



PREFEITURA MUNICIPAL DE

**ALFENAS**

GESTÃO 2013-2016

Secretaria Municipal de Saúde  
Divisão de Vigilância Sanitária

**DOCUMENTOS PARA EXPEDIÇÃO DE ALVARÁ SANITÁRIO DE  
HOSPITAIS, CLÍNICAS, AMBULATÓRIOS E/OU ESTABELECIMENTOS DESTINADOS À PROMOÇÃO  
E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE**

**ALVARÁ SANITÁRIO INICIAL:**

1. Requerimento do Responsável Legal do estabelecimento solicitando o Alvará Sanitário emitido pela Prefeitura de Alfenas;
2. Termo de Responsabilidade Técnica do Diretor Clínico, preenchido e assinado, conforme o modelo VISA/ALFENAS (<http://www.alfenas.mg.gov.br/views/vigilanciasanitaria.aspx>);
3. Cópia do Certificado de Responsabilidade Técnica – CRT, emitido pelo Conselho;
4. Cópia da Carteira de identidade Profissional do Responsável Técnico emitida pelo Conselho;
5. Cópia do Contrato Social ou Estatuto de Constituição da empresa;
6. Cópia da inscrição do estabelecimento no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ;
7. Cópia do Projeto Arquitetônico completo (planta baixa com cortes longitudinal e transversal, planta de situação, planta de cobertura e Memorial Técnico Descritivo), aprovado pela Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e o respectivo **Parecer Técnico** (<http://www.alfenas.mg.gov.br/views/vigilanciasanitaria.aspx>);
8. Memorial descritivo das atividades executadas no estabelecimento e seus respectivos serviços;
9. Relação das unidades de serviços que integram o estabelecimento, tais como: Raios-X, Laboratório de Análises Clínicas, Farmácia, Enfermagem, Banco de Sangue e outros; com indicação dos respectivos Responsáveis Técnicos e apresentação da cópia do Certificado de Responsabilidade Técnica – CRT, emitido pelo Conselho Regional de cada categoria;
10. Cópia do Laudo Radiométrico, se houver o serviço. **Se não** houver, **apenas declarar.** (Estabelecimentos que possuem serviço de radiodiagnóstico odontológico)
11. Apresentação do Plano de Gerenciamento de manejo de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (PGRSS)
12. Relação do Corpo Clínico que presta serviço no estabelecimento;
13. Comprovante da existência da Comissão ou Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH/SCIH), conforme Portaria GM/MS nº 2616/98 do Ministério da Saúde (Para Estabelecimentos Hospitalares e Estabelecimentos Ambulatoriais com Internação, Observação e Procedimentos Cirúrgicos);
14. Cópia do Alvará de Licença para Localização e Funcionamento **atualizado**
15. Guia de Arrecadação Municipal (GAM) com a Taxa de Licença e Fiscalização de Higiene e Saúde **quitada.**

**RENOVAÇÃO DE ALVARÁ SANITÁRIO:**

1. Requerimento do Responsável Legal do estabelecimento solicitando o Alvará Sanitário emitido pela Prefeitura de Alfenas;
2. Termo de Responsabilidade Técnica do Diretor Clínico, preenchido e assinado, conforme modelo VISA/ALFENAS (<http://www.alfenas.mg.gov.br/views/vigilanciasanitaria.aspx>);
3. Cópia do Certificado de Responsabilidade Técnica – CRT, emitido pelo conselho;
4. Cópia da Carteira de Identidade Profissional do Responsável Técnico emitida pelo Conselho, se ocorreu mudança de Responsável Técnico Cópia da última alteração Contratual, se houve alteração. **Se não** houve, **apenas declarar;**
5. Cópia do Projeto Arquitetônico completo (planta baixa com cortes longitudinal e transversal, planta de situação, planta de cobertura e Memorial Técnico Descritivo), aprovado pela Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e o respectivo **Parecer Técnico**, se houve alteração na área física. **Se não** houve, **apenas declarar;**

Obs.: O requerimento deverá estar acompanhado dos documentos e ser protocolado na Av. Governador Valadares, 121, centro, Alfenas, MG.



PREFEITURA MUNICIPAL DE

**ALFENAS**

GESTÃO 2013-2016

**Secretaria Municipal de Saúde**

**Divisão de Vigilância Sanitária**

6. Cópia do Laudo Radiométrico, em caso de alteração ou vencimento. **Se não** houve alteração, **apenas declarar** (Estabelecimentos que possuem serviço de radiodiagnóstico odontológico);
7. Memorial descritivo das atividades executadas no estabelecimento e seus respectivos serviços. **Se não houve alteração, declarar;**
8. Cópia do Certificado de Responsabilidade Técnica – CRT, fornecido pelos Conselhos Regionais, dos respectivos Responsáveis Técnicos das unidades de serviço que integram o estabelecimento;
9. Relação do Corpo Clínico que presta serviço no estabelecimento, se houve alteração declarar. **Se não** houve, **apenas declarar;**
10. Relatório anual de CCIH/SCIH, conforme Resolução Nº 637/2007 da SES/MG e Portaria Nº 2616/98 (Para Estabelecimentos Hospitalares e Estabelecimentos Ambulatoriais com Internação, Observação e Procedimentos Cirúrgicos);
11. Apresentação do Plano de Gerenciamento de manejo de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (PGRSS) em caso de alteração. **Se não** houve, **apenas declarar**
12. Cópia do Alvará de Licença para Localização e Funcionamento **atualizado**
13. Guia de Arrecadação Municipal (GAM) com a Taxa de Licença e Fiscalização de Higiene e Saúde **quitada.**

Obs.: O requerimento deverá estar acompanhado dos documentos e ser protocolado na Av. Governador Valadares, 121, centro, Alfenas, MG.