

**Anexo IX - Relação de Documentos para Solicitação de Cadastro / Licença Funcionamento Sanitária Inicial  
Unidades Públicas de Atenção à Saúde  
(CNAEs 8610-1/02, 8630-5/04, 8630-5/99, 8712-3/00, 8720-4/01, 8800-6/00)**

*Compreende:*  
Unidades de Saúde Públicas

<b>Formulário Para Todas Atividades Econômicas</b>	<b>Observações</b>
<b>ANEXO XI - INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA</b>	Anexo XI - Devidamente preenchido e assinado.
<b>Formulário Para Todas Atividades Econômicas Específicas</b>	<b>Observações</b>
<b>SUB-ANEXO XI-A - ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE</b>	XI-A - Devidamente preenchido e assinado, conforme a Atividade Econômica constante do Anexo I para a qual o Cadastro/ Licença está sendo solicitado.
<b>SUB-ANEXO XI-B - EQUIPAMENTOS DE SAÚDE</b>	XI-B - Devidamente preenchido e assinado por unidades que possuírem equipamentos de saúde, conforme Tabela 2 do Anexo XII.
<b>SUB-ANEXO XI-D - IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULOS</b>	XI-D - Devidamente preenchido e assinado por todas unidades que realizem transporte de pacientes.

**Documento para:**

<b>Pessoa Jurídica - Unidade Pública</b>	<b>Observações</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <i>Municipal:</i> nenhum documento</li><li>▪ <i>Parceiro:</i> cópia simples do Contrato de Gestão</li></ul>	

**Responsabilidade Legal**

<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cópia simples dos documentos pessoais (RG e CPF);</li><li>▪ Comprovante de vínculo empregatício do mesmo com a instituição (se o Gerente for servidor público, a cópia da publicação da nomeação do mesmo e uma declaração do Supervisor Técnico de Saúde que o mesmo foi designado para a função; se o Gerente for do Parceiro, a cópia da carteira profissional e uma declaração da instituição que o mesmo foi designado para este cargo).</li></ul>	O Responsável Legal deverá ser obrigatoriamente o Gerente da Unidade.
---	---

**Responsabilidade Técnica (titular e substitutos)**

<p><b>DOCUMENTO DE COMPROVAÇÃO DE HABILITAÇÃO PROFISSIONAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cópia simples das folhas de identificação, foto e habilitação da carteira do respectivo Conselho Regional ou cópia frente e verso da cédula de identidade profissional.</li></ul>	O Responsável Técnico deverá ser um Médico, no caso de AMA, PS, UPA. REDE HORA CERTA, AMA/UBS INTEGRADA (CNAEs 8610-1/01 e 8610 - 1/02).
<p><b>DOCUMENTO DE COMPROVAÇÃO DE VÍNCULO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Unidade Municipal: declaração do Gerente da Unidade, que o mesmo foi designado para a função;</li><li>▪ Parceiro: cópia da carteira profissional e declaração da instituição que o mesmo foi designado para este cargo.</li></ul>	O Responsável Técnico deverá ser profissional de nível superior, da área da saúde, em caso de outros serviços.

## Responsabilidade Técnica pelo(s) Equipamento(s) de Saúde<sup>1</sup>

### DOCUMENTO DE COMPROVAÇÃO DE HABILITAÇÃO PROFISSIONAL:

- Cópia simples das folhas de identificação, foto e habilitação da carteira do respectivo Conselho Regional ou cópia frente e verso da cédula de identidade profissional.

O Responsável Técnico deverá ser um Médico Radiologista ou Tecnólogo em Radiologia Médica (nível superior) para o equipamento de Raios X Médico e/ ou mamógrafo e deve ser um Cirurgião Dentista para o equipamento de Raios X Odontológico.

### DOCUMENTO DE COMPROVAÇÃO DE VÍNCULO:

- Unidade Municipal: declaração do Gerente da Unidade, que o mesmo foi designado para a função;
- Parceiro: cópia da carteira profissional e declaração da instituição que o mesmo foi designado para este cargo.

<sup>1</sup> Se houver equipamento de saúde que necessite de Responsável Técnico e deva receber um número CMVS, conforme Tabela 2 do Anexo XII.

## Serviços de Ambulâncias e UTIs móveis

**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - CRLV** (cópia simples)

## Relação de Documentos para Solicitação de Cadastro / Licença Funcionamento Sanitária Inicial Grupo II - Equipamentos de Saúde (Quando a Unidade Pública já possuir nº CMVS)

### Agrupamento:

23 – Prestação de Serviços de Saúde, EXCETO CNAE 8630-5/99 - Atividades de Atenção Ambulatorial Não Especificadas Anteriormente

Formulário Para Todas Atividades Econômicas	Observações
<b>ANEXO XI - INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA</b>	Anexo XI - Devidamente preenchido e assinado.

Formulário Para Todas Atividades Econômicas Específicas	Observações
<b>SUB-ANEXO XI-B - EQUIPAMENTOS DE SAÚDE</b>	XI-B - Devidamente preenchido e assinado, com os equipamentos de saúde a serem declarados, conforme Tabela 2 do Anexo XII.

### Documento para:

Responsabilidade Técnica pelo(s) Equipamento(s) de Saúde <sup>1</sup>	Observações
<b>DOCUMENTO DE COMPROVAÇÃO DE HABILITAÇÃO PROFISSIONAL:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cópia simples das folhas de identificação, foto e habilitação da carteira do respectivo Conselho Regional ou cópia frente e verso da cédula de identidade profissional.</li></ul>	O Responsável Técnico deverá ser um Médico Radiologista ou Tecnólogo em Radiologia Médica (nível superior) para o equipamento de Raios X Médico e/ ou mamógrafo e deve ser um Cirurgião Dentista para o equipamento de Raios X Odontológico.
<b>DOCUMENTO DE COMPROVAÇÃO DE VÍNCULO:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ <i>Unidade Municipal:</i> declaração do Gerente da Unidade, que o mesmo foi designado para a função;</li><li>▪ <i>Parceiro:</i> cópia da carteira profissional e declaração da instituição que o mesmo foi designado para este cargo.</li></ul>	

<sup>1</sup> Se houver equipamento de saúde que necessite de Responsável Técnico e deva receber um número CMVS, conforme Tabela 2 do Anexo XII.