

Superintendência de Vigilância em Saúde

CHECK-LIST – ABERTURA

RAZÃO SOCIAL/FANTASIA _____

CNPJ: ____ . ____ . ____ / ____ - ____ MUNICÍPIO: _____

CLINICA ODONTOLÓGICA E CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO SEM RAIOS X

*** Apresentar os seguintes documentos atualizados (cópia autenticada ou documento original):**

Específicos para Pessoa Física:

- Documentos pessoais (RG e CPF)
- Documento que comprove a Regularidade emitida pelo Conselho de Classe

Específicos para Pessoa Jurídica:

- Contrato Social
- Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ)
- Contrato de Trabalho do Responsável Técnico com o estabelecimento quando este não fizer parte do quadro social da empresa
- Documento que comprove a Responsabilidade Técnica emitida pelo Conselho de Classe
- Licença Ambiental
- Documento de licenciamento de veículo (**para unidades móveis**)

Além dos documentos específicos listados acima, para ambos casos apresentar também:

- Certificado do Corpo de Bombeiros
- Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (**apresentar durante a inspeção sanitária**)
- Formulário para registro das atividades existentes nos serviços de saúde (**disponível em Formulários – Site SUVISA**)
- Projeto Básico de Arquitetura aprovado
- Termo de Responsabilidade de conclusão da obra (**disponível em Formulários – Site SUVISA**)
- Anotação da Responsabilidade Técnica (ART) de **execução** da obra
- Comprovante de endereço

Será realizada inspeção sanitária nas instalações e equipamentos com o fim de autorizar a liberação do Alvará Sanitário.

Antes de apresentar os documentos observar a validade dos mesmos. Documentos com data de validade expirada não serão aceitos

Atenção: No caso de Clínica com vários consultórios, se pessoa física, cada sala deverá possuir um Alvará Sanitário. Se optar por um Alvará único para todas as salas a mesma deverá ser pessoa jurídica e apresentar o Documento que comprove a Responsabilidade Técnica emitida pelo Conselho de Classe.



Superintendência de Vigilância em Saúde

CHECK-LIST – ABERTURA

RAZÃO SOCIAL/FANTASIA _____

CNPJ: ____ . ____ . ____ / ____ - ____ **MUNICÍPIO:** _____

CLINICA ODONTOLÓGICA E CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO SEM RAIOS X

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____

DATA: ____ / ____ / ____