

+ MISSÃO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

O Núcleo de Vigilância Sanitária é o órgão da Secretaria de Estado da Saúde, e tem como missão: Coordenar, supervisionar, assessorar, monitorar e avaliar as ações de vigilância sanitária nos 184 municípios do Estado, visando o controle do risco sanitário, atuando em casos excepcionais como órgão executor de atividades de vigilância sanitária em parceria com as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), municípios e outras instituições.

+ LICENÇA SANITÁRIA

Documento emitido pela autoridade sanitária local, denominado também de alvará sanitário, onde constam as atividades sujeitas à vigilância sanitária que o estabelecimento desenvolve e que este está apto a exercê-las.

+ RISCO SANITÁRIO

É a probabilidade que os produtos e serviços têm de causar efeitos prejudiciais à saúde das pessoas e das coletividades.

SOLICITAÇÃO DE ALVARÁ SANITÁRIO/ANÁLISE DE PROJETO ARQUITETÔNICO/DISPENSA DE REGISTRO DE ALIMENTOS

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, através do Núcleo de Vigilância Sanitária, Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde (NUVIS/COPROM), em consonância com as legislações sanitárias vigentes, torna público orientações quanto a documentação necessária para solicitação de Alvará Sanitário, seja, inicial ou renovação, análise de projetos arquitetônicos para os estabelecimentos sujeitos à ação de vigilância sanitária e dispensa de registro de alimentos.

1. Recomendações gerais:

- 1.1. Toda a documentação deverá ser assinada pelo Representante Legal da empresa;
- 1.2. A documentação relativa à parte técnica deverá ser assinada, pelo (a) responsável técnico (a);
- 1.3. Em caso de construção, reforma ou ampliação da Estrutura física, de qualquer estabelecimento sujeito à ação de vigilância sanitária, é obrigatório apresentação prévia de projeto arquitetônico para aprovação deste NUVIS/COPROM.
- 1.4. Todos os projetos de construção, reforma ou ampliação, deverão estar em perfeita consonância com a legislação vigente, RDC Nº 51 de 06 de outubro de 2010, Lei nº 6.360 de 23 de setembro de 1976 ou as Boas Práticas, RDC Nº 50 de 21 de fevereiro de 2002, RDC Nº 306, de 07 de dezembro de 2004 entre outras. As referidas resoluções podem ser adquiridas através do site www.anvisa.gov.br. Para alimentos e águas envasadas seguir a Portaria 326 de 30 de julho de 1997 – SVS/MS.
- 1.5. Considerando a questão da acessibilidade, devem ser atendidas todas as exigências da NBR 9050 – ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas). Atenção especial para banheiros e rampas destinados aos deficientes.
- 1.6. Todos os projetos deverão ser analisados por esta Secretaria, antes de serem construídos e/ou reformados. O processo deverá entrar através do SPU – Serviço de Protocolo Único e encaminhado ao Núcleo de Vigilância Sanitária - NUVIS), solicitando análise.
- 1.7. Recomenda-se que a revalidação de licença sanitária (Alvará) deve ser requerida nos primeiros 120 dias antes do vencimento.



06 de Abril de 2016 | Página 2/17

2. Relação de documentos

ALVARÁ SANITÁRIO INICIAL

Clínica Especializada; Unidade de Bancos: Olhos, Sangue, Cordão Umbilical e Placentário; Estabelecimento Hospitalar; Unidades ou Instituições que utilizam Radiações Ionizantes; Unidade de Terapia Renal Substitutiva e Unidade de Quimioterapia

1. Requerimento de Solicitação do Responsável Técnico/ Legal pelo Estabelecimento;
2. Certidão de Responsabilidade Técnica emitida pelo respectivo Conselho de Classe;
3. Comprovante de pagamento de preço público (original) de acordo com a Lei nº 15.838 de 27/07/2015, que dispõe sobre a Taxa de Fiscalização e Prestação de Serviço Público (Anexo II), emitida pelo site da SEFAZ: www.sefaz.ce.gov.br;
4. Contrato Social ou Ata de Constituição Registrada na Junta Comercial - JUCEC e suas alterações;
5. Cópia da Aprovação do Projeto Arquitetônico emitido pelo NUVIS/SESA;
6. Licença de Operação expedida pelo Órgão do Meio Ambiente Estadual ou Municipal;
7. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS;
8. Certificado de Conformidade emitido pelo Corpo de Bombeiros;
9. Para Serviços de Diagnóstico por Imagens: Plano de Proteção Radiológica; Termo de Responsabilidade Primária, Termo de Proteção Radiológica e Termo de Responsabilidade Técnica conforme modelo (anexo II,III, IV)preenchido e assinado pelo Responsável Legal do Estabelecimento de acordo com Portaria 453/98 MS.

ALVARÁ SANITÁRIO RENOVAÇÃO

Clinica Especializada de Banco de Olhos, Sangue, Cordão Umbilical e Placentário

1. Requerimento de Solicitação do Responsável Técnico/ Legal pelo Estabelecimento;
2. Certidão de Responsabilidade Técnica emitida pelo respectivo Conselho de Classe;
3. Comprovante de pagamento de preço público (original) de acordo com a Lei nº 15.838 de 27/07/2015, que dispõe sobre a Taxa de Fiscalização e Prestação de Serviço Público (Anexo II), emitida pelo site da SEFAZ: www.sefaz.ce.gov.br;
4. Cópia do Aditivo ao Contrato Social (se houver);



06 de Abril de 2016 | Página 3/17

ALVARÁ SANITÁRIO RENOVAÇÃO

Unidades ou Instituições que Utilizam Radiações Ionizantes

1. Requerimento de Solicitação do Responsável Técnico/ Legal pelo Estabelecimento (Anexo I);
2. Comprovante de pagamento de preço público (original) de acordo com a Lei nº 15.838 de 27/07/2015, que dispõe sobre a Taxa de Fiscalização e Prestação de Serviço Público (Anexo II), emitida pelo site da SEFAZ: www.sefaz.ce.gov.br;
3. Termo de Responsabilidade Primária, Termo de Proteção Radiológica e Termo de Responsabilidade Técnica conforme modelo (anexo II,III, IV)preenchido e assinado pelo Responsável Legal do Estabelecimento de acordo com Portaria 453/98 MS;
4. Cópia do Alvará anterior;
Cópia do Aditivo ao Contrato Social (se houver);

ALVARÁ SANITÁRIO RENOVAÇÃO

Unidade de Terapia Renal Substitutiva

1. Requerimento de Solicitação do Responsável Técnico/ Legal pelo Estabelecimento;
2. Comprovante de pagamento de preço público (original) de acordo com a Lei nº 15.838 de 27/07/2015, que dispõe sobre a Taxa de Fiscalização e Prestação de Serviço Público (Anexo II), emitida pelo site da SEFAZ: www.sefaz.ce.gov.br;
3. Certidão de Responsabilidade Técnica emitida pelo respectivo Conselho de Classe,(Médico, Enfermeiro, Psicólogo, Nutricionista e Assistente Social), anexados da cópia autenticada do diploma;
4. Cópia do Alvará anterior;
5. Cópia do Aditivo ao Contrato Social (se houver);



06 de Abril de 2016 | Página 4/17

ALVARÁ SANITÁRIO RENOVAÇÃO

Unidade de Quimioterapia

1. Requerimento de Solicitação do Responsável Técnico/ Legal pelo Estabelecimento;
2. Certidão de Responsabilidade Técnica emitida pelos respectivos Conselhos de Classe do Farmacêutico se Houver Manipulação, do Médico e Enfermeiro caso haja administração de drogas quimioterápicas ou outras drogas;
3. Comprovante de pagamento de preço público (original) de acordo com a Lei nº 15.838 de 27/07/2015, que dispõe sobre a Taxa de Fiscalização e Prestação de Serviço Público (Anexo II), emitida pelo site da SEFAZ: www.sefaz.ce.gov.br.
4. Cópia do Alvará anterior;
5. Cópia do Aditivo ao Contrato Social (se houver);

ALVARÁ SANITÁRIO RENOVAÇÃO

Estabelecimento Hospitalar

1. Requerimento de Solicitação do Responsável Técnico/ Legal pelo Estabelecimento;
2. Certidão de Responsabilidade Técnica emitida pelo respectivo Conselho de Classe;
3. Comprovante de pagamento de preço público (original) de acordo com a Lei nº 15.838 de 27/07/2015, que dispõe sobre a Taxa de Fiscalização e Prestação de Serviço Público (Anexo II), emitida pelo site da SEFAZ: www.sefaz.ce.gov.br.
4. Cópia do Aditivo ao Contrato Social (se houver);
5. Cópia do Alvará anterior;
6. Termo de Responsabilidade Primária, Termo de Proteção Radiológica e Termo de Responsabilidade Técnica conforme modelo (anexo II,III, IV)preenchido e assinado pelo Responsável Legal do Estabelecimento de acordo com Portaria 453/98 MS;



06 de Abril de 2016 | Página 5/17

ALVARÁ SANITÁRIO INICIAL

Farmácia com Manipulação, Indústria de Medicamentos, Indústria de Produtos pra Saúde, Empresas Prestadoras de Bens e/ou Serviços que Desenvolvem Atividades de Terapia Nutricional (Parenteral e Enteral)

- 1- Requerimento de Solicitação do Responsável Técnico/ Legal pelo Estabelecimento;
- 2- Comprovante de pagamento de preço público (original) de acordo com a Lei nº 15.838 de 27/07/2015, que dispõe sobre a Taxa de Fiscalização e Prestação de Serviço Público (Anexo II), emitida pelo site da SEFAZ: www.sefaz.ce.gov.br;
- 3- Cópia do Contrato Social ou Ata de Constituição registrada na Junta Comercial - JUCEC e suas alterações (se houver). No objetivo deste documento deverão estar claramente explicitadas as atividades que forem requeridas;
- 4- Fluxograma com a Descrição das atividades produtivas desenvolvidas;
- 5- Cópia da aprovação do Projeto Arquitetônico emitido pelo NUVIS/SESA;
- 6- Licença de Operação expedida pelo Órgão do Meio Ambiente Competente: Estadual ou Municipal (quando for o caso);
- 7- Certidão de Responsabilidade Técnica emitida pelo respectivo Conselho de Classe;
- 8- Certificado de Conformidade emitido pelo Corpo de Bombeiros.

ALVARÁ SANITÁRIO RENOVAÇÃO

Farmácia com Manipulação, Indústria de Medicamentos, Indústria de Produtos pra Saúde, Empresas Prestadoras de Bens e/ou Serviços que Desenvolvem Atividades de Terapia Nutricional (Parenteral e Enteral)

- 1- Requerimento de Solicitação do Responsável Técnico/ Legal pelo Estabelecimento;
- 2- Comprovante de pagamento de preço público (original) de acordo com a Lei nº 15.838 de 27/07/2015, que dispõe sobre a Taxa de Fiscalização e Prestação de Serviço Público (Anexo II), emitida pelo site da SEFAZ: www.sefaz.ce.gov.br;
- 1- Cópia do Alvará Sanitário Anterior;
- 2- Cópia do Aditivo ao Contrato Social (se houver);
- 3- Certidão de Responsabilidade Técnica emitida pelo respectivo Conselho de Classe;



06 de Abril de 2016 | Página 6/17

ALVARÁ SANITÁRIO INICIAL/RENOVAÇÃO
ÁGUAS ENVASADAS
ADICIONADAS DE SAIS E MINERAIS

- 1- Requerimento de Solicitação do Responsável Técnico/ Legal pelo Estabelecimento;
- 2- Comprovante de pagamento de preço público (original) de acordo com a Lei nº 15.838 de 27/07/2015 que dispõe sobre a Taxa de Fiscalização e Prestação de Serviço Público (Anexo II), emitida pelo site da SEFAZ: www.sefaz.ce.gov.br;
- 3- Cópia do Contrato Social ou Ata de Constituição registrada na Junta Comercial - JUCEC e suas alterações (se houver). No objetivo deste documento deverão estar claramente explicitadas as atividades que foram requeridas;
- 4- Licença de Operação expedida pelo Órgão do Meio Ambiente Estadual ou Municipal;
- 5- Certificado de Conformidade emitido pelo Corpo de Bombeiros;
- 6- Certidão de Responsabilidade Técnica emitida pelo respectivo Conselho de Classe;
- 7- Fluxograma e descrição das atividades produtivas desenvolvidas;
- 8- Laudos Laboratoriais dos limites para substâncias químicas que apresentam risco à saúde, conforme tabela 1 da Resolução RDC nº 274/2005 ANVISA/MS, com validade de três anos; (água mineral).
- 9- Aprovação do rótulo pelo DNPM.(Água Mineral).
- 10- Cópia da aprovação do Projeto Arquitetônico emitido pelo NUVIS/SESA; (para água adicionada de Sais);
- 11- Documento de outorga emitido pelo órgão competente COGERH (para água adicionada de Sais);
- 12- Modelo de Rótulo, Conforme as resoluções RDC nº 259/2002 – ANVISA e RDC nº 274/2005- ANVISA. (Água Adicionada de Sais)
- 13- Laudos de Análise Laboratorial Conforme Portaria 2914/2011-MS. (Água Adicionada de Sais)

ALVARÁ SANITÁRIO INICIAL
Indústria de Alimentos

- 1- Requerimento de Solicitação do Responsável Técnico/ Legal pelo Estabelecimento;
- 2- Comprovante de pagamento de preço público (original) de acordo com a Lei nº 15.838 de 27/07/2015 que dispõe sobre a Taxa de Fiscalização e Prestação de Serviço Público (Anexo II), emitida pelo site da SEFAZ: www.sefaz.ce.gov.br;
- 3- Cópia do Contrato Social ou Ata de Constituição registrada na Junta Comercial - JUCEC e suas alterações (se houver). No objetivo deste documento deverão estar claramente explicitadas as atividades que foram requeridas;
- 4- Certidão de Responsabilidade Técnica emitida pelo respectivo Conselho de Classe;
- 5- Fluxograma e descrição das atividades produtivas desenvolvidas;
- 6- Cópia da Aprovação do Projeto Arquitetônico emitida pelo NUVIS/SESA;
- 7- Licença de Operação expedida pelo Órgão do Meio Ambiente Estadual ou Municipal;
- 8- Certificado de Conformidade emitido pelo Corpo de Bombeiros;



06 de Abril de 2016 | Página 7/17

ALVARÁ SANITÁRIO RENOVAÇÃO

Indústria de Alimentos

- 1- Requerimento de Solicitação do Responsável Técnico/ Legal pelo Estabelecimento;
- 2- Comprovante de pagamento de preço público (original) de acordo com a Lei nº 15.838 de 27/07/2015 que dispõe sobre a Taxa de Fiscalização e Prestação de Serviço Público (Anexo II), emitida pelo site da SEFAZ: www.sefaz.ce.gov.br;
- 3- Cópia do Aditivo ao Contrato Social (se houver);
- 4- Certidão de Responsabilidade Técnica emitida pelo respectivo Conselho de Classe.

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DE REGISTRO DE ALIMENTOS

- 1- Requerimento de Solicitação do Responsável Técnico/ Legal pelo Estabelecimento;
- 2- Comprovante de pagamento de preço público (original) de acordo com a Lei nº 15.838 de 27/07/2015 que dispõe sobre a Taxa de Fiscalização e Prestação de Serviço Público (Anexo II), emitida pelo site da SEFAZ: www.sefaz.ce.gov.br;
- 3- Cópia do Alvará Sanitário atualizado, emitido pelo órgão competente;
- 4- Formulário de Dispensa de registro de acordo com o ANEXO X, da Resolução nº 23/2000/ANVISA, devidamente preenchido;
- 5- Apresentar modelo dos rótulos.
- 6- Apresentar documento comprobatório de isenção de taxa, caso seja Microempreendedor Individual.



06 de Abril de 2016 | Página 8/17

ANÁLISE DE PROJETOS ARQUITETÔNICOS

1. Requerimento de Solicitação do Responsável Técnico/ Legal pelo Estabelecimento;
2. PBA – Projeto Básico de Arquitetura (representação gráfica + relatório técnico).

Representação Gráfica.

- *Planta de Situação e Locação* – indicando conjunto de edificações, áreas a serem ampliadas (nos casos de reforma), parâmetros urbanísticos (adequação do uso conforme o Plano Diretor, nome das ruas, afastamentos, taxa de ocupação, índice de aproveitamento, taxa de permeabilização), acesso de pedestres e veículos, reservatórios superior e inferior, depósito de lixo, subestação, bem como a orientação do Estabelecimento (norte).
- *Planta Baixa de Arquitetura* – com cotas de amarração interna e externa, identificação dos ambientes com área e nomenclatura: locação de louças sanitárias e bancadas: legendas dos revestimentos (piso, parede e teto); quadro de áreas, quadro de esquadrias com dimensões, altura e material dos peitoris e características, especificações dos materiais que compõe as esquadrias; quadro de bancadas com dimensões, altura, características, material e no caso de haver cuba, especificação de tipo e da altura das torneiras.

No caso de ser projeto de reforma e/ou ampliação demonstrar de acordo com legenda:

- Paredes a construir, Paredes a demolir, Paredes a conservar.
- *Planta de Lay-Out de Mobiliário e Equipamentos* – com a localização dos equipamentos não portáteis e mobiliário principal, com as devidas dimensões representadas em escala. Localizar também aparelhos e/ou centrais de ar condicionado, telefone, central de gases, compressores, bombas de vácuo, etc.
- *Planta de Cortes Longitudinais e Transversais* – com cotas de amarração de vãos e elevações indicando, quando houver ampliação, o perfil natural de terreno da área a ser ampliada.
- *Planta de Fachadas* – com indicação dos revestimentos.
- *Planta de Cobertura* – indicando material, inclinação, sentido do escoamento das águas, posição das calhas, condutores e beirais.



06 de Abril de 2016 | Página 9/17

Relatório Técnico:

- *Considerações sobre o tipo de Estabelecimento e viabilidade da intervenção proposta;*
- *Esclarecimentos sobre a localização do Estabelecimento considerando sua vizinhança, distância dos mananciais e fontes poluidoras existentes;*
- *Resumo da Proposta Assistencial com descrição das atividades a serem desenvolvidas no Estabelecimento. Acompanhamento do Procedimento Operacional com seu respectivo fluxograma;*
- *Manual de Boas Práticas de Fabricação e Controle (no caso de projetos de produtos);*
- *Justificativa do Partido Arquitetônico adotado;*
- *Especificações dos materiais de acabamento (quando não estiver especificado na planta);*
- *Descrição das Unidades projetadas e seu inter-relacionamento com os diversos setores do Estabelecimento considerando o fluxo e funcionalidade dos ambientes;*
- *Descrição da solução adotada para abastecimento de água potável, energia, coleta e destino final de esgoto e lixo, ver RDC Nº 306 – (Regulamento Técnico para Gerenciamento de Resíduos de Saúde);*
- *Quadro do número de leitos por atendimento quando for o caso;*
- *Número de Comensais (alimentações);*
- *Número de Funcionários dividido por sexo.*

4. ART ou RRT:

ART: Anotação de responsabilidade técnica do autor do projeto relacionado à atividade profissional do engenheiro (a) emitido pelo CREA (Conselho Federal de Engenharia e Agronomia).

RRT: Registro de Responsabilidade Técnica do autor do projeto relacionado à atividade profissional do arquiteto (a) emitido pelo CAU (Conselho de Arquitetura e Urbanismo).

Observações:

- Toda documentação (Projeto Arquitetônico + Relatório Técnico + ART) deverá ser entregue em 2 vias, pois quando o projeto estiver aprovado, uma via deverá ficar arquivada por 5 anos no Nuvis – Núcleo de Vigilância Sanitária e a outra ficará sob o poder do interesse por tempo indeterminado.
- Todas as pranchas do Projeto Arquitetônico devem ser assinadas pelo responsável técnico, ambas as vias.
- O interessado deverá deixar, junto ao requerimento, os contatos de telefone, fax (com DDD) e endereço eletrônico.
- Caso solicitado alguma documentação com as devidas alterações e/ou ausência das mesmas, entregá-las diretamente na recepção do Nuvis com a devida identificação e o número do processo ao qual pertence. Não há necessidade de abertura de um novo protocolo interno.



06 de Abril de 2016 | Página 10/17

ANEXO I

CEVISA Nº

Requerimento

Alvará Sanitário/Análise de Projeto Arquitetônico/Dispensa de Registro de Alimento

Sr. Coordenador de Promoção e Proteção à Saúde, _____

Eu, _____

Portador do CPF nº _____ e RG nº _____,
representante [] Técnico (Nº do Conselho _____) ou [] Legal, pelo seguinte Estabelecimento:

CGC/CNPJ: _____ CNES: _____

Razão Social: _____

Nome/Fantasia: _____

Localizado na (Rua, Avenida): _____

_____ CEP: _____

Bairro: _____

Município: _____

Fone: (____) _____ Fax: (____) _____

Email: _____



06 de Abril de 2016 | Página 11/17

Marcar o(s) Ramos(s) Desenvolvidos(s)

	Análise de projeto arquitetônico
	Banco de células, tecidos, órgãos e olhos
	Clínica especializada/ambulatorial de especialidade
	Dispensa de Registro de Alimentos
	Envase de água adicionada de sais
	Envase de água mineral
	Fabricação de produtos ortopédicos
	Farmacologia clínica
	Indústria de alimentos
	Indústria de correlatos
	Indústria de cosméticos
	Indústria de medicamentos
	Indústria de produtos para a saúde
	Indústria química farmacêutica
	Manipulação de dieta enteral, parenteral e quimioterapia
	Manipulação de medicamentos a partir de insumos/matérias primas, inclusive de origem vegetal - grupo I
	Manipulação de substâncias de baixo índice terapêutico- grupo II
	Manipulação de antibióticos, hormônios, citostáticos e substâncias sujeitas a controle especial - grupo III
	Manipulação de produtos estéreis - grupo IV
	Manipulação de medicamentos homeopáticos - grupo V
	Manipulação de doses unitárias e unitarização de dose de medicamentos em serviços de saúde - grupo VI
	Produção de alimentos encapsulados
	Serviço de diálise
	Serviço de especialidades odontológicas



06 de Abril de 2016 | Página 12/17

Serviço de esterilização
Serviço de hemodinâmica
Serviço de hemoterapia
Serviço de litotripsia
Serviço de mamografia
Serviço de medicina nuclear
Serviço de nutrição enteral e parenteral
Serviço de quimioterapia
Serviço de radiodiagnóstico médico
Serviço de radiodiagnóstico odontológico
Serviço de ressonância magnética
Serviço de tomografia
Serviço de ultrassonografia
Serviço hospitalar
Suporte nutricional
Outros(s)

Venho solicitar a V. Sa., que se digne a expedir o **Alvará Sanitário/Análise de Projeto Arquitetônico/Dispensa de Registro de Alimentos** do Estabelecimento para o exercício do corrente ano.

Fortaleza, ____ de _____ de 20__

Responsável



06 de Abril de 2016 | Página 13/17

ANEXO II

Termo de Responsabilidade Primária

Eu, _____

CPF: _____ RG: _____ Conselho: _____

Registrado no Conselho Regional de _____

Neste ato perante a autoridade sanitária do Ceará, assumo a responsabilidade de proteção radiológica pelo Estabelecimento (fantasia): _____

CNES: _____ e CNPJ: _____

nos termos da Portaria 453, de 1 de junho de 1998, que estabelece as diretrizes básicas de proteção em radiodiagnóstico médico e odontológico.

Local e Data

Assinatura

Termo de Responsabilidade Técnica
(Item 3.26 da Portaria 453, de 1 de junho de 1998)



06 de Abril de 2016 | Página 14/17

ANEXO III

Termo de Proteção Radiológica

Eu, _____

CPF: _____ RG: _____ Conselho: _____

Registrado no Conselho Regional de _____

Neste ato perante a autoridade sanitária do Ceará, assumo a responsabilidade de proteção radiológica pelo Estabelecimento (fantasia): _____

CNES: _____ e CNPJ: _____

nos termos da Portaria 453, de 1 de junho de 1998, que estabelece as diretrizes básicas de proteção em radiodiagnóstico médico e odontológico.

Local e Data

Assinatura

Termo de Responsabilidade Técnica
(Item 3.26 da Portaria 453, de 1 de junho de 1998)



06 de Abril de 2016 | Página 15/17

ANEXO IV

Termo de Responsabilidade Técnica

Eu, _____

CPF: _____ RG: _____ Conselho: _____

Registrado no Conselho Regional de _____

Neste ato perante a autoridade sanitária do Ceará, assumo a responsabilidade de proteção radiológica pelo Estabelecimento (fantasia): _____

CNES: _____ e CNPJ: _____

nos termos da Portaria 453, de 1 de junho de 1998, que estabelece as diretrizes básicas de proteção em radiodiagnóstico médico e odontológico.

Local e Data

Assinatura

Termo de Responsabilidade Técnica
(Item 3.26 da Portaria 453, de 1 de junho de 1998)



06 de Abril de 2016 | Página 16/17

ANEXO V

Estabelecimento com Raios - X Diagnóstico

1. Tipo de Movimento Cadastral () Cadastro Inicial () Alteração Cadastral		2. Código da Instituição – CNES:		3. Natureza da Instituição	
4. Razão Social				5. CNPJ	
6. Nome de Fantasia				7. Setor/Departamento	
8. Endereço (Rua/Av., Nº, Complemento)				9. Município	
10. Bairro/Distrito		11. UF	12. CEP	13. DDD/Telefone	14. Fax
15. Titular			16. Prove dosímetro individual () Sim () Não		17. Laboratório
18. Responsável Técnico pelo setor			19. CPF		20. CRM
21. Substituto do Responsável Técnico			22. CPF		23. CRM
24. Supervisor de Proteção Radiológica de Radiodiagnóstico			25. CPF		26. CRM



06 de Abril de 2016 | Página 17/17

10. Tabela de Equipamentos e Exames

Mobilidade	Identificação de sala	Fabricante e modelo	Quantidade de tubos	Exames que Realiza	Nº de Exame/Mês	Exames mais frequentes
Observações:						
Local e Data:				Assinatura do Titular da Instituição		