

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE DE PRESTADOR DE SERVIÇO DE SAÚDE

Para solicitação de dispensa de Alvará Sanitário ou aprovação de protocolo do GCIM

Nome da/o profissional	
CPF	RG
Conselho	Inscrição
	Telefones
Endereço [] residencial e/ou [] comercial?	
Número	
Bairro	Complemento
Possui área física onde serão desenvolvidas as atividades? [] Não / [] Sim: informar a localização	
Atividades desenvolvidas (descrição resumida, exceto cópia do texto do CNPJ / CNAE)	

Solicitação

<input type="checkbox"/> Solicito dispensa de Alvará Sanitário	<input type="checkbox"/> Solicito aprovação do GCIM (Regin) protocolo nº _____
Data	Assinatura

Entregar este documento acompanhado de cópia de: carteira do conselho, GCIM, contrato /declaração de prestação de serviço com Pessoa Jurídica que tenha Alvará Sanitário para a atividade; e original de taxa com o comprovante do pagamento.

Pessoa Jurídica: os documentos acima, mais: contrato social (ou última alteração contratual, ou Certidão de Condição de MEI), e cartão do CNPJ

Emitir o Acompanhamento de Viabilidade do GCIM em:

<https://gcim.ciga.sc.gov.br/viabilidade/acompanhamento>

Na Vigilância Sanitária (Rua do Príncipe, 330, 10º andar, Centro, Joinville / SC)

PARECER DO FISCAL

<input type="checkbox"/> DEFERIDA a solicitação de dispensa de Alvará Sanitário	Assinatura e carimbo
<input type="checkbox"/> INDEFERIDA a solicitação de dispensa, pelo motivo de: Justificativa: _____ _____	
<input type="checkbox"/> Data	