



FORMULÁRIO
SOLICITAÇÃO ALVARÁ SANITÁRIO

Requerente:
Beneficiário:
Atividade:

Serviços relacionados à saúde (consultórios médicos sem procedimento invasivo, fisioterapia, academias e similares)	Documento Entregue	Não se aplica
Comprovante CNPJ	()	()
Certidão de regularidade técnica do Conselho de Classe	()	()
Declaração ou certificado de limpeza de caixa-d'água;	()	()
Declaração de limpeza e manutenção do filtro de climatizadores de ambientes climatizados (Plano De Manutenção, Operação E Controle – PMOC; quando aplicável e em caso de possuírem equipamentos de potência acima de 5 TR (15.000 kcal/h = 60.000 BTU/H), deverão manter um responsável técnico habilitado);	()	()
Declaração de destino final dos resíduos de saúde e Plano de Gestão de Resíduos de Serviços da Saúde (PGRSS);	()	()
Declaração de atividades realizadas no consultório ou clínica (médicos);	()	()
Certificação do estabelecimento junto ao conselho de classe (CREF) (academias)	()	()

Declaro, sob as penas da Lei, que são verdadeiras as informações aqui prestadas.

Campos Novos/SC, _____ de _____ de _____

Nome:

CPF: