



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

Superintendência de Vigilância em Saúde

ABERTURA

RAZÃO SOCIAL: _____

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

CLINICA ODONTOLÓGICA E CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO SEM RAIOS X

* Apresentar os seguintes documentos **ATUALIZADOS**:

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
- () Documento de licenciamento de veículo (para unidades móveis)

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

- () Certificado de Conformidade do Corpo de Bombeiros

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____

DATA: ____ / ____ / ____



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

Superintendência de Vigilância em Saúde

ABERTURA

RAZÃO SOCIAL: _____

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

CLINICA ODONTOLÓGICA E CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO SEM RAIOS X

- 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 (Conforme Portaria MS Nº 2048/2002).

Antes de apresentar os documentos observar a validade dos mesmos.

Documentos com data de validade expirada não serão aceitos

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____

DATA: ____ / ____ / ____