**REQUERIMENTO**

**Requiro ao Coordenador da Vigilância Sanitária Municipal Alvará Sanitário para Clínica Odontológica/Consultório Odontológico:**

( ) Concessão de Alvará Sanitário ( ) Renovação de Alvará Sanitário ( ) Atualização Cadastral

**IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME | CPF |

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RAZAO SOCIAL / NOME | | | |
| CNPJ / CPF | NOME FANTASIA | | |
| LOGRADOURO | | | Nº |
| BAIRRO / COMPLEMENTO | | TELEFONE | |

**CÓPIAS DOS DOCUMENTOS A SEREM ENTREGUES PARA PROTOCOLO JUNTO À VISA:**

* Cópia atualizada do Cartão do CNPJ;
* Boleto Bancário da Taxa de Atividade Sanitária com o comprovante de pagamento – Consultório Odontológico (92,47 UFIRM), Clínica Odontológica (147,95 UFIRM);
* Cópia atualizada da Certidão de Responsabilidade Técnica junto ao Conselho Regional;
* Cópia atualizada das Carteiras de Vacinação contra Tétano, Difteria e Hepatite B dos profissionais envolvidos no atendimento;
* Cópia do comprovante de limpeza e desinfecção dos reservatórios de água que devem ser realizados a cada 6 (seis) meses;
* Cópia atualizada do comprovante de Dedetização e Desratização;
* Cópia do registro da última manutenção realizada nos aparelhos de ar condicionado;
* Cópia do registro da última manutenção realizada nos equipamentos e acessórios da clínica ou consultório;
* Cópia dos POP’s (Procedimentos Operacionais Padrão) de cada etapa dos serviços, da limpeza geral, dos EPI’s, da esterilização e das rotinas do estabelecimento;
* Cópia do registro do monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico que foram realizados nos últimos 60 (sessenta) dias;
* Cópia do PGRSS (Plano de Gerenciamento de Serviço de Saúde), o qual deverá estar cadastrado no site [www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br](http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/), juntamente com cópia do último comprovante de recolhimento realizado pela empresa coletora.

**REPRESENTANTE LEGAL**

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Assinatura**