FID 2 DISPONÍVEIS EM www.santamaria.rs.gov.br

❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS ACOMPANHE SEU PROCESSO PELO SITE.

❖ NA INCLUSÃO, CASO NÃO HAJA ALUNOS MATRICULADOS, O RESPONSÁVEL DEVERÁ APRESENTAR NA SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE A RELAÇÃO DE ALUNOS, QUANDO ENCERRAR AS MATRÍCULAS.

ANEXO IV

4 - SERVIÇOS DE INTERESSE PARA SAÚDE

4.8 - ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇO DE LIMPEZA DE CAIXA D'ÁGUA E CONTROLE DE PRAGAS

IMUNIZAÇÃO E CONTROLE DE PRAGAS URBANAS – CNAE: 8122-2/00-00;

ATIVIDADES DE LIMPEZA NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE – CNAE: 8129-0/00-00; (Ver Anexo II – Risco Dependente de Informação)

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO | RENOV | ALT. END. | ALT. RAZÃO SOCIAL | ALT. RESP. TÉCN. |
|--|----------|-------|-----------|-------------------|------------------|
| Auto Declaração de Risco (para atividades com risco dependente de informação) | X | X | X | | |
| Cópia da AFT – Anotação de Função Técnica do químico responsável técnico | X | X | | X | X |
| Cópia da carteira profissional do responsável técnico | X | | | | X |
| Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF e/ou Carteira de Identidade - RG. do responsável legal. | X | | | | |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ | X | | X | X | |
| Cópia do Certificado de Condição de Microempreendedor Individual | | | X | | |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo | X | X | X | | |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários | X | X | X | X | X |
| Cópia do contrato de prestação de serviços com o responsável técnico. | X | X | | | X |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | X | | | |
| Croqui da área física da (s) sala (s): desenho interno do estabelecimento com a área total em M ² . | X | | X | | |
| Declaração de responsabilidade técnica, assinada, com datas e horários de atendimento. | X | X | | | X |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual, original | | | X | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 em 01 via | | X | X | X | |
| Memorial descritivo de atividades, com data e assinatura do responsável técnico | X | X | X | | X |
| Modelo do certificado fornecido pela empresa prestadora do serviço | X | X | X | | X |
| Requerimento Padrão | X | X | X | | |

PARA O CASO DE ESTABELECIMENTOS QUE REALIZEM A ATIVIDADE DE CONTROLE DE PRAGAS, A DOCUMENTAÇÃO, ALÉM DA CITADA ACIMA, COMPÕE-SE DE:

| | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|--|--|
| Cópia da Licença de Operação da FEPAM | X | X | X | | |
|---------------------------------------|---|---|---|--|--|

PARA O CASO DE ESTABELECIMENTOS QUE REALIZEM A ATIVIDADE DE LIMPEZA DE FOSSAS, A DOCUMENTAÇÃO, ALÉM DA CITADA ACIMA, COMPÕE-SE DE:

| | | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|--|--|
| Cópia do contrato com a CORSAN | X | X | X | | |
|--------------------------------|---|---|---|--|--|

- ❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.
- ❖ REQUERIMENTO PADRÃO, AUTO DECLARAÇÃO DE RISCO E FID 2 DISPONÍVEIS EM www.santamaria.rs.gov.br
- ❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS ACOMPANHE SEU PROCESSO ATRAVÉS DO SITE.

ANEXO IV

4 - SERVIÇOS DE INTERESSE PARA SAÚDE

4.9 - INDÚSTRIA EM GERAL E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM GERAL

INDÚSTRIAS EM GERAL – CNAE: 1731-1/00-00; 1732-0/00-00; 1733-8/00-00; 1742-7/01-00; 1742-7/02-00; 2014-2/00-00; 2019-3/99-00; 2029-1/00-00; 2071-1/00-00; 2091-6/00-00; 2093-2/00-00; 2219-6/00-00; 2222-6/00-00; 2312-5/00-00; 2341-9/00-00; 2349-4/99-00; 2591-8/00-00; 2829-1/99-00; 3092-0/00-00; 3291-4/00-00; 3292-2/02-00; 3299-0/06-00;
 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: 4930-2/01-00; 4930-2/02-00; 5211-7/01-00; 5211-7/99-00; 6203-1/00-00; 7120-1/00-00; 8292-0/00-00; 8599-6/99-00; 8730-1/01-00; 8730-1/99-00; 9601-7/01-00;

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO DE PESSOA FÍSICA | INCLUSÃO | RENOV | ALT. END. | ALT. RAZÃO SOCIAL |
|--|---------------------------|----------|-------|-----------|-------------------|
| Auto Declaração de Risco | X | X | X | X | |
| Cópia da Inscrição Estadual | | X | | X | |
| Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF e/ou Carteira de Identidade - RG. do responsável legal. | X | X | | | X |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ | | X | | X | X |
| Cópia do certificado de aprovação do projeto arquitetônico pela SVS | | X | | X | |
| Cópia do Certificado de Condição de Microempreendedor Individual | | | | X | X |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores | X | X | X | X | |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo | X | X | X | X | |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários | X | X | X | X | |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | | X | | |
| Croqui da área física da (s) sala (s): desenho interno do estabelecimento com a área total em M ² . | X | X | | X | |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual, original | | | X | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 em 01 via | | | | X | X |
| Requerimento Padrão | X | X | X | X | |

- ❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.
- ❖ REQUERIMENTO PADRÃO, AUTO DECLARAÇÃO DE RISCO E FID 2 DISPONÍVEIS EM www.santamaria.rs.gov.br
- ❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS ACOMPANHE SEU PROCESSO ATRAVÉS DO SITE.

ANEXO IV

4 - SERVIÇOS DE INTERESSE PARA SAÚDE

4.10 - SERVIÇOS DE SOMATOCONSERVAÇÃO – CNAE: 9603-3/05-00

| DOCUMENTOS | INCLUSÃO | RENOV. | ALT. END. | ALT. RAZÃO SOCIAL |
|--|----------|--------|-----------|-------------------|
| Auto Declaração de Risco | X | X | X | |
| Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF e/ou Carteira de Identidade - RG. do responsável legal. | X | | | |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ | X | | X | X |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores | X | X | X | |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo | X | X | X | |
| Cópia do comprovante de pagamento da (s) taxa (s) por atos sanitários | X | X | X | X |
| Cópia do documento de Licenciamento Sanitário do ano anterior | | X | | |
| Croqui da área física da (s) sala (s): desenho interno do estabelecimento com a área total em M ² . | X | | X | |
| Documento de Licenciamento Sanitário atual, original | | | X | X |
| Ficha de Inscrição Declarada - FID 2 em 01 via | | | X | X |
| Requerimento Padrão | X | X | X | |

- ❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.
- ❖ REQUERIMENTO PADRÃO, AUTO DECLARAÇÃO DE RISCO E FID 2 DISPONÍVEIS EM www.santamaria.rs.gov.br
- ❖ APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS ACOMPANHE SEU PROCESSO ATRAVÉS DO SITE.

ANEXO IV

5. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ANÁLISE E APROVAÇÃO DE PROJETO ARQUITETÔNICO

ATIVIDADES QUE NECESSITAM APROVAÇÃO DE PROJETO ARQUITETÔNICO:

- CLÍNICA MÉDICA
- CLÍNICA GERIÁTRICA
- CLÍNICA ODONTOLÓGICA
- CLÍNICA VETERINÁRIA
- COZINHA INDUSTRIAL (cujas refeições sejam comercializadas para o público em geral e/ou empresas);
- DISTRIBUIDORA DE ALIMENTOS (com área total superior a 200,00m²);
- DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E/OU DE CORRELATOS;
- ESTABELECIMENTO DE EDUCAÇÃO INFANTIL (Creches e Pré-escola);
- ESTABELECIMENTOS DE PERMANÊNCIA DIURNA DE PESSOA IDOSA (EPDPI);
- FARMÁCIA COM LABORATÓRIO DE MANIPULAÇÃO;
- HOSPITAL VETERINÁRIO
- INDÚSTRIA DE ALIMENTOS (com área total superior a 200,00 m²);
- INDÚSTRIA DE COSMÉTICOS;
- INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI)
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS, PATOLOGIA CLÍNICA, CITOLOGIA E POSTO DE COLETA;
- LABORATÓRIO VETERINÁRIO
- LAVANDERIA (que processe roupas provenientes de serviços de saúde);
- SERVIÇOS DE IMUNIZAÇÃO E VACINAÇÃO HUMANA
- SERVIÇOS MÓVEIS DE ATENDIMENTO À URGÊNCIAS E DE REMOÇÃO DE PACIENTES – BASE DE AMBULÂNCIA;
- SUPERMERCADO/HIPERMERCADO (com área total superior a 500,00 m²);
- OUTRAS ATIVIDADES DE RELEVANTE INTERESSE À SAÚDE. (Em virtude de alterações nas legislações sanitárias, poderão ser exigidos projetos arquitetônicos para outras atividades, além das citadas acima)

| DOCUMENTOS OBRIGATORIOS PARA ANÁLISE E APROVAÇÃO DE PROJETO ARQUITETÔNICO | | |
|---|---|---|
| 1 | PLANTA DE SITUAÇÃO E LOCALIZAÇÃO | Planta de Situação cotada, locando o lote, onde se assenta a edificação, dentro do quarteirão. Obs: no caso do estabelecimento estar localizado dentro de um prédio onde existam outras salas comerciais ou apartamentos, apresentar uma planta de localização do mesmo dentro do prédio, demonstrando todos os acessos e fluxos existentes |
| 2 | PLANTA BAIXA | Planta baixa de todos os pavimentos e pátios existentes (caso contenham alguns dos ambientes exigidos) |
| 3 | PLANTA DE CORTES | Um Corte apenas, visando apresentar o pé-direito de cada ambiente |
| 4 | LAUDO TÉCNICO ESTRUTURAL (somente para edificações existentes) | Visando <u>atestar a solidez do prédio</u> onde serão desenvolvidas as atividades que o estabelecimento se propõe. (Caso a Carta de Habite-se tenha sido emitida a menos de cinco anos, um xerox da mesma substituirá este laudo técnico) |
| 5 | LAUDO TÉCNICO HIDROSANITÁRIO (somente para edificações existentes) | O tipo de abastecimento (CORSAN, poço artesiano, outro...) A existência ou não de reservatórios, sua localização no prédio (inferior e/ou superior), seu volume, a quantidade de reservatórios existentes e de que material são constituídos. O destino dos esgotos cloacais (rede pública de esgotos cloacais - CORSAN, fossa séptica, filtro anaeróbio, sumidouro, sanga ou córrego, etc...) O destino dos esgotos pluviais (rede pública, sarjeta, sanga ou córrego, etc...) Obs: O esgoto pluvial não poderá ter o mesmo destino do esgoto cloacal |
| 6 | LAUDO TÉCNICO DAS INSTALAÇÕES ELÉTRICAS (somente para edificações existentes) | Tipo, características e condições gerais das instalações elétricas e de aterramento. Descrever a carga elétrica instalada, tensão e número de fases, características e condições atuais dos cabos condutores, conduítes, interruptores, tomadas, suportes de lâmpada, Centrais Distribuição (CD), chaves disjuntoras, sistemas anti curto-circuito e demais componentes conforme Normas Brasileiras (NBRs) e NRs (Normas Regulamentadoras) vigentes relacionadas ao tema |
| 7 | LAUDO TÉCNICO MECÂNICO DO | Para ambientes confinados onde não seja possível a renovação natural do ar. |

| | | |
|----|---|---|
| | SISTEMA DE CLIMATIZAÇÃO ADOTADO (Somente para estabelecimentos de saúde, em edificações existentes) | Deverá estar em conformidade com a NBR 7256 de 2005 e com a Técnica "Importância dos Projetos de Sistemas de Climatização em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS)", de 16 de abril de 2009, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.) |
| 8 | MEMORIAL DESCRITIVO | Tipo de revestimento utilizado nos pisos, tetos e paredes, tipos de divisórias, ambientes conjugados e informações de como a legislação, referente à atividade desenvolvida pela empresa, será atendida, etc. |
| 9 | MEMORIAL DE ATIVIDADES | Contendo a descrição de todos os serviços e/ou atividades desenvolvidas em todas as dependências do estabelecimento, bem como todo o mobiliário e equipamento necessário para a realização destes serviços/atividades. (Descrever inclusive todos os ambientes que servem de apoio à atividade). O memorial de atividades deverá informar de que forma a legislação referente à atividade desenvolvida será atendida. |
| 10 | ART ou RRT DE LAUDOS EMITIDOS, devidamente quitada. | Para edificações existentes, apresentar ART ou RRT dos laudos. |
| 11 | ART ou RRT DE PROJETO ARQUITETÔNICO, devidamente quitada. | Para edificações novas apresentar ART ou RRT de projeto e execução. |

Entenda como funciona o processo:

- 1) A obrigatoriedade de apresentação de projeto arquitetônico para as atividades listadas acima está prevista em legislações municipais, estaduais e federais.
- 2) O projeto arquitetônico deverá ser encaminhado em formato digital (arquivos em PDF), para os e-mails: visa.engenharia@santamaria.rs.gov.br e engenhariavisasm@yahoo.com.br;
- 3) Assim que os documentos forem recebidos será realizada uma conferência, e se todos os documentos estiverem de acordo com o checklist serão gerados e enviados ao contribuinte o protocolo de recebimento e a guia da taxa de análise do projeto arquitetônico;
- 4) Assim que o requerente enviar o comprovante de pagamento da taxa de análise o processo será iniciado;
- 5) Recomenda-se, para fins de celeridade no processo, que o endereço eletrônico do profissional responsável pela elaboração do projeto arquitetônico esteja presente como destinatário. Isto favorecerá nas eventuais correções técnicas que se façam necessárias nos documentos analisados.
- 6) Durante o processo de análise não é necessária a assinatura nos documentos enviados. As assinaturas somente serão cobradas quando o projeto estiver apto a aprovação.
- 7) Assim que o projeto estiver apto a ser aprovado será solicitado ao requerente que providencie a assinatura nos documentos (assinatura digital ou documento digitalizado, com assinatura);
- 8) Após aprovação, será emitido e enviado o "CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DE PROJETO".

OBS:

- a) O projeto arquitetônico deverá ser apresentado e aprovado anteriormente à solicitação de Alvará Sanitário.
- b) O Setor de Arquitetura e Engenharia somente atenderá, para fins de esclarecimento de dúvidas com relação às análises, os profissionais técnicos, Engenheiros ou Arquitetos, responsáveis pelos projetos arquitetônicos, mediante agendamento prévio. (Fone: 3921-7183).
- c) Todo o projeto arquitetônico, bem como os laudos técnicos necessários, deverá ter como responsável técnico um profissional habilitado.

❖ **APÓS PROTOCOLAR OS DOCUMENTOS ACOMPANHE SEU PROCESSO ATRAVÉS DO SITE.**

ANEXO V
REQUERIMENTO PADRÃO PARA O LICENCIAMENTO SANITÁRIO
Modelo de Requerimento Padrão

| | | |
|--|---------------------------|-----------|
| 1. REQUERIMENTO | | |
| <input type="checkbox"/> APROVAÇÃO DE PROJETO ARQUITETÔNICO <input type="checkbox"/> LICENCIAMENTO SANITÁRIO INICIAL <input type="checkbox"/> LICENCIAMENTO SANITÁRIO RENOVAÇÃO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/> ATIVIDADE <input type="checkbox"/> SÓCIOS <input type="checkbox"/> ENDEREÇO <input type="checkbox"/> RAZÃO SOCIAL <input type="checkbox"/> BAIXA <input type="checkbox"/> REGISTRO DE LIVROS/ PROGRAMAS <input type="checkbox"/> ISENTO - CERTIFICADO DE ISENÇÃO (neste caso preencher apenas os itens 3, 4 e 5 do presente requerimento) (todas não previstas no Anexo I) | | |
| 2. TIPO DE ESTABELECIMENTO | | |
| <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> SERVIÇOS DE SAÚDE/ INTERESSE À SAÚDE <input type="checkbox"/> PRODUTOS DE INTERESSE À SAÚDE <input type="checkbox"/> OUTROS: ISENTOS E/OU PONTOS DE REFERÊNCIA | | |
| 3. IDENTIFICAÇÃO | | |
| 3.1. Nome/ Razão Social: | | |
| 3.2. Nome Fantasia: | 3.3. CNPJ / CPF: | |
| 3.4. Endereço: | | |
| 3.5. Bairro: | | |
| 3.6. Município: | 3.7. U.F: | 3.8. CEP: |
| 3.9. E-mail: | 3.10. Telefone: | |
| 3.11. Ponto de referência: | | |
| 3.12. Horários de Funcionamento: | 3.13. Nº de Funcionários: | |
| 3.14. Responsável Técnico: | 3.15. Nº Cons. de Classe: | |
| | 3.16. Telefone: | |
| 3.17. Assinatura do responsável técnico: | | |
| 3.18. Responsável pelo encaminhamento da documentação junto à Vigilância Sanitária: | 3.19. CPF: | |

| |
|---|
| 3.20. Assinatura do Responsável pelo encaminhamento da documentação junto à Vigilância Sanitária: |
| 3.21. Atividades desenvolvidas pelo estabelecimento e/ou atividade (de acordo com o CNAE-Fiscal): |
| 3.22. Classificação de risco da (s) atividade (s) de acordo com a tabela do Anexo I deste Decreto? <input type="checkbox"/> Baixo Risco <input type="checkbox"/> Alto Risco <input type="checkbox"/> Risco Dependente de Informação (responder ao item 3.21) |
| 3.23. Alguma das perguntas do Anexo II deste Decreto, correspondente à atividade do estabelecimento possui resposta afirmativa? <input type="checkbox"/> NÃO – Baixo Risco <input type="checkbox"/> SIM – Alto Risco (detalhar no item 3.24) |
| 3.24. Descrição: |
| 4. CARACTERÍSTICAS DA ATIVIDADE |
| 4.1. Tipo do empreendimento: |
| <input type="checkbox"/> Microempreendedor Individual <input type="checkbox"/> Empreendimento Familiar Rural <input type="checkbox"/> Economia Solidária <input type="checkbox"/> Profissional Autônomo/ liberal <input type="checkbox"/> Microempresa <input type="checkbox"/> Empresa de Pequeno Porte <input type="checkbox"/> Empresa de Médio Porte <input type="checkbox"/> Empresa de Grande Porte <input type="checkbox"/> Outro: |
| 4.2. Realiza atividades/ procedimentos fora do endereço indicado? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (detalhar no item 4.5) |
| 4.3. Terceiriza atividades/ procedimentos? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (detalhar no item 4.5) |
| 4.4. Houve alteração nas atividades realizadas pela empresa desde o Licenciamento Sanitário anterior? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (descrever alterações no item 4.5) |
| 4.5. Descrição: |
| 5. CARACTERÍSTICAS DO IMÓVEL |
| 5.1. Tipologia do Imóvel: |
| <input type="checkbox"/> Comercial: <input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Galpão <input type="checkbox"/> Loja <input type="checkbox"/> Ponto de referência (residencial) <input type="checkbox"/> Edificação industrial <input type="checkbox"/> Outro: |
| 5.2. Área construída do empreendimento (m²): |
| 5.3. Possui projeto arquitetônico aprovado pela SVS de acordo com Decreto Municipal Nº 18/2012(Ou o que vier a substituí-lo)? <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM |
| 5.4. Forma (s) de abastecimento de água: <input type="checkbox"/> Público/ CORSAN <input type="checkbox"/> Outro (descrever no item 5.7) <input type="checkbox"/> Possui caixa d'água |
| 5.5. Houve alteração na estrutura física desde o Licenciamento Sanitário anterior? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (descrever alterações no item 5.7) |
| 5.6. O estabelecimento atende aos critérios de acessibilidade previstos no Decreto Municipal Nº 19/2012 (ou o que vier a substituí-lo)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> ISENTA |



OBS.: Caso o estabelecimento **NÃO** atenda aos critérios de acessibilidade previstos no referido decreto, o requerente compromete-se a adequá-lo a partir da data de assinatura do presente requerimento de acordo com o prazo estipulado no Decreto Municipal Nº 19/2012, ou o que vier a substituí-lo. (01 (um) ano para pessoa jurídica - CNPJ e 02 (dois) anos para pessoa física - CPF).

5.7. Descrição:

6. ÁREA DE ALIMENTOS

6.1. Tipo (marcar quantos itens forem necessários):

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indústria | <input type="checkbox"/> Importador | <input type="checkbox"/> Exportador |
| <input type="checkbox"/> Serviço de Alimentação | <input type="checkbox"/> Transportador | <input type="checkbox"/> Distribuidor |
| <input type="checkbox"/> Comércio | <input type="checkbox"/> Outro: | |

6.2. O estabelecimento possui veículos próprios para o transporte dos alimentos?
 NÃO SIM

6.2.1. Quantidade de veículos com refrigeração: 6.2.2. Sem refrigeração:

6.3. O estabelecimento realiza fracionamento de algum tipo de alimento?
 NÃO SIM (detalhar no item 6.6)

6.4. Os alimentos de registro obrigatório foram registrados no órgão competente?
 Não se aplica NÃO SIM

6.5. Os alimentos dispensados da obrigatoriedade de registro foram notificados ao órgão competente?
 Não se aplica NÃO SIM

6.6. Descrição dos processos/atividades:

7. ÁREA DE SERVIÇOS DE SAÚDE/INTERESSE À SAÚDE

7.1. Tipo (marcar quantos itens forem necessários):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consultório | <input type="checkbox"/> Ótica |
| <input type="checkbox"/> Clínica | <input type="checkbox"/> Laboratório |
| <input type="checkbox"/> ILPI – (Inst. de Longa Permanência Idosos)/Clínica Geriátrica | <input type="checkbox"/> Hospital |
| <input type="checkbox"/> SAD – (Serviço de Atenção Domiciliar) | <input type="checkbox"/> EEI – (Estabelecimento de Educação Infantil) |
| <input type="checkbox"/> EPDPis – (Est. de Permanência Diurna de Idosos) | <input type="checkbox"/> Estabelecimentos de Estética |
| <input type="checkbox"/> Com internação | <input type="checkbox"/> Outros : |
| <input type="checkbox"/> Sem internação | |
| <input type="checkbox"/> Outros: | |

7.2. CNES:

7.3. O estabelecimento é gerador de resíduos de saúde?
 NÃO SIM (detalhar no item 7.13)

OBS: Definem-se como geradores de resíduos de serviços de saúde (RSS) todos os serviços cujas atividades estejam relacionadas com a atenção à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar; laboratórios analíticos de produtos para a saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviço de medicina legal; drogarias e farmácias, inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área da saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores de materiais e controles para diagnóstico in vitro; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de piercing e tatuagem; salões de beleza e estética, dentre outros afins. (§1º, do art. 2º da RDC Nº 222, de 28/03/2018 – ANVISA).

| |
|---|
| 7.3.1. Possui Plano de Gerenciamento de resíduos (PGRSS)? () NÃO () SIM |
| 7.4. O estabelecimento realiza esterilização de materiais? () NÃO () SIM (detalhar no item 7.13) |
| 7.5. O estabelecimento realiza procedimentos médicos ou odontológicos? () NÃO () SIM (detalhar no item 7.13) |
| 7.6. O estabelecimento realiza procedimentos laboratoriais? () NÃO () SIM (detalhar no item 7.13) |
| 7.7. O estabelecimento realiza serviços de lavanderia? () NÃO () SIM (detalhar no item 7.13) |
| 7.8. O estabelecimento realiza fracionamento e/ou armazenamento de produtos de interesse da saúde? () NÃO () SIM (detalhar no item 7.13) |
| 7.9. O estabelecimento realiza fracionamento e/ou pré-preparo e/ou preparo de alimentos? () NÃO () SIM (detalhar no item 7.13) |
| 7.13. Descrição dos processos/atividades: |
| 8. ÁREA DE PRODUTOS DE INTERESSE A SAÚDE |
| 8.1. Tipo (marcar quantos itens forem necessários): () Comércio Varejista () Importador () Distribuidor () Transportador () Exportador () Indústria () Farmácia de Manipulação () Drogeria () Outro: |
| 8.2. Possui Autorização de Funcionamento da Empresa (AFE) da ANVISA? () NÃO () SIM Data de Publicação: |
| 8.3. Possui Autorização Especial (AE) da ANVISA? () NÃO () SIM Data de Publicação: |
| 8.4. O estabelecimento realiza esterilização de materiais? () NÃO () SIM (detalhar no item 8.7) |
| 8.5. O estabelecimento realiza fracionamento e/ou armazenamento de produtos de interesse da saúde? () NÃO () SIM (detalhar no item 8.7) |
| 8.6. O estabelecimento possui veículos próprios para o transporte de produtos de interesse da saúde? () NÃO () SIM |
| 8.6.1. Quantidade de veículos com refrigeração: 8.6.2. Sem refrigeração: |
| 8.7. Descrição das atividades: |

Santa Maria, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do responsável legal



ANEXO VI

ESTABELECIMENTOS CLASSIFICADOS COMO DE BAIXO RISCO SANITÁRIO, SUJEITOS À FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA DO EXERCÍCIO DA ATIVIDADE ECONÔMICA

O estabelecimento classificado como de baixo risco sanitário deverá apresentar os documentos, previstos neste anexo (páginas abaixo), para fins de constatação de atendimento aos requisitos de segurança sanitária e de funcionamento de suas atividades, à Autoridade Sanitária Municipal, no momento da Fiscalização Sanitária. A não apresentação destes documentos, bem como o não atendimento à legislação com relação às condições sanitárias e de funcionamento do estabelecimento, implicará na adoção das medidas legais cabíveis, por parte da Autoridade Sanitária Municipal, estabelecidas nos termos da Lei Federal 6.437, de 20 de agosto de 1977, e nas Leis Municipais 4040 e 4041 de 27 de dezembro de 1996.

ANEXO VI
1 - SERVIÇOS DE SAÚDE

- 1.1 - ATIVIDADE DE CONSULTÓRIOS, CLÍNICAS OU AMBULATÓRIOS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE, (DA NUTRIÇÃO, PSICOLOGIA, FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGIA)
ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA NUTRIÇÃO – CNAE - 8650-0/02-00;
ATIVIDADES DE PSICOLOGIA E PSICANÁLISE – CNAE - 8650-0/03-00;
ATIVIDADES DE FISIOTERAPIA – CNAE - 8650-0/04-00;
ATIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL – CNAE - 8650-0/05-00;
ATIVIDADES DE FONOAUDIOLOGIA – CNAE - 8650-0/06-00;

| DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS PELA PESSOA FÍSICA (CPF) OU PESSOA JURÍDICA (CNPJ), NO MOMENTO DA FISCALIZAÇÃO |
|--|
| Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ se for o caso. |
| Certificado de controle integrado de pragas e vetores. |
| Certificado de destino de resíduos de saúde se for gerador. |
| Certificado de inscrição ou regularidade da pessoa jurídica, junto ao conselho de classe correspondente, quando for o caso. |
| Certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. |
| Certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. |
| Certificado de manutenção preventiva dos equipamentos de esterilização, se houver, quando for o caso. |
| Cópia da (s) Carteira (s) Profissional (is) do Órgão de Classe de todos os profissionais. |
| Cópia da (s) carteira de vacina com as 3 doses da hepatite B ou teste anti-Hbs e vacina do tétano, dos profissionais da área de saúde. |
| Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde – PGRSS se for gerador. |
| Registros, no mínimo mensais, da realização do teste biológico da autoclave, quando for o caso. |
| Relação de profissionais que atuam no estabelecimento, assinado pelo responsável, legal, quando for o caso. |

→ **AS CLÍNICAS E/OU CONSULTÓRIOS DE FONOAUDIOLOGIA QUE POSSUEM CABINES AUDIOMÉTRICAS DEVERÃO APRESENTAR "CERTIFICADO DE LIMPEZA DA CABINE AUDIOMÉTRICA" E "CERTIFICADO DE CALIBRAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS".**

→ **A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.**

ANEXO VI
2 - MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAÚDE

- 2.1 - COMÉRCIO VAREJISTA DE COSMÉTICOS OU PRODUTOS PARA SAÚDE DE USO LEIGO
COMÉRCIO VAREJISTA DE COSMÉTICOS, PRODUTOS DE PERFUMARIA E DE HIGIENE PESSOAL – CNAE – 4772-5/00-00
COMÉRCIO VAREJISTA DE ARTIGOS MÉDICOS E ORTOPÉDICOS – CNAE – 4773-3/00-00
COMÉRCIO VAREJISTA DE PRODUTOS SANEANTES DOMISSANITÁRIOS – CNAE – 4789-0/05-00

| DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS PELA PESSOA FÍSICA (CPF) OU PESSOA JURÍDICA (CNPJ), NO MOMENTO DA FISCALIZAÇÃO |
|---|
| Cadastro dos produtos comercializados com registro na ANVISA. |
| Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ |
| Certificado de controle integrado de pragas e vetores. |
| Certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. |
| Certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. |
| ❖ Para COMÉRCIO VAREJISTA DE PRODUTOS PARA SAÚDE DE USO NÃO LEIGO a empresa deve possuir AFE/ANVISA e Certidão de Regularidade Técnica perante o conselho de classe respectivo. |
| ❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES. |

ANEXO VI

3 - ALIMENTOS

3.1 - RESTAURANTES, LANCHERIAS, BARES, SERVIÇOS AMBULANTES DE ALIMENTAÇÃO e DEMAIS ATIVIDADES RELACIONADAS NÃO CONSTANTES NO ANEXO I DESTE DECRETO.

| DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS PELA PESSOA FÍSICA (CPF) OU PESSOA JURÍDICA (CNPJ), NO MOMENTO DA FISCALIZAÇÃO |
|---|
| Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ |
| Certificado de controle integrado de pragas e vetores. |
| Certificado de limpeza do ar condicionado da cozinha ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo, se houver |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água (Portaria Estadual nº 78/2009 - realizada de 6 em 6 meses para os estabelecimentos manipuladores de alimentos), ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. |
| Cópia do certificado do curso de capacitação em boas práticas para serviços de alimentação (se for o caso, conforme Decreto Executivo nº 051/2011) |

→ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.

ANEXO VI

4 - SERVIÇOS DE INTERESSE PARA SAÚDE E OUTROS ESTABELECIMENTOS DE INTERESSE, DE ACORDO LEIS MUNICIPAIS 4040 E 4041 DE 27 DE DEZEMBRO DE 1996.

4.1 - COMÉRCIO VAREJISTA DE ARTIGOS DE ÓPTICA, (ÓTICAS)
COMÉRCIO VAREJISTA DE ARTIGOS DE ÓPTICA – CNAE – 4774-1/00-00

| DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS PELA PESSOA FÍSICA (CPF) OU PESSOA JURÍDICA (CNPJ), NO MOMENTO DA FISCALIZAÇÃO |
|---|
| Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ |
| Certificado de controle integrado de pragas e vetores. |
| Certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. |
| Certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. |
| Contrato de responsabilidade técnica, firmado entre o óptico e a empresa, com assinaturas reconhecidas por tabelião e cópia autenticada do contrato de trabalho, e em se tratando de responsabilidade do diretor ou sócio-proprietário, apresentação da declaração de responsabilidade técnica. |
| Cópia autenticada do Diploma de técnico em óptica ou ótico prático; |
| Declaração de responsabilidade técnica do laboratório óptico responsável pela confecção dos óculos e/ou lentes. |

| DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA REQUERIMENTO DE DIPLOMA DE PROFISSIONAIS TÉCNICOS EM ÓTICA |
|---|
| 1. Requerimento de registro do diploma |
| 2. Cópia da carteira de identidade (RG) |
| 3. Cópia do CPF |
| 4. Diploma Original e cópia (frente e verso) |
| 5. Taxa de registro do diploma |
| OBS: O diploma somente será aceito se houver a comprovação de que a escola está licenciada na Secretaria de Educação e o curso aprovado no Conselho Estadual de Educação |
| ❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES. |

4.2 – SERVIÇOS DE PRÓTESE DENTÁRIA
SERVIÇOS DE PRÓTESE DENTÁRIA – CNAE – 3250-7/06-00

| DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS PELA PESSOA FÍSICA (CPF) OU PESSOA JURÍDICA (CNPJ), NO MOMENTO DA FISCALIZAÇÃO |
|--|
| Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ |
| Certificado de controle integrado de pragas e vetores. |
| Certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. |
| Certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. |
| Cópia da (s) carteira (s) profissional (is) do Órgão de Classe de todos os profissionais. |

❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.

ANEXO VI

4.3 - ATIVIDADES DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE HUMANA
CNAE - 8690-9/01-00 (Ver Anexo II - Risco Dependente de Informação)

| DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS PELA PESSOA FÍSICA (CPF) OU PESSOA JURÍDICA (CNPJ), NO MOMENTO DA FISCALIZAÇÃO |
|--|
| Comprovante de habilitação para desenvolvimento das atividades. |
| Cópia da carteira de vacina com as 3 doses da hepatite B ou teste anti-Hbs e vacina do tétano; |
| Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF e/ou Carteira de Identidade - RG. do responsável técnico e legal. |
| Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ (se for o caso) |
| Cópia do certificado de controle integrado de pragas e vetores. |
| Cópia do certificado de destino de resíduos (se for gerador). |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. |
| Cópia do certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. |
| Listagem dos equipamentos utilizados no estabelecimento, se houver. |
| Memorial de atividades desenvolvidas pelo estabelecimento atualizado, assinado pelo responsável técnico e/ou legal. |
| Plano de gerenciamentos de resíduos de serviços de saúde - PGRSS, (se for gerador), caso seja gerador apenas de resíduos do Grupo D apresentar declaração. |
| Se profissional de nível superior, apresentar cópia da (s) carteira (s) profissional (is) do órgão de classe de todos os profissionais; |

4.4 - CABELEIREIROS, BARBEIROS, MANICURES E PEDICURES
CABELEIREIROS, MANICURES E PEDICURES - CNAE - 9602-5/01-00 (Ver Anexo II - Risco Dependente de Informação)
ATIVIDADES DE PODOLOGIA - CNAE- 8690-9/04-00
ATIVIDADES DE ESTÉTICA E OUTROS SERVIÇOS DE CUIDADOS COM A BELEZA (SEM PROCEDIMENTO INVASIVO) - CNAE - 9602-5/02-00 (Ver Anexo II - Risco Dependente de Informação)

| DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS PELA PESSOA FÍSICA (CPF) OU PESSOA JURÍDICA (CNPJ), NO MOMENTO DA FISCALIZAÇÃO |
|---|
| Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ |
| Certificado de controle integrado de pragas e vetores. |
| Certificado de limpeza de caixa d'água ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. |
| Certificado de limpeza do ar condicionado ou nota fiscal de compra caso o aparelho seja novo. |
| Certificado de manutenção preventiva da autoclave. |
| Contrato com empresa habilitada para descarte de resíduos de serviço de saúde (cabeleireiro/barbeiro - navalhas). |
| Cópia da carteira de vacina com as 3 doses da hepatite B ou teste anti-Hbs e vacina do tétano. |
| Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde - PGRSS se for gerador. (cabeleireiro/barbeiro - navalhas). |
| Registros, no mínimo, mensais da realização do teste biológico da autoclave. |

❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.

4.5 - INDÚSTRIA EM GERAL, COMÉRCIO EM GERAL E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM GERAL E DEMAIS ATIVIDADES RELACIONADAS NÃO CONSTANTES NO ANEXO I DESTE DECRETO.

| DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS PELA PESSOA FÍSICA (CPF) OU PESSOA JURÍDICA (CNPJ), NO MOMENTO DA FISCALIZAÇÃO |
|--|
| Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ |
| Certificado de controle integrado de pragas e vetores. |
| Cópia do certificado de limpeza de caixa d'água, ou nota fiscal de compra caso o reservatório seja novo. |

❖ A AUTORIDADE SANITÁRIA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.

ANEXO VII

FICHA DE INSCRIÇÃO DECLARADA – FID 2

Para alteração de razão social, sócios, endereço, responsável técnico; solicitação de baixa.

| | | | |
|--|----------------|---|--------------------|
| NOME OU RAZÃO SOCIAL | | | |
| NOME FANTASIA | | ATIVIDADE | |
| RUA | | Nº | SALA |
| BAIRRO | TELEFONE | CPF/CNPJ | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| SOLICITO: | | | |
| 1. <input type="checkbox"/> INCLUSÃO | | <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO | |
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO | | <input type="checkbox"/> CPF/CNPJ | |
| <input type="checkbox"/> ENDEREÇO | | <input type="checkbox"/> SÓCIO | |
| <input type="checkbox"/> RESPONSÁVEL TÉCNICO | | <input type="checkbox"/> RAZÃO SOCIAL | |
| <input type="checkbox"/> ATIVIDADE | | <input type="checkbox"/> ALVARÁ SANITÁRIO | |
| NOME/RAZÃO SOCIAL | | | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL | | | |
| COMPLEMENTO | CEP | MUNICÍPIO | Nº |
| CARGO | Nº DE REGISTRO | ASSINATURA | TELEFONE |
| 2. <input type="checkbox"/> INCLUSÃO | | <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO | |
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO | | <input type="checkbox"/> CPF/CNPJ | |
| <input type="checkbox"/> ENDEREÇO | | <input type="checkbox"/> SÓCIO | |
| <input type="checkbox"/> RESPONSÁVEL TÉCNICO | | <input type="checkbox"/> RAZÃO SOCIAL | |
| <input type="checkbox"/> ATIVIDADE | | <input type="checkbox"/> ALVARÁ SANITÁRIO | |
| NOME/RAZÃO SOCIAL | | | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL | | | |
| COMPLEMENTO | CEP | MUNICÍPIO | Nº |
| CARGO | Nº DE REGISTRO | ASSINATURA | TELEFONE |
| 3. <input type="checkbox"/> INCLUSÃO | | <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO | |
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO | | <input type="checkbox"/> CPF/CNPJ | |
| <input type="checkbox"/> ENDEREÇO | | <input type="checkbox"/> SÓCIO | |
| <input type="checkbox"/> RESPONSÁVEL TÉCNICO | | <input type="checkbox"/> RAZÃO SOCIAL | |
| <input type="checkbox"/> ATIVIDADE | | <input type="checkbox"/> ALVARÁ SANITÁRIO | |
| NOME/RAZÃO SOCIAL | | | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL | | | |
| COMPLEMENTO | CEP | MUNICÍPIO | Nº |
| CARGO | Nº DE REGISTRO | ASSINATURA | TELEFONE |
| 4. <input type="checkbox"/> INCLUSÃO | | <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO | |
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO | | <input type="checkbox"/> CPF/CNPJ | |
| <input type="checkbox"/> ENDEREÇO | | <input type="checkbox"/> SÓCIO | |
| <input type="checkbox"/> RESPONSÁVEL TÉCNICO | | <input type="checkbox"/> RAZÃO SOCIAL | |
| <input type="checkbox"/> ATIVIDADE | | <input type="checkbox"/> ALVARÁ SANITÁRIO | |
| NOME/RAZÃO SOCIAL | | | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL | | | |
| COMPLEMENTO | CEP | MUNICÍPIO | Nº |
| CARGO | Nº DE REGISTRO | ASSINATURA | TELEFONE |

AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE, PELAS QUAIS ME RESPONSABILIZO, NA FORMA DA LEI:
 Santa Maria, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável Legal