



PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Diretoria de Atenção de Vigilância em Saúde

COMUNIDADE TERAPÊUTICA
(Alvará inicial e Renovação)

- Preencher requerimento disponível no site da prefeitura. Neste formulário é importante preencher todos os campos, inclusive telefone, nome para contato, horário de funcionamento do estabelecimento e e-mail;
- Comprovante de pagamento da taxa de Alvará Sanitário (**LM 4512/2000**);
- Cópia do Projeto Arquitetônico (layout) aprovado por esta VISA (**RDC 50/2002**);
- Declaração de área utilizada;
- Cópia do Alvará de Saúde (em caso de renovação);
- Cópia do Alvará de Localização;
- Cópia do Alvará dos Bombeiros (APPCI);
- CNPJ na Receita Federal contemplando todas as atividades solicitadas no alvará;
- Certificados de: desinsetização/desratização (controle de pragas) e limpeza da caixa d 'água, com cópia do alvará sanitário da empresa que realizou o trabalho. (**RDC ANVISA 52/2009; DECRETO EST.23.430/74**);
- Certificado de limpeza do(s) ar-condicionado(s). Apresentar PMOC (Plano de Manutenção Operação e Controle) quando o sistema de climatização total ultrapassar 60.000 BTU'S. (**LEI FEDERAL 13589/2018**). Caso contrário, anexar declaração devidamente assinada;
- Descrição dos métodos de higienização do estabelecimento (como realiza a higienização, limpeza, quantas vezes ao dia, qual o produto utilizado, concentração, etc...);
- Termo de responsabilidade técnica da Instituição preenchido pelo profissional de ensino superior + Certificado de Responsabilidade Técnica do profissional junto ao conselho (**obrigatório**). O mesmo será responsável pelo programa terapêutico e capacitado em atendimento a usuários de substâncias psicoativas, de curso reconhecido;
- Cópia do programa terapêutico;
- Cópia do contrato com a empresa de recolhimento de resíduos de saúde e cópia do Alvará Sanitário da mesma. Caso não necessite, anexar declaração anexada;
- Lista do quadro dos funcionários (contratados e voluntários) função, carga horária, formação e cópia dos documentos;
- Regimento interno, atividades desenvolvidas e plano de atividades recreativas;
- Comprovante de capacitação dos monitores em curso e em cursos de primeiros socorros;



PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Diretoria de Atenção de Vigilância em Saúde

- Cópia do Certificado do Curso de Boas Práticas para serviços de Alimentação (**Portaria Estadual 78/2009**). Serão aceitos certificados de cursos realizados por EAD (ensino a distância);
- Cópia manual de Boas Práticas, elaborada e assinada pelo(a) nutricionista (**RDC 216/2004 ANVISA**);
- Declaração de responsabilidade legal e cópia do documento do representante legal;
- Carteira profissional e declaração de vínculo de todos os profissionais de nível superior.
- Termo de ciência e troca de responsabilidade técnica (caso haja) a ser encaminhado para esta VISA devidamente assinado pelo Representante Legal e pelo Responsável Técnico (modelo abaixo em anexo); **Obs.: a Instituição possuirá um prazo de dez (10) dias para encaminhar a documentação do novo responsável técnico do local**

OBSERVAÇÃO: De acordo com as especificidades dos ramos de atividades, poderá a critério da fiscalização sanitária requerer documentos complementares no processo de licenciamento sanitário do estabelecimento.

REVISADO EM JANEIRO DE 2026.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Diretoria de Atenção de Vigilância em Saúde

TERMO DE CIÊNCIA E ENCERRAMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Pelo presente instrumento, o estabelecimento (xxxxx) declara que, a partir de (dd/mm/aaaa), o(a) Sr(a). (xxxxx) deixa de exercer a função de Responsável Técnico desta unidade.

A administração da referida Comunidade compromete-se a:

1. Cessar imediatamente o uso do nome e do registro profissional do ex-RT em receituários, carimbos, prontuários e documentos oficiais;
2. Protocolar a baixa junto aos órgãos sanitários e conselhos de classe competentes (RDC 502/2021);
3. Isentar o profissional de qualquer ato técnico praticado na instituição após a data de seu desligamento.

O profissional, por sua vez, confirma a entrega de toda a documentação pertinente ao cargo que estava sob sua guarda até a presente data.

Canoas, xx de xxxxx de 20xx.

(Nome do Representante Legal)
(Nº do CPF)

(Nome do Profissional RT)
(Nº do Conselho)