

Contrato nº 21/2015 – publicado em 16/03/2015	Tarcon Engenharia Projetos, Construções e Serviços Ltda	Da Fiscalização: ...representante da contratante...
Contrato nº 22/2015 – publicado em 26/02/2015	Edcon Comércio e Construções Ltda	Da Fiscalização: ...representante da contratante...
Contrato nº 43/2015 – publicado em 10/03/2015	TECCONS – Comércio, Construções e Serviços Ltda	Da Fiscalização: ...representante da contratante...
Contrato nº 44/2015 – publicado em 10/03/2015	TECCONS – Comércio, Construções e Serviços Ltda	Da Fiscalização: ...representante da contratante...
Contrato nº 45/2015 – publicado em 17/03/2015	TECCONS – Comércio, Construções e Serviços Ltda	Da Fiscalização: ...representante da contratante...
Contrato nº 46/2015 – publicado em 10/03/2015	TECCONS – Comércio, Construções e Serviços Ltda	Da Fiscalização: ...representante da contratante...
Contrato nº 54/2015 – publicado em 17/03/2015	BV Boa Vista Construções Ltda	Da Fiscalização: ...representante da contratante...

GABINETE DO SECRETÁRIO EXECUTIVO MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO, em 18 de maio de 2015. **Joaquim Aristides de Oliveira - SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO - SME.**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PORTARIA Nº 133/2015 - A SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE FORTALEZA, no uso das suas atribuições de lei e na forma do que dispõe o artigo 186, e seguintes, da Lei nº 6.794, de 27 de dezembro de 1990, em ut. RESOLVE: Designar os servidores GERALDO ATAÍDES DA SILVA, Advogado, matrícula nº 14.106-1, em exercício funcional nesta Secretaria Municipal de Saúde, na Assessoria Jurídica, como Presidente, a servidora efetiva MARIA SANTA MARTINS TIMBÓ, matrícula nº 20.113-1, com sua atividade funcional no SAMU 192 Fortaleza, como Secretária, para comporem a Comissão, com fins de apuração sumária, por intermédio da Sindicância Administrativa, de todos os fatos narrados na origem do Processo nº 0210113109059/2013. Esta sindicância a que se refere a esta portaria deverá ser concluída no prazo de 30 (trinta) dias, a serem contados da data de sua publicação no Diário oficial do Município - DIOM, podendo para tanto, realizarem as diligências, e inclusive nomearem um servidor, para auxílio, ut. GABINETE DA SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Registre-se, publique-se e cumpra-se. Fortaleza, 14 de maio de 2015. **Maria do Perpétuo Socorro Martins Breckenfeld - SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE.**

*** **

PORTARIA Nº 135/2015 - A SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais, instituídas pelo art. 299 da Lei Orgânica do Município de Fortaleza; art. 11 da Lei nº 8.608, de 26 de dezembro de 2001, e ainda, conforme Ato nº 0007/2013, de 02 de janeiro de 2013. CONSIDERANDO o que consta nos autos do Processo Administrativo nº P377643/2014 e no Parecer/COJUR nº 720/2015. CONSIDERANDO a previsão legal do art. 37 da Lei Federal nº 4.320/1964, do art. 22 e § 1º e § 2º do Decreto Federal nº 93.872/1986, que autoriza o pagamento de despesas de exercício anterior. CONSIDERANDO o Decreto nº 12.757 "A", de 19 de fevereiro de 2011, que fixa as competências de ordenadores de despesas dos órgãos pertencentes à Administração Pública Municipal. CONSIDERANDO o Decreto nº

12.472/2008, que dispõe sobre os procedimentos para inscrição e execução dos Restos a Pagar e depósitos de terceiros. RESOLVE: Art. 1º - Reconhecer a dívida referente à concessão de quatro diárias Região Dentro do Estado (acrescido de uma diária de deslocamento consoante o que estabelece o art. 3º do § 1º, do mesmo) referente a viagem para o Município de Quixadá, para a Servidora Sra. Maria Aparecida Mota Cavalcante, no valor de R\$ 720,00 (setecentos e vinte reais), conforme Ato nº 774/2014 - SEGOV. Art. 2º - O valor supra referido será empenhado e terá a seguinte Dotação Orçamentária: • 25.901.10.122.0001.2473.0001, Elemento de Despesa 339014, Fonte 0212, Seq. 478, da Ação de Manutenção e Funcionamento Administrativo. Registre-se. Publique-se. Cumpra-se. GABINETE DA SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE, em 07 de maio de 2015. **Maria do Perpétuo Socorro Martins Breckenfeld - SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE.**

*** **

PORTARIA SMS Nº 136/2015 - A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais, instituídas pelo art. 299 da Lei Orgânica do Município de Fortaleza; art. 11 da Lei nº 8.608, de 26 de dezembro de 2001, e ainda, conforme Ato nº 0007/2013, de 02 de janeiro de 2013. CONSIDERANDO o art. 196 da Constituição Federal segundo o qual saúde é direito de todos e dever do Estado. CONSIDERANDO que o Sistema Único de Saúde, consagrado constitucionalmente, atribui competência legal para que o Município execute ações de Vigilância Sanitária e Controle de Avaliação. RESOLVE: Art. 1º - Estabelecer a documentação necessária, na forma dos anexos desta Portaria, para a emissão da Licença Sanitária dos estabelecimentos que estão sob a fiscalização da vigilância sanitária, seja de caráter inicial ou de renovação, bem como trâmite de solicitação da referida licença e dá outras providências. Parágrafo Único. Esta Portaria aplica-se a todos os estabelecimentos sob a competência da vigilância sanitária do município de Fortaleza, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares.

**CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES
Seção I**

Tramite do Processo de Solicitação de Licença Sanitária

Art. 2º - No ato da solicitação da Licença Sanitária, o estabelecimento entregará, no Setor de Protocolo, a documentação necessária conforme Anexos desta Portaria. I – No momento da entrega, o servidor responsável irá conferir se a documentação apresentada está de acordo com as exigências desta Portaria. II - Caso a documentação esteja incompleta, o servidor responsável orientará o setor regulado para resolução das pendências encontradas. O processo será registrado no Sistema de Protocolo Único (SPU), mas deverá ficar aguardando as pendências serem sanadas para posterior envio à Vigilância Sanitária; III - Caso todos os documentos necessários sejam entregues e não exista nenhuma pendência, o processo será registrado no SPU e encaminhado diretamente para a Vigilância Sanitária. Art. 3º - Qualquer alteração nas atividades da empresa e demais dados necessários à identificação do estabelecimento ou do responsável técnico devem seguir o abaixo estipulado: § 1º Em caso de alteração das atividades econômicas da empresa é necessário o requerimento imediato de nova licença sanitária. § 2º Em caso de alteração do responsável técnico é necessário apresentar a documentação, expedida pelo Conselho de Classe, que comprove a responsabilidade técnica. Art. 4º - A licença sanitária é o documento que formaliza o controle sanitário dos estabelecimentos, visando garantir boas condições de funcionamento no tocante à saúde da população. Os critérios para a sua exigibilidade e concessão são a seguir regulamentados: § 1º - A licença sanitária deverá ser afixada em local visível ao público e terá validade de 01(um) ano contado a partir da data de sua expedição, devendo ser renovada por períodos iguais e sucessivos. § 2º A renovação da licença sanitária deverá ser requerida: I – para atividades classificadas como baixo risco, até 30 (trinta) dias antes

do término do seu prazo de validade; II – para atividades classificadas como alto risco sanitário, até 90 (noventa) dias antes do término do seu prazo de validade. § 3º - Neste Município registro sanitário é sinônimo de licença sanitária ou alvará sanitário. § 4º - Desde que observados os prazos indicados no artigo 4º § 2º, se a autoridade sanitária não decidir sobre o pedido de revalidação antes do término do prazo da licença, esta será considerada automaticamente prorrogada até a data da decisão da autoridade sanitária julgadora, exceto: a) Quando houver exigências a serem cumpridas exclusivamente pelo setor regulado, inclusive no tocante à obrigatoriedade de apresentação de documentos imprescindíveis à conclusão do processo de concessão da referida licença. b) Quando o estabelecimento tenha sua licença sanitária cassada em virtude de decisão proferida em processo administrativo sanitário. § 5º - Mesmo durante o prazo de validade, a licença sanitária poderá ser cassada, após decisão proferida em processo administrativo sanitário instaurado em virtude de infração às normas sanitárias. Art. 5º - As atividades de fiscalização exercidas pelas autoridades sanitárias são priorizadas, considerando o risco sanitário e organizadas conforme o Plano de Ação de Vigilância Sanitária deste Município. Art. 6º - Risco sanitário é a probabilidade de ocorrência de um agravo ou dano, que pode ameaçar a saúde de pessoa ao consumir um produto ou ao utilizar determinado serviço. I - Classifica-se como atividade de baixo risco sanitário aquela que, por sua abrangência ou tipicidade, não ofereça flagrante agravo à saúde coletiva ou individual, por exposição à contaminação física, química ou biológica. II - Classifica-se como atividade de alto risco sanitário aquela que, por sua abrangência ou tipicidade, ofereça flagrante agravo à saúde coletiva ou individual, por exposição à contaminação física, química ou biológica. Art. 7º - A vistoria prévia será sempre obrigatória para fins de concessão de licença sanitária quando a atividade for classificada como “alto risco sanitário”, qualquer que seja a área do estabelecimento. Art. 8º - Para fins de concessão de licenças, as atividades de que trata a Portaria 186/2012, ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la, poderão ficar dispensadas de vistoria prévia quando suas atividades forem consideradas de baixo risco sanitário. Parágrafo Único - As atividades de baixo risco deverão ser fiscalizadas posteriormente pela equipe de fiscalização conforme a demanda do serviço.

CAPÍTULO II DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 9º - Após a concessão da licença sanitária, o interessado deverá empenhar-se para cumprir a legislação sanitária, ficando sujeito a fiscalizações aleatórias conforme a necessidade do serviço. Art.10 - Os serviços e atividades terceirizados pelos estabelecimentos devem possuir contrato de prestação de serviços e estar regularizados perante o órgão sanitário competente, quando couber. Art.11 - A apresentação das documentações exigidas por esta Portaria não isenta os estabelecimentos do cumprimento dos demais instrumentos normativos aplicáveis. Parágrafo Único - Durante a inspeção sanitária, outros documentos poderão ser exigidos conforme a atividade realizada pelo estabelecimento. Art.12 - Esta Portaria estará sujeita a revisão, conforme decisão fundamentada desta Secretaria, com vistas ao pleno desenvolvimento de seu cumprimento. Art. 13 - Entende-se por autoridade sanitária fiscal o servidor público competente com poderes legais para executar ações de fiscalização no âmbito de abrangência da Vigilância Sanitária. Parágrafo Único - Os agentes a serviço da vigilância sanitária, com designação para atuar em inspeção, fiscalização, autuação e outros relativos ao exercício do poder de polícia terão livre acesso aos locais e aos documentos onde se processe, em qualquer fase, a prestação de serviço, a produção, industrialização, o comércio, a distribuição, o armazenamento, o transporte dos produtos regidos pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, pelo Decreto-Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969, Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, pelo Regulamento aprovado pelo Decreto nº

8.077, de 14 de agosto de 2013 e demais normas sanitárias pertinentes. Art. 14 - O não cumprimento dos dispositivos deste instrumento implicará na aplicação das penalidades previstas na Lei Municipal Nº. 8.222, de 28 de dezembro de 1998 ou em Lei que venha alterá-la ou substituí-la. Art.15 Esta portaria entrará em vigor no prazo de 30 (trinta) dias a partir da data de sua Publicação. Registre-se. publique-se. cumpra-se. GABINETE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Fortaleza, 18 de maio de 2015. **Maria do Perpetuo Socorro Martins Breckenfeld - SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE.**

ANEXOS

ANEXO I

DEFINIÇÕES

Para os efeitos desta Portaria e para a sua adequada aplicação, são adotadas as seguintes definições:

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é uma determinação do Ministério da Saúde para todos os estabelecimentos que prestem algum tipo de assistência a saúde, visando disponibilizar informações das atuais condições de infra-estrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas, ou seja, Federal, Estadual e Municipal. Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ): compreende as informações cadastrais das entidades de interesse das administrações tributárias da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. A administração do CNPJ compete à Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB). Certidão de Regularidade do Estabelecimento: documento que comprova a situação regular de uma empresa até a data de sua emissão pelo Conselho Regional de Classe. Certidão de Regularidade Técnica é o documento comprobatório de que o responsável técnico tem qualificação profissional para responder sobre a atividade profissional desenvolvida por determinada empresa ou estabelecimento. Comprovante de Execução de Serviço é documento que a empresa especializada em controle de pragas (DEDETIZAÇÃO) deve fornecer ao cliente comprovando a execução de serviço contendo, informações descritas na Resolução – RDC/ANVISA nº 52, de 22 de Outubro de 2009 ou qualquer outra que venha alterá-la ou substituí-la. Contrato Social: é o contrato que os sócios assinam e assumem, mediante a formação de uma nova sociedade em uma empresa. O contrato de trabalho escrito: é um documento por escrito que mostra o acordo entre as partes empregador e empregado que regula as relações básicas de direitos e deveres no âmbito de uma relação laboral. Empresário individual: (anteriormente chamado de firma individual) é aquele que exerce em nome próprio uma atividade empresarial. É a pessoa física (natural) titular da empresa. O patrimônio da pessoa natural e o do empresário individual são os mesmos, logo o titular responderá de forma ilimitada pelas dívidas. Fiscalização Sanitária: conjunto de procedimentos técnicos e administrativos, de competência das autoridades sanitárias, que visam à verificação do cumprimento da legislação sanitária. Inspeção Sanitária: é o procedimento da fiscalização efetuado pela autoridade sanitária que avalia em todas as etapas das Boas Práticas de Produção e/ou as Boas Práticas de Prestação de Serviços com vistas ao atingimento do Padrão de Identidade e Qualidade e no atendimento à legislação sanitária. Orienta ainda a intervenção, objetivando a prevenção de agravos à saúde do consumidor no que se refere às questões sanitárias. Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) - Instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. Licença para Localização e Funcionamento (Alvará de Localização e Funcionamento): o documento que autoriza o início do funcionamento de qualquer atividade estabelecida em imóvel. Licença Sanitária (Alvará Sanitário ou Registro Sanitário) é o documento emitido pelo órgão sanitário competente dos Estados, Distrito Federal ou

dos Municípios, após análises das condições higiênico-sanitárias de estabelecimentos, veículos e/ou equipamentos que desenvolvam atividades relacionadas sob regime de vigilância sanitária; Manual de Boas Práticas de Fabricação: um documento no qual estão descritas as atividades e procedimentos que as empresas que produzam, manipulam, transportam, armazenam e/ou comercializam produtos sob regime de vigilância sanitária, para garantir que os mesmos tenham segurança e qualidade sanitária aos seus consumidores. Microempreendedor Individual (MEI) é a pessoa que trabalha por conta própria e que se legaliza como pequeno empresário. Para ser um microempreendedor individual, é necessário faturar no máximo até R\$ 60.000,00 por ano e não ter participação em outra empresa como sócio ou titular. O MEI também pode ter um empregado contratado que receba o salário mínimo ou o piso da categoria. Este deve seguir todas as normas sanitárias, contudo é isento do pagamento da taxa de licença sanitária. Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS): documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, no âmbito dos estabelecimentos de saúde, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde pública e ao meio ambiente Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos (PGRS): documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, no âmbito dos estabelecimentos geradores de resíduos das diversas atividades, contemplando os aspectos referentes à segregação, coleta, manipulação, o acondicionamento, o transporte, armazenamento, tratamento a reciclagem e a disposição final dos resíduos sólidos. Procedimentos Operacionais Padronizados (POP): são procedimentos escritos de forma clara e objetiva que estabelecem instruções sequenciais para a realização de ações rotineiras e específicas. Visam à garantia da uniformidade, eficiência e coordenação efetiva de atividades realizadas. Devem estar disponíveis para consulta em locais acessíveis a quem se destinam. Profissional legalmente habilitado: profissional com formação superior ou técnica com suas competências atribuídas por lei; Prova de habilitação Técnica: documentação expedida pelo Conselho de Classe para fins de comprovação de responsabilidade técnica. Responsável Legal: pessoa física designada em estatuto, contrato social ou ata, incumbida de representar, ativa e passivamente, nos atos judiciais e extrajudiciais a pessoa jurídica. Responsável Técnico (RT): profissional de nível superior ou de nível médio profissionalizante, com treinamento específico na área em que assumir a responsabilidade técnica, mantendo-se sempre atualizado, devidamente habilitado pelo respectivo conselho profissional (quando exigido por lei). Serviço de saúde: estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência à população na prevenção de doenças, no tratamento, recuperação e na reabilitação de pacientes. Serviço de Interesse à Saúde: são estabelecimentos que exercem atividades que, direta ou indiretamente, podem provocar benefícios, danos ou agravos à saúde. Setor Regulado: Entende-se por setor regulado prestadores de serviços públicos ou privados no âmbito de abrangência da Vigilância Sanitária. É a parcela do setor produtivo que engloba indústrias, comércios e serviços sujeitos ao controle sanitário. Vigilância Sanitária: Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. Tanatopraxia: Emprego de técnicas que visam à conservação de restos mortais humanos, reconstrução de partes do corpo e embelezamento por necromaqueiagem. Taxa de Licença Sanitária: tributo cobrado pela prestação de serviço de fiscalização calculado com base na área construída do estabelecimento a ser licenciado, conforme

as faixas de área dispostas na tabela do Anexo III do Código Tributário Municipal (CTM). A taxa prevista no referido Código será devida prévia e anualmente, a cada renovação da licença.

Termo de Responsabilidade Técnica (TRT): documento preenchido por profissionais que atuarão como Responsáveis Técnicos em empresas ou estabelecimentos.

ANEXO II

DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À ÁREA DE ALIMENTOS

A) COMÉRCIO DE ALIMENTOS

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
3. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
4. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
5. Cópias do CPF (profissional liberal e autônomo) (inicial/renovação);
6. Cópia do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas pela empresa (inicial/renovação);
7. Cópia de Registro de Empresário Individual ou de Microempreendedor Individual (caso a atividade se enquadre nessa categoria) (inicial/renovação);
8. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (exceto Microempreendedor Individual – MEI) (inicial/renovação);
9. Cópia do Imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana (IPTU), constando a área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
10. Procedimentos Operacionais Padronizados (Normas e Rotinas) (inicial/renovação);
11. Manual de Boas Práticas (para supermercados, açougues, lojas de carne e demais estabelecimentos com manipulação direta de alimentos) (inicial/renovação);
12. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos atualizada. (inicial/renovação);
13. Cópia de Prova de habilitação Técnica expedida pelo Conselho Profissional respectivo
14. Cópia do Contrato de trabalho comprovando vínculo empregatício (contrato de trabalho) e carga horária do responsável técnico, quando exigido por legislação específica (inicial/renovação);
15. Formulário descritivo dos veículos utilizados para transporte de alimentos, devidamente preenchido. (inicial/renovação) conforme Anexo VIII (E)

B) SERVIÇOS DE ALIMENTOS

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
3. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
4. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
5. Cópias do CPF e do Registro Geral (profissional liberal e autônomo) (inicial/renovação);
6. Cópia do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
7. Cópia do Registro de Empresário Individual ou de Microempreendedor Individual (caso a atividade se enquadre nessa categoria) (inicial/renovação);
8. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (exceto Microempreendedor Individual – MEI) (inicial/renovação);
9. Cópia do IPTU, constando a área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
10. Procedimentos Operacionais Padronizados (Normas e Rotinas) (inicial/renovação);

11. Manual de Boas Práticas (marmitarias, cozinhas industriais, buffets, dentre outros) (inicial/renovação);
12. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos atualizada quando necessário (inicial/renovação);
13. Cópia de Prova de habilitação Técnica expedida pelo Conselho Profissional respectivo, quando exigido por lei.
14. Cópia do Contrato de trabalho comprovando vínculo empregatício e carga horária do responsável técnico, quando exigido por legislação específica (inicial/renovação);
15. Formulário descritivo dos veículos utilizados para transporte de alimentos, devidamente preenchido (inicial/renovação), conforme Anexo VIII (E)

C) INDÚSTRIA DE ALIMENTOS

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
3. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
4. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
5. Cópia do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas e produtos fabricados (inicial/renovação);
6. Cópia do Registro de Empresário Individual ou de Microempreendedor Individual (caso a atividade se enquadre nessa categoria) (inicial/renovação);
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (exceto Microempreendedor Individual – MEI) (inicial/renovação);
8. Cópia do IPTU, constando a área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
9. Procedimentos Operacionais Padronizados (Normas e Rotinas) (inicial/renovação);
10. Manual de Boas Práticas de Fabricação (inicial/renovação);
11. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos atualizado (inicial/renovação);
12. Cópia de Prova de habilitação Técnica expedida pelo Conselho Profissional respectivo, quando exigido por legislação específica (inicial/renovação);
13. Cópia do Contrato de trabalho comprovando vínculo empregatício do responsável técnico e carga horária do responsável técnico, quando exigido por legislação específica; (inicial/renovação);
14. Formulário descritivo dos veículos utilizados para transporte de alimentos, devidamente preenchido (inicial/renovação), conforme Anexo VIII (E)

D) TRANSPORTADORA E DISTRIBUIDORA DE ALIMENTOS

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
3. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
4. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
5. Cópia do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas e produtos transportados e comercializados (inicial/renovação);
6. Registro de Empresário Individual ou de Microempreendedor Individual (caso a atividade se enquadre nessa categoria) (inicial/renovação);
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (exceto Microempreendedor Individual – MEI) (inicial/renovação);
8. Cópia do IPTU, constando a área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
9. Procedimentos Operacionais Padronizados (Normas e Rotinas) (inicial/renovação);
10. Manual de Boas Práticas de Fabricação (inicial/renovação);

11. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos atualizada (inicial/renovação);
12. Cópia de Prova de habilitação Técnica expedida pelo Conselho Profissional respectivo, quando exigido por legislação específica. (inicial/renovação);
13. Cópia do Contrato de trabalho comprovando vínculo empregatício do responsável técnico e sua carga horária, quando exigido por legislação específica (inicial/renovação);
14. Formulário descritivo dos veículos utilizados para transporte de alimentos, devidamente preenchidos (inicial/renovação) Conforme Anexo VIII (E).

ANEXO III

DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À ÁREA PRODUTOS E SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

A) FARMÁCIAS/DROGARIAS

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (licença) de Localização e Funcionamento; (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária (Registro Sanitário) anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos, devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas. (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel. (inicial/renovação)
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
8. Cópia da Certidão de Regularidade Técnica (ou Declaração equivalente) atualizada em nome do Profissional Farmacêutico emitida pelo Conselho Regional de Farmácia (inicial/renovação);
9. Procedimentos Operacionais Padronizados (POP) relativos às atividades realizadas no estabelecimento; (inicial/renovação)
10. Manual de Boas Práticas Farmacêuticas (inicial/renovação);
11. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) (inicial/renovação);
12. Cópia do Contrato do profissional legalmente habilitado pelo COREN responsável pelo ambulatório (caso exista ambulatório) (inicial/renovação);
13. Declaração assinada pelo Responsável Legal, contendo o horário de funcionamento do estabelecimento. Conforme modelo disponibilizado no site da SMS (inicial/renovação);
14. Cópia da Publicação no Diário Oficial da União da Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE) expedida pela ANVISA/MS; (renovação);

B) DISTRIBUIDORAS E/OU IMPORTADORAS DE MEDICAMENTOS E/OU PRODUTOS PARA SAÚDE (CORRELATOS)

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente; (renovação)
4. Cópia da Licença de Operação emitida pelo órgão ambiental responsável (somente para atividade de Distribuidora); (renovação);
5. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
6. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas. (inicial/renovação);
7. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel. (inicial/renovação)

8. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
9. Cópia da Certidão de Regularidade Técnica atualizada em nome do Profissional Responsável, emitida pelo Conselho Profissional respectivo (inicial/renovação);
10. Procedimentos Operacionais Padronizados – POP relativos às atividades realizadas no estabelecimento (inicial/renovação);
11. Manual de Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento (inicial/renovação);
12. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) (inicial/renovação);
13. Cópia da Publicação no Diário Oficial da União da Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE) expedida pela ANVISA/MS (renovação).
14. Cópia da Publicação no Diário Oficial da União da Autorização Especial (AE), expedida pela ANVISA/MS para empresas que distribuem e/ou importem medicamentos sujeitos a controle especial (renovação).

C) COMÉRCIO VAREJISTA DE PRODUTOS MEDICOS-HOSPITALARES (PRODUTOS PARA SAÚDE)

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente; (renovação)
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas. (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel. (inicial/renovação)
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
8. Cópia da Certidão de Regularidade Técnica atualizada em nome do Profissional Responsável, emitida pelo Conselho Profissional respectivo (inicial/renovação);
9. Procedimentos Operacionais Padronizados – POP relativos às atividades realizadas no estabelecimento (inicial/renovação);
10. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos Serviços de Saúde (PGRSS) (inicial/renovação);
11. Cópia da Publicação no Diário Oficial da União da Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE), expedida pela ANVISA/MS. (Não obrigatória para o comércio varejista de produtos para saúde de uso leigo). (renovação). Cópia da Publicação no Diário Oficial da União da Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE), expedida pela ANVISA/MS, ressalvados os comércio varejista de produtos para saúde de uso leigo. (renovação).

D) TRANSPORTADORA DE MEDICAMENTOS

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia da Licença de Operação emitida pelo órgão ambiental responsável; (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas. (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel. (inicial/renovação)
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
8. Cópia da Certidão de Regularidade Técnica atualizada em nome do Profissional Farmacêutico, emitida

pelo Conselho Regional de Farmácia (somente para atividade com medicamentos) (inicial/renovação);

9. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas no estabelecimento (inicial/renovação);
10. Manual de Boas Práticas de Transporte (inicial/renovação);
11. Relação atualizada dos veículos destinados ao transporte de medicamentos (Tipo de veículo e Placa) (inicial/renovação)
12. Cópia da Publicação no Diário Oficial da União da Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE), expedida pela ANVISA/MS (renovação).
13. Cópia da Publicação no Diário Oficial da União da Autorização Especial (AE), expedida pela ANVISA/MS para empresas transportam medicamentos sujeitos a controle especial; (renovação)

E) LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS, PATOLÓGICAS, CITOPATOLÓGICAS OU POSTOS DE COLETAS

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente; (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária (Registro Sanitário) anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas. (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel. (inicial/renovação).
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
8. Cópia da Certidão de Regularidade Técnica atualizada em nome do Profissional Responsável, emitida pelo Conselho Profissional respectivo (inicial/renovação)
9. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas no estabelecimento (inicial/renovação);
10. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos Serviços de Saúde (PGRSS) (inicial/renovação);

F) LABORATÓRIO DE CONTROLE DE QUALIDADE DE PRODUTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA.

(Ex.: Realiza análise de água, alimentos, cosméticos e/ou saneantes).

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
8. Cópia da Certidão de Regularidade Técnica atualizada em nome do Profissional Farmacêutico emitida pelo Conselho Regional de Farmácia (inicial/renovação);
9. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas no estabelecimento; (inicial/renovação)
10. Manual de Boas Práticas (inicial/renovação);
11. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos (inicial/renovação);

G) GRÁFICAS QUE CONFECCIONAM TALONÁRIOS DE MEDICAMENTOS SUJEITOS À CONTROLE ESPECIAL

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);

ANEXO IV

DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À ÁREA DE PRODUTOS QUÍMICOS

A) EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE CONTROLE DE VETORES E PRAGAS URBANAS (DESINSETIZADORAS).

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
8. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento (inicial/renovação);
9. Cópia do Certificado de regularidade técnica do Responsável Técnico expedido no respectivo Conselho de Classe. (inicial/renovação)
10. Cópia da Cédula de Identidade Profissional do Responsável Técnico (inicial/renovação)
11. Relação dos produtos a serem utilizados, com especificação do modo de uso, e área de aplicação (residenciais, áreas internas e externas, estabelecimentos comerciais, etc.) (inicial/renovação)

B) ESTABELECIMENTO COMERCIAL DE COSMÉTICO, PRODUTO DE HIGIENE PESSOAL E PERFUME E/OU SANEANTES (LOJAS, POSTOS DE VENDAS ARMAZÉNS, PERFUMARIAS)

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);

8. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas no estabelecimento; (inicial/renovação)
9. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos (inicial/renovação);

C) ESTABELECIMENTO DE DISTRIBUIÇÃO E ARMAZENAMENTO DE COSMÉTICO, PRODUTO DE HIGIENE PESSOAL E PERFUME E/OU SANEANTES.

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
8. Termo de Responsabilidade Técnica ou cópia do Certificado de regularidade técnica do Responsável Técnico expedido pelo Conselho Profissional; (inicial/renovação)
9. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento (inicial/renovação);
10. Manual de Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição (inicial/renovação).
11. Cópia da Publicação no Diário Oficial da União da Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE) expedida pela ANVISA/MS (renovação)
12. Plano de Gerenciamento de Resíduos (inicial/renovação);

D) ESTABELECIMENTO DE TRANSPORTE DE COSMÉTICO, PRODUTO DE HIGIENE PESSOAL E PERFUME E/OU SANEANTES

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
8. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento (inicial/renovação);
9. Manual de Boas Práticas de Transporte (inicial/renovação)
10. Cópia da Publicação no Diário Oficial da União da Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE), expedida pela ANVISA/MS (renovação)

E) ESTABELECIMENTO INDUSTRIAL DE COSMÉTICO, PRODUTO DE HIGIENE PESSOAL E PERFUME E/OU SANEANTES

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária devidamente preenchido (inicial/renovação);

2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
8. Cópia da Certidão de Regularidade Técnica atualizada em nome do Profissional Responsável, emitida pelo Conselho Profissional respectivo (inicial/renovação);
9. Cópia da Cédula de Identidade Profissional do Responsável Técnico (inicial/renovação)
10. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento (inicial/renovação);
11. Manual de Boas Práticas de Fabricação (inicial/renovação);
12. Plano de Gerenciamento de Resíduos (inicial/renovação);
13. Cópia da Publicação no Diário Oficial da União da Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE), expedida ANVISA/MS (renovação)
14. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos (inicial/renovação);
15. Declaração de Aprovação do Projeto Arquitetônico e cópia do projeto aprovado, expedido pelo órgão competente (inicial);

F) ESTABELECIMENTO DE DISTRIBUIÇÃO E ARMAZENAMENTO DE OUTROS PRODUTOS QUÍMICOS (SOLVENTES, REAGENTES, TINTAS, MATÉRIA-PRIMA, INSUMOS E OUTROS).

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
8. Lista dos tipos de produtos que são/serão distribuídos e/ou armazenados pela empresa (inicial/renovação)

ANEXO V

DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À ÁREA SERVIÇOS DE SAÚDE

A) CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS COM E SEM RAIOS X INTRA-ORAL

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);

7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
8. Cópia de Prova de habilitação Técnica expedida pelo Conselho Profissional respectivo (inicial/renovação);
9. Cópia do Contrato de trabalho comprovando vínculo empregatício do responsável técnico, quando necessário (inicial/renovação);
10. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento com assinatura do responsável legal e/ou técnico (inicial/renovação);
11. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde atualizado (inicial/renovação);
12. Cópia da aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde pelo órgão competente; (inicial/renovação);
13. Cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES atualizado (inicial/renovação);
14. Memorial descritivo de proteção radiológica, assinado pelo responsável legal do estabelecimento e pelo supervisor de proteção radiológica de radiodiagnóstico – SPR, em caso de prestação deste serviço (inicial/renovação); Conforme Anexo VIII (D)
15. Cópia da licença sanitária atualizada dos prestadores de serviços quando houver terceirizados; (inicial/renovação);

B) LABORATÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES atualizado (inicial/renovação);
4. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
5. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
6. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
7. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
8. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
9. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento com assinatura do responsável legal e/ou técnico (inicial/renovação);
10. Cópia de Prova de habilitação Técnica expedida pelo Conselho Profissional respectivo, quando exigido por legislação específica (inicial/renovação);
11. Cópia do Contrato de trabalho comprovando vínculo empregatício do responsável técnico, quando necessário (inicial/renovação);
12. Cópia da licença sanitária atualizada dos prestadores de serviços quando houver terceirizados; (inicial/renovação);

C) CLÍNICA/CONSULTÓRIO DE SERVIÇO DE SAÚDE

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES atualizado (inicial/renovação);
4. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
5. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
6. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
7. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);

8. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
9. Cópia de Prova de habilitação Técnica expedida pelo Conselho Profissional respectivo, quando exigido por legislação específica. (inicial/renovação);
10. Cópia do Contrato de trabalho comprovando vínculo empregatício e carga horária do responsável técnico, quando necessário. (inicial/renovação);
11. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento com assinatura do responsável legal e/ou técnico (inicial/renovação);
12. Memorial descritivo de proteção radiológica, assinado pelo responsável legal do estabelecimento e pelo supervisor de proteção radiológica de radiodiagnóstico – SPR, em caso de prestação deste serviço (inicial/renovação) Conforme Anexo VIII (D);
13. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde atualizado (inicial/renovação);
14. Cópia da aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde pelo órgão competente (inicial/renovação);
15. Cópia da licença sanitária atualizada dos prestadores de serviços quando houver terceirizados (inicial/renovação);

D) UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES atualizado (inicial/renovação);
4. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
5. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
6. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
7. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
8. Cópia de Prova de habilitação Técnica expedida pelo Conselho Profissional respectivo, quando exigido por legislação específica. (inicial/renovação);
9. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento com assinatura do responsável legal e/ou técnico (inicial/renovação);
10. Memorial descritivo de proteção radiológica, assinado pelo responsável legal do estabelecimento e pelo supervisor de proteção radiológica de radiodiagnóstico – SPR, em caso de prestação deste serviço (inicial/renovação); Conforme Anexo VIII (D)
11. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde atualizado (inicial/renovação);
12. Cópia da aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde pelo órgão competente; (inicial/renovação);
13. Cópia da licença sanitária atualizada dos prestadores de serviços quando houver terceirizados; (inicial/renovação)

E) CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES atualizado (inicial/renovação);
4. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
5. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);

6. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
7. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
8. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
9. Cópia de Prova de habilitação Técnica expedida pelo Conselho Profissional respectivo, quando exigido por legislação específica. (inicial/renovação);
10. Cópia do Contrato de trabalho comprovando vínculo empregatício e a carga horária do responsável técnico, quando necessário (inicial/renovação);
11. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento com assinatura do responsável legal e/ou técnico (inicial/renovação);
12. Manual de Boas Práticas de dispensação de medicamentos; (inicial/renovação);
13. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde atualizado (inicial/renovação);
14. Cópia da aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde pelo órgão competente; (inicial/renovação);
15. Cópia da licença sanitária atualizada dos prestadores de serviços quando houver terceirizados; (inicial/renovação);

F) HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES atualizado (inicial/renovação);
4. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
5. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
6. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
7. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
8. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
9. Cópia de Prova de habilitação Técnica expedida pelo Conselho Profissional respectivo, quando exigido por legislação específica. (inicial/renovação);
10. Cópia do Contrato de trabalho comprovando vínculo empregatício e a carga horária do responsável técnico, quando necessário. (inicial/renovação);
11. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento com assinatura do responsável legal e/ou técnico (inicial/renovação);
12. Cópia da licença sanitária atualizada dos prestadores de serviços quando houver terceirizados; (inicial/renovação);
13. Memorial descritivo de proteção radiológica, assinado pelo responsável legal do estabelecimento e pelo supervisor de proteção radiológica de radiodiagnóstico – SPR, em caso de prestação deste serviço, conforme ANEXO VIII (D) (inicial/renovação);
14. Manual de Boas Práticas de Dispensação de Medicamentos; (inicial/renovação);
15. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde atualizado (inicial/renovação);
16. Cópia da aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde pelo órgão competente; (inicial/renovação);
17. Cópia da licença sanitária atualizada dos prestadores de serviços quando houver terceirizados; (inicial/renovação);

G) FUNERÁRIA COM TANATOPRAXIA

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
8. Cópia de Prova de habilitação Técnica expedida pelo Conselho Profissional respectivo, quando exigido por legislação específica. (inicial/renovação);
9. Cópia do Contrato de trabalho comprovando vínculo empregatício e a carga horária do responsável técnico, quando necessário. (inicial/renovação);
10. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento com assinatura do responsável legal e/ou técnico (inicial/renovação);
11. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde atualizado (inicial/renovação);
12. Cópia da aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde pelo órgão competente; (inicial/renovação);

H) FUNERÁRIA SEM TANATOPRAXIA

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
8. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento (inicial/renovação);
9. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde atualizado (inicial/renovação);
10. Cópia da aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde pelo órgão competente; (inicial/renovação);

I) LAVANDERIA COMUM E HOSPITALAR

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
8. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento (inicial/renovação);

J) INSTITUTO DE BELEZA E SIMILARES (Cabeleireiro, Manicure, Tratamento facial, Corporal, Podólogo, dentre outros)

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
7. Cópia de Prova de habilitação Técnica expedida pelo Conselho Profissional respectivo, quando exigido por legislação específica. (inicial/renovação);
8. Cópia do Contrato de trabalho comprovando vínculo empregatício do responsável técnico, quando necessário. (inicial/renovação);
9. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
10. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento (inicial/renovação);
11. Cópia da licença sanitária atualizada dos prestadores de serviços quando houver terceirizados; (inicial/renovação);
12. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde atualizado se necessário (inicial/renovação);
13. Cópia da aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde pelo órgão competente atualizado se necessário; (inicial/renovação);

K) MOTEL/HOTÉIS E CONGÊNERES

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
8. Cópia da aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde pelo órgão competente; (inicial/renovação);
9. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento (inicial/renovação);
10. Manual de Boas Práticas de Alimentos, em caso de serviços com alimentação.
11. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos atualizado se necessário (inicial/renovação);
12. Cópia da aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos pelo órgão competente atualizado se necessário; (inicial/renovação);

L) ÓTICAS

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);

4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
8. Cópia do Contrato de trabalho comprovando vínculo empregatício e carga horária do responsável técnico (inicial/renovação);
9. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento (inicial/renovação);

M) COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES atualizado (inicial/renovação);
4. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
5. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
6. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
7. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
8. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
9. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento com assinatura do responsável legal e/ou técnico (inicial/renovação);
10. Cópia da licença sanitária atualizada dos prestadores de serviços quando houver terceirizados; (inicial/renovação);
11. Manual de Boas Práticas de Dispensação de Medicamentos; (inicial/renovação);
12. Manual de Boas Práticas de Alimentos, em caso de serviços com alimentação. (inicial/renovação);
13. Cópia de Prova de habilitação Técnica expedida pelo Conselho Profissional respectivo, quando exigido por legislação específica. (inicial/renovação);
14. Cópia do Contrato de trabalho comprovando vínculo empregatício e carga horária do responsável técnico (inicial/renovação);
15. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde atualizado se necessário (inicial/renovação);
16. Cópia da aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde pelo órgão competente se necessário; (inicial/renovação);
17. Cópia da licença sanitária atualizada dos prestadores de serviços quando houver terceirizados; (inicial/renovação);

N) GABINETE DE TATUAGEM E PIERCING, MAQUIAGEM DEFINITIVA E CONGÊNERES

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);

7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
8. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento com assinatura do responsável legal e/ou técnico (inicial/renovação);
9. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde atualizado (inicial/renovação);
10. Cópia da aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde pelo órgão competente; (inicial/renovação);
11. Cópia da licença sanitária atualizada dos prestadores de serviços quando houver terceirizados; (inicial/renovação);

O) INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA DE IDOSOS

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve estar legalmente constituída e apresentar: Estatuto registrado; Registro de entidade social; Regimento Interno.
6. Cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES atualizado (inicial/renovação);
7. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
8. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
9. Cópia de Prova de habilitação Técnica expedida pelo Conselho Profissional respectivo. (inicial/renovação);
10. Cópia do Contrato de trabalho comprovando vínculo empregatício e carga horária do responsável técnico (inicial/renovação);
11. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento com assinatura do responsável legal e/ou técnico (inicial/renovação);
12. Cópia da aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde pelo órgão competente; (inicial/renovação);
13. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde atualizado (inicial/renovação);
14. Cópia da licença sanitária atualizada dos prestadores de serviços quando houver terceirizados; (inicial/renovação);
15. Manual de Boas Práticas de Dispensação de Medicamentos; (inicial/renovação);
16. Manual de Boas Práticas de Alimentos, em caso de serviços com alimentação. (inicial/renovação);

P) SERVIÇOS QUE PRESTAM ATENÇÃO DOMICILIAR/HOME CARE

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
8. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento com assinatura do responsável legal e/ou técnico (inicial/renovação);

9. Cópia de Prova de habilitação Técnica expedida pelo Conselho Profissional respectivo. (inicial/renovação);
10. Cópia do Contrato de trabalho comprovando vínculo empregatício e carga horária do responsável técnico (inicial/renovação);
11. Manual de Boas práticas de Dispensação de Medicamentos; (inicial/renovação)
12. Regimento interno que defina o tipo de atenção domiciliar prestada e as diretrizes básicas que norteiam seu funcionamento; (inicial/renovação)
13. Cópia da aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde pelo órgão competente; (inicial/renovação);
14. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde atualizado (inicial/renovação);
15. Cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES atualizado (inicial/renovação);
16. Cópia da licença sanitária atualizada dos prestadores de serviços quando houver terceirizados; (inicial/renovação);
17. Comprovante de vistoria de Serviços de Urgência Pré-Hospitalar Móvel – Ambulâncias se de propriedade da empresa de Atenção Domiciliar (inicial/renovação) (Conforme Anexo VIII - E).

ANEXO VI

DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À ÁREA SERVIÇOS VETERINÁRIOS

A) CONSULTÓRIO VETERINÁRIO

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica e/ou CPF (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
8. Cópia de Prova de habilitação Técnica expedida pelo Conselho Profissional respectivo (inicial/renovação)
9. Cópia do Contrato de trabalho comprovando vínculo empregatício e carga horária do responsável técnico, quando necessário (inicial/renovação);
10. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento com assinatura do responsável legal e/ou técnico (inicial/renovação);
11. Memorial descritivo de proteção radiológica, assinado pelo responsável legal do estabelecimento e pelo Supervisor de Proteção Radiológica de Radiodiagnóstico (SPR), em caso de prestação deste serviço, conforme Anexo VIII -D (inicial/renovação)
12. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde atualizado (inicial/renovação);
13. Cópia da aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde pelo órgão competente;

B) CLINICA VETERINÁRIA

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica e/ou CPF (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);

4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
8. Cópia de Prova de habilitação Técnica expedida pelo Conselho Profissional respectivo. (inicial/renovação)
9. Cópia do Contrato de trabalho comprovando vínculo empregatício e carga horária do responsável técnico, quando necessário (inicial/renovação);
10. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento com assinatura do responsável legal e/ou técnico (inicial/renovação);
11. Memorial descritivo de proteção radiológica, assinado pelo responsável legal do estabelecimento e pelo supervisor de proteção radiológica de radiodiagnóstico – SPR, em caso de prestação deste serviço, conforme Anexo VIII - D (inicial/renovação)
12. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde atualizado (inicial/renovação);
13. Cópia da aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde pelo órgão competente;
14. Cópia da licença sanitária atualizada dos prestadores de serviços quando houver terceirizados; (inicial/renovação);

C) HOSPITAL VETERINÁRIO

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica e/ou CPF (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
8. Cópia de Prova de habilitação Técnica expedida pelo Conselho Profissional respectivo (inicial/renovação)
9. Cópia do Contrato de trabalho comprovando vínculo empregatício e carga horária do responsável técnico (inicial/renovação);
10. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento com assinatura do responsável legal e/ou técnico (inicial/renovação);
11. Memorial descritivo de proteção radiológica, assinado pelo responsável legal do estabelecimento e pelo Supervisor de Proteção Radiológica de Radiodiagnóstico (SPR), em caso de prestação deste serviço, conforme Anexo VIII - D (inicial/renovação)
12. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde atualizado (inicial/renovação);
13. Cópia da aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde pelo órgão competente;
14. Cópia da licença sanitária atualizada dos prestadores de serviços quando houver terceirizados; (inicial/renovação);

D) LABORATÓRIO VETERINÁRIO

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);

2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica e/ou CPF (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
7. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (inicial/renovação);
8. Cópia de Prova de habilitação Técnica expedida pelo Conselho Profissional respectivo, quando necessário. (inicial/renovação);
9. Cópia do Contrato de trabalho comprovando vínculo empregatício e carga horária do responsável técnico (inicial/renovação);
10. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento com assinatura do responsável legal e/ou técnico (inicial/renovação);
11. Manual de Boas Práticas (inicial/renovação);
12. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde atualizado (inicial/renovação);
13. Cópia da aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde pelo órgão competente;
14. Cópia da licença sanitária atualizada dos prestadores de serviços quando houver terceirizados; (inicial/renovação);

E) PET-SHOP SEM/COM BANHO E TOSA

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica e/ou CPF (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
7. Registro de Empresário Individual ou de Microempreendedor Individual (caso a atividade se enquadre nessa categoria) (inicial/renovação);
8. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (exceto Microempreendedor Individual – MEI) (inicial/renovação);
9. Cópia de Prova de habilitação Técnica expedida pelo Conselho Profissional respectivo. (inicial/renovação)
10. Cópia do Contrato de trabalho comprovando vínculo empregatício e carga horária do responsável técnico, quando necessário (inicial/renovação);
11. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento com assinatura do responsável legal e/ou técnico (inicial/renovação);
12. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde atualizado, quando necessário (inicial/renovação);
13. Cópia da aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde pelo órgão competente, quando necessário (inicial/renovação);

F) SALÃO DE BANHO E TOSA

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica e/ou CPF (inicial/renovação);

3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
6. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
7. Registro de Empresário Individual ou de Microempreendedor Individual (caso a atividade se enquadre nessa categoria) (inicial/renovação);
8. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária (exceto Microempreendedor Individual – MEI) (inicial/renovação);
9. Cópia do Contrato de trabalho comprovando vínculo empregatício e carga horária do responsável técnico, quando necessário (inicial/renovação);
10. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento com assinatura do responsável legal e/ou técnico (inicial/renovação);

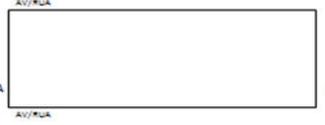
ANEXO VII

A) DOCUMENTAÇÃO MÍNIMA PARA OS DEMAIS ESTABELECEMENTOS NÃO CONTEMPLADOS ESPECIFICAMENTE NESTA PORTARIA QUE DIRETA E/OU INDIRETAMENTE INTERESSEM À SAÚDE

1. Requerimento padronizado de solicitação de Licença Sanitária, devidamente preenchido (inicial/renovação);
2. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica e/ou CPF (inicial/renovação);
3. Cópia do Alvará (Licença) de Localização e Funcionamento vigente (renovação);
4. Cópia da Licença Sanitária anterior (renovação);
5. Contrato de locação do imóvel (quando necessário) (inicial/renovação);
6. Cópia atualizada do Contrato Social e/ou aditivos devendo estar explicitadas as atividades desenvolvidas (inicial/renovação);
7. Cópia do documento do IPTU constando à área do imóvel atualizada (inicial/renovação);
8. Cópia de Comprovante de pagamento da Taxa de Licença Sanitária, exceto se for Microempreendedor Individual. (inicial/renovação);
9. Registro de Empresário Individual ou de Microempreendedor Individual (caso a atividade se enquadre nessa categoria) (inicial/renovação);
10. Cópia de Prova de habilitação Técnica expedida pelo Conselho Profissional respectivo, quando exigido por legislação específica. (inicial/renovação);
11. Cópia do Contrato de trabalho comprovando vínculo empregatício e carga horária do responsável técnico, quando necessário (inicial/renovação);
12. Procedimentos Operacionais Padronizados relativos às atividades realizadas pelo estabelecimento com assinatura do responsável legal e/ou técnico (inicial/renovação);
13. Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos atualizado, quando necessário (inicial/renovação);
14. Cópia da aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos pelo órgão competente, quando necessário (inicial/renovação);
15. Cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado, quando necessário (inicial/renovação);
16. Manual de Boas Práticas de Fabricação, quando necessário (inicial/renovação);
17. Manual de Boas Práticas de Alimentos, em caso de serviços com alimentação (inicial/renovação);
18. Cópia da licença sanitária atualizada dos prestadores de serviços quando houver terceirizados; (inicial/renovação);

ANEXO VIII

A) MODELO DE REQUERIMENTO PADRONIZADO DE SOLICITAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA
(Confeccionado pela Prefeitura)

		SECRETARIA REGIONAL _____ VIGILÂNCIA SANITÁRIA REQUERIMENTO - LICENÇA SANITÁRIA RELATIVO AO ANO _____	
<input type="checkbox"/> INICIAL	<input type="checkbox"/> AMPLIAÇÃO DE ATIVIDADES	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE ENDEREÇO	
<input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DA RAZÃO SOCIAL	<input type="checkbox"/> 2ª VIA DE LICENÇA SANITÁRIA	
	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE ÁREA	<input type="checkbox"/> OUTRO: _____	(Especificar)
INFORMAÇÕES DO ESTABELECIMENTO			
NOME OU RAZÃO SOCIAL			
NOME FANTASIA		CNPJ / CPF	
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE PRINCIPAL			
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO		ÁREA (M²)	
NOME		PESSOA PARA CONTATO	
TELEFONE FIXO		CELULAR	
ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO			
TIPO (AV/RUA/TRAV.) NOME DO LOGRADOURO			
NÚMERO	COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP
CROQUI DE LOCALIZAÇÃO			
AV/RUA  AV / RUA AV/RUA			
PONTO DE REFERÊNCIA:			
OBSERVAÇÕES			
RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES E ENTRADA DO PROCESSO			
NOME			
ASSINATURA DO REQUERENTE		DATA DO PREENCHIMENTO	

B) MODELO DE LICENÇA SANITÁRIA
(Confeccionado pela Prefeitura)

		VIGILÂNCIA SANITÁRIA _____	
LICENÇA SANITÁRIA PARA FUNCIONAMENTO		VALIDADE DA LICENÇA <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO	
Nº da Licença Sanitária:		CLASSIFICAÇÃO DO RISCO ALTO <input type="checkbox"/> BAIXO <input type="checkbox"/>	
Razão Social:			
Nome Fantasia:			
CNPJ / CPF:			
Endereço:			
Bairro:		Área do Estabelecimento:	
Atividades Licenciadas:			
Código e Descrição das Atividades Econômicas - CNAE:			
Termo Fiscal Nº: _____ de ____/____/____			
Observações:			
_____ AUTORIDADE(S) SANITÁRIA(S)			
Fortaleza _____ de _____ de _____			
(OBSERVAÇÃO) • A Licença tem validade por um ano, podendo, entretanto, em caso de infração à legislação sanitária vigente, ser cancelada pela Autoridade Sanitária, após julgamento de processo administrativo sanitário. • A renovação da licença sanitária deverá ser requerida, para atividades classificadas como baixo risco, até 30 (trinta) dias antes do término do seu prazo de validade, para atividades classificadas como alto risco sanitário, até 20 (vinte) dias antes do término do seu prazo de validade. (Conforme Portaria Municipal nº 106 de 19 de Junho de 2012 publicada no Diário Oficial do Município nº 14.212 ou qualquer outra que venha alterar ou corrigir). • Este documento deve ser colocado em local visível ao público.			
		Nº: _____	

C) MODELO DO PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRONIZADO SERVIÇOS DE SAÚDE DE INTERESSE À SAÚDE
(Guia orientativo)

PASSOS A SEREM SEGUIDOS:

- 1 Identificação do estabelecimento:
 - Razão social;
 - Nome comercial.
- 2 Nome do responsável técnico e número de conselho de classe (quando necessário).
- 3 Descrição das instalações físicas:
 - localização;
 - tipos de superfícies (piso, teto, paredes);
 - instalações elétricas;
 - iluminação;
 - ventilação;
 - instalações sanitárias.
- 4 Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs) mínimos exigidos.
 - 4.1 Descrição do sistema de abastecimento de água:
 - fonte de abastecimento;
 - freqüência da limpeza do reservatório (método, produto utilizado e responsável técnico pelo procedimento);
 - registro de dados das análises (pontos, freqüência e responsável técnico).
 - 4.2 Processamento de artigos:
 - aparelho utilizado (autoclave e/ou estufa) etc;
 - tempo e temperatura de exposição;
 - fluxo do processamento de artigos;
 - passos utilizados no processamento de artigos;
 - embalagens utilizadas;
 - controle de qualidade do processo utilizado;
 - freqüência do teste biológico;
 - acondicionamento e guarda do material após o processo;
 - prazo de validade da esterilização;
 - uso de indicador químico nas embalagens;
 - uso de EPIs no Centro de Material e Esterilização (CME).
 - 4.3 Definição da freqüência de supervisão pelo técnico responsável ou substituto, como pré – requisito para essa finalidade a fim de que seja verificado a utilização diária dos POPs, pelos funcionários.
 - 4.4 Saúde do trabalhador:
 - exames médicos e laboratoriais, freqüência;
 - vacinação;
 - uso de equipamento de proteção coletiva (EPC);
 - uso de equipamentos de proteção individual (EPI);
 - fluxo do encaminhamento do trabalhador, no caso de acidentes com perfurocortantes e contaminação com material biológico.
 - 4.5 Lavagem básica das mãos/ pias completas:
 - técnica;
 - passos;
 - produto utilizado;
 - freqüência necessária;
 - processamento e freqüência de troca das almotolias se reutilizada.
 - 4.6 Anti-sepsia das mãos e antebraços:
 - descrição do produto químico utilizado;
 - técnica de aplicação;
 - conservação do produto.
 - 4.7 Degermação e anti-sepsia (se realiza cirurgia):
 - passos;
 - técnica;
 - conservação do produto.

- 4.8 Serviço de limpeza:
- áreas e superfícies submetidas ao processo limpeza;
 - frequência da limpeza;
 - métodos de limpeza;
 - periodicidade da limpeza nas diversas áreas;
 - produtos utilizados;
 - EPC e EPI necessários para o trabalhador de limpeza;
 - limpeza a guarda do material utilizado.
- 4.9 Limpeza das grades e dos filtros dos aparelhos de ar-condicionado e troca dos filtros.
- 4.10 Treinamento e educação continuada do trabalhador:
- periodicidade por área de atuação;
 - conteúdo programático mínimo previsto.
- 4.11 Tratamento de feridas
- técnica de curativo;
 - critérios de troca de curativo;
 - produtos utilizados;
 - limpeza da sala de curativo;
 - limpeza e desinfecção do carro de curativo ou mesa auxiliar.
- 4.12 Plano de gerenciamento de resíduos conforme legislação:
- ✓ identificação do estabelecimento prestador de serviços de saúde;
 - ✓ caracterização dos resíduos gerados;
 - ✓ identificação dos resíduos;
 - ✓ manuseio e acondicionamento;
 - ✓ armazenamento;
 - ✓ coleta interna de cada grupo de resíduo, abrangendo os seguintes aspectos:
 - tratamento intra-unidade;
 - triagem de materiais recicláveis;
 - coleta externa;
 - tratamento extra-unidade;
 - destino final;
 - saúde e segurança do trabalhador;
 - cronograma de implantação do PGRSSE.
- 4.13 Padronização de germicidas:
- nome comercial do produto;
 - princípio ativo;
 - modo de utilização;
 - ação;
 - tempo de exposição;
 - acondicionamento;
 - validade;
 - EPI necessário para o manuseio;
 - diluição;
 - incompatibilidade.

Observação:

Os POPs devem ser datados e assinados pelo responsável técnico e pelo responsável legal;

As instruções contidas nos mesmos devem ser por escrito e em linguagem acessível ao usuário (cliente interno e externo)

- Esses documentos devem estar acessíveis aos funcionários envolvidos e disponíveis à autoridade sanitária, quando requerido;
- Vale ressaltar que este modelo serve apenas como guia para a elaboração do POP, de acordo com a realidade do estabelecimento. Caso este realize outros procedimentos não descritos neste modelo, devem ser adicionados a este documento

**D - MEMORIAL DESCRITIVO DE RADIODIAGNÓSTICO
(Guia Orientativo para Setor Regulado)**

Memorial descritivo de proteção radiológica, assinado pelo responsável legal do estabelecimento e pelo

SPR. Conforme PORTARIA Nº 453, DE 1 DE JUNHO DE 1998 que aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências. O memorial descritivo de proteção radiológica deve conter, no mínimo:

a) Descrição do estabelecimento e de suas instalações, incluindo: (i) identificação do serviço e seu responsável legal; (ii) relação dos procedimentos radiológicos implementados; (iii) descrição detalhada dos equipamentos e componentes, incluindo modelo, número de série, número de registro no Ministério da Saúde, tipo de gerador, ano de fabricação, data da instalação, mobilidade e situação operacional; (iv) descrição dos sistemas de registro de imagem (cassetes, tipos de combinações tela-filme, vídeo, sistema digital, etc.); (v) descrição da(s) câmara(s) escura(s), incluindo sistema de processamento. b) Programa de proteção radiológica, incluindo: (i) relação nominal de toda a equipe, suas atribuições e responsabilidades, com respectiva qualificação e carga horária; (ii) instruções a serem fornecidas por escrito à equipe, visando a execução das atividades em condições de segurança; (iii) programa de treinamento periódico e atualização de toda a equipe; (iv) sistema de sinalização, avisos e controle das áreas; (v) programa de monitoração de área incluindo verificação das blindagens e dispositivos de segurança; (vi) programa de monitoração individual e controle de saúde ocupacional; (vii) descrição das vestimentas de proteção individual, com respectivas quantidades por sala; (viii) descrição do sistema de assentamentos; (ix) programa de garantia de qualidade, incluindo programa de manutenção dos equipamentos de raios-x e processadoras; (x) procedimentos para os casos de exposições acidentais de pacientes, membros da equipe ou do público, incluindo sistemática de notificação e registro. c) Relatórios de aceitação da instalação: (i) relatório do teste de aceitação do equipamento de raios-x, emitido pelo fornecedor após sua instalação com o aceite do titular do estabelecimento; (ii) relatório de levantamento radiométrico, emitido por especialista em física de radiodiagnóstico (ou certificação equivalente), comprovando a conformidade com os níveis de restrição de dose estabelecidos neste Regulamento; (iii) certificado de adequação da blindagem do cabeçote emitido pelo fabricante.

**E) FORMULÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO DE TRANSPORTE DE INTERESSE SANITÁRIO
(Confecionado pelo Setor Regulado)**

A. INFORMAÇÃO DA EMPRESA		
Razão social:		
CNPJ/ CPF:		
Quantidade Total de veiculos de Transporte de Interesse Sanitário		
B. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO		
Placa:	Chassi nº	Modelo:
1. Especificações do transporte para prestação de <u>serviços de saúde</u> :		
1.1. () Serviço pré-hospitalar móvel de suporte básico		
1.2. () Serviço pré-hospitalar móvel de suporte avançado		
2. Especificações do <u>transporte de alimentos</u> para consumo humano:		
2.1. Tipo de carroceria: () aberta com proteção () fechada - baú		
2.2. Tipo de Baú: () isotérmico () refrigerado () comum () outros*		
*Especificar outros: _____		
2.3 Tipo(s) de alimento(s) transportado(s):		
() alimento perecível () alimento perecível congelado () alimento perecível não congelado () alimento não perecível		
Especificar:		
B IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO		
Placa:	Chassi nº	Modelo:
1. Especificações do transporte para prestação de <u>serviços de saúde</u> :		
1.1. () Serviço pré-hospitalar móvel de suporte básico		

<p>1.2. () Serviço pré-hospitalar móvel de suporte avançado</p>
<p>2. Especificações do transporte de alimentos para consumo humano: 2.1. Tipo de carroceria: () aberta com proteção () fechada - baú 2.2. Tipo de Baú: () isotérmico () refrigerado () comum () outros* *Especificar outros: _____ 2.3 Tipo(s) de alimento(s) transportado(s): () alimento perecível () alimento perecível congelado () alimento perecível não congelado () alimento não perecível Especificar: _____</p> <p>Obs: Caso a empresa tenha vários veículos, deverá repetir, no mesmo formulário, as especificações constantes na letra B seja da área de alimentos (item 1, 1.1 e 1.2) ou da área de Serviços de Saúde (item 2, 2.1 e 2.3)</p>

F) MODELO DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRONIZADOS (POPs) COMÉRCIO DE ALIMENTOS (Guia orientativo)

O POP destaca as etapas da tarefa, os responsáveis por fazê-la, os materiais necessários e a frequência em que deve ser feita. É um documento aprovado pelo estabelecimento sendo dever de cada manipulador segui-lo. Os POPs devem conter as instruções seqüenciais das operações e a frequência de execução, especificando o nome, o cargo e ou a função dos responsáveis pelas atividades. Devem ser aprovados, datados e assinados pelo responsável do estabelecimento.

PASSOS A SEREM SEGUIDOS:

1. Identificação do estabelecimento:
 - razão social;
 - nome de fantasia.
 2. Nome do responsável técnico e número de conselho de classe (quando necessário).
 3. Descrição das instalações físicas:
 - localização;
 - tipos de superfícies (piso, teto, paredes);
 - instalações elétricas;
 - iluminação;
 - ventilação;
 - instalações sanitárias.
 4. Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs) mínimos exigidos.
- Os comércios de alimentos devem implantar/ implementar Procedimentos Operacionais Padronizados relacionados aos seguintes itens:

- a) Controle de qualidade na recepção de produtos:
 - identificação dos fornecedores;
 - identificação dos produtos;
 - registro do controle de qualidade na recepção de produtos (controle de temperatura, rotulagem de produtos).
- b) Armazenamento de produtos:
 - identificação dos produtos;
 - registro do controle de temperatura (conforme especificação do produto);
 - organização da disposição de produtos (PVPS - primeiro que vence primeiro que sai);
 - identificação (por fornecedor) de produtos avariados, com prazo de validade vencido, devolvidos ou recolhidos do mercado, destinados à devolução (guardadas em local apropriados separados da área de armazenamento e manipulação).
- c) Higienização de instalações, equipamentos e móveis:

- natureza da superfície a ser higienizada, método de higienização;
- princípio ativo selecionado e sua concentração, tempo de contato dos agentes químicos e ou físicos utilizados na operação de higienização (produtos utilizados);
- temperatura e outras informações que se fizerem necessárias;
- áreas e superfícies submetidas ao processo limpeza;
- frequência da limpeza;
- métodos de limpeza;
- periodicidade da limpeza nas diversas áreas;
- equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) e Equipamentos de Proteção Individual (EPI) necessários para o trabalhador de limpeza;
- limpeza e guarda do material utilizado.

- d) Controle integrado de vetores e pragas urbanas: contemplar as medidas
- preventivas e corretivas destinadas a impedir a atração, o abrigo, o acesso e ou a proliferação de vetores e pragas urbanas;
 - no caso da adoção de controle químico, o estabelecimento deve apresentar comprovante de execução de serviço fornecido pela empresa especializada contratada, contendo as informações estabelecidas em legislação sanitária específica.

- e) Descrição do sistema de abastecimento de água:
- fonte de abastecimento;
 - registro de dados das análises (pontos, frequência e responsável técnico).

- f) Higienização do reservatório (caixa d'água):
- natureza da superfície a ser higienizada, método de higienização;
 - princípio ativo selecionado e sua concentração, tempo de contato dos agentes químicos e ou físicos utilizados na operação de higienização.

Obs: O POP deve ser descrito mesmo quando a higienização for realizada por empresa terceirizada e, neste caso, deve ser apresentado o certificado de execução do serviço.

- g) Higiene e saúde dos manipuladores:
- frequência e os princípios ativos usados na lavagem e anti-sepsia das mãos dos manipuladores, assim como as medidas adotadas;
 - descrever medidas adotadas nos casos em que os manipuladores apresentem lesão nas mãos, sintomas de enfermidade ou suspeita de problema de saúde que possa comprometer a qualidade higiênico-sanitária dos alimentos;
 - especificar os exames aos quais os manipuladores de alimentos são submetidos, bem como a periodicidade de sua execução. Descrever programa de capacitação dos manipuladores em higiene, sendo determinada a carga horária, o conteúdo programático e a frequência de sua realização, mantendo-se em arquivo os registros da participação nominal dos funcionários.
- h) Treinamento e educação continuada do trabalhador:
- periodicidade por área de atuação;
 - conteúdo programático mínimo previsto.

- i) Plano de gerenciamento de resíduos, conforme legislação vigente:
- identificação do estabelecimento;
 - caracterização dos resíduos gerados;
 - identificação dos resíduos;
 - manuseio e acondicionamento;
 - armazenamento;

- coleta interna de cada grupo de resíduo, abrangendo os seguintes aspectos: triagem de materiais recicláveis, coleta externa, destino final, saúde e segurança do trabalhador, cronograma de implantação do PGRS.

j) Manutenção preventiva e calibração de equipamentos:

- periodicidade e responsáveis pela manutenção dos equipamentos envolvidos;
- operação de higienização adotada após a manutenção dos equipamentos;
- calibração dos instrumentos e equipamentos de medição ou comprovante da execução do serviço quando a calibração for realizada por empresas terceirizadas.

k) Transporte de alimentos:

- preenchimento do Formulário para Identificação de Veículo de Transporte de Interesse Sanitário;
- identificação dos produtos;
- registro do controle de temperatura (conforme especificação do produto);
- higienização do veículo (natureza da superfície a ser higienizada, método de higienização, frequência da limpeza e desinfecção, produtos utilizados);
- controle de vetores e pragas urbanas do veículo.

Observação:

- Os POPs devem ser datados e assinados pelo responsável técnico e pelo responsável legal;
- Os comércios de alimentos devem dispor de Manual de Boas Práticas e de Procedimentos Operacionais Padronizados. Esses documentos devem estar acessíveis aos funcionários envolvidos e disponíveis à autoridade sanitária, quando requerido;
- Vale ressaltar que este modelo serve apenas como guia para a elaboração do POP, de acordo com a realidade do estabelecimento. Caso este realize outros procedimentos não descritos neste modelo, devem ser adicionados a este documento.

G) MODELO DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRONIZADOS (POPs) SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO (Guia orientativo)

O POP destaca as etapas da tarefa, os responsáveis por fazê-la, os materiais necessários e a frequência em que deve ser feita. É um documento aprovado pelo estabelecimento sendo dever de cada manipulador segui-lo. Os POPs devem conter as instruções sequenciais das operações e a frequência de execução, especificando o nome, o cargo e ou a função dos responsáveis pelas atividades. Devem ser aprovados, datados e assinados pelo responsável do estabelecimento.

PASSOS A SEREM SEGUIDOS:

1. Identificação do estabelecimento:
 - razão social;
 - nome de fantasia.
2. Nome do responsável técnico e número de conselho de classe (quando necessário).
3. Descrição das instalações físicas:
 - localização;
 - tipos de superfícies (piso, teto, paredes);
 - instalações elétricas;
 - iluminação;
 - ventilação;
 - instalações sanitárias.
4. Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs) mínimos exigidos.

Os serviços de alimentação devem implantar/ implementar Procedimentos Operacionais Padronizados relacionados aos seguintes itens:

- a) Higienização de instalações, equipamentos e móveis:
- natureza da superfície a ser higienizada, método de higienização;
 - princípio ativo selecionado e sua concentração, tempo de contato dos agentes químicos e ou físicos utilizados na operação de higienização (produtos utilizados);
 - temperatura e outras informações que se fizerem necessárias;
 - áreas e superfícies submetidas ao processo limpeza;
 - frequência da limpeza;
 - métodos de limpeza;
 - periodicidade da limpeza nas diversas áreas;
 - equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) e Equipamentos de Proteção Individual;
 - (EPI) necessários para o trabalhador de limpeza;
 - limpeza e guarda do material utilizado;
 - quando aplicável, os POPs devem contemplar a operação de desmonte dos equipamentos.

b) Controle integrado de vetores e pragas urbanas: contemplar as medidas

- preventivas e corretivas destinadas a impedir a atração, o abrigo, o acesso e ou a proliferação de vetores e pragas urbanas;
- no caso da adoção de controle químico, o estabelecimento deve apresentar comprovante de execução de serviço fornecido pela empresa especializada contratada, contendo as informações estabelecidas em legislação sanitária específica.

c) Descrição do sistema de abastecimento de água:

- fonte de abastecimento;
- registro de dados das análises (pontos, frequência e responsável técnico).

d) Higienização do reservatório (caixa d'água):

- natureza da superfície a ser higienizada, método de higienização.
- princípio ativo selecionado e sua concentração, tempo de contato dos agentes químicos e ou físicos utilizados na operação de higienização.

Obs: O POP deve ser descrito mesmo quando a higienização for realizada por empresa terceirizada e, neste caso, deve ser apresentado o certificado de execução do serviço.

e) Higiene e saúde dos manipuladores:

- frequência e os princípios ativos usados na lavagem e anti-sepsia das mãos dos manipuladores, assim como as medidas adotadas;
- descrever medidas adotadas nos casos em que os manipuladores apresentem lesão nas mãos, sintomas de enfermidade ou suspeita de problema de saúde que possa comprometer a qualidade higiênico-sanitária dos alimentos;
- especificar os exames aos quais os manipuladores de alimentos são submetidos, bem como a periodicidade de sua execução. Descrever programa de capacitação dos manipuladores em higiene, sendo determinada a carga horária, o conteúdo programático e a frequência de sua realização, mantendo-se em arquivo os registros da participação nominal dos funcionários.

f) Treinamento e educação continuada do trabalhador:

- periodicidade por área de atuação;
- conteúdo programático mínimo previsto.

g) Plano de gerenciamento de resíduos, conforme legislação vigente:

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 26 DE MAIO DE 2015

TERÇA-FEIRA - PÁGINA 51

- identificação do estabelecimento;
- caracterização dos resíduos gerados;
- identificação dos resíduos;
- manuseio e acondicionamento;
- armazenamento;
- coleta interna de cada grupo de resíduo, abrangendo os seguintes aspectos: triagem de materiais recicláveis, coleta externa, destino final, saúde e segurança do trabalhador, cronograma de implantação do PGRS.

Observação:

- Os POPs devem ser datados e assinados pelo responsável técnico e pelo responsável legal;
- Os serviços de alimentação devem dispor de Manual de Boas Práticas e de Procedimentos Operacionais Padronizados. Esses documentos devem estar acessíveis aos funcionários envolvidos e disponíveis à autoridade sanitária, quando requerido;
- Vale ressaltar que este modelo serve apenas como guia para a elaboração do POP, de acordo com a realidade do estabelecimento. Caso este realize outros procedimentos não descritos neste modelo, devem ser adicionados a este documento.
- Os estabelecimentos produtores/industrializadores de alimentos devem seguir a Resolução - RDC Nº. 275, de 21 de outubro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Procedimentos Operacionais Padronizados.

*** **

PORTARIA SMS Nº 137/2015

Revoga a Portaria/SMS nº 008/2015 e aprova roteiros de inspeção sanitária.

A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais, instituídas

pelo inciso IV, do art. 11, da Lei nº 8.608 de 26 de dezembro de 2001, c/c o inciso, do art. 2º, do Decreto nº 11.271, de 24 de outubro de 2002 e Ato nº 10.090, de 1º de setembro de 2011 e, de acordo com o dispositivo da Lei Federal nº 8080 de 19/09/90, artigos 15, I e XX; 18, IV, b, bem como Código de Saúde do Município de Fortaleza, Lei 4.950 de 30/11/77, artigos 1º e 3, e CONSIDERANDO que os serviços de saúde são de relevância pública estando sujeitos à regulamentação, fiscalização e controle pelo Poder Público (art. 197 da CF/88). CONSIDERANDO que o Município de Fortaleza possui dever constitucional de proteger a saúde de seus cidadãos. CONSIDERANDO a necessidade de manter os serviços de interesse à saúde em elevada qualidade, isentando os consumidores de risco e outros agravos à saúde. CONSIDERANDO que o Sistema Único de Saúde consagrado constitucionalmente, atribui competência legal para que o Município de Fortaleza execute ações de Vigilância Sanitária e controle de avaliação quando tais forem necessários para manutenção da qualidade dos serviços de interesse à saúde prestados. RESOLVE: Art. 1º - Ficam aprovados os roteiros de inspeção sanitária para HOTEL/MOTEL E CONGÊNERES, para SERVIÇOS DE MAQUIAGEM DEFINITIVA, TATUAGEM, PIERCING E CONGÊNERES, para UNIDADES DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS EM GERAL, para SERVIÇOS QUE PRESTAM ATENÇÃO DOMICILIAR e para HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE INTERNAÇÃO E HOSPITAL DIA, constantes nos Anexos I, II, III, IV e V, respectivamente. Art. 2º - O não cumprimento dos dispositivos deste instrumento implicará na aplicação das penalidades previstas na Lei Municipal nº. 8.222, de 28 de dezembro de 1998, que disciplina a aplicação de penalidades às infrações a legislação sanitária e dá outras providências. Art. 3º - Fica Revogada a Portaria/SMS nº 008/2015, publicada no Diário Oficial do Município em 24.02.2015. Art. 4º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação. Fortaleza, 20 de maio de 2015. Registre-se. Publique-se. Cumpra-se. **Maria do Perpetuo Socorro Martins Breckenfeld - SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE.**

ANEXO I

ROTEIRO DE INSPEÇÃO PARA HOTEL/MOTEL E CONGÊNERES

1. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA			
Razão social:			
Nome de Fantasia:			
Endereço: (Rua/Av.)		Nº.	Compl.:
Bairro:	Município:	UF:	Cep:
CNPJ/CPF:	Fone:	Fax	
E-mail:			
Nº do alvará de Funcionamento: _____		Nº da Licença Sanitária: _____	
Data de emissão: ____/____/____		Data da emissão: ____/____/____	
		Data de validade: ____/____/____	
Nº de funcionários:			
Classificação do estabelecimento: () HOTEL () MOTEL () POUSADA OUTROS _____			
2. MOTIVO DA INSPEÇÃO:			
() Rotina de trabalho			
() Programas específicos de vigilância sanitária			
() Atendimento à denúncia			
() Solicitação da primeira Licença Sanitária			
() Renovação de Licença Sanitária			
() Outros, especificar _____			
3. ATENDIMENTO AO PÚBLICO			
3.1	Possui área específica para recepção/espera?	SIM	NÃO NA*

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 26 DE MAIO DE 2015

TERÇA-FEIRA - PÁGINA 52

3.2	Possui sanitário exclusivo para funcionários (masculino e feminino)?			
3.3	Os sanitários possuem pia completa (água corrente, toalha descartável, sabonete líquido e lixeira com tampa de acionamento por pedal)?			
3.4	Os sanitários se encontram em boas condições de higiene e conservação?			
3.5	Sanitários para o público (masculino/feminino) em condições para uso (íntegros e em boas condições de higiene)?			
4. DOCUMENTAÇÕES NECESSÁRIAS		SIM	NÃO	NA*
4.1	Possui Procedimentos Operacionais Padronizados (POP's), escritos, contendo instruções claras e bem definidas, datados, assinados pelo responsável técnico e responsável legal, com a descrição de todas as atividades realizadas?			
4.2	Há registro atualizado de dedetização atualizado trimestral (desratização e desinsetização) do estabelecimento Ver cópia da Licença Sanitária da empresa.			
4.3	A instituição possui Licença Sanitária atualizada?			
4.4	Possui contrato com empresas terceirizadas? (Apresentar contratos com as cópias da Licença Sanitária atualizada)			
4.5	O estabelecimento possui Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos?			
4.6	O estabelecimento possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – P-GRSS, conforme couber (Se o estabelecimento possui atividades de interesse à saúde como: Institutos de Beleza, Stúdio de piercing, entre outros).			
5. POTABILIDADE DA ÁGUA		SIM	NÃO	NA*
5.1.	Possui registro semestral de comprovação da lavagem/desinfecção da caixa d'água?			
5.2	Realiza exame microbiológico e físico-químico da água do reservatório em intervalos de seis meses, com laudo laboratorial?			
5.3	Toda a edificação possui ligação à rede pública de abastecimento d'água e aos coletores públicos de esgoto?			
5.4	Caso o estabelecimento não esteja ligado aos serviços públicos de água e/ou esgoto, o proprietário adota as providências sanitariamente adequadas, visando o suprimento de água potável e ao destino final dos objetos?			
6. PISCINAS: Seguir exigências conforme legislação vigente				
7. LAVANDERIA: Seguir exigências conforme legislação vigente				
7.1	Se o estabelecimento utiliza serviços de lavanderia terceirizada, esta possui atualizada? (Exigir documentação) contrato de prestação de serviços			
8. SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO: Seguir exigências conforme legislação vigente				
8.1	Se o estabelecimento utiliza serviços de alimentação terceirizados, este possui Licença Sanitária atualizada?(Exigir documentação)			
9. ESTRUTURA FÍSICA		SIM	NÃO	NA*
9.1	A estrutura física é isenta de poeira, mofo, infiltrações e rachaduras?			
9.2	Possui Pisos, () Sim () Não, Paredes, () Sim () Não, e Tetos, () Sim () Não, revestidos com material liso, lavável, impermeável, resistente a produtos químicos e em bom estado de conservação e limpeza?			
9.3	Existe acesso adequado para circulação de clientes e funcionários?			
9.4	Existe depósito de material de limpeza (DML), de conserto e outros afins ,com tanque, pia completa, piso e paredes íntegras, impermeáveis, de fácil limpeza e desinfecção?			
9.5	Possui vestiário para funcionários, dispondo de pia completa, chuveiro e armário para guarda de objetos pessoais?			
9.6	Os lençóis, toalhas e similares são fornecidos pelo estabelecimento e são trocados a cada cliente/hóspede? (Verificar estoque).			
9.7	O ambiente é limpo e adequadamente higienizado?			
9.8	Os banheiros possuem ralos com sistema abra e fecha			
9.9	A iluminação é adequada para a realização de atividades com segurança?			
9.10	As instalações elétricas são protegidas e estão em bom estado de conservação?			
9.11	As instalações hidráulicas são protegidas e estão em bom estado de conservação? (observação: Verificar vazamentos, torneiras quebradas, descargas, chave geral e outros)			
10. MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS		SIM	NÃO	NA*
10.1	O estabelecimento mantém equipamentos de proteção contra incêndios, dentro do prazo de validade, e seguindo as normas vigentes?			
10.2	Existe um programa de manutenção preventiva e/ou corretiva para os equipamentos utilizados?			
11. REGISTRO DE PRODUTOS		SIM	NÃO	NA*
11.1	Todos os produtos utilizados são devidamente registrados/notificados no Ministério da Saúde/ANVISA e estão dentro do prazo de validade?			
12. INSTALAÇÕES		SIM	NÃO	NA*
12.1	Possui empresa ou responsável pela operação de higienização das instalações comprovadamente capacitado? (ver registro)			
12.2	A higienização das instalações é realizada de modo adequado e sistemático?			
12.3	O estabelecimento coloca a disposição dos usuários produtos de higiene pessoal e toucador devidamente lacrado e de uso único?			
12.4	Os colchões, colchonetes, travesseiros, cadeiras e similares são revestidos com material impermeável e são isentos de rasgos ou rachaduras (no caso de motéis)?			
12.5	Os roupões, lençóis, capas de travesseiros, toalhas e similares são desinfetados a cada cliente/hóspede?			
12.6	Há estoque suficiente de lençóis, toalhas e similares para atendimento adequado dos clientes?			
12.7	No caso dos motéis, estes possuem dentro dos cômodos, propaganda de divulgação dos males da AIDS (Prevenção e transmissão) afixada em local destacado e visível pelos ocupantes com tamanho não inferior a 60 cm de altura por 90 cm de largura, (conforme legislação em vigor).			

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 26 DE MAIO DE 2015

TERÇA-FEIRA - PÁGINA 53

12.8	No caso de motéis existem preservativos disponíveis em local visível e de fácil acesso?			
12.9	Os produtos disponíveis nos Motéis ou congêneres (preservativos, lubrificantes e demais produtos disponibilizados) estão dentro do prazo de validade, com Registro/Notificação no Ministério da Saúde e com suas embalagens íntegras?			
12.10	A limpeza da banheira de hidromassagem é realizada com água e sabão e posterior desinfecção com o produto adequado? (Exemplo: Álcool a 70 %)?			
12.11	É realizada desinfecção (Ex: álcool a 70 %) de telefone, proteção impermeável dos colchões, cadeiras e demais mobiliários que sejam de material impermeável?			
12.12	Os mobiliários estão em perfeito estado de conservação e limpeza?			
12.13	Em caso de elevadores, os mesmos possuem manutenção periódica? Observar certificado expedido pela empresa responsável pela instalação declarando estarem em perfeitas condições de funcionamento, terem sido testados e obedecerem às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas e disposições legais vigentes.			
12.14	As edificações de que trata esta Portaria, dispõe de instalações sanitárias para uso dos hóspedes e dos empregados, em cada área do andar?			
12.15	As áreas de recepção ou espera e as áreas de refeições possuem nas suas próprias instalações ou em suas proximidades instalação de pias com água corrente, sabonete líquido, papel toalha e lixeira com tampa acionada por pedal?			
12.16	Para escadas, estas possuem corrimão? Observação: Quando a largura da escada for superior a 1,80m, deverá ser instalado também corrimão intermediário.			
12.17	Os pisos dos degraus e patamares das escadas são revestidos de material não escorregadio?			
13. SERVIÇO DE LIMPEZA		SIM	NÃO	NA*
13.1	Há funcionário exclusivo para realizar a limpeza de materiais, equipamentos e ambientes?			
13.2	Possui material de limpeza adequado, com qualidade e em quantidade suficientes?(vassouras, panos de chão, mops, baldes e saneantes)			
13.3	O uso de produtos para a higienização/desinfecção obedece às instruções recomendadas pelo fabricante?			
14. SAÚDE DO TRABALHADOR		SIM	NÃO	NA*
14.1	Possui registro de treinamento no mínimo anual para todos os trabalhadores contendo carga horária, data, assunto, abordado e frequência?			
14.2	Há fornecimento de Equipamento de Proteção Individual (EPI) de qualidade e em quantidade adequada para atender as necessidades de todas as atividades realizadas na instituição?			
15. PROIBIÇÃO DE PRODUTOS FUMÍGEROS		SIM	NÃO	NA*
15.1	É atendida a Lei Federal nº 9.294 de 15/07/1996, no seu artigo 2º, proibindo o uso de cigarros, cigarilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público?			
16. VENTILAÇÃO E CLIMATIZAÇÃO		SIM	NÃO	NA*
16.1	A ventilação artificial é realizada por meio de equipamento(s) higienizado(s) e com manutenção adequada ao tipo de equipamento?			
16.2	Possui registro semanal dos procedimentos de limpeza e manutenção(conforme recomendação do fabricante) dos componentes (bandejas, serpentinas, umidificadores e dutos) do sistema de climatização conforme legislação vigente?			
16.3	A ventilação disponível é adequada ao conforto térmico dos funcionários e do público em geral?			
OBSERVAÇÕES:				
TERMOS LAVRADOS:				
() TERMO DE VISTORIA N° _____ () TERMO DE INTIMAÇÃO N° _____ () LAUDO DE INSPEÇÃO N° _____ () TERMO DE INTERDIÇÃO/DESINTERDIÇÃO N° _____ () AUTO DE INFRAÇÃO N° _____ () TERMO DE APREENSÃO N° _____				
RESPONSÁVEL PELA INSPEÇÃO				
_____ Nome e assinatura do responsável Matrícula		_____ Nome e assinatura do responsável Matrícula		
_____ Nome e assinatura do responsável pelo estabelecimento				
LOCAL:		DATA: ____ / ____ / ____		

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 26 DE MAIO DE 2015

TERÇA-FEIRA - PÁGINA 54

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO ROTEIRO	
<u>SIM = S</u>	Marcar sim quando estiver de acordo (atender o solicitado no item).
<u>NÃO = N</u>	Marcar não quando estiver em desacordo (não atender o solicitado no item).
(*) <u>NÃO SE APLICA = NA</u>	Assinalar NA quando o item não dispuser daquele serviço.

ANEXO II

ROTEIRO DE INSPEÇÃO PARA SERVIÇOS DE MAQUIAGEM DEFINITIVA, TATUAGEM, PIERCING E CÔNGENERES

1. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA			
Razão social:			
Nome de Fantasia:			
Endereço: (Rua/Av.)		Nº.:	Compl.:
Bairro:	Município:	UF:	CEP:
CNPJ/CPF:		Fone:	Fax
E-mail:			
Nº do alvará de funcionamento: ___/___/___		Nº da Licença Sanitária: ___/___/___	
Data de emissão: ___/___/___		Data da emissão: ___/___/___	
		Data de validade: ___/___/___	
Ramo de Atividade:		Código:	Aut. Funcionamento:
Responsável legal:			Nº de funcionários:
Horário de funcionamento			
Manhã: : h às : h Tarde: : h às : Noite : h às :			
2. MOTIVO DA INSPEÇÃO:			
<input type="checkbox"/> Consulta prévia <input type="checkbox"/> Rotina de trabalho <input type="checkbox"/> Programas específicos de vigilância sanitária <input type="checkbox"/> Atendimento à denúncia <input type="checkbox"/> Solicitação de Licença Sanitária <input type="checkbox"/> Renovação de Licença Sanitária <input type="checkbox"/> Reinspeção <input type="checkbox"/> Outros:			
3. ATENDIMENTO AO PÚBLICO		SIM	NÃO
3.1	Área específica para recepção/espera com dimensionamento compatível com a demanda?		NA
3.2	Sanitários para o público (masculino/feminino) em condições para uso (íntegros e em boas condições de higiene)?		
3.3	Os banheiros possuem lavatório com água corrente, sabonete líquido, papel toalha descartável, lixeira provida de sistema de abertura sem contato manual; e ralo sanfonado com tampa escamoteável?		
3.4	Possui quadro informativo (anexo I), contendo esclarecimentos acerca dos riscos e de implicações relacionadas aos procedimentos de que trata essa portaria, afixado na recepção, em local visível ao público?		
3.5	Os funcionários e clientes têm acesso fácil à água potável para consumo?		
4. CADASTRO DO CLIENTE			
4.1	Possui ficha cadastral de todos os clientes atendidos com os seguintes dados:	SIM	NÃO
	a) Identificação do cliente: nome completo, data de nascimento, sexo, endereço completo e o número da identidade;		
	b) Data de atendimento do cliente;		
	c) Tipo de procedimento realizado com data e local do corpo onde foi realizado o procedimento;		
	d) Eventos adversos/Intercorrências (alergias, infecções, acidentes e outras);		
	e) Autorização por escrito dos pais e na falta destes, do responsável legal, em caso de menores de 18 anos de idade, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II) anexada à ficha cadastral;		
	f) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II) anexada à ficha cadastral; Obs: Esse termo deve ser preenchido em 2 (duas) vias, ficando a 1ª via anexada à ficha cadastral, devidamente assinada previamente à realização do procedimento, conforme documento de identificação apresentado e a 2ª via entregue ao cliente.		
	g) Cópia da carteira de identidade do responsável legal pelo menor e cópia da certidão de nascimento ou carteira de identidade do menor anexada à ficha cadastral;		
	h) Informações dos produtos utilizados no procedimento Nome do produto; Nº. de lote; Fabricante; Nº. de registro na ANVISA; Data de fabricação; Data de validade; Data de abertura do frasco.		
	i) Nome do profissional que realizou o procedimento;		

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 26 DE MAIO DE 2015

TERÇA-FEIRA - PÁGINA 55

4.2	Informa os clientes sobre os riscos decorrentes da execução dos procedimentos e solicita que estes informem sobre a ocorrência de eventuais complicações? Obs: Observar registro e/ou entrevistar pelo menos 03 pessoas.			
4.3	Orienta os clientes, de que em caso de febre, vermelhidão, dor ou quaisquer ocorrências anormais, devem procurar serviço de saúde, o mais breve possível?			
4.4	Na ficha do cliente consta em anexo a cópia do cartão de vacinação do cliente? Obs: Verificar Hepatite B e tétano.			
4.5	Registra acidente de qualquer natureza envolvendo o cliente ou o executor?			
4.6	Os profissionais não realizam a prescrição e administração de quaisquer medicamentos (anestésicos, antibióticos, antiinflamatórios e outras vias) por qualquer via de administração (tópica, oral, injetável e outras) nos seus clientes?			
4.7	Não são realizadas modificações corporais que caracterizem procedimento cirúrgico (tunelização, bifurcação de língua, implantes, retirada de tatuagem a laser, entre outros procedimentos relacionados)?			
4.8	É proibida a realização dos procedimentos de que trata esta Portaria em menores de 18 anos de idade, nos termos da legislação vigente (Artigos 5º, 17º e 18º da Lei Federal nº. 8.069, de 13/07/90 – Estatuto da Criança e Adolescente e Art.129 do Código Penal Brasileiro), salvo com autorização por escrito do responsável legal pelo menor, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (modelo em anexo)?			
5. DOCUMENTAÇÃO		SIM	NÃO	NA
5.1	Possui Licença Sanitária atualizada?			
5.2	Possui Procedimentos Operacionais Padronizados (POP's), escritos, contendo instruções claras e bem definidas, datados, assinados pelo responsável legal, com a descrição de todas as atividades realizadas no estabelecimento?			
5.3	Comprovante trimestral de dedetização (desinsetização e desratização) do estabelecimento? Obs: Verificar se a empresa possui Licença Sanitária.			
5.4	Possui registro de manutenção dos equipamentos em geral, assinado e datado? Obs: Verificar se a empresa possui Licença Sanitária.			
5.5	Possui registro de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos de esterilização, assinado e datado? Obs: Verificar se a empresa possui Licença Sanitária.			
5.6	Os profissionais são vacinados contra hepatite B e tétano?			
6. GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS		SIM	NÃO	NA
6.1	O estabelecimento possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) aprovado pelo órgão competente?			
6.2	O Plano de Gerenciamento de Resíduos está implantado no estabelecimento?			
7. ESTRUTURA FÍSICA		SIM	NÃO	NA
7.1	Os estabelecimentos, objeto dessa portaria, estão instalados em locais próprios, não sendo permitida a sua localização em residências, ao ar livre, em locais insalubres ou em locais públicos?			
7.2	A edificação é sólida, sem rachaduras, sem infiltrações, sem vazamentos ou sem quaisquer outras alterações que comprometam a sua estrutura física?			
7.3	Possui instalações confortáveis com climatização e iluminação adequadas à atividade proposta?			
7.4	As instalações elétricas são protegidas e estão em bom estado de conservação?			
7.5	As instalações hidráulicas são protegidas e estão em bom estado de conservação? Obs: Verificar vazamento, torneiras quebradas, descarga, chave geral e outros.			
7.6	Possui Pisos, () Sim () Não, Paredes, () Sim () Não, e Tetos, () Sim () Não, revestidos com material liso, lavável, impermeável, resistente a produtos químicos e em bom estado de conservação e limpeza?			
7.7	O piso é dotado de ralo sifonado com tampa escamoteável?			
7.8	O ambiente é limpo e conservado? Obs: Verificar se há poeira e mofo.			
7.9	O ambiente é livre de insetos e roedores?			
7.10	Possui proteção contra a entrada de insetos, roedores e outros animais?			
7.11	O estabelecimento mantém equipamentos de proteção contra incêndios, dentro do prazo de validade, e seguindo as normas vigentes preconizadas pelo corpo de bombeiros?			
8. ABASTECIMENTO DE ÁGUA E CONDIÇÕES DE SANEAMENTO		SIM	NÃO	NA
8.1	Possui reservatório de água com tampa de material impermeável, não corrosivo, com acesso restrito?			
8.2	Possui registro semestral de comprovação da lavagem e desinfecção da caixa d'água?			
8.3	Realiza exame microbiológico e físico-químico da água do reservatório em intervalo semestral, com comprovação por laudo laboratorial?			
8.4	Possui interligação com sistemas públicos de abastecimento de água potável e de esgoto sanitário?			
8.5	Caso o estabelecimento não esteja ligado aos serviços públicos de água e/ou esgoto, o proprietário adota as providências sanitariamente adequadas, visando o suprimento de água potável e ao destino final dos objetos?			
9. VENTILAÇÃO E CLIMATIZAÇÃO		SIM	NÃO	NA
9.1	A ventilação artificial é realizada por meio de equipamento(s) higienizado(s), com manutenção adequada ao tipo de equipamento e troca de filtros periódicos?			
9.2	Possui registro dos procedimentos de limpeza e manutenção dos componentes do sistema de climatização conforme instrução do fabricante afixado em local visível?			
10. SALA DE PROCEDIMENTOS		SIM	NÃO	NA
10.1	Existe ambiente exclusivo por procedimento?			
10.2	Há espaço suficiente para circulação entre móveis e equipamentos?			
10.3	Há pia completa disponível ao profissional (provida de água corrente, papel toalha descartável, sabão líquido e lixeira com tampa de acionamento por pedal)?			

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 26 DE MAIO DE 2015

TERÇA-FEIRA - PÁGINA 56

10.4	A torneira possui acionamento automático?			
10.5	Há disponível ao profissional dispensador de solução alcoólica a 70% para desinfecção das mãos?			
10.6	A maca ou cadeira de procedimentos estão livres de furos, rasgos, sulcos ou reentrância?			
10.7	A cadeira ou maca de procedimento possui revestimento de material lavável e impermeável, permitindo desinfecção e fácil higienização?			
10.8	Há armários fechados para guarda de materiais e equipamentos de material que possibilite limpeza e desinfecção?			
10.9	Possuem armários exclusivos, limpos, sem umidade, mantidos fechados, para acondicionamento de produtos, artigos e materiais esterilizados e/ou descartáveis destinados à execução dos procedimentos?			
10.10	As atividades realizadas são aquelas especificadas no alvará de funcionamento concedido?			
11. LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE ARTIGOS		SIM	NÃO	NA
11.1	Realiza limpeza, com produto apropriado, de pisos, bancadas, mobiliários e equipamentos antes e após expediente de trabalho e quando necessário?			
11.2	Existe área exclusiva para processamento de artigos (descontaminação, limpeza e esterilização) com fluxograma passo a passo afixado para padronização dos procedimentos? OBS: Quando não houver sala de processamento de material, esta atividade poderá estar localizada em uma área dentro da sala de procedimento, desde que estabelecida barreira técnica e disponha de lavatório exclusivo para higienização das mãos e lavatório exclusivo para a limpeza dos materiais.			
11.3	Possui pia exclusiva, com bancada, para lavagem de materiais?			
11.4	O profissional, que realiza limpeza/descontaminação de materiais e artigos, faz uso de EPI (Equipamento de Proteção Individual), conforme segue:			
	a) avental impermeável			
	b) máscara			
	c) óculos			
	d) gorro			
	e) luvas grossas de cano longo			
11.5	Equipamentos e materiais reprocessados são submetidos a adequado processo de limpeza, desinfecção ou esterilização? Processo de esterilização ou desinfecção: Equipamento de esterilização: Material processado: Substância de desinfecção: Relação tempo/temperatura utilizados:			
11.6	Os materiais e artigos reprocessados são acondicionados em embalagens adequadas e identificados com data da esterilização?			
11.7	É respeitado o prazo de validade de 7 (sete) dias quando os artigos não são armazenados em condições ideais			
11.8	É realizada a reesterilização quando são verificadas as embalagens dos instrumentais violadas ou amassadas ou quando o prazo de validade é expirado?			
11.9	Realiza a técnica correta da limpeza dos artigos com substância enzimática, conforme a necessidade (impregnação de matéria orgânica), ou com água e sabão, prévia a secagem e esterilização dos artigos?			
11.10	Utilizam invólucros adequados para o preparo dos pacotes a serem submetidos à esterilização? Quais? Obs: É vedado o uso de papel Kraft.			
11.11	As luvas de procedimentos são de uso único, trocadas a cada procedimento ou trocadas quando perdem sua integridade (rasgos, furos)?			
11.12	Usa equipamento recomendado pela ANVISA (autoclave) para esterilização de materiais e artigos em temperatura e tempo de exposição recomendados? Obs: A estufa não é equipamento recomendado pela ANVISA.			
11.13	Em caso de uso pela estufa, a porta da estufa é mantida fechada durante todo ciclo de esterilização?			
11.14	A estufa possui termômetro de bulbo externo?			
11.15	É realizado monitoramento do processo de esterilização, em caso de autoclave? Bowie Dick uma vez ao dia Sim () Não () Indicador Biológico uma vez por semana Sim () Não () Fita teste em cada pacote Sim () Não ()			
	É realizado monitoramento do processo de esterilização, em caso de estufa?			
	a) Indicador Biológico uma vez por semana Sim () Não () b) Fita teste em cada pacote Sim () Não ()			
11.16				
11.17	A esterilização por meio químico somente é utilizada quando não for utilizada a esterilização por meio físico?			
11.18	A desinfecção química é realizada em materiais de baixa criticidade (batoques, por exemplo)?			
11.19	É respeitada técnica específica para artigos submetidos à desinfecção química?			
11.20	Utiliza a solução germicida química (desinfetante e anti-séptico), dentro do prazo de validade, com rótulo contendo data de validade e hora de colocação do artigo exposto na solução?			
12. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS		SIM	NÃO	NA
12.1	Dispõe de materiais em número adequado para o atendimento à demanda e embalados individualmente ou através de kits individuais para cada cliente.			
12.2	Bisnagas, frascos de tinta, equipamentos, pontas dos fios que são conectadas à máquina de tatuar e demais equipamentos de toque frequente estão protegidos com filme PVC nas áreas de contato, evitando a contaminação dos mesmos e a proteção com troca a cada cliente?			
12.3	Utilizam agulhas descartáveis, de uso único, embaladas adequadamente, dentro do prazo de validade de esterilização, e com Registro no MS/ANVISA? Obs: É proibido o uso de agulhas soldadas			

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 26 DE MAIO DE 2015

TERÇA-FEIRA - PÁGINA 57

12.4	As ponteiros/biqueiras reprocessadas são lavadas, secas, embaladas individualmente e esterilizadas?			
12.5	As agulhas de uso único são conectadas à máquina na presença do cliente?			
12.6	As substâncias corantes utilizadas são atóxicas e fabricadas exclusivamente para tatuagem com registro pelo MS/ANVISA e data dentro do prazo de validade? Obs.: Verificar no rótulo.			
12.7	Nos recipientes (batoques) utilizados no fracionamento das tintas ocorre desinfecção prévia ao procedimento?			
12.8	Os recipientes (batoques) utilizados no fracionamento das tintas são desprezados após o uso?			
12.9	As tintas utilizadas no procedimento de pigmentação artificial permanente da pele são fracionadas para cada cliente e as sobras são desprezadas no lixo infectante?			
12.10	A parte do equipamento que entra em contato com a derme no procedimento de pigmentação artificial permanente da pele não tem contato com a tinta na embalagem original?			
12.11	Utilizam dispositivos descartáveis de uso único para retirada de pelos?			
12.12	Realiza limpeza da pele do cliente com água potável e sabão líquido com posterior anti-sepsia com álcool a 70% ou outro anti-séptico recomendado pela legislação?			
12.13	O produto utilizado para fixar o desenho na pele é de uso individual?			
12.14	Todas as soluções e produtos estão identificadas com nome do produto, lote e dentro do prazo de validade?			
12.15	A máquina de tatuar passa por um processo de limpeza e desinfecção a cada uso?			
12.16	Realiza higienização das mãos antes e após cada procedimento?			
12.17	Após a higienização das mãos, realiza desinfecção a cada procedimento com solução alcoólica a 70%?			
12.18	Os produtos e equipamentos descartáveis são de uso único?			
13. ADORNOS (piercing, alargador e congêneres)		SIM	NÃO	NA
13.1	Realiza higienização e desinfecção das mãos antes e após cada procedimento?			
13.2	Realiza antissepsia da pele e mucosa com produto adequado, registrado no MS/ANVISA e dentro do prazo de validade? Obs: verificar rótulo do produto com a indicação.			
13.3	Utilização de cateter estéril de uso único para perfuração, com registro no MS/ANVISA e dentro do prazo de validade. OBS: proibido uso de produto para lubrificação do cateter que possa causar contaminação do mesmo.			
13.4	Os adornos estão estéreis no momento da perfuração?			
13.5	Os adornos são de materiais que possam ser submetidos ao processo de esterilização?			
14. REGISTRO DE PRODUTOS		SIM	NÃO	NA
14.1	Todos os produtos utilizados são devidamente registrados/notificados no Ministério da Saúde/ANVISA, são usados de acordo com o recomendável pelo fabricante e estão dentro do prazo de validade?			
15. DEPÓSITO DE MATERIAL DE LIMPEZA (DML)		SIM	NÃO	NA
15.1	Possui depósito de Material para guarda e organização de produtos e equipamentos de limpeza?			
16. SEGURANÇA DO TRABALHADOR		SIM	NÃO	NA
16.1	Notifica acidente de trabalho?			
16.2	Encaminha o trabalhador (em caso de acidente) para os serviços de emergências e investiga quando necessário?			
16.3	O trabalhador que realiza tatuagem e piercing é imunizado contra hepatite B e tétano? Obs.: Verificar registro.			
16.4	Há fornecimento de EPI em quantidade e qualidade adequadas para atender as necessidades de todos os procedimentos do estabelecimento. Obs: Verificar estoque.			
16.5	O ambiente de trabalho oferece condições ergonômicas para o trabalhador quanto à iluminação, mobiliário, ritmo de trabalho/pausas?			
17. PROIBIÇÃO DE PRODUTOS FUMÍGEROS		SIM	NÃO	NA
17.1	É atendida a Lei Federal nº 9.294 de 15/07/1996, no seu artigo 2º, onde proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público?			
18. RESPONSÁVEL PELA INSPEÇÃO				
_____ Nome e assinatura do fiscal		_____ Nome e assinatura do responsável pelo Estabelecimento		
LOCAL:		DATA: ____/____/____		
TERMOS LAVRADOS: () TERMO DE VISTORIA Nº _____ () LAUDO DE INSPEÇÃO Nº _____ () TERMO DE INTIMAÇÃO Nº _____ () TERMO DE INTERDIÇÃO/DESINTERDIÇÃO Nº _____ () AUTO DE INFRAÇÃO Nº _____ () TERMO DE APREENSÃO Nº _____ Observações:				

ANEXO II.1

QUADRO DE INFORMAÇÕES SOBRE MAQUIAGEM DEFINITIVA, TATUAGEM E PIERCING

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 26 DE MAIO DE 2015

TERÇA-FEIRA - PÁGINA 58

Verifique as condições de limpeza, higienização, conservação geral do estabelecimento e se o mesmo oferece privacidade;
A tatuagem é de difícil remoção e sua retirada pode deixar cicatrizes;
As luvas, agulhas, lâminas e outros dispositivos destinados a raspar pêlos, empregados na prática de tatuagens, devem ser de uso único (descartáveis);
O profissional deve lavar as mãos antes e após o atendimento do cliente.
Ao executar o procedimento o profissional deverá utilizar luvas, máscaras descartáveis de uso único. É recomendável uso de protetor de cabelo (gorro, boné, etc...), avental e protetor ocular;
O piercing deverá ser esterilizado em embalagem individual, aberta à vista do cliente, antes de ser introduzido no corpo;
As agulhas finais de tatuagem (agulha+haste) deverão, depois de montadas, ser esterilizadas em embalagens individuais e abertas à vista do cliente;
As agulhas de piercing (jelco) devem ser descartáveis, de uso único e ser abertas à vista do cliente.
Os perfuro-cortantes (agulhas, jelco, lâminas, etc.) deverão ser descartadas em recipiente próprio à vista do cliente.
Não é recomendável a aplicação de piercing e tatuagem em cartilagem do nariz, orelha (exceto lóbulo), nas articulações, mamilos e órgãos genitais;
As tintas deverão ser fracionadas para cada cliente, devendo ser desprezadas as sobras;
É vedada aos maquiadores, tatuadores e piercers a prescrição e administração de quaisquer medicamentos (anestésicos, antibióticos, anti-inflamatórios e outros) por qualquer via de administração (tópica, oral, injetável e outras) a seus clientes;
Pessoas portadoras de doenças que possam oferecer riscos devem ter liberação médica.
Só será permitida a realização de prática de maquiagem definitiva, tatuagem e piercing em indivíduos menores de 18 anos mediante autorização, por escrito, dos pais ou responsável legal;
Só será permitida a realização de prática de maquiagem definitiva, tatuagem e piercing em indivíduos menores de 18 anos mediante autorização, por escrito, dos pais ou responsável legal;

Em caso de dúvidas ou reclamações, entre em contato com a Vigilância Sanitária local.

ESPECIFICAÇÕES DO QUADRO: Este quadro deverá ser no mínimo, formatado com fonte Arial ou Times New Roman, tamanho 48, estilo normal, com espaçamento normal. Deverá ser afixado na recepção, em local visível ao público.

ANEXO II.2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

DADOS DO ESTABELECIMENTO:

Razão Social: _____
Fantasia: _____
Endereço: _____
CNPJ/CPF: _____ Fone: _____ Fax: _____
E-mail: _____
Nome do profissional: _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

DADOS PESSOAIS:

Nome do Cliente: _____
Data de Nascimento: ___/___/___ N.º. Identidade _____ CPF: _____
Endereço: _____
Nome do Responsável Legal em caso de menor: _____
CPF: _____

Declaro estar informado e ciente das possíveis complicações decorrentes da prática de maquiagem definitiva, tatuagem e colocação de piercing sobre: 1 - As dificuldades de remoção de tatuagem; 2 - As possíveis sequelas remanescentes à colocação e/ou retirada de piercing; 3 - Às reações alérgicas a alguns pigmentos e materiais ou a rejeição orgânica dos mesmos como corpo estranho; 4 - A inserção de piercing e tatuagens em locais do corpo como áreas cartilaginosas, articulações, genitália e mucosas; 5 - As aplicações de maquiagens definitivas, tatuagens e colocação de piercing em pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas (hepatites, hanseníase, dentre outras), diabetes mellitus, AIDS ou outra imunodeficiência; coagulopatias; doenças cardíacas de qualquer natureza, alérgicas, portadores de prótese em qualquer local e válvulas cardíacas; convalescentes de doenças, cirurgias recentes, predisposição a quelóide; bem como, aplicação dos procedimentos em locais com cicatrizes, alergias, queimaduras ou doenças agudas ou crônicas da pele. Nestes casos necessitam de avaliação e liberação médica.

ORIENTAÇÃO: Em caso de febre, vermelhidão, dor ou quaisquer ocorrências anormais, procure um serviço de saúde, o mais breve possível.

Em conformidade com o descrito, dou meu consentimento para que o profissional acima execute a aplicação de _____, no _____
(local de aplicação)

Assinatura responsável legal (para menores de 18 anos).

Assinatura do cliente

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 26 DE MAIO DE 2015

TERÇA-FEIRA - PÁGINA 59

Nº. Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____

Data ____/____/____

ANEXO III

ROTEIRO DE INSPEÇÃO PARA UNIDADES DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS EM GERAL

1. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA			
Razão social:			
Nome de Fantasia:			
Endereço: (Rua/Av.)		Nº.:	Compl.:
Bairro:	Município:	UF:	Cep:
CNPJ/CPF:	Fone:	Fax	
E-mail:			
Nº do alvará de func.: ____/____/____		Nº da Licença Sanitária: ____/____/____	
Data de emissão: ____/____/____		Data da emissão: ____/____/____	
		Data de validade: ____/____/____	
Ramo de Atividade:	Código:	Aut. Funcionamento:	
Responsável legal:			Nº de funcionários:
Natureza da Instituição:		Serviço:	
() Pública () Privada () Civil () Militar		() Próprio () Terceirizado	
Horário de funcionamento			
Manhã: __: __h às __: __h Tarde: __: __h às __: __h Noite __: __h às __: __h			
2. MOTIVO DA INSPEÇÃO:			
() Consulta prévia			
() Rotina de trabalho			
() Programas específicos de vigilância sanitária			
() Atendimento à denúncia			
() Solicitação de Licença Sanitária			
() Renovação de Licença Sanitária			
() Reinspeção			
() Outros:			
3. DOCUMENTAÇÃO			
		SIM	NÃO
3.1	Possui Licença Sanitária atualizada?		
3.2	Possui Procedimentos Operacionais Padronizados (POP's), escritos, contendo instruções claras e bem definidas, datados, assinados pelo responsável legal, com a descrição de todas as atividades realizadas no estabelecimento?		
3.3	Comprovante trimestral de dedetização (desinsetização e desratização) do estabelecimento? Obs: Verificar se a empresa possui Licença Sanitária.		
3.4	Possui registro de manutenção dos equipamentos em geral, assinado e datado? Obs: Verificar se a empresa possui Licença Sanitária.		
3.5	Possui registro diário do processamento de roupa (quantidade processada)?		
3.6	Possui profissional responsável pela coordenação das atividades?		
4. GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE			
(Quaisquer objetos, incluindo os perfurocortantes, ou peças anatômicas eventualmente encontradas junto com as roupas encaminhadas para a unidade de processamento de roupas devem ser segregados, acondicionados e devolvidos para o serviço de saúde gerador).			
5. ABASTECIMENTO DE ÁGUA E CONDIÇÕES DE SANEAMENTO			
		SIM	NÃO
5.1	Possui reservatório de água com tampa de material impermeável, não corrosivo, com acesso restrito?		
5.2	Possui registro semestral de comprovação da limpeza e desinfecção da caixa d'água?		
5.3	Realiza exame microbiológico e físico-químico da água do reservatório em intervalo semestral, com laudo laboratorial?		
5.4	Interligação com sistemas públicos de abastecimento de água potável e de esgoto sanitário?		

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 26 DE MAIO DE 2015

TERÇA-FEIRA - PÁGINA 60

5.5	Caso o estabelecimento não esteja ligado aos serviços públicos de água e/ou esgoto, o proprietário adota as providências sanitariamente adequadas, visando o suprimento de água potável e ao destino final dos objetos?			
6. CONDIÇÕES DE CONSERVAÇÃO DO AMBIENTE E SEGURANÇA		SIM	NÃO	NA
6.1	A edificação é sólida, sem rachaduras, sem infiltrações, mofo, poeira, sem vazamentos ou sem quaisquer outras alterações que comprometam a sua estrutura física?			
6.2	Possui instalações confortáveis com climatização e iluminação adequadas à atividade proposta? Obs: Em caso de lavanderia hospitalar, caso seja utilizado o sistema de ventilação artificial, verificar se são respeitadas as seguintes recomendações: não recirculação do ar da área suja da lavanderia (área crítica); insuflamento de ar na área limpa (pressão positiva) e exaustão do ar na área suja (pressão negativa).			
6.3	Em caso de lavanderia hospitalar, o sistema de exaustão da área suja é mecanizado e com pressão negativa em relação aos compartimentos externos?			
6.4	Em caso de lavanderia hospitalar, o sistema de exaustão da área contaminada e o da área limpa são independentes?			
6.5	As instalações elétricas são protegidas e estão em bom estado de conservação?			
6.6	As instalações hidráulicas são protegidas e estão em bom estado de conservação? Obs: Verificar vazamento, torneiras quebradas, descarga, chave geral e outros.			
6.7	Possui Pisos, () Sim () Não, Paredes, () Sim () Não, e Tetos, () Sim () Não, revestidos com material liso, lavável, impermeável, resistente a produtos químicos e em bom estado de conservação e limpeza?			
6.8	O piso é dotado de ralo sifonado com tampa escamoteável?			
6.9	O ambiente é limpo e conservado? Obs: Verificar poeira e mofo.			
6.10	Existem identificação e sinalização das saídas de emergência? Obs: Estas áreas são obrigatórias e devem estar desobstruídas.			
6.11	O ambiente é livre de insetos e roedores?			
6.12	Possui proteção contra a entrada de insetos, roedores e outros animais?			
6.13	O estabelecimento mantém equipamentos de proteção contra incêndios, em localização de fácil acesso, sinalizados, dentro do prazo de validade, e seguindo as normas vigentes preconizadas pelo corpo de bombeiros?			
6.14	As tomadas utilizadas nas áreas de processamento das roupas são blindadas e se estão colocadas a 1,5 metros do piso?			
6.15	Há indicação da voltagem das tomadas e se estas são em número suficientes e próximas aos equipamentos?			
7. ÁREA FÍSICA		SIM	NÃO	NA
7.1	As dimensões das diversas áreas são compatíveis com as atividades realizadas?			
7.2	Possui área de fácil acesso e localização com circulação restrita?			
7.3	O processamento de roupas de serviços de saúde segue um fluxo direcionado da sala de recebimento da roupa suja para a sala de processamento da roupa limpa?			
7.4	Existe barreira física entre áreas suja e limpa?			
7.5	Existem pias para lavagem das mãos, providas de sabão líquido, papel toalha e lixeira com tampa acionada por pedal, em todas as áreas onde as roupas limpas e sujas são manuseadas?			
7.6	Em caso de reforma, há isolamento total da área que está sendo reformada?			
Área Suja				
7.7	Possui área para recepção de roupa suja?			
7.8	Possui área para pesagem?			
7.9	Possui livro de controle de pesagem de roupa suja?			
7.10	Existe área para separação/classificação de roupas? Obs: Verificar processo de separação das roupas por grau de sujeira e contaminação.			
7.11	Existe área para lavagem?			
7.12	Possui lavadora com barreira?			
7.13	A lavagem das vestimentas dos trabalhadores da coleta e da sala de recebimento de roupa suja é realizada na própria unidade de processamento de roupas?			
7.14	Possui carrinho exclusivo para transporte de roupa suja?			
7.15	Possui balança plataforma para pesagem da roupa?			
7.16	Possui coletores de fácil higienização (hamper)?			
Área Limpa				
7.17	Possui relógio de parede?			
7.18	Possui carro transporte de roupa molhada identificados ?			
7.19	Possui carro transporte para roupa seca identificados ?			
7.20	Possui secadora de roupa?			
7.21	Na sala de processamento de roupa limpa é disponibilizado dispensador com preparação alcoólica a 70% para as mãos?			
8. EQUIPAMENTOS		SIM	NÃO	NA
8.1	Os equipamentos encontram-se em perfeito estado de conservação e com suas instalações adequadas?			
8.2	Existe espaço entre os equipamentos e a parede para possibilitar o serviço de limpeza e de manutenção?			
8.3	As lavadoras são dotadas dos seguintes equipamentos, em funcionamento: - Termômetro? Sim () Não () - Termostato? Sim () Não ()			

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 26 DE MAIO DE 2015

TERÇA-FEIRA - PÁGINA 61

	- Cronômetro (relógio marcador de tempo)? Sim () Não () - Registro de fechamento rápido? Sim () Não () - Entrada de água controlada por nível automático? Sim () Não ()			
8.4	Os tambores internos das lavadoras, centrífugas e secadoras são de aço inoxidável e se estão em bom estado de conservação?			
8.5	As calandras são dotadas de sistema de exaustão individual (coifas localizadas no máximo a 60 cm das calandras e em funcionamento)?			
9. CONDIÇÕES PARA PASSAGEM DA ROUPA		SIM	NÃO	NA
9.1	Possui calandra?			
9.2	Possui tábua para lavar roupa?			
9.3	Possui prensa para roupa?			
9.4	Possui ferro elétrico industrial?			
9.5	Possui mesa para dobradura de roupas?			
10. ÁREA PARA ARMAZENAGEM/DISTRIBUIÇÃO				
Condições para guarda de roupas (Rouparia)		SIM	NÃO	NA
10.1	Existe sala de armazenagem geral de roupa limpa (rouparia geral)?			
10.2	Possui estante/prateleiras?			
10.3	Possui mesa de apoio?			
10.4	Possui carrinho de roupa limpa identificado?			
10.5	Possui escada?			
10.6	Possui coletores de fácil higienização (hamper)?			
Condições para dobradura e preparo de pacotes para envio a CME (para lavanderia hospitalar)		SIM	NÃO	NA
10.7	Possui mesa de apoio?			
10.8	Possui prateleiras?			
Condições para embalagem e preparação de kits de roupa para as unidades (para lavanderia hospitalar)		SIM	NÃO	NA
10.9	Possui seladora?			
10.10	Possui mesa?			
10.11	Possui prateleira?			
Condições de reparo e confecção		SIM	NÃO	NA
10.12	Possui máquina de costura?			
10.13	Possui máquina de overloque?			
10.14	Possui mesa de apoio?			
10.15	Possui estante?			
10.16	Possui coletores de fácil higienização hamper?			
10.17	Possui ferro elétrico?			
11. TRANSPORTE DE ROUPAS		SIM	NÃO	NA
Condições para o transporte de roupa limpa e suja				
11.1	Possui carros fechados identificados para roupa suja?			
11.2	Possui carros fechados identificados para roupa limpa?			
11.3	Os carrinhos de transporte de roupas limpas e sujas são de material impermeável, lavável, e dotados de tampa?			
11.4	Há utilização de sacos impermeáveis para transporte de roupas identificados – suja ou limpa?			
11.5	Os sacos de tecido utilizados para transporte da roupa suja são submetidos ao mesmo processo de lavagem da roupa antes de serem reutilizados?			
11.6	Os sacos descartáveis utilizados para transporte da roupa suja são descartados conforme regulamentação vigente? É vedado o reaproveitamento de sacos descartáveis.			
Condições para o transporte de roupa limpa e suja em transporte urbano (O transporte externo concomitante de roupa limpa e suja pode ocorrer se a área de carga do veículo for fisicamente dividida em ambientes distintos com acessos independentes e devidamente identificadas).				
11.7	Possui veículos fechados exclusivos para transporte de roupa suja?			
11.8	Possui veículos exclusivos para transporte de roupa limpa com revestidos de material liso, impermeável e de fácil limpeza e higienização?			
11.9	O veículo utilizado no transporte externo possui sua área de carga isolada da área do motorista e de outros ocupantes?			
11.10	Há área equipada com ponto de água e produtos de limpeza e desinfecção para a higienização de veículos e de caminhões utilizados para o transporte externo da roupa?			
12. COPA PARA FUNCIONÁRIOS		SIM	NÃO	NA
12.1	Possui copa exclusiva para funcionários (provida de pia, sabão líquido e papel toalha, para a lavagem das mãos) para a realização de pequenas refeições?			
13. ÁREA DE VESTIÁRIO PARA FUNCIONÁRIOS		SIM	NÃO	NA
13.1	Possui sanitários com pias completa (provida com água corrente, sabonete líquido, papel toalha, lixeira provida de sistema de abertura sem contato manual) com ralos sinfonados, exclusivos dos funcionários da área limpa?			
13.2	Possui chuveiros e armários para a guarda de roupas e de pertences exclusivos dos funcionários da área limpa?			
13.3	Possui sanitários com pias completa (provida com água corrente, sabonete líquido, papel toalha descartável, lixeira provida de sistema de abertura sem contato manual) com ralos sinfonados, exclusivos dos funcionários da área suja?			
13.4	Possui chuveiros e armários para a guarda de roupas e de pertences exclusivos dos funcionários da área suja?			
14. SAÚDE DO TRABALHADOR		SIM	NÃO	NA

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 26 DE MAIO DE 2015

TERÇA-FEIRA - PÁGINA 62

14.1	Notifica acidente de trabalho?			
14.2	Encaminha o trabalhador (em caso de acidente) para os serviços de emergências e investiga quando necessário?			
14.3	Os funcionários são imunizados contra hepatite B, tétano e rubéola, em caso de mulheres em idade fértil? Obs.: Verificar cópia do cartão de vacinação.			
14.4	Há fornecimento de EPI em quantidade e qualidade adequadas para atender as necessidades de todos os procedimentos do estabelecimento. Obs: Verificar estoque; e se os funcionários possuem também equipamento proteção individual contra ruídos (protetor auricular), conforme a necessidade.			
14.5	O ambiente de trabalho oferece condições ergonômicas para o trabalhador quanto à iluminação, mobiliário, ritmo de trabalho/pausas?			
14.6	O serviço dispõe de educação continuada com capacitação para funcionários, registrada em ata constando data, assinatura dos funcionários, carga horária e conteúdo ministrado? Obs: Em caso de lavanderia hospitalar, verificar se as capacitações abordam as etapas do processamento de roupas de serviços de saúde: segurança e saúde ocupacional; prevenção e controle de infecção e uso de produtos saneantes.			
15. DEPÓSITO DE MATERIAL DE LIMPEZA (DML)		SIM	NÃO	NA
15.1	O DML possui tanque?			
15.2	Possui prateleiras de material de fácil limpeza para a guarda de materiais?			
15.4	Existe depósito de material de limpeza exclusivo para a área suja?			
16. VENTILAÇÃO E CLIMATIZAÇÃO		SIM	NÃO	NA
16.1	A ventilação artificial é realizada por meio de equipamento(s) higienizado(s) e com manutenção adequada ao tipo de equipamento?			
16.2	Possui registro dos procedimentos de limpeza semanal e manutenção semestral dos componentes do sistema de climatização conforme instrução do fabricante afixado em local visível?			
17. REGISTRO DE PRODUTOS		SIM	NÃO	NA
17.1	Todos os produtos utilizados são devidamente registrados/notificados no Ministério da Saúde/ANVISA?			
18. PROIBIÇÃO DE PRODUTOS FUMÍGEROS		SIM	NÃO	NA
18.1	É atendida a Lei Federal nº 9.294 de 15/07/1996, no seu artigo 2º, onde proíbe o uso de cigarros, cigarilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público?			
19. RESPONSÁVEL PELA INSPEÇÃO				
_____		_____		
Nome e assinatura do fiscal		Nome e assinatura do responsável pelo Estabelecimento		
LOCAL:		DATA: ____/____/____		
TERMOS LAVRADOS: () TERMO DE VISTORIA Nº _____ () LAUDO DE INSPEÇÃO Nº _____ () TERMO DE INTIMAÇÃO Nº _____ () TERMO DE INTERDIÇÃO/DÉSINTERDIÇÃO Nº _____ () AUTO DE INFRAÇÃO Nº _____ () TERMO DE APREENSÃO Nº _____ Observações:				

ANEXO IV

ROTEIRO DE INSPEÇÃO PARA SERVIÇOS QUE PRESTAM ATENÇÃO DOMICILIAR

1. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA				
Razão social:				
Nome de Fantasia:				
Endereço: (Rua/Av.)			Nº.	Compl.:
Bairro:	Município:		UF:	Cep:
CNPJ/CPF:		Fone:	Fax	
E-mail:				

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 26 DE MAIO DE 2015

TERÇA-FEIRA - PÁGINA 63

Nº do alvará de func.: ____/____/____		Nº da LICENÇA SANITÁRIA: _____		
Data de emissão: ____/____/____		Data da emissão: ____/____/____		
		Data de validade: ____/____/____		
Natureza da Instituição: () Privado () Outros _____				
Responsável Técnico:		C.R.		
Responsável legal:		Nº de funcionários:		
Horário de funcionamento:				
2. MOTIVO DA INSPEÇÃO: () Rotina de trabalho () Programas específicos de vigilância sanitária () Atendimento à denúncia () Solicitação LICENÇA SANITÁRIA (1º registro) () Renovação de LICENÇA SANITÁRIA () Outros, especificar _____				
3. ATENDIMENTO AO PÚBLICO		SIM	NÃO	NA
3.1	Área específica para recepção/espera			
3.2	Sanitários para o público (masculino e feminino)			
3.3	Sanitários para funcionários (masculino e feminino)			
3.4	Os sanitários possuem pia com água corrente, toalha descartável, sabonete líquido e lixeira com tampa de acionamento por pedal?			
3.5	Os sanitários se encontram em boas condições de higiene?			
4. DOCUMENTAÇÕES NECESSÁRIAS		SIM	NÃO	NA
4.1	A instituição possui LICENÇA SANITÁRIA Atualizada?			
4.2	Possui certificado de Regularidade do Estabelecimento junto ao Conselho de Classe, em caso de pessoa jurídica?			
4.3	Possui responsável técnico e substituto devidamente habilitado no Conselho de Classe correspondente?			
4.4	Cópia da Declaração de Regularidade Técnica do Responsável Técnico expedido no respectivo Conselho de Classe?			
4.5	Os demais profissionais de saúde possuem registro no Conselho de classe correspondente?			
4.6	Possui Procedimentos Operacionais Padronizados (POP's), escritos, contendo instruções claras e bem definidas, datados, assinados pelo responsável técnico e responsável legal, com a descrição de todas as atividades realizadas no estabelecimento?			
4.7	Há registro trimestral de dedetização (desratização e desinsetização) do estabelecimento? Obs: Ver cópia da LICENÇA SANITÁRIA da empresa.			
4.8	Possui contrato com empresas terceirizadas? Quais?			
4.9	As empresas terceirizadas possuem LICENÇA SANITÁRIA?			
4.10	Possui implantado o Plano de Atenção Domiciliar?			
4.11	O serviço de atenção domiciliar (SAD) possui cadastro no CNES atualizado?			
5. POTABILIDADE DA ÁGUA		SIM	NÃO	NA
5.1	Possui registro semestral de limpeza e desinfecção da caixa d'água?			
5.2	Realiza controle semestral da qualidade da água através de análise bacteriológica e físico-química semestral, com laudo laboratorial de potabilidade da água?			
5.3	Toda a edificação possui ligação à rede pública de abastecimento d'água e aos coletores públicos de esgoto?			
5.4	Caso o estabelecimento não esteja ligado aos serviços públicos de água e/ou esgoto, o proprietário adota as providências sanitariamente adequadas, visando o suprimento de água potável e ao destino final dos objetos?			
5.5	Os funcionários e clientes têm acesso fácil à água potável para consumo?			
6. GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS		SIM	NÃO	NA
6.1	Possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS aprovado pelo órgão competente?			
6.2	O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde está implantado, conforme legislação em vigor?			
7. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS		SIM	NÃO	NA
7.1	Os equipamentos, medicamentos e materiais são regularizados junto a ANVISA/MS?			
7.2	Possui sistema de controle que permite o rastreamento de equipamentos, medicamentos e materiais, se necessário? Obs: Verificar essa especificação no POP e documentos específicos (livros de controle de entrada e saída)			
7.3	O transporte de equipamentos, medicamentos e materiais é realizado conforme orientação do fabricante? Obs: Verificar essa especificação no POP			
7.4	Realiza manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos? Obs: Verificar contrato e registros			

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 26 DE MAIO DE 2015

TERÇA-FEIRA - PÁGINA 64

7.5	Quanto à instalação de equipamentos no domicílio, segue o manual de operação do fabricante? Obs: Verificar essa especificação no POP			
7.6	Realiza os testes de funcionamento dos equipamentos, após a instalação nos domicílios? Obs: Verificar essa especificação no POP			
7.7	Os materiais, equipamentos e produtos são guardados em local exclusivo?			
7.8	Possui instalações, equipamentos e aparelhagem indispensáveis e condizentes com as suas finalidades?			
7.9	Todas as instalações, equipamentos e aparelhagem estão em perfeito estado de funcionamento?			
7.10	Orienta o paciente, familiares e cuidadores quanto ao manuseio e risco associados dos equipamentos? Obs: Verificar essa especificação no POP			
7.11	Fornecer bateria dos equipamentos de suporte a vida? Obs: Verificar estoque e verificar essa especificação no POP			
8. REGISTRO E VALIDADE DE PRODUTOS		SIM	NÃO	NA
8.1	Todos os produtos utilizados são devidamente registrados/notificados no Ministério da Saúde/ANVISA e estão dentro do prazo de validade?			
9. SERVIÇO DE LIMPEZA		SIM	NÃO	NA
9.1	Possui materiais de limpeza disponíveis e em quantidade suficiente necessários à realização dos procedimentos?			
9.2	Estes se encontram em bom estado de conservação e limpeza?			
9.3	Existe depósito de material de limpeza de uso exclusivo?			
10. SAÚDE DO TRABALHADOR		SIM	NÃO	NA
10.1	Possui registro de treinamento no mínimo anual para todos os trabalhadores? Obs: Verificar documento em ata com a especificação dos tipos de treinamentos, assuntos abordados, data, carga horária e assinatura dos profissionais envolvidos.			
10.2	Possui registro de imunização contra hepatite B, tétano e rubéola (para mulheres em idade fértil) de todos os trabalhadores?			
10.3	Há fornecimento de Equipamento de Proteção Individual (EPI) em quantidade adequada para atender as necessidades de todas as atividades realizadas na instituição?			
10.4	Há notificação e encaminhamento dos funcionários em caso de acidentes? Obs: Verificar essa especificação no POP e verificar o documento in loco de comunicação de acidente de trabalho (CAT)			
11. ESTRUTURA FÍSICA		SIM	NÃO	NA
11.1	Os estabelecimentos, objeto dessa portaria, estão instalados em locais próprios, não sendo permitida a sua localização em residências, ao ar livre, em locais insalubres ou em locais públicos?			
11.2	A edificação é sólida, sem rachaduras, sem infiltrações, sem vazamentos ou sem quaisquer outras alterações que comprometam a sua estrutura física?			
11.3	Possui instalações confortáveis com climatização e iluminação adequadas à atividade proposta?			
11.4	As instalações elétricas são protegidas e estão em bom estado de conservação?			
11.5	As instalações hidráulicas são protegidas e estão em bom estado de conservação? Obs: Verificar vazamento, torneiras quebradas, descarga, chave geral e outros.			
11.6	Possui Pisos, () Sim () Não, Paredes, () Sim () Não, e Tetos, () Sim () Não, revestidos com material liso, lavável, impermeável, resistente a produtos químicos e em bom estado de conservação e limpeza?			
11.7	O piso é dotado de ralo sifonado com tampa escamoteável?			
11.8	O ambiente é limpo e conservado? Obs: Verificar poeira e mofo.			
11.9	O ambiente é livre de insetos e roedores?			
11.10	Possui proteção contra a entrada de insetos, roedores e outros animais?			
11.11	O estabelecimento mantém equipamentos de proteção contra incêndios, dentro do prazo de validade, e seguindo as normas vigentes preconizadas pelo corpo de bombeiros?			
11.12	Possui infra-estrutura compatível com a legislação em vigor:			
	a) área de trabalho para a equipe administrativa com arquivo?			
	b) Possui área de trabalho para a equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD)?			
	c) Possui almoxarifado?			
12. PLANO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – PAD Obs: Verificar exigências abaixo no PAD		SIM	NÃO	NA
12.1	O PAD possui em seu anexo a cópia do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES?			
12.2	O PAD contém manual de normas técnicas de procedimento para atenção domiciliar de acordo com a especificidade da assistência a ser prestada?			
12.3	O PAD contém o regimento interno que define o tipo de atenção domiciliar prestada e as diretrizes básicas que norteiam seu funcionamento?			
12.4	Possui relatórios encaminhados pelos médicos que acompanham os pacientes contendo históricos, prescrições, exames e intercorrências?			
12.5	Possui prescrição de assistência clínica terapêutica e psicossocial para o paciente?			
12.6	Avalia os indicadores e encaminha semestralmente a Vigilância Sanitária local?			

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 26 DE MAIO DE 2015

TERÇA-FEIRA - PÁGINA 65

12.7	Possui registro dos pacientes em atenção domiciliar e prontuários contendo todos os registros dos pacientes?			
12.8	Descreve no PAD o critério de inclusão para internação domiciliar quanto a obrigatoriedade de no domicílio existir suprimento de água potável, energia elétrica, facilidade de acesso para veículos, ambiente com janelas e meio de comunicação de fácil acesso?			
12.9	Assegura suporte técnico e manutenção mínima para o leito para a assistência do paciente?			
12.10	Possui elaborado e implantado programa de prevenção e controle de infecção e eventos adversos (PCPIEA)?			
12.11	Possui a implantação das normas e rotinas de limpeza, desinfecção e/ou esterilização de artigos, superfícies e equipamentos utilizados diretamente na assistência ao paciente, sob supervisão do responsável pelo PCPIEA?			
12.12	Possui cronograma de atividade dos profissionais e logística de atendimento?			
12.13	Possui sistema de comunicação que garante o acionamento da equipe, serviços de retaguarda e apoio ou suporte logístico em casa de urgência e emergência?			
12.14	Garante aos pacientes um serviço de retaguarda com referencia de urgência e emergência?			
12.15	Em caso de paciente realizando hemodiálise, o dializador é de uso único? Obs: verificar especificação no PAD e verificar estoque de produtos médicos.			
12.16	Quanto ao uso de ventilação mecânica invasiva, é acompanhado por profissional da equipe multiprofissional? Obs: verificar especificação no PAD			
12.17	Em caso de ventilação mecânica é informado à companhia de fornecimento de energia elétrica local? Obs: verificar especificação no PAD e verificar registro de comunicação.			
12.18	Possui sistema alternativo de energia elétrica ligada ao equipamento com acionamento automático de no caso 0,5 segundos? Obs: Verificar especificação no PAD.			
12.19	Quando necessária a instalação de suprimentos de gases medicinais canalizados segue normas específicas? Verificar no PAD a descrição da NBR 12.188.			
12.20	Há descrito no PAD quanto à proibição do enchimento dos gases medicinais no domicílio do paciente?			
12.21	No caso de nutrição parenteral, há a especificação no PAD o cumprimento das normas específicas, conforme legislação vigente? Obs: Portaria SVS/MS N° 272 de 1998.			
12.22	Existe periodicidade dos relatórios de evolução e acompanhamento do paciente? Obs: Verificar arquivo.			
12.23	Existe revisão do PAD datada e assinada pelo profissional de saúde que acompanha o paciente e pelo responsável técnico do SAD?			
12.24	O SAD possui o registro de todos os pacientes em atenção domiciliar?			
12.25	O SAD possui no domicílio o prontuário domiciliar com o registro de todas as atividades realizadas durante a atenção direta ao paciente desde a indicação até a alta ou óbito do paciente? Obs: Verificar arquivo dos prontuários antigos.			

Obs: O SAD que estiver inserido em um serviço de saúde pode compartilhar os ambientes específicos para a equipe multiprofissional de atenção domiciliar.

13. LIMPEZA DESINFECÇÃO, ESTERILIZAÇÃO DE ARTIGOS E SUPERFÍCIES SIM NÃO NA
 Obs: Caso o SAD realize o processamento de artigos, verificar exigências abaixo:

13.1	Os materiais e artigos esterilizados são acondicionados em embalagens adequadas e identificados com data de esterilização e com indicador químico?			
13.2	Possui local específico para limpeza, preparo e esterilização de materiais e artigos com barreira técnica?			
13.3	Utiliza equipamento para esterilização de artigos em temperatura e tempo de exposição recomendados?			
13.4	Utiliza os métodos e produtos adequadamente para o processamento de artigos?			
13.5	Realiza limpeza e desinfecção de piso, bancadas, mobiliários e equipamentos após expediente de trabalho e quando necessário?			
13.6	Realiza e registra monitoramento biológico (teste biológico) no equipamento de esterilização?			
13.7	Realiza e registra monitoramento químico por meio do Bowie Dick, conforme o equipamento de esterilização?			
13.8	O processamento de artigos médicos hospitalares está de acordo com o previsto na legislação vigente? Obs: RDC/ANVISA N° 15 de 15 de março de 2012.			
13.9	Possui descritas normas e rotinas de limpeza, desinfecção e/ou esterilização de artigos, superfícies e equipamentos?			

14. RECURSOS HUMANOS SIM NÃO NA

14.1	Possui registro das capacitações para EMAD contendo nome do responsável, conteúdo, participantes, data, carga horária e assinatura dos profissionais envolvidos? Obs: Verificar documento em ata.			
14.2	Possui farmacêutico habilitado para o controle do estoque de medicamento sujeito a controle especial, conforme legislação vigente? Obs: Portaria SVS/MS N° 344 de 1998?			

OBSERVAÇÕES:

TERMOS LAVRADOS:

- () TERMO DE VISTORIA N° _____
 () TERMO DE INTIMAÇÃO N° _____
 () LAUDO DE INSPEÇÃO N° _____

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 26 DE MAIO DE 2015

TERÇA-FEIRA - PÁGINA 66

<input type="checkbox"/> TERMO DE INTERDIÇÃO/DESINTERDIÇÃO Nº _____ <input type="checkbox"/> AUTO DE INFRAÇÃO Nº _____ <input type="checkbox"/> TERMO DE APREENSÃO Nº _____	
RESPONSÁVEL PELA INSPEÇÃO	
_____ Nome e assinatura do responsável Matrícula:	_____ Nome e assinatura do responsável Matrícula:
_____ Nome e assinatura do responsável pelo estabelecimento	
LOCAL:	DATA: ____/____/____

ANEXO V ROTEIRO DE INSPEÇÃO PARA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE INTERNAÇÃO E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DIA

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO				
Razão Social:				
1.2 Nome Fantasia:				
1.3 Endereço: (Rua/Av.)		Nº:	Compl:	
Bairro:	Município:	UF:	Cep:	
CNPJ/CPF:		Fax:	Fone:	
E-mail:				
Nº do alvará de func.: ____/____/____		Nº da Licença Sanitária: ____/____/____		
Data de emissão: ____/____/____		Data da emissão: ____/____/____		
		Data de validade: ____/____/____		
Natureza da Instituição:				
<input type="checkbox"/> Público, em caso afirmativo: <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Privado, sem fins lucrativos (Filantrópico) <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Outros				
Tipo de Hospital: <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Dia				
Ramo de Atividade:		Código:	Aut. Funcionamento:	
Responsável Técnico:			C.R.	
Carga Horária:				
Responsável Legal:			Nº de funcionários:	
Número do Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde (inscrição no CNES): _____				
Recebe subvenção do governo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual fonte? _____				
O hospital tem atividade docente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Horário de funcionamento				
Manhã: ____ : ____ h às ____ : ____ h Tarde: ____ : ____ h às ____ : ____ h				
2. MOTIVO DA INSPEÇÃO				
<input type="checkbox"/> Consulta Prévia <input type="checkbox"/> Rotina de trabalho <input type="checkbox"/> Programas específicos de vigilância sanitária <input type="checkbox"/> Atendimento à denúncia <input type="checkbox"/> Solicitação de licença sanitária <input type="checkbox"/> Renovação de licença sanitária <input type="checkbox"/> Reinspeção <input type="checkbox"/> Outros				
3	ATENDIMENTO AO PÚBLICO	SIM	NÃO	NA
3.1	Possui área específica para recepção/espera?			
3.2	Possui sanitário para público masculino e feminino?			
3.3	Possui sanitário para funcionários masculino e feminino?			
3.4	Os sanitários possuem pia completa (sabonete líquido, papel toalha e lixeira com tampa acionado por pedal)?			
4	DOCUMENTAÇÕES NECESSÁRIAS	SIM	NÃO	NA
4.1	A instituição possui Licença sanitária Atualizada?			
4.2	Possui certificado de Regularidade do Estabelecimento junto ao Conselho de Classe, em caso de pessoa jurídica?			
4.3	Possui responsável técnico e substituto devidamente habilitado no Conselho de Classe correspondente?			
4.4	Cópia da Declaração de Regularidade Técnica do Responsável Técnico expedido no respectivo Conselho de Classe?			
4.5	Os demais profissionais de saúde possuem registro no Conselho de classe correspondente?			

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 26 DE MAIO DE 2015

TERÇA-FEIRA - PÁGINA 67

4.6	Possui Procedimentos Operacionais Padronizados (POP's), escritos, contendo instruções claras e bem definidas, datados, assinados pelo responsável técnico e responsável legal, com a descrição de todas as atividades realizadas no estabelecimento?			
4.7	Há registro trimestral de dedetização (desratização e desinsetização) do estabelecimento? Obs: Ver cópia da licença sanitária da empresa.			
4.8	Possui contrato com empresas terceirizadas? Quais?			
4.9	As empresas terceirizadas possuem licença sanitária?			
4.10	Possui cadastro no CNES atualizado?			
5	LEITOS	CNES	Encontrados	NA
5.1	Total de leitos SUS			
5.2	Total de leitos (não considerar leitos de intercorrências)			
5.3	Possui Leitos particulares/convênios			
5.4	Possui Leitos Masculinos			
5.5	Possui leitos de crianças e adolescentes (menor que 18 anos)			
5.6	Possui Leitos Femininos			
6	SERVIÇOS PRÉ-HOSPITALARES MÓVEIS	SIM	NÃO	NA
6.1	O transporte de pacientes em situação de urgência/emergência é realizado por meio de: a) Ambulância própria (fiscalizar, conforme legislação vigente)			
6.2	b) SAMU			
6.3	c) Outra alternativa			
7	ESTRUTURA FÍSICA/INSTALAÇÕES	SIM	NÃO	NA
7.1	Os estabelecimentos, objeto dessa portaria, estão instalados em locais próprios, não sendo permitida a sua localização em residências, ao ar livre, em locais insalubres ou em locais públicos?			
7.2	A edificação é sólida, sem rachaduras, sem infiltrações, sem vazamentos ou sem quaisquer outras alterações que comprometam a sua estrutura física?			
7.3	Possui instalações confortáveis com climatização e iluminação adequadas à atividade proposta?			
7.4	A iluminação é adequada para realização das atividades com segurança?			
7.5	As instalações elétricas são protegidas e estão em bom estado de conservação?			
7.6	As instalações hidráulicas são protegidas e estão em bom estado de conservação? Obs: Verificar vazamento, torneiras quebradas, descarga, chave geral e outros.			
7.7	Possui Pisos, () Sim () Não, Paredes, () Sim () Não, e Tetos, () Sim () Não, revestidos com material liso, lavável, impermeável, resistente a produtos químicos e em bom estado de conservação e limpeza?			
7.8	O piso é dotado de ralo sifonado com tampa escamoteável?			
7.9	O ambiente é limpo e conservado? Obs: Verificar poeira e mofo.			
7.10	O ambiente é livre de insetos e roedores?			
7.11	Possui proteção contra a entrada de insetos, roedores e outros animais?			
7.12	O estabelecimento mantém equipamentos de proteção contra incêndios, dentro do prazo de validade, e seguindo as normas vigentes preconizadas pelo corpo de bombeiros?			
7.13	Possui almoxarifado?			
7.14	O hospital conta com um sanitário para no máximo 2 enfermarias?			
7.18	Há conservação e limpeza do mobiliário? (Considerar como condições adequadas de uso, quando não houver risco de lesão aos pacientes - farpas, pregos ou parafusos sobressaltados/enferrujados etc.)			
7.19	Possui armários exclusivos, limpos, sem umidade, mantidos fechados, para acondicionamento de produtos, artigos e materiais descartáveis destinados à execução dos procedimentos?			
7.20	O nº de leitos é no máximo 06 leitos por enfermaria?			
7.21	Os leitos estão identificados com o nome dos pacientes?			
7.22	O espaço entre os leitos permite a circulação adequada para a assistência? (Verificar se existe espaço que permita circulação em 3 lados de cada leito (exceto cabeceira) para adequada assistência ao paciente)			
7.23	Existe posto de enfermagem para cada 40 leitos?			
7.24	As salas médicas, consultórios e enfermarias dispõem de dispensador com solução alcoólica a 70% para desinfecção das mãos?			
8	SALA DE INTERCORRÊNCIA	SIM	NÃO	NA
8.1	Há enfermaria para intercorrência clínica?			
8.2	Na intercorrência clínica, a área corresponde com o mínimo de 6m ² por leito?			
8.3	Na intercorrência clínica, há numero de leitos na proporção de 1-50 do total do hospital?			
8.4	Há enfermeiro responsável pelo setor de intercorrências clínica?			
8.5	Possui local adequado para a guarda de materiais estéreis e desinfetados?			
8.6	Há equipamentos e materiais em boas condições para uso nas enfermarias de intercorrências clínicas?			

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 26 DE MAIO DE 2015

TERÇA-FEIRA - PÁGINA 68

8.7	A sala de intercorrência possui Cama Fowler			
8.8	Possui aspirador			
8.9	Possui cânulas de entubação dentro do prazo de validade?			
8.10	Possui ambu ?			
8.11	Possui gases medicinais canalizados ou cilindro de O2?			
8.12	Possui carro de parada cardíaca ?			
8.13	Os medicamentos estão armazenados corretamente?			
8.14	Os medicamentos disponíveis estão em condições que garantem o consumo seguro (identificação, embalagem e validade)?			
8.15	Possui desfibrilador			
8.16	Possui laringoscópio com lâmina			
9	ABASTECIMENTO DE ÁGUA	SIM	NÃO	NA
9.1	Possui registro semestral de limpeza e desinfecção da caixa d'água?			
9.2	Realiza controle semestral da qualidade da água através de análise bacteriológica e físico-química semestral, com laudo laboratorial de potabilidade da água?			
9.3	Toda a edificação possui ligação à rede pública de abastecimento d'água e aos coletores públicos de esgoto?			
9.4	Caso o estabelecimento não esteja ligado aos serviços públicos de água e/ou esgoto, o proprietário adota as providências sanitariamente adequadas, visando o suprimento de água potável e ao destino final dos objetos?			
9.5	Os funcionários e clientes têm acesso fácil à água potável para consumo?			
9.6	Possui registro semestral de limpeza e desinfecção da caixa d'água?			
9.7	Realiza controle semestral da qualidade da água através de análise bacteriológica e físico-química semestral, com laudo laboratorial de potabilidade da água?			
9.8	Toda a edificação possui ligação à rede pública de abastecimento d'água e aos coletores públicos de esgoto?			
10	PROCESSAMENTO DE ARTIGOS	SIM	NÃO	NA
10.1	Há Central de Material e Esterilização (CME) ou local específico para lavagem, preparo e esterilização de materiais e artigos? (observar a barreira física)?			
10.2	Os materiais e artigos reprocessados são acondicionados em embalagens adequadas e identificados com data de esterilização, com indicador químico e nas condições ideais de armazenamento.			
10.3	Realiza limpeza dos artigos com substância indicada (conforme a norma do fabricante) como técnica de processamento de artigos? Obs: anotar qual o produto utilizado			
10.4	O trabalhador que realiza limpeza/descontaminação de materiais e artigos, faz uso de Equipamentos de Proteção Individual? Os EPIs recomendados para uso no expurgo são: Luvas de borracha de canos longos, máscaras, gorro, óculos com proteção lateral, avental impermeável e sapatos fechados impermeáveis.			
10.5	Usa autoclave para esterilização de materiais e artigos em temperatura e tempo de exposição recomendados? (Conforme POP'S)			
10.6	Faz uso de indicador biológico com frequência de 1 vez por semana?			
10.7	Em caso de autoclave a pré-vácuo, faz uso de Bowie – Dick diariamente, na primeira carga do dia?			
10.8	Em caso de autoclave, faz uso de integrador químico em cada pacote?			
10.9	Utiliza os métodos e produtos adequadamente para o processamento de artigos?			
10.10	O processamento de artigos médicos hospitalares está de acordo com o previsto na legislação vigente? Obs: RDC/ANVISA N° 15 de 15 de março de 2012.			
10.11	Realiza limpeza e desinfecção de piso, bancadas, mobiliários, equipamentos e colchões das macas após expediente de trabalho e quando necessário?			
10.12	Realiza desinfecção/descontaminação de superfície quando contaminado?			
10.13	Usa solução germicida com registro nos órgãos competentes e em concentração recomendada ou de acordo com as especificações do fabricante?			
10.4	As almotolias são identificadas e possuem a data de envase e validade?			
11	TRATAMENTO DE FERIDAS	SIM	NÃO	NA
11.1	Existe sala de curativos na instituição ou 01 carro de curativo para cada três (03) postos de enfermagem? (De acordo com a Portaria/GM 251, o hospital deve possuir 1 sala de curativos equipada com maca, armários e materiais permanentes e descartáveis para curativos. Na ausência da sala de curativos, deve existir um carro de curativo para cada 3 postos de enfermagem. Possuindo uma das alternativas ou ambas, assinalar sim).			
11.2	Os artigos destinados a realização de curativo são esterilizados e de uso individual?			
11.3	O local destinado a realização de curativo encontra-se adequadamente higienizado?			
11.4	Possue(m) pia(s) completa(s) provida(s) de água corrente, suporte com papel toalha, dispensador com sabão líquido e lixeira com tampa de acionamento por pedal ou lixeira sem tampa?			
11.5	A torneira do lavatório é de acionamento não manual (automático ou acionada por cotovelo) ?			

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 26 DE MAIO DE 2015

TERÇA-FEIRA - PÁGINA 69

11.6	No caso de contaminação de superfícies com sangue ou outros fluidos orgânicos, há descontaminação imediata?			
11.7	Realiza limpeza e/ou desinfecção de colchão de maca ou cadeira entre os curativos, especialmente os infectados?			
11.8	Lava as mãos antes e após a realização de cada curativo?			
11.9	Existe sala de curativos na instituição ou 01 carro de curativo para cada três (03) postos de enfermagem? (De acordo com a Portaria/GM 251, o hospital deve possuir 1 sala de curativos equipada com maca, armários e materiais permanentes e descartáveis para curativos. Na ausência da sala de curativos, deve existir um carro de curativo para cada 3 postos de enfermagem. Possuindo uma das alternativas ou ambas, assinalar sim).			
11.10	Os curativos são trocados com base nos critérios adequados? Obs: curativo de ferida limpa, manter coberto por 24/48 horas, ferida infectada e/ou com drenagem menos diariamente.			
11.11	Lava as mãos antes e após a realização de cada procedimento?			
12	LAVANDERIA	SIM	NÃO	NA
12.1	Possui serviços de lavanderia? Em caso afirmativo, verificar as exigências das legislações vigentes.			
19	FARMÁCIA	SIM	NÃO	NA
19.1	Existe área exclusiva para farmácia?			
19.2	Existe responsável técnico pela farmácia?			
	Existem Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) referentes às atividades realizadas?			
19.3	O local apresenta boas condições de higiene e limpeza?			
19.4	Todos os medicamentos/produtos estão armazenados de forma ordenada, seguindo as especificações do fabricante e sob condições que garantam a manutenção de sua identidade, integridade, qualidade, segurança, eficácia e rastreabilidade?			
19.5	Os medicamentos/produtos estão limpos, protegidos da ação direta da luz solar, umidade e calor?			
19.6	Os medicamentos/produtos estão armazenados em gavetas, prateleiras ou suporte equivalente, afastados do piso, parede e teto?			
19.7	A temperatura do local de armazenamento dos medicamentos é medida e registrada diariamente?			
19.8	Os medicamentos que exigem armazenamento em temperatura abaixo da temperatura ambiente, estão armazenados de acordo com as especificações declaradas na respectiva embalagem e a temperatura do local é medida e registrada diariamente?			
19.9	Os medicamentos psicotrópicos/entorpecentes estão guardados em áreas específicas e com acesso restrito (sala ou armário)?			
19.10	É realizado o controle do estoque de medicamentos controlados em livro específico ou em sistema informatizado?			
19.11	O fracionamento de medicamentos atende às Boas Práticas para Fracionamento de Medicamentos e mantém as informações que garantem a identificação, qualidade e rastreabilidade?			
20	NUTRIÇÃO	SIM	NÃO	NA
20.1	Possui serviços de nutrição? Em caso afirmativo, verificar as exigências das legislações vigentes.			
21	REGISTRO E VALIDADE DE PRODUTOS	SIM	NÃO	NA
21.1	Todos os produtos utilizados são devidamente registrados/notificados no Ministério da Saúde/ANVISA e estão dentro do prazo de validade?			
22	SAÚDE DO TRABALHADOR	SIM	NÃO	NA
22.1	Possui registro de treinamento no mínimo anual para todos os trabalhadores? Obs: Verificar documento em ata com a especificação dos tipos de treinamentos, assuntos abordados, data, carga horária e assinatura dos profissionais envolvidos.			
22.2	Possui registro de imunização contra hepatite B, tétano e rubéola (para mulheres em idade fértil) de todos os trabalhadores?			
22.3	Há fornecimento de Equipamento de Proteção Individual (EPI) em quantidade adequada para atender as necessidades de todas as atividades realizadas na instituição?			
22.4	Há notificação e encaminhamento dos funcionários em caso de acidentes? Obs: Verificar essa especificação no POP e verificar o documento in loco de comunicação de acidente de trabalho (CAT)			
23	SERVIÇOS DE LIMPEZA	SIM	NÃO	NA
23.1	Possui materiais de limpeza disponíveis e em quantidade suficiente necessários à realização dos procedimentos?			
23.2	Estes se encontram em bom estado de conservação e limpeza?			
23.3	Existe depósito de material de limpeza de uso exclusivo?			
24	GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS	SIM	NÃO	NA
24.1	Possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS aprovado pelo órgão competente?			
24.2	O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde está implantado, conforme legislação em vigor?			

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 26 DE MAIO DE 2015

TERÇA-FEIRA - PÁGINA 70

25	PROIBIÇÃO DE PRODUTOS FUMÍGEROS	SIM	NÃO	NA
25.1	É atendida a Lei Federal Nº 9294 de 15/07/1996, no seu artigo 2º, onde proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público, salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente?			
24. MEDIDAS ADOTADAS				
<input type="checkbox"/> Lavratura de termo de vistoria Nº ----- <input type="checkbox"/> Lavratura de termo de intimação Nº ----- <input type="checkbox"/> Lavratura de termo de interdição Nº ----- <input type="checkbox"/> Lavratura de termo de infração Nº -----				
25. RESPONSÁVEL PELA INSPEÇÃO				
_____ Nome e assinatura do fiscal		_____ Nome e assinatura do responsável pelo estabelecimento		
_____ Nome e assinatura do Assessor Técnico				
LOCAL:		DATA: ____/____/____		

*** **

TERMO DE ADJUDICAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO - ADJUDICAÇÃO e HOMOLOGAÇÃO da Chamada Pública nº 002/2014, Processo nº 2507151201412/2013, referente ao credenciamento de empresas ou entidades privadas, prestadoras de serviço de saúde, interessadas em participar, de forma complementar do Sistema Único de Saúde, do procedimento terapêutico de oxigenoterapia hiperbárica, de acordo com as especificações e quantitativos previstos no edital e em seus anexos. Após apreciar o processo licitatório da Chamada Pública nº 002/2014, com abertura em 29/04/2014, ADJUDICO e HOMOLOGO no uso das atribuições que me confere o inciso VI do art. 7º do Decreto Municipal nº 11.251, de 10.09.2002 e nos termos indicados pelo relatório assinado por Geovânia Sabino Machado, Presidente da Central das Licitações da Prefeitura de Fortaleza, nas páginas nºs 190 e 191 do processo em referência, onde foi credenciada a seguinte empresa: Centro de Medicina HIPERBARICA de Fortaleza Ltda, inscrita no CNPJ nº 17.054.621/0001-50. As despesas decorrerão à conta das dotações consignadas ao: Projeto/Atividade Código 25.901.28.846.0012.2477.0001, Elemento de Despesa 33.90.91, Fonte de Recurso 0 212 da Ação de Cumprimento de Sentença Judicial. Publique-se e cumpra-se. Fortaleza (CE), 21 de maio de 2015. **Maria do Perpétuo Socorro Martins Breckenfeld - SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS.**

SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO

PORTARIA Nº 03/2015 - O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO/SDE, no uso de suas atribuições legais conferidas. RESOLVE: Designar: I - SÂNGELA SALES DE OLIVEIRA, matrícula nº 7617204, VICENTE FIRMO BESERRA, matrícula nº 468602 e GASPARE FREIRE DE SOUZA, matrícula nº 210901, para sob a coordenação do primeiro constituírem a Comissão do Inventário da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico, em cumprimento às exigências da Secretaria do Tesouro Nacional e às Normas Brasileira de Contabilidade Aplicadas ao Setor Público - NBCASP. II - A Comissão poderá convocar chefias e/ou pessoal técnico/administrativo para participarem das discussões, se a natureza dos documentos assim exigir. III - Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação. Fortaleza, 15 de

maio de 2015. **Robinson Passos de Castro e Silva - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO - SDE.**

*** **

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - PMF SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO - SDE COMITÊ DE ANÁLISE DE BENEFÍCIOS - CAB RESOLUÇÃO 02/2015

Concede a inscrição da CPQi Serviços e Tecnologia Ltda no Programa Polo Tecnológico.

O Comitê de Análise de Benefícios - CAB, Considerando os objetivos do Programa Polo Tecnológico de Fortaleza, instituído pela Lei nº 9.585/2009 e regulamentado pelo decreto nº 12.660/2010. CONSIDERANDO que a documentação da requerente foi analisada e aprovada pelo Grupo de Análise de Pleitos - GAP, mediante Parecer nº 06/2014, fundamentado. CONSIDERANDO que os demais aspectos legais foram debatidos e aprovados pelo Comitê de Análise de Benefícios - CAB. RESOLVE: Art. 1º - Conceder a inscrição no programa Polo Tecnológico à empresa CPQi SERVIÇOS E TECNOLOGIA LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 11.333.561/0001 - 29, sediada na Av. Litorânea, s/n loja 17, bairro Porto das Dunas, Aquiraz, Ceará, com os seguintes benefícios fiscais: I - redução de 100% do Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana - IPTU, exercício 2014, da área do Parque Tecnológico Faculdade 7 de Setembro, destinado a instalação da empresa. II - Redução de 60% do Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza - ISSQN, para os serviços listados abaixo e prestados pela empresa no Parque Tecnológico Faculdade 7 de setembro: a - 1.1 - Análise e desenvolvimento de sistemas; b - 1.2 - Programação; c - 1.3 - Processamento de dados e congêneres; d - 1.4 - Elaboração de programas de computadores, inclusive de jogos eletrônicos; e - 1.5 - Licenciamento ou cessão de direito de uso de programas de computação; f - 1.6 - Assessoria e consultoria em informática; g - 1.8 - Planejamento, confecção, manutenção e atualização de páginas eletrônicas; h - 2.1 - Serviços de pesquisas e desenvolvimento de qualquer natureza. Art. 2º - A empresa beneficiada deverá adotar ou combinar as alternativas de contrapartidas sociais estabelecidas na Seção IV da referida legislação, sob a supervisão do grupo de Análise de Pleitos -

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 26 DE MAIO DE 2015

TERÇA-FEIRA - PÁGINA 71

GAP. Art. 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação. Fortaleza, 19 de maio de 2015. **Robinson Passos de Castro Silva - PRESIDENTE DO COMITÊ DE ANÁLISE DE BENEFÍCIOS - CAB.**

SECRETARIA MUNICIPAL DE TURISMO DE FORTALEZA

PORTARIA Nº 03/2015 - SETFOR - O SECRETÁRIO EXECUTIVO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE TURISMO DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais, e CONSIDERANDO a necessidade de regimentar o uso e a ocupação das áreas internas e externas do Mercado Central de Fortaleza. RESOLVE: Designar uma Comissão Interna, composta pelos seguintes profissionais abaixo, sob a coordenação do seu Presidente, para elaborar o Regimento Interno do Mercado Central de Fortaleza, de atribuição da SETFOR.

NOME	MATRÍCULA	FUNÇÃO
Valdecirio Menezes de Queiroz	71.051.03	Presidente
Paulo Hermano Carvalho de Pontes	96.731.02	Membro
Marcelo José do Monte	74.556.03	Membro
Jamile Barbosa Guimarães de Vasconcelos	96.594.02	Membro

Cientifique-se, publique-se e cumpra-se. GABINETE DO SECRETÁRIO EXECUTIVO, em ___ de _____ de 2015. **Erick Benevides de Vasconcelos - SECRETÁRIO EXECUTIVO DA SETFOR.**

SECRETARIA MUNICIPAL DE TRABALHO, DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME

TERMO DE RATIFICAÇÃO - Reconheço a Dispensa de Licitação fundamentada no art. 24, inciso X, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e suas alterações posteriores e em consonância com o parecer jurídico acostado aos autos do Processo Administrativo nº P528517/2015, para a contratação com a Sra. Cleene Maria Uchoa Pereira (CPF/MF nº 480.619.803-04) e o Sr. Francisco José Almeida de Souza (CPF/MF nº 502.836.933-04), referente à locação de 01 (um) imóvel não residencial sito a Avenida General Osório de Paiva, nº 93 - Fortaleza/CE, a ser destinado ao funcionamento do ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES da Secretaria Municipal de Trabalho, Desenvolvimento Social e Combate à Fome - SETRA. Ratifico conforme prescreve o art. 26 do Estatuto das Licitações, o Parecer nº 45/2015-PA da Procuradoria Geral do Município de Fortaleza, determinando que se proceda à publicação do devido extrato. Fortaleza/CE, 21 de maio de 2015. **Cláudio Ricardo Gomes de Lima - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE TRABALHO, DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME.**

SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA

PORTARIA Nº 28/2015 - O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA, Francisco Geraldo de Magela Lima Filho, no uso de suas atribuições legais. RESOLVE designar a Comissão de Habilitação Técnica, referente ao Edital nº 06/2015/SECULTFOR - Chamamento Público - Seleção de Entidade sem fins lucrativos com objetivo de realização da VII Mostra de Música Petrócio Maia, os seguintes membros:

NOME	MATRÍCULA
Lenildo Monteiro Gomes	97.142
Luana Vasconcelos Holanda	96.273
Francisco José Rodrigues	96.576

Registre-se, publique-se e intime-se. Fortaleza, 19 de maio de 2015. **Francisco Geraldo de Magela Lima Filho - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA.**

*** **

PORTARIA Nº 29/2015 - O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA, Francisco Geraldo de Magela Lima Filho, no uso de suas atribuições legais. RESOLVE designar a Comissão de Habilitação Jurídica, referente ao Edital nº 08/2015/SECULTFOR - Chamamento Público para Seleção de Entidade sem fins lucrativos com objetivo de realização a Produção da Programação Cultural do Estoril, os seguintes membros:

NOME	MATRÍCULA
Jamile de Góis Rodrigues Amorim	97.522
Ronaldo Felipe Rolim Nogueira	10.504
Francisco José Rodrigues da Silva	96.576

Registre-se, publique-se e intime-se. Fortaleza, 19 de maio de 2015. **Francisco Geraldo de Magela Lima Filho - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA.**

*** **

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO Nº 04/2015 - EDITAL Nº 09/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE PARECERISTA DO EDITAL DE FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 - CONCEDENTE: A SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA – SECULTFOR, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.321.307/0001-48, sediada na Rua Pereira Filgueiras, nº 04, Centro – CEP 60.169-150, Fortaleza – CE, doravante denominada CONCEDENTE, neste ato, representado pelo seu Secretário FRANCISCO GERALDO DE MAGELA LIMA FILHO, brasileiro, Jornalista, portador da Cédula de Identidade nº 307416596 - SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 641.277.023-20. PARECERISTA: LAIRTON DOS SANTOS GUEDES, brasileiro, portador do CPF nº 511.421.634-15, RG nº 2693433 SSP-PE, residente e domiciliado na Rua Solon Pinheiro, Nº 1143, apto 303, bl B – Fátima, CEP: 60.050-145, na cidade de Fortaleza/CE, tem entre si justo e contratado o disposto a seguir: 1 OBJETO: O presente Termo tem por objeto o compromisso para prestação de serviços de análise e parecer de projetos culturais inscritos no Edital 11/2015 - SELEÇÃO PÚBLICA DE APOIO AOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015, observada suas condições editalícias. 2. DO VALOR E DA FORMA DE PAGAMENTO: Será devido para cada parecerista o valor de R\$ 2.500,00 (dois mil trezentos e quinhentos reais) bruto. 3. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: As despesas ocorrerão com recursos da Secretaria Municipal de Cultura de Fortaleza - SECULTFOR a partir da seguinte Dotação: Programa: 13.392.0071.1259.0001; Elemento de despesa: 339036, Fonte: 100; Sequencial: 205. 4. DA VIGÊNCIA: O prazo de vigência do presente instrumento será de 06 (seis) meses contados a partir da data de publicação podendo ser prorrogado. 5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Edital nº 09/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE PARECERISTA DO EDITAL DE FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2014 e Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. 6. SIGNATÁRIOS(AS): **Francisco Geraldo de Magela Lima Filho - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA** e **Lairton dos Santos Guedes - PARECERISTA**. 7. DATA: 18 de maio de 2015.

*** **

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO Nº 05/2015 - EDITAL Nº 09/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE PARECERISTA DO EDITAL DE FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015

BLICA DE PARECERISTA DO EDITAL DE FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 - CONCEDENTE: A SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA – SECULTFOR, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.321.307/0001-48, sediada na Rua Pereira Filgueiras, nº 04, Centro – CEP 60.169-150, Fortaleza – CE, doravante denominada CONCEDENTE, neste ato, representado pelo seu Secretário FRANCISCO GERALDO DE MAGELA LIMA FILHO, brasileiro, Jornalista, portador da Cédula de Identidade nº 307416596 - SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 641.277.023-20. PARECERISTA: GILBERTO RODRIGUES CARNEIRO, brasileiro, portador do CPF nº 721.987.293-34, RG nº 94017015144 SSP-CE, residente e domiciliado na Rua General Alípio dos Santos, Nº 1288, apto 401 – Cidade Oeste, CEP: 60.351-100, na cidade de Fortaleza/CE, tem entre si justo e contratado o disposto a seguir: 1 OBJETO: O presente Termo tem por objeto o compromisso para prestação de serviços de análise e parecer de projetos culturais inscritos no Edital 11/2015 - SELEÇÃO PÚBLICA DE APOIO AOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015, observada suas condições editalícias. 2. DO VALOR E DA FORMA DE PAGAMENTO: Será devido para cada parecerista o valor de R\$ 2.500,00 (dois mil trezentos e quinhentos reais) bruto. 3. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: As despesas ocorrerão com recursos da Secretaria Municipal de Cultura de Fortaleza - SECULTFOR a partir da seguinte Dotação: Programa: 13.392.0071.1259.0001; Elemento de despesa: 339036, Fonte: 100; Sequencial: 205. 4. DA VIGÊNCIA: O prazo de vigência do presente instrumento será de 06 (seis) meses contados a partir da data de publicação podendo ser prorrogado. 5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Edital nº 09/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE PARECERISTA DO EDITAL DE FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2014 e Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. 6. SIGNATÁRIOS(AS): **Francisco Geraldo de Magela Lima Filho - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA** e **Gilberto Rodrigues Carneiro - PARECERISTA**. 7. DATA: 18 de maio de 2015.

*** *** ***

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO Nº 06/2015 - EDITAL Nº 09/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE PARECERISTA DO EDITAL DE FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 - CONCEDENTE: A SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA – SECULTFOR, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.321.307/0001-48, sediada na Rua Pereira Filgueiras, nº 04, Centro – CEP 60.169-150, Fortaleza – CE, doravante denominada CONCEDENTE, neste ato, representado pelo seu Secretário FRANCISCO GERALDO DE MAGELA LIMA FILHO, brasileiro, Jornalista, portador da Cédula de Identidade nº 307416596 - SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 641.277.023-20. PARECERISTA: ILKA SALATIELLE DE OLIVEIRA ARAÚJO, brasileira, portadora do CPF nº 844.601.213-87, RG nº 99002391065 SSP-CE, residente e domiciliada na Rua Tenente Benévolo, Nº 425, apto 106 – Meireles, CEP: 60.160-041, na cidade de Fortaleza/CE, tem entre si justo e contratado o disposto a seguir: 1 OBJETO: O presente Termo tem por objeto o compromisso para prestação de serviços de análise e parecer de projetos culturais inscritos no Edital 11/2015 - SELEÇÃO PÚBLICA DE APOIO AOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015, observada suas condições editalícias. 2. DO VALOR E DA FORMA DE PAGAMENTO: Será devido para cada parecerista o valor de R\$ 2.500,00 (dois mil trezentos e quinhentos reais) bruto. 3. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: As despesas ocorrerão com recursos da Secretaria Municipal de Cultura de Fortaleza - SECULTFOR a partir da seguinte Dotação: Programa: 13.392.0071.1259.0001; Elemento de despesa: 339036, Fonte: 100; Sequencial: 205. 4. DA VIGÊNCIA: O prazo de vigência do presente instrumento será de 06 (seis) meses contados a partir da data de publicação podendo ser prorrogado. 5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Edital nº 09/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE PARECERISTA DO EDITAL DE FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2014 e Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. 6. SIGNATÁRIOS(AS): **Francisco Geraldo de Magela Lima Filho - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA** e

Ilka Salatielle de Oliveira Araújo - PARECERISTA. 7. DATA: 18 de maio de 2015.

*** *** ***

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO Nº 07/2015 - EDITAL Nº 10/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE COORDENADOR TÉCNICO E DE PESQUISADORES PARA PESQUISA E ACOMPANHAMENTO DOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 - CONCEDENTE: A SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA – SECULTFOR, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.321.307/0001-48, sediada na Rua Pereira Filgueiras, nº 04, Centro – CEP 60.169-150, Fortaleza – CE, doravante denominada CONCEDENTE, neste ato, representado pelo seu Secretário FRANCISCO GERALDO DE MAGELA LIMA FILHO, brasileiro, Jornalista, portador da Cédula de Identidade nº 307416596 - SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 641.277.023-20. SELECIONADA: SHEILA FERNANDES DA SILVA, brasileira, portador do CPF nº 747.161.233-91, RG nº 94002196415 SSP-CE, residente e domiciliado na Rua Francisco Mendes, Nº 828, cs B – Quintino Cunha, CEP: 60.351-320, na cidade de Fortaleza/CE, tem entre si justo e contratado o disposto a seguir: 1. OBJETO: O presente Termo tem por objeto o compromisso para prestação de serviços para elaborar o instrumental de pesquisa e acompanhamento dos Festivais e Quadrilhas Juninas; Orientar e acompanhar o trabalho dos pesquisadores nas distintas fases, zelando pela sua qualidade; Realizar o processamento de dados, com realização de análise de consistência; Análise dos dados com elaboração de relatório final, no qual deve constar o sumário executivo, a descrição da metodologia empregada, os relatos de cada Festival, as tabulações de dados, os gráficos descritivos dos resultados, e os comentários analíticos; Apresentação dos resultados da pesquisa de projetos culturais inscritos no Edital 11/2015 - SELEÇÃO PÚBLICA DE APOIO AOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015, observada suas condições editalícias. 2. DO VALOR E DA FORMA DE PAGAMENTO: Será devido para o Coordenador Técnico o valor de R\$ 8.500,00 (oito mil e quinhentos reais) bruto. 3. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: As despesas ocorrerão com recursos da Secretaria Municipal de Cultura de Fortaleza - SECULTFOR a partir da seguinte Programa: 13.392.0071.1259.0001; Elemento de Despesa: 339036; Fonte: 100; Sequencial: 205. 4. DA VIGÊNCIA: O prazo de vigência do presente instrumento será de 90 (noventa) dias consecutivos, a contar da data de sua publicação, podendo ser prorrogado. 5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Edital nº 10/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE COORDENADOR TÉCNICO E DE PESQUISADORES PARA PESQUISA E ACOMPANHAMENTO DOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 e Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. 6. SIGNATÁRIOS(AS): **Francisco Geraldo de Magela Lima Filho - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA** e **Sheila Fernandes da Silva - COORDENADOR TÉCNICO**. 7. DATA: 18 de maio de 2015.

*** *** ***

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO Nº 08/2015 - EDITAL Nº 10/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE COORDENADOR TÉCNICO E DE PESQUISADORES PARA PESQUISA E ACOMPANHAMENTO DOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 - CONCEDENTE: A SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA – SECULTFOR, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.321.307/0001-48, sediada na Rua Pereira Filgueiras, nº 04, Centro – CEP 60.169-150, Fortaleza – CE, doravante denominada CONCEDENTE, neste ato, representado pelo seu Secretário FRANCISCO GERALDO DE MAGELA LIMA FILHO, brasileiro, Jornalista, portador da Cédula de Identidade nº 307416596 - SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 641.277.023-20. SELECIONADO: ILKA SALATIELLE OLIVEIRA ARAÚJO, brasileira, portador do CPF nº 844.601.213-87, RG nº 99002391065 SSP-CE, residente e domiciliado na Rua Tenente Benévolo, nº 425, apto 106 - Meireles, CEP: 60.160-041, na cidade de Fortaleza/CE, tem entre si justo e contratado

o disposto a seguir: 1 OBJETO: O presente Termo tem por objeto o compromisso para contatar o público-alvo, esclarecendo o objetivo da pesquisa; Aplicar o instrumental de pesquisa junto a 02 (dois) Festivais Juninos e as Quadrilhas Juninas participantes destes que foram contempladas com apoio pelo Edital de Seleção Pública de Apoio aos Festejos Juninos de Fortaleza 2015; Registrar detalhadamente e com fidedignidade as observações sobre os Festivais e as Quadrilhas Juninas; Relatar problemas encontrados durante os Festivais Juninos; Realizar registro fotográfico dos Festivais e das Quadrilhas Juninas; Esclarecer dúvidas junto ao coordenador técnico para a verificação de informações incorretas e /ou inconsistentes; Realizar com o coordenador técnico as correções do instrumental aplicado. De acordo com o Edital 11/2015 - SELEÇÃO PÚBLICA DE APOIO AOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015, observada suas condições editalícias. 2. DO VALOR E DA FORMA DE PAGAMENTO: Será devido para o Pesquisador o valor de R\$ 2000,00 (dois mil reais) bruto. 3. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: As despesas ocorrerão com recursos da Secretaria Municipal de Cultura de Fortaleza - SECULTFOR a partir da seguinte Dotação: Programa: 13.392.0071.1259.0001; Elemento de despesa: 339036; Fonte: 100; Sequencial: 205. 4. DA VIGÊNCIA: O prazo de vigência do presente instrumento será de 90 (noventa) dias consecutivos, a contar da data de sua publicação, podendo ser prorrogado. 5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Edital nº 10/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE COORDENADOR TÉCNICO E DE PESQUISADORES PARA PESQUISA E ACOMPANHAMENTO DOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 e Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. 6. SIGNATÁRIOS(AS): **Francisco Geraldo de Magela Lima Filho - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA** e **Ilka Salatielle Oliveira Araújo - PESQUISADOR**. 7. DATA: 18 de maio de 2015.

*** **

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO Nº 09/2015 - EDITAL Nº 10/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE COORDENADOR TÉCNICO E DE PESQUISADORES PARA PESQUISA E ACOMPANHAMENTO DOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 - CONCEDENTE: A SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA – SECULTFOR, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.321.307/0001-48, sediada na Rua Pereira Filgueiras, nº 04, Centro – CEP 60.169-150, Fortaleza – CE, doravante denominada CONCEDENTE, neste ato, representado pelo seu Secretário FRANCISCO GERALDO DE MAGELA LIMA FILHO, brasileiro, Jornalista, portador da Cédula de Identidade nº 307416596 - SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 641.277.023-20. SELECIONADO: **JOÃO PAULO DA SILVA COSMO**, brasileiro, portador do CPF nº 003.475.263-30, RG nº 98007012650 SSP-CE, residente e domiciliado na Avenida Tenente Anderson, nº 204, bl 205 – Conjunto Esperança, CEP: 60.763-460, na cidade de Fortaleza/CE, tem entre si justo e contratado o disposto a seguir: 1 OBJETO: O presente Termo tem por objeto o compromisso para contatar o público-alvo, esclarecendo o objetivo da pesquisa; Aplicar o instrumental de pesquisa junto a 02 (dois) Festivais Juninos e as Quadrilhas Juninas participantes destes que foram contempladas com apoio pelo Edital de Seleção Pública de Apoio aos Festejos Juninos de Fortaleza 2015; Registrar detalhadamente e com fidedignidade as observações sobre os Festivais e as Quadrilhas Juninas; Relatar problemas encontrados durante os Festivais Juninos; Realizar registro fotográfico dos Festivais e das Quadrilhas Juninas; Esclarecer dúvidas junto ao coordenador técnico para a verificação de informações incorretas e /ou inconsistentes; Realizar com o coordenador técnico as correções do instrumental aplicado. De acordo com o Edital 11/2015 - SELEÇÃO PÚBLICA DE APOIO AOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015, observada suas condições editalícias. 2. DO VALOR E DA FORMA DE PAGAMENTO: Será devido para o Pesquisador o valor de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) bruto. 3. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: As despesas ocorrerão com recursos da Secretaria Municipal de Cultura de Fortaleza - SECULTFOR a partir da seguinte Dotação: Programa:

13.392.0071.1259.0001; Elemento de despesa: 339036; Fonte: 100; Sequencial: 205. 4. DA VIGÊNCIA: O prazo de vigência do presente instrumento será de 90 (noventa) dias consecutivos, a contar da data de sua publicação, podendo ser prorrogado. 5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Edital nº 10/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE COORDENADOR TÉCNICO E DE PESQUISADORES PARA PESQUISA E ACOMPANHAMENTO DOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 e Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. 6. SIGNATÁRIOS(AS): **Francisco Geraldo de Magela Lima Filho - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA** e **João Paulo da Silva Cosmo - PESQUISADOR**. 7. DATA: 18 de maio de 2015.

*** **

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO Nº 10/2015 - EDITAL Nº 10/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE COORDENADOR TÉCNICO E DE PESQUISADORES PARA PESQUISA E ACOMPANHAMENTO DOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 - CONCEDENTE: A SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA – SECULTFOR, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.321.307/0001-48, sediada na Rua Pereira Filgueiras, nº 04, Centro – CEP 60.169-150, Fortaleza – CE, doravante denominada CONCEDENTE, neste ato, representado pelo seu Secretário FRANCISCO GERALDO DE MAGELA LIMA FILHO, brasileiro, Jornalista, portador da Cédula de Identidade nº 307416596 - SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 641.277.023-20. SELECIONADO: ANTONIO INACIO SOUSA FERREIRA DE VASCONCELOS, brasileiro, portador do CPF nº 049.668.153-30, RG nº 2009009136597 SSP-CE, residente e domiciliado na Avenida Dr. Abdenago Rocha Lima, nº 420 – Pici, CEP: 60.455-320, na cidade de Fortaleza/CE, tem entre si justo e contratado o disposto a seguir: 1 OBJETO: O presente Termo tem por objeto o compromisso para contatar o público-alvo, esclarecendo o objetivo da pesquisa; Aplicar o instrumental de pesquisa junto a 02 (dois) Festivais Juninos e as Quadrilhas Juninas participantes destes que foram contempladas com apoio pelo Edital de Seleção Pública de Apoio aos Festejos Juninos de Fortaleza 2015; Registrar detalhadamente e com fidedignidade as observações sobre os Festivais e as Quadrilhas Juninas; Relatar problemas encontrados durante os Festivais Juninos; Realizar registro fotográfico dos Festivais e das Quadrilhas Juninas; Esclarecer dúvidas junto ao coordenador técnico para a verificação de informações incorretas e /ou inconsistentes; Realizar com o coordenador técnico as correções do instrumental aplicado. De acordo com o Edital 11/2015 - SELEÇÃO PÚBLICA DE APOIO AOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015, observada suas condições editalícias. 2. DO VALOR E DA FORMA DE PAGAMENTO: Será devido para o Pesquisador o valor de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) bruto. 3. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: As despesas ocorrerão com recursos da Secretaria Municipal de Cultura de Fortaleza - SECULTFOR a partir da seguinte Dotação: Programa: 13.392.0071.1259.0001; Elemento de despesa: 339036; Fonte: 100; Sequencial: 205. 4. DA VIGÊNCIA: O prazo de vigência do presente instrumento será de 90 (noventa) dias consecutivos, a contar da data de sua publicação, podendo ser prorrogado. 5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Edital nº 10/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE COORDENADOR TÉCNICO E DE PESQUISADORES PARA PESQUISA E ACOMPANHAMENTO DOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 e Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. 6. SIGNATÁRIOS(AS): **Francisco Geraldo de Magela Lima Filho - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA** e **Antonio Inacio Sousa Ferreira de Vasconcelos - PESQUISADOR**. 7. DATA: 18 de maio de 2015.

*** **

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO Nº 11/2015 - EDITAL Nº 10/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE COORDENADOR TÉCNICO E DE PESQUISADORES PARA PESQUISA E ACOMPANHAMENTO DOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 - CONCEDENTE: A SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA –

SECULTFOR, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.321.307/0001-48, sediada na Rua Pereira Filgueiras, nº 04, Centro – CEP 60.169-150, Fortaleza – CE, doravante denominada CONCEDENTE, neste ato, representado pelo seu Secretário FRANCISCO GERALDO DE MAGELA LIMA FILHO, brasileiro, Jornalista, portador da Cédula de Identidade nº 307416596 - SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 641.277.023-20. SELECIONADO: ALINE SILVA LIMA, brasileira, portadora do CPF nº 899.447.633-49, RG nº 99010054340 SSP-CE, residente e domiciliada na Rua Misericórdia, nº 1119 – Quintino Cunha, CEP: 60.341-460, na cidade de Fortaleza/CE, tem entre si justo e contratado o disposto a seguir: 1 OBJETO: O presente Termo tem por objeto o compromisso para contatar o público-alvo, esclarecendo o objetivo da pesquisa; Aplicar o instrumental de pesquisa junto a 02 (dois) Festivais Juninos e as Quadrilhas Juninas participantes destes que foram contempladas com apoio pelo Edital de Seleção Pública de Apoio aos Festejos Juninos de Fortaleza 2015; Registrar detalhadamente e com fidedignidade as observações sobre os Festivais e as Quadrilhas Juninas; Relatar problemas encontrados durante os Festivais Juninos; Realizar registro fotográfico dos Festivais e das Quadrilhas Juninas; Esclarecer dúvidas junto ao coordenador técnico para a verificação de informações incorretas e /ou inconsistentes; Realizar com o coordenador técnico as correções do instrumental aplicado. De acordo com o Edital 11/2015 - SELEÇÃO PÚBLICA DE APOIO AOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015, observada suas condições editalícias. 2. DO VALOR E DA FORMA DE PAGAMENTO: Será devido para o Pesquisador o valor de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) bruto. 3. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: As despesas ocorrerão com recursos da Secretaria Municipal de Cultura de Fortaleza - SECULTFOR a partir da seguinte Dotação: Programa: 13.392.0071.1259.0001; Elemento de despesa: 339036; Fonte: 100; Sequencial: 205. 4. DA VIGÊNCIA: O prazo de vigência do presente instrumento será de 90 (noventa) dias consecutivos, a contar da data de sua publicação, podendo ser prorrogado. 5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Edital nº 10/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE COORDENADOR TÉCNICO E DE PESQUISADORES PARA PESQUISA E ACOMPANHAMENTO DOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 e Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. 6. SIGNATÁRIOS(AS): **Francisco Geraldo de Magela Lima Filho - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA** e **Aline Silva Lima - PESQUISADOR**. 7. DATA: 18 de maio de 2015.

*** *** **

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO Nº 12/2015 - EDITAL Nº 10/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE COORDENADOR TÉCNICO E DE PESQUISADORES PARA PESQUISA E ACOMPANHAMENTO DOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 - CONCEDENTE: A SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA – SECULTFOR, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.321.307/0001-48, sediada na Rua Pereira Filgueiras, nº 04, Centro – CEP 60.169-150, Fortaleza – CE, doravante denominada CONCEDENTE, neste ato, representado pelo seu Secretário FRANCISCO GERALDO DE MAGELA LIMA FILHO, brasileiro, Jornalista, portador da Cédula de Identidade nº 307416596 - SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 641.277.023-20. SELECIONADO: JOSÉ MARIA DE PAULA ALMEIDA, brasileiro, portador do CPF nº 060.898.283-00, RG nº 1065525 SSP-CE, residente e domiciliado na Avenida Central Sul, nº 765 – Acaracuzinho, CEP: 61.920-700, na cidade de Maracanaú/CE, tem entre si justo e contratado o disposto a seguir: 1 OBJETO: O presente Termo tem por objeto o compromisso para contatar o público-alvo, esclarecendo o objetivo da pesquisa; Aplicar o instrumental de pesquisa junto a 02 (dois) Festivais Juninos e as Quadrilhas Juninas participantes destes que foram contempladas com apoio pelo Edital de Seleção Pública de Apoio aos Festejos Juninos de Fortaleza 2015; Registrar detalhadamente e com fidedignidade as observações sobre os Festivais e as Quadrilhas Juninas; Relatar problemas encontrados durante os Festivais Juninos; Realizar registro fotográfico dos Festivais e das Quadrilhas Juninas; Esclarecer

dúvidas junto ao coordenador técnico para a verificação de informações incorretas e /ou inconsistentes; Realizar com o coordenador técnico as correções do instrumental aplicado. De acordo com o Edital 11/2015 - SELEÇÃO PÚBLICA DE APOIO AOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015, observada suas condições editalícias. 2. DO VALOR E DA FORMA DE PAGAMENTO: Será devido para o Pesquisador o valor de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) bruto. 3. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: As despesas ocorrerão com recursos da Secretaria Municipal de Cultura de Fortaleza - SECULTFOR a partir da seguinte Dotação: Programa: 13.392.0071.1259.0001; Elemento de despesa: 339036; Fonte: 100; Sequencial: 205. 4. DA VIGÊNCIA: O prazo de vigência do presente instrumento será de 90 (noventa) dias consecutivos, a contar da data de sua publicação, podendo ser prorrogado. 5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Edital nº 10/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE COORDENADOR TÉCNICO E DE PESQUISADORES PARA PESQUISA E ACOMPANHAMENTO DOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 e Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. 6. SIGNATÁRIOS(AS): **Francisco Geraldo de Magela Lima Filho - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA** e **José Maria de Paula Almeida - PESQUISADOR**. 7. DATA: 18 de maio de 2015.

*** *** **

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO Nº 13/2015 - EDITAL Nº 10/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE COORDENADOR TÉCNICO E DE PESQUISADORES PARA PESQUISA E ACOMPANHAMENTO DOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 - CONCEDENTE: A SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA – SECULTFOR, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.321.307/0001-48, sediada na Rua Pereira Filgueiras, nº 04, Centro – CEP 60.169-150, Fortaleza – CE, doravante denominada CONCEDENTE, neste ato, representado pelo seu Secretário FRANCISCO GERALDO DE MAGELA LIMA FILHO, brasileiro, Jornalista, portador da Cédula de Identidade nº 307416596 - SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 641.277.023-20. SELECIONADO: ADRIANO BESSA DOS SANTOS, brasileiro, portador do CPF nº 030.096.743-84, RG nº 3610283 MTPS, residente e domiciliado na Rua José Alexandre, nº 220 B – Farias Brito, CEP: 60.011-050, na cidade de Fortaleza/CE, tem entre si justo e contratado o disposto a seguir: 1 OBJETO: O presente Termo tem por objeto o compromisso para contatar o público-alvo, esclarecendo o objetivo da pesquisa; Aplicar o instrumental de pesquisa junto a 02 (dois) Festivais Juninos e as Quadrilhas Juninas participantes destes que foram contempladas com apoio pelo Edital de Seleção Pública de Apoio aos Festejos Juninos de Fortaleza 2015; Registrar detalhadamente e com fidedignidade as observações sobre os Festivais e as Quadrilhas Juninas; Relatar problemas encontrados durante os Festivais Juninos; Realizar registro fotográfico dos Festivais e das Quadrilhas Juninas; Esclarecer dúvidas junto ao coordenador técnico para a verificação de informações incorretas e /ou inconsistentes; Realizar com o coordenador técnico as correções do instrumental aplicado. De acordo com o Edital 11/2015 - SELEÇÃO PÚBLICA DE APOIO AOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015, observada suas condições editalícias. 2. DO VALOR E DA FORMA DE PAGAMENTO: Será devido para o Pesquisador o valor de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) bruto. 3. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: As despesas ocorrerão com recursos da Secretaria Municipal de Cultura de Fortaleza - SECULTFOR a partir da seguinte Dotação: Programa: 13.392.0071.1259.0001; Elemento de despesa: 339036; Fonte: 100; Sequencial: 205. 4. DA VIGÊNCIA: O prazo de vigência do presente instrumento será de 90 (noventa) dias consecutivos, a contar da data de sua publicação, podendo ser prorrogado. 5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Edital nº 10/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE COORDENADOR TÉCNICO E DE PESQUISADORES PARA PESQUISA E ACOMPANHAMENTO DOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 e Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. 6. SIGNATÁRIOS(AS): **Francisco Geraldo de Magela Lima Filho - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE CULTURA DE**

FORTALEZA e Adriano Bessa dos Santos - PESQUISADOR.
7. DATA: 18 de maio de 2015.

*** **

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO Nº 14/2015 - EDITAL Nº 10/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE COORDENADOR TÉCNICO E DE PESQUISADORES PARA PESQUISA E ACOMPANHAMENTO DOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 - CONCEDENTE: A SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA – SECULTFOR, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.321.307/0001-48, sediada na Rua Pereira Filgueiras, nº 04, Centro – CEP 60.169-150, Fortaleza – CE, doravante denominada CONCEDENTE, neste ato, representado pelo seu Secretário FRANCISCO GERALDO DE MAGELA LIMA FILHO, brasileiro, Jornalista, portador da Cédula de Identidade nº 307416596 - SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 641.277.023-20. SELECIONADO: LAIRTON DOS SANTOS GUEDES, brasileiro, portador do CPF nº 511.421.634-15, RG nº 2693433 SSP/PE, residente e domiciliado na Rua Solon Pinheiro, nº 1143, apto 303, bl B – Fátima, CEP: 60.050-041, na cidade de Fortaleza/CE, tem entre si justo e contratado o disposto a seguir: 1 OBJETO: O presente Termo tem por objeto o compromisso para contatar o público-alvo, esclarecendo o objetivo da pesquisa; Aplicar o instrumental de pesquisa junto a 02 (dois) Festivais Juninos e as Quadrilhas Juninas participantes destes que foram contempladas com apoio pelo Edital de Seleção Pública de Apoio aos Festejos Juninos de Fortaleza 2015; Registrar detalhadamente e com fidedignidade as observações sobre os Festivais e as Quadrilhas Juninas; Relatar problemas encontrados durante os Festivais Juninos; Realizar registro fotográfico dos Festivais e das Quadrilhas Juninas; Esclarecer dúvidas junto ao coordenador técnico para a verificação de informações incorretas e /ou inconsistentes; Realizar com o coordenador técnico as correções do instrumental aplicado. De acordo com o Edital 11/2015 - SELEÇÃO PÚBLICA DE APOIO AOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015, observada suas condições editalícias. 2. DO VALOR E DA FORMA DE PAGAMENTO: Será devido para o Pesquisador o valor de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) bruto. 3. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: As despesas ocorrerão com recursos da Secretaria Municipal de Cultura de Fortaleza - SECULTFOR a partir da seguinte Dotação: Programa: 13.392.0071.1259.0001; Elemento de despesa: 339036; Fonte: 100; Sequencial: 205. 4. DA VIGÊNCIA: O prazo de vigência do presente instrumento será de 90 (noventa) dias consecutivos, a contar da data de sua publicação, podendo ser prorrogado. 5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Edital nº 10/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE COORDENADOR TÉCNICO E DE PESQUISADORES PARA PESQUISA E ACOMPANHAMENTO DOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 e Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. 6. SIGNATÁRIOS(AS): **Francisco Geraldo de Magela Lima Filho - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA** e **Lairton dos Santos Guedes - PESQUISADOR**. 7. DATA: 18 de maio de 2015.

*** **

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO Nº 15/2015 - EDITAL Nº 10/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE COORDENADOR TÉCNICO E DE PESQUISADORES PARA PESQUISA E ACOMPANHAMENTO DOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 - CONCEDENTE: A SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA – SECULTFOR, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.321.307/0001-48, sediada na Rua Pereira Filgueiras, nº 04, Centro – CEP 60.169-150, Fortaleza – CE, doravante denominada CONCEDENTE, neste ato, representado pelo seu Secretário FRANCISCO GERALDO DE MAGELA LIMA FILHO, brasileiro, Jornalista, portador da Cédula de Identidade nº 307416596 - SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 641.277.023-20. SELECIONADO: GILBERTO RODRIGUES CARNEIRO, brasileiro, portador do CPF nº 721.987.293-34, RG nº 94017015144 SSP/CE, residente e domiciliado na Rua General Alipio dos Santos, nº 1208, apto 401 – Cidade Oeste,

CEP: 60.351-815, na cidade de Fortaleza/CE, tem entre si justo e contratado o disposto a seguir: 1 OBJETO: O presente Termo tem por objeto o compromisso para contatar o público-alvo, esclarecendo o objetivo da pesquisa; Aplicar o instrumental de pesquisa junto a 02 (dois) Festivais Juninos e as Quadrilhas Juninas participantes destes que foram contempladas com apoio pelo Edital de Seleção Pública de Apoio aos Festejos Juninos de Fortaleza 2015; Registrar detalhadamente e com fidedignidade as observações sobre os Festivais e as Quadrilhas Juninas; Relatar problemas encontrados durante os Festivais Juninos; Realizar registro fotográfico dos Festivais e das Quadrilhas Juninas; Esclarecer dúvidas junto ao coordenador técnico para a verificação de informações incorretas e /ou inconsistentes; Realizar com o coordenador técnico as correções do instrumental aplicado. De acordo com o Edital 11/2015 - SELEÇÃO PÚBLICA DE APOIO AOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015, observada suas condições editalícias. 2. DO VALOR E DA FORMA DE PAGAMENTO: Será devido para o Pesquisador o valor de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) bruto. 3. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: As despesas ocorrerão com recursos da Secretaria Municipal de Cultura de Fortaleza - SECULTFOR a partir da seguinte Dotação: Programa: 13.392.0071.1259.0001; Elemento de despesa: 339036; Fonte: 100; Sequencial: 205. 4. DA VIGÊNCIA: O prazo de vigência do presente instrumento será de 90 (noventa) dias consecutivos, a contar da data de sua publicação, podendo ser prorrogado. 5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Edital nº 10/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE COORDENADOR TÉCNICO E DE PESQUISADORES PARA PESQUISA E ACOMPANHAMENTO DOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 e Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. 6. SIGNATÁRIOS(AS): **Francisco Geraldo de Magela Lima Filho - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA** e **Gilberto Rodrigues Carneiro - PESQUISADOR**. 7. DATA: 18 de maio de 2015.

*** **

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO Nº 16/2015 - EDITAL Nº 10/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE COORDENADOR TÉCNICO E DE PESQUISADORES PARA PESQUISA E ACOMPANHAMENTO DOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 - CONCEDENTE: A SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA – SECULTFOR, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.321.307/0001-48, sediada na Rua Pereira Filgueiras, nº 04, Centro – CEP 60.169-150, Fortaleza – CE, doravante denominada CONCEDENTE, neste ato, representado pelo seu Secretário FRANCISCO GERALDO DE MAGELA LIMA FILHO, brasileiro, Jornalista, portador da Cédula de Identidade nº 307416596 - SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 641.277.023-20. SELECIONADO: MANOEL PEREIRA NETO, brasileiro, portador do CPF nº 231.897.203-63, RG nº 97002579483 SSP/CE, residente e domiciliado na Rua Olímpio de Paiva, nº 3987 – Carlito Pamplona, CEP: 60.311-770, na cidade de Fortaleza/CE, tem entre si justo e contratado o disposto a seguir: 1 OBJETO: O presente Termo tem por objeto o compromisso para contatar o público-alvo, esclarecendo o objetivo da pesquisa; Aplicar o instrumental de pesquisa junto a 02 (dois) Festivais Juninos e as Quadrilhas Juninas participantes destes que foram contempladas com apoio pelo Edital de Seleção Pública de Apoio aos Festejos Juninos de Fortaleza 2015; Registrar detalhadamente e com fidedignidade as observações sobre os Festivais e as Quadrilhas Juninas; Relatar problemas encontrados durante os Festivais Juninos; Realizar registro fotográfico dos Festivais e das Quadrilhas Juninas; Esclarecer dúvidas junto ao coordenador técnico para a verificação de informações incorretas e /ou inconsistentes; Realizar com o coordenador técnico as correções do instrumental aplicado. De acordo com o Edital 11/2015 - SELEÇÃO PÚBLICA DE APOIO AOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015, observada suas condições editalícias. 2. DO VALOR E DA FORMA DE PAGAMENTO: Será devido para o Pesquisador o valor de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) bruto. 3. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: As despesas ocorrerão com recursos da Secre-

taria Municipal de Cultura de Fortaleza - SECULTFOR a partir da seguinte Dotação: Programa: 13.392.0071.1259.0001; Elemento de despesa: 339036; Fonte: 100; Sequencial: 205. 4. DA VIGÊNCIA: O prazo de vigência do presente instrumento será de 90 (noventa) dias consecutivos, a contar da data de sua publicação, podendo ser prorrogado. 5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Edital nº 10/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE COORDENADOR TÉCNICO E DE PESQUISADORES PARA PESQUISA E ACOMPANHAMENTO DOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 e Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. 6. SIGNATÁRIOS(AS): **Francisco Geraldo de Magela Lima Filho - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA** e **Manoel Pereira Neto - PESQUISADOR**. 7. DATA: 18 de maio de 2015.

*** **

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO Nº 17/2015 - EDITAL Nº 10/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE COORDENADOR TÉCNICO E DE PESQUISADORES PARA PESQUISA E ACOMPANHAMENTO DOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 - CONCEDENTE: A SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA – SECULTFOR, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.321.307/0001-48, sediada na Rua Pereira Filgueiras, nº 04, Centro – CEP 60.169-150, Fortaleza – CE, doravante denominada CONCEDENTE, neste ato, representado pelo seu Secretário FRANCISCO GERALDO DE MAGELA LIMA FILHO, brasileiro, Jornalista, portador da Cédula de Identidade nº 307416596 - SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 641.277.023-20. **SELECIONADO:** CARLOS RUBENS GARCIA ALVES, brasileiro, portador do CPF nº 007.147.083-21, RG nº 2001010183379 SSP/CE, residente e domiciliado na Avenida Mozart Pinheiro de Lucena, nº 2618, Casa B, Altos – Quintino Cunha, CEP: 60.353-020, na cidade de Fortaleza/CE, tem entre si justo e contratado o disposto a seguir: 1 OBJETO: O presente Termo tem por objeto o compromisso para contatar o público-alvo, esclarecendo o objetivo da pesquisa; Aplicar o instrumental de pesquisa junto a 02 (dois) Festivais Juninos e as Quadrilhas Juninas participantes destes que foram contempladas com apoio pelo Edital de Seleção Pública de Apoio aos Festejos Juninos de Fortaleza 2015; Registrar detalhadamente e com fidelidade as observações sobre os Festivais e as Quadrilhas Juninas; Relatar problemas encontrados durante os Festivais Juninos; Realizar registro fotográfico dos Festivais e das Quadrilhas Juninas; Esclarecer dúvidas junto ao coordenador técnico para a verificação de informações incorretas e /ou inconsistentes; Realizar com o coordenador técnico as correções do instrumental aplicado. De acordo com o Edital 11/2015 - SELEÇÃO PÚBLICA DE APOIO AOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015, observada suas condições editalícias. 2. DO VALOR E DA FORMA DE PAGAMENTO: Será devido para o Pesquisador o valor de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) bruto. 3. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: As despesas ocorrerão com recursos da Secretaria Municipal de Cultura de Fortaleza - SECULTFOR a partir da seguinte Dotação: Programa: 13.392.0071.1259.0001; Elemento de despesa: 339036; Fonte: 100; Sequencial: 205. 4. DA VIGÊNCIA: O prazo de vigência do presente instrumento será de 90 (noventa) dias consecutivos, a contar da data de sua publicação, podendo ser prorrogado. 5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Edital nº 10/2015 - EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA DE COORDENADOR TÉCNICO E DE PESQUISADORES PARA PESQUISA E ACOMPANHAMENTO DOS FESTEJOS JUNINOS DE FORTALEZA 2015 e Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. 6. SIGNATÁRIOS(AS): **Francisco Geraldo de Magela Lima Filho - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE CULTURA DE FORTALEZA** e **Carlos Rubens Garcia Alves - PESQUISADOR**. 7. DATA: 18 de maio de 2015.

*** **

FÓRUM DE DANÇA
CONSELHEIRA TITULAR: ANDRÉA BARDAWIL CAMPOS
DIA 17 DE MARÇO DE 2015 ÀS 16 HORAS
LOCAL: VILA DAS ARTES

ATA DA ELEIÇÃO DO SUPLENTE DA DANÇA PARA O CONSELHO MUNICIPAL DE POLÍTICA CULTURAL - BIÊNIO 2015/2016 - ATA DE ELEIÇÃO - Aos dezessete dias do mês de Março do ano de dois mil e quinze, a Conselheira Titular da Dança, Sra. Andréa Bardawil Campos, tendo em vista o disposto no artigo 6º da Lei Municipal nº 9501/2009, bem como o art. 2º, § 2º do Regimento Interno do CMPC, tendo convocado os membros cadastrados no respectivo Fórum, deu início à reunião para eleição do Suplente da Dança no CMPC, em virtude do não preenchimento da vaga nas eleições ocorridas do dia 19/01/2015 a 23/01/2015. Presentes a Sra. Andréa Bardawil Campos, Vanessa Santos Viana, Andréia Moreira Pires Cláudia Pires da Costa, Paulo Sérgio Caldas de Almeida, Marina Carleial Fernandes, Ernesto de Sousa Gadelha, Ângela Souza de Araújo, Sílvia Jaqueline Moura, Luísa Cláudia Bessa Marques, Elane Santos Fonseca, Leonel Borges Brum e Rosa Primo Gadelha. Esclarecemos: 1) Encaminhamos a ata geral da reunião em anexo, que além da eleição tratou de outros temas; 2) Houve uma primeira chamada de reunião no dia 12 de Março, mas como não tivemos presença expressiva e relevante, optamos por chamar nova reunião, para o dia 17 de março, que contou com a presença de 13 participantes. Restou decidido, após votação entre os presentes, com 13 votos a favor e nenhum contra, que a vaga de Suplente será preenchida pela Sra. Andréia Moreira Pires. Nada mais havendo a relatar, eu, Andréa Bardawil Campos, declarei por encerrada essa eleição e lavrei a presente ata, que após ser lida e aprovada, segue assinada por mim e pelos demais presentes. Fortaleza, 18 de março de 2015. **Andréa Bardawil Campos.**

*** **

FÓRUM DO TERRITÓRIO REGIONAL II
REPRESENTANTE DO FÓRUM NO CMPC: IHVNA SABOYA CHACON

DIA 23 DE MARÇO DE 2015 ÀS 14H:30 Minutos
LOCAL: Sala do Conselho Municipal de Política Cultural/CMPC - Rua Pereira Filgueiras, Nº 04 - CENTRO - FORTALEZA - CE

ATA DA ELEIÇÃO DO SUPLENTE DO FÓRUM DO TERRITÓRIO REGIONAL II PARA O CONSELHO MUNICIPAL DE POLÍTICA CULTURAL - BIÊNIO 2015/2016 - ATA DE ELEIÇÃO - Aos vinte e três dias do mês de Março do ano de dois mil e quinze, a Presidente do Fórum do TERRITÓRIO REGIONAL II, Sra. Ihvna Saboya Chacon, tendo em vista o disposto no artigo 6º da Lei Municipal nº 9501/2009, bem como o art. 2º, § 2º do Regimento Interno do CMPC, tendo convocado os membros cadastrados no respectivo Fórum, deu início à reunião para eleição do Suplente do Território Regional II, no CMPC, em virtude do não preenchimento da vaga nas eleições ocorridas do dia 19/01/2015 a 23/01/2015. Foram convocados todos os membros cadastrados, tendo cinco deles confirmado presença. Compareceram a Sra. Ihvna Saboya Chacon (Presidente) e a Sra. Sabrina Barros Ximenes. O Sr. Alessandro da Silva Mesquita e o senhor Hebert dos Santos Lima, apesar de terem confirmado presença, não compareceram nem justificaram ausência. Justificou ausência à reunião a Sra. Célia Chaves Gurgel. Restou decidido, após votação, que a vaga de Suplente será preenchida pela Sra. Sabrina Barros Ximenes. Nada mais havendo a relatar, eu, Ihvna Saboya Chacon, declarei por encerrada essa eleição e lavrei a presente ata, que após ser lida e aprovada, segue assinada por mim e pelos demais presentes. Fortaleza, 23 de março de 2015. **Ihvna Saboya Chacon. Sabrina Barros Ximenes. Cecília Nunes Rabelo** (pela COMISSÃO TÉCNICA E ELEITORAL).

*** **

FÓRUM DO TERRITÓRIO REGIONAL I
REPRESENTANTE DO FÓRUM NO CMPC: URIK PAIVA OLIVEIRA

DIA 30 DE MARÇO DE 2015 ÀS 15:30 horas
LOCAL: Sala do Conselho Municipal de Política Cultural/CMPC - Rua Pereira Filgueiras, Nº 04 - CENTRO - FORTALEZA - CE.

ATA DA ELEIÇÃO DO SUPLENTE DO FÓRUM DO TERRITÓRIO REGIONAL I PARA O CONSELHO MUNICIPAL DE POLÍTICA CULTURAL - BIÊNIO 2015/2016 - ATA DE ELEIÇÃO - Aos trinta dias do mês de Março do ano de dois mil e quinze, o Presidente do Fórum do TERRITÓRIO REGIONAL I, Sr. Urik Paiva Oliveira, tendo em vista o disposto no artigo 6º da Lei Municipal nº 9501/2009, bem como o art. 2º, § 2º do Regimento Interno do CMPC, tendo convocado os membros cadastrados no respectivo Fórum, deu início à reunião para a eleição do Suplente do referido Território, no CMPC, em virtude do não preenchimento da vaga nas eleições ocorridas do dia 19/01/2015 a 23/01/2015. Foram convocados os membros cadastrados no Fórum até o momento. Compareceram apenas os senhores: Urik Paiva Oliveira (Presidente) e o Sr. Márcio Silva Felix. Restou decidido, após votação, que a vaga de Suplente será preenchida pelo Sr. Márcio Silva Felix. Nada mais havendo a relatar, eu, Urik Paiva Oliveira, declarei por encerrada essa eleição e lavrei a presente ata, que após ser lida e aprovada, segue assinada por mim e pelos demais presentes. Fortaleza, 30 de março de 2015. **Urik Paiva Oliveira. Márcio Silva Félix. Maria Ivoneide da Silva** (pela **COMISSÃO TÉCNICA E ELEITORAL**).

*** *** ***

**FÓRUM DO TERRITÓRIO REGIONAL IV
REPRESENTANTE DO FÓRUM NO CMPC: ETHEL DE
PAULA GOUVEIA
DIA 30 DE MARÇO DE 2015 ÀS 14h:30 min.
LOCAL: Sala do Conselho Municipal de Política
Cultural/CMPC - Rua Pereira Filgueiras, Nº 04 - CENTRO -
FORTALEZA - CE**

ATA DA ELEIÇÃO DO SUPLENTE DO FÓRUM DO TERRITÓRIO REGIONAL IV PARA O CONSELHO MUNICIPAL DE POLÍTICA CULTURAL - BIÊNIO 2015/2016 - ATA DE ELEIÇÃO - Aos trinta dias do mês de Março do ano de dois mil e quinze, a Presidente do Fórum do TERRITÓRIO REGIONAL IV, Sra. Ethel de Paula Gouveia, tendo em vista o disposto no artigo 6º da Lei Municipal nº 9501/2009, bem como o art. 2º, § 2º do Regimento Interno do CMPC, tendo convocado os membros cadastrados no respectivo Fórum, deu início à reunião para eleição do Suplente do Território Regional IV, no CMPC, em virtude do não preenchimento da vaga nas eleições ocorridas do dia 19/01/2015 a 23/01/2015. Foram convocados todos os membros cadastrados, tendo quatro deles confirmado presença. Compareceram apenas a Sra. Ethel de Paula Gouveia (Presidente), Sr. Emanuel Furtado Bonfim Júnior. Justificaram ausência à reunião os Srs. Lucas Gurgel do Amaral Carleial, José Wendel Cavalcante, Antônio Marcos Gomes. Restou decidido, após votação, que a vaga de Suplente será preenchida pelo Sr. Emanuel Furtado Bonfim Júnior. Nada mais havendo a relatar, eu, Ethel de Paula Gouveia, declarei por encerrada essa eleição e lavrei a presente ata, que após ser lida e aprovada, segue assinada por mim e pelos demais presentes. Fortaleza, 30 de março de 2015. **Ethel de Paula Gouveia. Emanuel Furtado Bonfim Júnior. Maria Ivoneide da Silva** (pela **COMISSÃO TÉCNICA E ELEITORAL**).

*** *** ***

**FÓRUM DA LITERATURA
REPRESENTANTE DO FÓRUM NO CMPC: MARIA DO
SOCORRO SOARES RODRIGUES
DIA 27 DE MARÇO DE 2015 ÀS 10H:30 Minutos
LOCAL: Sala do Conselho Municipal de Política
Cultural/CMPC - Rua Pereira Filgueiras, Nº 04 - CENTRO -
FORTALEZA - CE.**

ATA DA ELEIÇÃO DO SUPLENTE DO FÓRUM DA LITERATURA PARA O CONSELHO MUNICIPAL DE POLÍTICA CULTURAL - BIÊNIO 2015/2016 - ATA DE ELEIÇÃO - Aos vinte e sete dias do mês de Março do ano de dois mil e quinze, a Presidente do Fórum DA LITERATURA, Sra. MARIA DO SOCORRO SOARES RODRIGUES, tendo em vista o disposto no artigo 6º da Lei Municipal nº 9501/2009, bem como o

art. 2º, § 2º do Regimento Interno do CMPC, tendo convocado os membros cadastrados no respectivo Fórum, deu início à reunião para eleição do Suplente da LITERATURA, no CMPC, em virtude do não preenchimento da vaga nas eleições ocorridas do dia 19/01/2015 a 23/01/2015. Foram convocados todos os 26 (vinte e seis) membros cadastrados, tendo onze deles confirmado presença. Compareceram os senhores(as): Maria do Socorro Soares Rodrigues (Presidente), Valeska de Sousa Gomes, Alina Almeida Lima, Dayane Brito Menezes, João Silas Falcão Soares, Luíza Maria Aragão Pontes, Hindenburg Henrique Tamiarana, Mayara Cyntia do Nascimento e Joyce Mariana Forte Viana. Justificaram ausência à reunião as senhoras e os senhores: José Talles Soares, Rita de Cássia Costa Carvalho, Nathan Matos Magalhães, Nagela Aires Leal Bezerra, Vitória Régia Cordeiro Veras e Alilian Gradela. Restou decidido, após a votação, que a vaga de Suplente será preenchida pela ALINE ALMEIDA LIMA. Nada mais havendo a relatar, eu, Maria do Socorro Soares Rodrigues, declarei por encerrada essa eleição e lavrei a presente ata, que após ser lida e aprovada, segue assinada por mim e pelos demais presentes. Fortaleza, 27 de março de 2015. **Maria do Socorro Soares Rodrigues. Valeska de Sousa Gomes. Alina Almeida Lima. Dayane Brito Menezes.**

*** *** ***

**FÓRUM DA CULTURA TRADICIONAL E POPULAR
CONSELHEIROS TITULARES: Francisco José de Oliveira
da Silva e Eracyldo Viana Pessoa
DIA 28 DE MARÇO DE 2015 ÀS 09:00 HORAS
LOCAL: Auditório da casa de Juvenal Galeno - Rua Gal.
Sampaio, 1128 - Centro - Fortaleza/CE**

ATA DA ELEIÇÃO DO SUPLENTE DA CULTURA TRADICIONAL E POPULAR PARA O CONSELHO MUNICIPAL DE POLÍTICA CULTURAL - BIÊNIO 2015/2016 - ATA DE ELEIÇÃO - Aos vinte e oito dias do mês de Março do ano de dois mil e quinze, o Conselheiro Titular deste Fórum, Sr. Francisco José de Oliveira da Silva, tendo em vista o disposto no artigo 6º da Lei Municipal nº 9501/2009, bem como o art. 2º, § 2º do Regimento Interno do CMPC, tendo convocado os membros cadastrados no respectivo Fórum, deu início à reunião para a eleição dos Suplentes do Fórum da Cultura Tradicional e Popular no CMPC, em virtude do não preenchimento das vagas nas eleições ocorridas de 19/01/2015 a 23/01/2015. Foram convocados todos os membros cadastrados, compareceram apenas 5 (cinco) membros do respectivo Fórum: Sr. Francisco José de Oliveira da Silva, Sra. Poliana Santos Braga, Sr. Raimundo Aterlane Pereira Martins, Sr. Renato Maia Remiggio e a Sra. Sheila Fernandes da Silva. Após uma breve explicação sobre o funcionamento do Conselho Municipal de Cultura, e as responsabilidades que envolvem Titulares e Suplentes do Conselho, passou-se à eleição dos conselheiros Suplentes. Lançaram-se como candidatos às vagas de suplentes, os Srs. Raimundo Aterlane Pereira e Renato Maia Remiggio e a Sra. Sheila Fernandes da Silva. O Sr. Renato Maia Remiggio retirou sua candidatura por conta de outras atribuições. Procedeu-se a Eleição e em voto aberto foram proclamados Suplentes da Cultura Tradicional e Popular, no CMPC, o Sr. Raimundo Aterlane Pereira Martins, (Suplente do Titular Francisco José de Oliveira da Silva) e a Sra. Sheila Fernandes da Silva, (Suplente do Titular Eracyldo Viana Pessoa). Nada mais havendo a relatar, eu Francisco José de Oliveira da Silva, declarei por encerrada essa eleição e lavrei a presente ata, que após ser lida e aprovada, segue assinada por mim e pelos demais presentes. Fortaleza, 28 de março de 2015.

*** *** ***

**FÓRUM DO CIRCO
REPRESENTANTE DO FÓRUM NO CMPC: CÍRIO DOS
SANTOS BRASIL
DIA 27 DE MARÇO DE 2015 ÀS 10 horas
LOCAL: CASA JUVENAL GALENO - RUA GENERAL
SAMPAIO, 1128 - CENTRO - FORTALEZA - CE**

ATA DA ELEIÇÃO DO SUPLENTE DO FÓRUM DO CIRCO PARA O CONSELHO MUNICIPAL DE POLÍTICA CULTURAL - BIÊNIO 2015/2016 - ATA DE ELEIÇÃO - Aos vinte e sete dias do mês de Março do ano de dois mil e quinze, o Presidente do Fórum do CIRCO, Sr. Círio dos Santos Brasil, tendo em vista o disposto no artigo 6º da Lei Municipal nº 9501/2009, bem como o art. 2º, § 2º do Regimento Interno do CMPC, tendo convocado os membros cadastrados no respectivo Fórum, deu início à reunião para a eleição do Suplente do Circo, no CMPC, em virtude do não preenchimento da vaga nas eleições ocorridas do dia 19/01/2015 a 23/01/2015. Foram convocados todos os membros cadastrados, tendo atendido à convocação, nove deles. Compareceram os senhores e as senhoras: Círio dos Santos Brasil, Maria Uiara de Santana, Cláudio Henrique Tomaz Ivo, Lida Maria da Silva, Maria Andreia da Costa, Wanderson Lúcio Freitas Brasil, Antônio Marcos de Lima Gomes, João Batista Alencar da Rocha e Ana Lúcia Pereira de Freitas. Restou decidido, após votação, que a vaga de Suplente será preenchida pela Senhora Maria Uiara de Santana. Nada mais havendo a relatar, eu, Círio dos Santos Brasil, declarei por encerrada essa eleição e lavrei a presente ata, que após ser lida e aprovada, segue assinada por mim e pelos demais presentes. Fortaleza, 27 de março de 2015. **ABAIXO, OS NOMES DOS PRESENTES À REUNIÃO DO CIRCO DIA 27/03/2015. ASSINATURAS NA FOLHA EM ANEXO: Círio dos Santos Brasil. Maria Uiara de Santana. Cláudio Henrique Tomaz Ivo. Maria Andreia da Costa. Lida Maria da Silva. Wanderson Lúcio Freitas Brasil. Antônio Marcos de Lima Gomes. João Batista Alencar da Rocha. Ana Lúcia Pereira de Freitas.**

*** **

FÓRUM DAS ARTES VISUAIS
PRESIDENTE: ANDRÉ DIEGO MOURA PONTES
DIA 18 DE MARÇO DE 2015 ÀS 10 HORAS
LOCAL: Sala do Conselho Municipal de Política Cultural/CMPC - Rua Pereira Filgueiras, Nº 04 - CENTRO - FORTALEZA - CE

ATA DA ELEIÇÃO DO SUPLENTE DA LINGUAGEM ARTES VISUAIS PARA O CONSELHO MUNICIPAL DE POLÍTICA CULTURAL - BIÊNIO 2015/2016 - ATA DE ELEIÇÃO - Aos dezoito dias do mês de Março do ano de dois mil e quinze, o Presidente do Fórum Permanente das Artes Visuais Sr. André Diego Moura Pontes, tendo em vista o disposto no artigo 6º da Lei Municipal nº 9501/2009, bem como o art. 2º, § 2º do Regimento Interno do CMPC, tendo convocado os membros cadastrados no respectivo Fórum, deu início à reunião para eleição do Suplente das Artes Visuais no CMPC, em virtude do não preenchimento da vaga nas eleições ocorridas do dia 19/01/2015 a 23/01/2015. Presentes a Sra. Maria do Socorro Azevedo de Souza, o Sr. André Diego Moura Pontes (Presidente), o Sr. Audamesio Dantas da Silva, restou decidido, após votação entre os presentes, que a vaga de Suplente será preenchida pela Sra. Maria do Socorro Azevedo de Souza. Justificaram a ausência à reunião o Sr. João Nogueira Filho, Sr. Tiago Gomes de Lemos e a Sra. Jéssica Gabrielle de Menezes Lima. Nada mais havendo a relatar, eu, André Diego Moura Pontes, declarei por encerrada essa eleição e lavrei a presente ata, que após ser lida e aprovada, segue assinada por mim e pelos demais presentes. Fortaleza, 18 de março de 2015. **André Diego Moura Pontes. Maria do Socorro Azevedo de Souza. Audamesio Dantas da Silva.**

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO DE FORTALEZA

ERRATA - EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 15/2015, dos aprovados e classificados na Seleção Pública Simplificada para a contratação por tempo determinado do IPLANFOR, publicado no Diário Oficial do Município de 11 de maio de 2015. **CORREÇÃO:** No Cronograma de Entrega de

Documentos do dia 26.05.2015: ONDE SE LÊ: 14:30 às 7:00h - LEIA-SE: 14:30 às 17:00h. Fortaleza, 20 de maio de 2015.

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

PORTARIA Nº 447/2015 - O SUPERINTENDENTE DO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA, no uso de suas atribuições legais e tendo em vista o disposto no Decreto Municipal nº 9.077, de 13 de maio de 1993 e; CONSIDERANDO a não existência da Portaria de Gratificação de Insalubridade, da servidora LUCY MERY DA SILVA DIAS, matrícula nº 19955-01, ocupante de uma função de Auxiliar de Análises Clínicas deste Instituto. CONSIDERANDO o teor dos documentos anexados e destacando as fichas financeiras do referido servidor conforme Processo Administrativo 2808124302838/2013. CONSIDERANDO ainda a necessidade de regularizar a situação funcional da servidora supracitada, para a concessão da aposentadoria requerida. **RESOLVE:** Formalizar a concessão da referida Gratificação de Insalubridade, no percentual de 20% (vinte por cento), a partir de setembro de 1993. Registre-se, publique-se e cumpra-se. **GABINETE DA SUPERINTENDÊNCIA DO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA, 23 de fevereiro de 2015. Francisco Walter Frota de Paiva - SUPERINTENDENTE DO IJF. VISTO: Renan Ehrich Colares - SECRETÁRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO EM EXERCÍCIO - p/p Philipe Theophilo Nottingham - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO.**

*** **

PORTARIA Nº 448/2015 - O SUPERINTENDENTE DO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA, no exercício das atribuições que lhe são conferidas pelo inciso X do art. 57 do Regulamento Internos do Instituto Dr. José Frota, aprovado pelo Decreto nº 11.178 de 22.04.2002. CONSIDERANDO que LUCY MERY DA SILVA DIAS, servidora deste Instituto, ocupante de um cargo/função de Auxiliar de Análises Clínicas, matrícula nº 19955-01. CONSIDERANDO que, constata-se pelas fichas financeiras da citada servidora que a mesma percebe Gratificação Especial de Exercício em Hospital de Atendimento Terciário - GEAHT. CONSIDERANDO ainda, que não constam dos assentamentos funcionais da referida servidora, portaria concessiva da mencionada gratificação conforme Processo 2808124302838/2013. **RESOLVE:** Reconhecer que a servidora LUCY MERY DA SILVA DIAS, cargo/função Auxiliar de Análises Clínicas, matrícula nº 19955-01 percebe Gratificação Especial de Exercício em Hospital de Atendimento Terciário - GEAHT no percentual de 40% (quarenta por cento), a incidir sobre o vencimento básico, desde setembro de 2007, com amparo legal nas disposições contidas no art. 1º da Lei 7.555/94. Registre-se, publique-se e cumpra-se. **GABINETE DA SUPERINTENDÊNCIA DO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA, 23 de fevereiro de 2015. Francisco Walter Frota de Paiva - SUPERINTENDENTE DO IJF. VISTO: Renan Ehrich Colares - SECRETÁRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO EM EXERCÍCIO - p/p Philipe Theophilo Nottingham - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO.**

*** **

PORTARIA Nº 449/2015 - O SUPERINTENDENTE DO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA, no exercício das atribuições que lhe são conferidas pelo inciso X do art. 57 do Regulamento Interno do Instituto Dr. José Frota, aprovado pelo Decreto nº 9.592 de 15.02.95 e, CONSIDERANDO que, LUCY MERY DA SILVA DIAS, é servidora deste Instituto, ocupante de um cargo de Auxiliar de Análises Clínicas, matriculada sob nº 19955-01. CONSIDERANDO que, constata-se pelas fichas financeiras da citada servidora, que a mesma percebe gratificação de plantão, parte integrante do Processo Administrativo nº 2808124302838/2013. CONSIDERANDO ainda, que não constam dos assentamentos funcionais da referida servidora, porta-

ria concessiva da mencionada gratificação. RESOLVE: Reconhecer que, a servidora LUCY MERY DA SILVA DIAS, Auxiliar de Análises Clínicas, matrícula nº 19955-01 percebe Gratificação de Plantão no percentual de 60% (sessenta por cento), a incidir sobre vencimento básico, desde janeiro de 1995, com amparo legal nas disposições contidas no art. 1º da Lei 6.921/91, com nova redação imposta pelo art. 3º da Lei 7.335/93, alterado pelo art. 6º da Lei 7.555/94. Registre-se, publique-se e cumpra-se. GABINETE DA SUPERINTENDÊNCIA DO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA, 23 de fevereiro de 2015. **Francisco Walter Frota de Paiva - SUPERINTENDENTE DO IJF. VISTO: Renan Ehrich Colares - SECRETÁRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO EM EXERCÍCIO - p/p Philipe Theophilo Nottingham - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO.**

AUTARQUIA DE REGULAÇÃO, FISCALIZAÇÃO E CONTROLE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SANEAMENTO AMBIENTAL

EXTRATO DA DECISÃO DA SUPERINTENDÊNCIA - PROCESSO nº 056-2012-DS. ASSUNTO: Extravassamento de esgoto - Av. Beira Mar. INTERESSADO: Diretoria de Saneamento da ACFOR. CONCESSIONÁRIA: Companhia de Água e Esgoto do Ceará - CAGECE. DECISÃO em consonância com a decisão da Diretoria de Saneamento, no sentido de que: a) Seja mantido o Auto de Infração nº 06/2013, no sentido de aplicação da penalidade de multa no valor de R\$ 26.294,68 (vinte e seis mil, duzentos e noventa e quatro reais e sessenta e oito centavos) com base no art. 22, da Resolução nº 05/07 da ACFOR; b) Sejam adotadas as providências de anotação no livro de registro de multa contida no Auto de Infração; c) Seja concedido um prazo de 30 (trinta) dias para pagar a multa e comprovar o pagamento na ACFOR, nos termos do art. 23 da Resolução ACFOR nº 05/07, sob pena de inscrição na dívida ativa do Município de Fortaleza. Publique-se. Fortaleza/CE, 24 de janeiro de 2015. **Homero Cals Silva - SUPERINTENDENTE DA ACFOR.**

*** **

EXTRATO DA DECISÃO DA SUPERINTENDÊNCIA - PROCESSO nº 059-2012-DS. ASSUNTO: Extravassamento de esgoto - Av. Beira Mar. INTERESSADO: Diretoria de Saneamento da ACFOR. CONCESSIONÁRIA: Companhia de Água e Esgoto do Ceará - CAGECE. DECISÃO em consonância com a decisão da Diretoria de Saneamento, no sentido de que: a) Seja mantido o Auto de Infração nº 141/2012, no sentido de aplicação da penalidade de multa no valor de R\$ 29.878,47 (vinte e nove mil, oitocentos e setenta e oito reais e quarenta e sete centavos) com base no art. 12, da Resolução nº 05/07 da ACFOR; b) Sejam adotadas as providências de anotação no livro de registro de multa contida no Auto de Infração; c) Seja concedido um prazo de 30 (trinta) dias para pagar a multa e comprovar o pagamento na ACFOR, nos termos do art. 23 da Resolução ACFOR nº 05/07, sob pena de inscrição na dívida ativa do Município de Fortaleza. Publique-se. Fortaleza/CE, 23 de março de 2015. **Homero Cals Silva - SUPERINTENDENTE DA ACFOR.**

*** **

EXTRATO DA DECISÃO DA PRESIDÊNCIA - PROCESSO nº 167-2011-DS. ASSUNTO: Monitoramento do Sistema Esgoto Sanitário - ETE e ETE Riacho Doce. INTERESSADO: Diretoria de Saneamento da ACFOR. CONCESSIONÁRIA: Companhia de Água e Esgoto do Ceará - CAGECE. DECISÃO em consonância com a decisão da Diretoria de Saneamento, no sentido de que: a) Seja mantido o Auto de Infração nº 152/2012, no sentido de aplicação da penalidade de advertência escrita com base no art. 17, da Resolução nº 05/07 da ACFOR; b) Sejam adotadas as providências de ano-

tação no livro de registro desta advertência escrita contida no Auto de Infração. Publique-se. Fortaleza/CE, 23 de março de 2015. **Homero Cals Silva - SUPERINTENDENTE DA ACFOR.**

PODER LEGISLATIVO

"MATÉRIAS PUBLICADAS POR EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DA MESA DIRETORA DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA"

ATO Nº 01119/2015 - O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o art. 36-II da Lei Orgânica do Município de Fortaleza. RESOLVE, nomear nesta data, ANNA CARLA ITHAMAR FERNANDES, para exercer o cargo de Assessor Parlamentar, Nível 13. PAÇO MUNICIPAL JOSÉ BARROS DE ALENCAR, em 02 de janeiro de 2015. **Vereador Salmito Filho - PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA.**

*** **

ATO Nº 01120/2015 - O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o art. 36-II da Lei Orgânica do Município de Fortaleza. RESOLVE, nomear nesta data, MARCELO JOSE CUNHA BARRETO MINDELLO, para exercer o cargo de Assessor Parlamentar, Nível 14. PAÇO MUNICIPAL JOSÉ BARROS DE ALENCAR, em 02 de janeiro de 2015. **Vereador Salmito Filho - PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA.**

*** **

ATO Nº 01121/2015 - O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o art. 36-II da Lei Orgânica do Município de Fortaleza. RESOLVE, nomear nesta data, MARCIA MARIA GUEDES AGUIAR, para exercer o cargo de Assessor Parlamentar, Nível 1. PAÇO MUNICIPAL JOSÉ BARROS DE ALENCAR, em 02 de janeiro de 2015. **Vereador Salmito Filho - PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA.**

*** **

ATO Nº 01122/2015 - O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o art. 36-II da Lei Orgânica do Município de Fortaleza. RESOLVE, nomear nesta data, HONORINA ARNALDINA DE ALENCAR, para exercer o cargo de Assessor Parlamentar, Nível 14. PAÇO MUNICIPAL JOSÉ BARROS DE ALENCAR, em 02 de janeiro de 2015. **Vereador Salmito Filho - PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA.**

*** **

ATO Nº 01123/2015 - O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o art. 36-II da Lei Orgânica do Município de Fortaleza. RESOLVE, nomear nesta data, FRANCISCO GUEDES AGUIAR, para exercer o cargo de Assessor Parlamentar, Nível 14. PAÇO MUNICIPAL JOSÉ BARROS DE ALENCAR, em 02 de janeiro de 2015. **Vereador Salmito Filho - PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA.**

*** **

ATO Nº 01124/2015 - O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o art. 36-II da Lei Orgânica do Município de Fortaleza. RESOLVE, nomear nesta data, MARIA ALCILEIDE FERNANDES DA SILVA, para exercer o cargo de Assessor Parlamentar, Nível 14. PAÇO MUNICIPAL JOSÉ BARROS DE ALENCAR, em 02 de janeiro de 2015. **Vereador Salmito Filho - PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA.**

*** **

ATO Nº 01125/2015 - O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o art. 36-II da Lei Orgânica do Município de Fortaleza. RESOLVE, nomear nesta data, ITALO MARCIEL DE SOUSA, para exercer o cargo de Assessor Parlamentar, Nível 6. PAÇO MUNICIPAL JOSÉ BARROS DE ALENCAR, em 02 de janeiro de 2015. **Vereador Salmito Filho - PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA.**

*** **

ATO Nº 01126/2015 - O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o art. 36-II da Lei Orgânica do Município de Fortaleza. RESOLVE, nomear nesta data, ANTONIA ELAINE FREIRES LOPES, para exercer o cargo de Assessor Parlamentar, Nível 14. PAÇO MUNICIPAL JOSÉ BARROS DE ALENCAR, em 02 de janeiro de 2015. **Vereador Salmito Filho - PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA.**

*** **

ATO Nº 01127/2015 - O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o art. 36-II da Lei Orgânica do Município de Fortaleza. RESOLVE, nomear nesta data, FRANCISCA CLEIDIANE PEREIRA DE ARAUJO, para exercer o cargo de Assessor Parlamentar, Nível 14. PAÇO MUNICIPAL JOSÉ BARROS DE ALENCAR, em 02 de janeiro de 2015. **Vereador Salmito Filho - PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA.**

*** **

ATO Nº 01128/2015 - O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o art. 36-II da Lei Orgânica do Município de Fortaleza. RESOLVE, nomear nesta data, WALMIR BASTOS DANTAS, para exercer o cargo de Assessor Parlamentar, Nível 4. PAÇO MUNICIPAL JOSÉ BARROS DE ALENCAR, em 02 de janeiro de 2015. **Vereador Salmito Filho - PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA.**

*** **

ATO Nº 01129/2015 - O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o art. 36-II da Lei Orgânica do Município de Fortaleza. RESOLVE, nomear nesta data, RENATA LEE CORDEIRO KARAN AGUIAR, para exercer o cargo de Assessor Parlamentar, Nível 14. PAÇO MUNICIPAL JOSÉ BARROS DE ALENCAR, em 02 de janeiro de 2015. **Vereador Salmito Filho - PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA.**

*** **

ATO Nº 01130/2015 - O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o art. 36-II da Lei Orgânica do Município de Fortaleza. RESOLVE, nomear nesta data, ISMAEL JOAO CORDEIRO KARAN AGUIAR, para exercer o cargo de Assessor Parlamentar, Nível 14. PAÇO MUNICIPAL JOSÉ BARROS DE ALENCAR, em 02 de janeiro de 2015. **Vereador Salmito Filho - PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA.**

*** **

ATO Nº 01131/2015 - O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o art. 36-II da Lei Orgânica do Município de Fortaleza. RESOLVE, nomear nesta data, AMANDA MARIA ARRUDA AGUIAR, para exercer o cargo de Assessor Parlamentar, Nível 8. PAÇO MUNICIPAL JOSÉ BARROS DE ALENCAR, em 02 de janeiro de 2015. **Vereador Salmito Filho - PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA.**

*** **

ATO Nº 01132/2015 - O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o art. 36-II da Lei Orgânica do Município de Fortaleza. RESOLVE, nomear nesta data, CARLOS ALBERTO FERNANDES COELHO, para exercer o cargo de Assessor Parlamentar, Nível 3. PAÇO MUNICIPAL JOSÉ BARROS DE ALENCAR, em 02 de janeiro de 2015. **Vereador Salmito Filho - PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA.**

*** **

ATO Nº 01155/2015 - O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o art. 36-II da Lei Orgânica do Município de Fortaleza. RESOLVE, nomear nesta data, MARIA ERILENE VIANA BATISTA, para exercer o cargo de Assessor Parlamentar, Nível 06. PAÇO MUNICIPAL JOSÉ BARROS DE ALENCAR, em 02 de janeiro de 2015. **Vereador Salmito Filho - PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA.**

*** **

ATO Nº 01156/2015 - O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o art. 36-II da Lei Orgânica do Município de Fortaleza. RESOLVE, nomear nesta data, MARIA VILMA RIEDEL ZARANZA, para exercer o cargo de Assessor Parlamentar, Nível 18. PAÇO MUNICIPAL JOSÉ BARROS DE ALENCAR, em 02 de janeiro de 2015. **Vereador Salmito Filho - PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA.**

*** **

ATO Nº 01157/2015 - O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o art. 36-II da Lei Orgânica do Município de Fortaleza. RESOLVE, nomear nesta data, MISLENE DA SILVA GOMES MOREIRA SOBRINHO, para exercer o cargo de Assessor Parlamentar, Nível 16. PAÇO MUNICIPAL JOSÉ BARROS DE ALENCAR, em 02 de janeiro de 2015. **Vereador Salmito Filho - PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA.**

*** **

ATO Nº 01158/2015 - O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o art. 36-II da Lei Orgânica do Município de Fortaleza. RESOLVE, nomear nesta data, MARIA SOUZA DE MESQUITA, para exercer o cargo de Assessor Parlamentar, Nível 15. PAÇO MUNICIPAL JOSÉ BARROS DE ALENCAR, em 02 de janeiro de 2015. **Vereador Salmito Filho - PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA.**

*** **

ATO Nº 01159/2015 - O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o art. 36-II da Lei Orgânica do Município de Fortaleza. RESOLVE, nomear nesta data, JOANA DARC LIMA MELO, para exercer o cargo de Assessor Parlamentar, Nível 06. PAÇO MUNICIPAL JOSÉ BARROS DE ALENCAR, em 02 de janeiro de 2015. **Vereador Salmito Filho - PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA.**

*** **

ATO Nº 01160/2015 - O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o art. 36-II da Lei Orgânica do Município de Fortaleza. RESOLVE, nomear nesta data, AMALIA MARIA VALENTE, para exercer o cargo de Assessor Parlamentar, Nível 12. PAÇO MUNICIPAL JOSÉ BARROS DE ALENCAR, em 02 de janeiro de 2015. **Vereador Salmito Filho - PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA.**

*** **