



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDINHA
SECRETARIA DE SAÚDE - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO IV
REQUERIMENTO PARA INSPEÇÃO EM ODONTOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
Razão Social:		Nº EPAO*:
Nome Fantasia:	CNPJ:	
Endereço:	CEP:	
Cidade: RONDINHA - RS	Inscrição Municipal:	
E-mail:	Telefone:	
Validade da Desinsetização:		
Validade do Alvará dos Bombeiros:	Possui ar condicionado?	Possui caixa d'agua?
Responsável Legal:		CPF:
Resp.Técnico-RT:		CRO-RS nº:
Horários de Funcionamento do Estabelecimento:		
Objetivo do Requerimento: () Licença Sanitária Inicial – Alvará Sanitário Inicial () Renovação do Alvará Sanitário () Cancelamento do Alvará Sanitário () Alteração do Alvará Sanitário () OUTROS: _____ _____ _____ _____ _____		Documentos Entregues (Específicos) () Cópia da Certidão de Inscrição e Registro Pessoa Jurídica Válido (Para Clínicas) () Cópia do PGRSS () POP** da Lavagem e Esterilização dos Materiais*** () Laudo de Levantamento Radiométrico*** () Laudo de Blindagem do Cabeçote*** () Laudo do Controle de Qualidade Radiológico*** () Testes de Esterilização Mensais (Biológicos) () Ficha de Anamnese Odontológica*** <u>Se não é utilizado Raio X, entregar declaração.</u>

*EPAO: Entidade Prestadora de Assistência Odontológica

**POP: Procedimento Operacional Padrão

***Se entregues na primeira solicitação e válidos, não é necessário entregar novamente.

Assinatura do requerente: _____ Data: ____/____/____