



## CONSULTÓRIO DE FISIOTERAPIA

### ALVARÁ DE SAÚDE INICIAL VERSÃO 2024

# DISPENSADO DE ALVARÁ DE SAÚDE

A ATIVIDADE DE FISIOTERAPIA, CNAE 8650-0/04, está **DISPENSADA DE ALVARÁ**, para qual NÃO SERÁ EXPEDIDO O REFERIDO DOCUMENTO.

Conforme preconiza o art. 2º, § 1º da Resolução/CGSIM nº 51, de 11 de junho de 2019, com redação dada pelo Resolução/CGSIM nº 57, de 21 de maio de 2020 e pela Resolução/CGSIM Nº 62, de 20 de novembro de 2020, as atividades classificadas como nível de risco I - baixo risco, "baixo risco A", risco leve, irrelevante ou inexistente estão **dispensadas de licenciamento junto à Vigilância Sanitária** para plena e contínua operação e funcionamento do estabelecimento, estando tão somente sujeitas à fiscalização.

A fiscalização do exercício destas atividades será realizada posteriormente, de ofício ou como consequência de denúncia encaminhada à autoridade competente, nos termos do art. 3º, § 2º da Lei Federal nº 13.874, de 20 de setembro de 2019. A **"Dispensa de Licenciamento"** não desobriga o empreendedor de observar todas as normas pertinentes a sua atividade econômica e verificar a necessidade de licenciamento da atividade em outros órgãos como, por exemplo, bombeiros, agricultura e meio ambiente.

#### I. Informações adicionais:

1. O serviço deverá manter à disposição da vigilância todos os documentos que porventura possam ser solicitados em vistoria, de acordo com a legislação vigente (ver roteiros de inspeção específicos das atividades exercidas).
2. Segundo a RDC 63 art. 39/40 para serviços da saúde é necessário que a limpeza do reservatório de água seja realizada a cada 06 meses.
3. Listagem de empresas cadastradas na DVS encontra-se na página: [https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu\\_doc/sites/sms/aaa\\_empresas.pdf](https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/sites/sms/aaa_empresas.pdf)

#### II. Lista de documentos específicos:

|    |  |
|----|--|
| 1. | Carteira profissional emitida pelo respectivo Conselho de Classe;  |
| 2. | Layout básico do estabelecimento com as dimensões, contendo a disposição dos equipamentos não portáteis (quando houver) e mobiliário principal, para apreciação; |



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

UNIDADE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

EQUIPE DE VIGILÂNCIA DE SERVIÇOS E PRODUTOS DE INTERESSE À SAÚDE



|     |   |
|-----|---|
| 3.  | Descrição do espaço físico, com destaque para dimensões de aberturas e acabamentos de pisos, paredes e tetos. Localização e descrição de ponto de água, bacias de higienização e limpeza;   |
| 4.  | Certificado de limpeza do reservatório de água emitido por empresa com alvará de saúde (se em Porto Alegre) ou cadastrada na DVS/ÁGUAS (se empresa de outro município);   |
| 5.  | Contrato com a empresa de recolhimento e tratamento de resíduos licenciada pelo órgão ambiental (FEPAM/SMAM), atualizado, ou declaração de que não gera resíduo infectante;   |
| 6.  | Formulário de Informação das atividades a serem desenvolvidas no estabelecimento preenchido, assinado e datado pelo RT, disponível na página da DVS:<br><a href="https://docs.google.com/document/d/1ByxUkPXB8SHzQv1Xr5eF9BffVJ_Pj3YH/edit#heading=h.gjqdqs">https://docs.google.com/document/d/1ByxUkPXB8SHzQv1Xr5eF9BffVJ_Pj3YH/edit#heading=h.gjqdqs</a> |
| 7.  | Roteiro de Inspeção preenchido, assinado e datado pelo RT, disponível na página da DVS:<br><a href="https://docs.google.com/document/d/1nloEM9ptg_5wMlc2LWxf4TxauH4WkAXp/edit">https://docs.google.com/document/d/1nloEM9ptg_5wMlc2LWxf4TxauH4WkAXp/edit</a>  |
| 8.  | Listagem dos equipamentos eletromédicos com nº de registro na ANVISA<br><a href="https://consultas.anvisa.gov.br/#/genericos/">https://consultas.anvisa.gov.br/#/genericos/</a> ou declaração, datada e assinada pelo RT, de que não possui equipamentos eletromédicos;   |
| 9.  | Termo de Responsabilidade Técnica, devidamente preenchido e assinado, disponível na página da DVS:<br><a href="https://docs.google.com/document/d/1AvWI848pubSNGrl3Kr4W67GpZOL_RjXC/edit">https://docs.google.com/document/d/1AvWI848pubSNGrl3Kr4W67GpZOL_RjXC/edit</a>   |
| 10. | Para procedimento em Dermatofuncional, apresentar Certificado de Especialização (reconhecido pelo conselho de classe) ou Declaração assinada e datada pelo RT de que não executa tal procedimento;  |
| 11. | Para procedimento em Acupuntura, apresentar Certificado de Especialização (reconhecido pelo conselho de classe) ou Declaração assinada e datada pelo RT de que não executa tal procedimento.  |



**ALVARÁ DE SAÚDE RENOVAÇÃO  
VERSÃO 2024**

**DISPENSADO DE ALVARÁ DE  
SAÚDE**

**A ATIVIDADE DE FISIOTERAPIA, CNAE 8650-0/04, está DISPENSADA DE ALVARÁ, para qual NÃO SERÁ EXPEDIDO O REFERIDO DOCUMENTO.**

Conforme preconiza o art. 2º, § 1º da Resolução/CGSIM nº 51, de 11 de junho de 2019, com redação dada pelo Resolução/CGSIM nº 57, de 21 de maio de 2020 e pela Resolução/CGSIM Nº 62, de 20 de novembro de 2020, as atividades classificadas como nível de risco I - baixo risco, "baixo risco A", risco leve, irrelevante ou inexistente estão **dispensadas de licenciamento junto à Vigilância Sanitária** para plena e contínua operação e funcionamento do estabelecimento, estando tão somente sujeitas à fiscalização.

A fiscalização do exercício destas atividades será realizada posteriormente, de ofício ou como consequência de denúncia encaminhada à autoridade competente, nos termos do art. 3º, § 2º da Lei Federal nº 13.874, de 20 de setembro de 2019. A **"Dispensa de Licenciamento" não desobriga o empreendedor de observar todas as normas pertinentes a sua atividade econômica** e verificar a necessidade de licenciamento da atividade em outros órgãos como, por exemplo, bombeiros, agricultura e meio ambiente.

**I.informações adicionais:**

1. O serviço deverá manter à disposição da vigilância todos os documentos que porventura possam ser solicitados em vistoria, de acordo com a legislação vigente (ver roteiros de inspeção específicos das atividades exercidas).
2. Segundo a RDC 63 art. 39/40 para serviços da saúde é necessário que a limpeza do reservatório de água seja realizada a cada 06 meses.
3. Listagem de empresas cadastradas na DVS encontra-se na página: [https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu\\_doc/sites/sms/aaa\\_empresas.pdf](https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/sites/sms/aaa_empresas.pdf)

**II.Lista de documentos específicos:**

|           |  |
|-----------|--|
| <b>1.</b> | Alvará de Saúde Anterior;  |
| <b>2.</b> | Carteira profissional emitida pelo respectivo Conselho de Classe;  |
| <b>3.</b> | Layout básico do estabelecimento com as dimensões, contendo a disposição dos equipamentos não portáteis (quando houver) e mobiliário principal, para apreciação; |



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

UNIDADE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

EQUIPE DE VIGILÂNCIA DE SERVIÇOS E PRODUTOS DE INTERESSE À SAÚDE



|     |   |
|-----|---|
| 4.  | Descrição do espaço físico, com destaque para dimensões de aberturas e acabamentos de pisos, paredes e tetos. Localização e descrição de ponto de água, bacias de higienização e limpeza;   |
| 5.  | Certificado de limpeza do reservatório de água emitido por empresa com alvará de saúde (se em Porto Alegre) ou cadastrada na DVS/ÁGUAS (se empresa de outro município);   |
| 6.  | Contrato com a empresa de recolhimento e tratamento de resíduos licenciada pelo órgão ambiental (FEPAM/SMAM), atualizado, ou declaração de que não gera resíduo infectante;   |
| 7.  | Formulário de Informação das atividades a serem desenvolvidas no estabelecimento preenchido, assinado e datado pelo RT, disponível na página da DVS:<br><a href="https://docs.google.com/document/d/1ByxUkPXB8SHzQv1Xr5eF9BffVJ_Pj3YH/edit#heading=h.qjdqxs">https://docs.google.com/document/d/1ByxUkPXB8SHzQv1Xr5eF9BffVJ_Pj3YH/edit#heading=h.qjdqxs</a> |
| 8.  | Roteiro de Inspeção preenchido, assinado e datado pelo RT, disponível na página da DVS:<br><a href="https://docs.google.com/document/d/1nloEM9ptg_5wMlc2LWxf4TxauH4WkAXp/edit">https://docs.google.com/document/d/1nloEM9ptg_5wMlc2LWxf4TxauH4WkAXp/edit</a>  |
| 9.  | Listagem dos equipamentos eletromédicos com nº de registro na ANVISA<br><a href="https://consultas.anvisa.gov.br/#/genericos/">https://consultas.anvisa.gov.br/#/genericos/</a> ou declaração, datada e assinada pelo RT, de que não possui equipamentos eletromédicos;   |
| 10. | Termo de Responsabilidade Técnica, devidamente preenchido e assinado, disponível na página da DVS:<br><a href="https://docs.google.com/document/d/1AvWI848pubSNGrl3Kr4W67GpZOL_RjXC/edit">https://docs.google.com/document/d/1AvWI848pubSNGrl3Kr4W67GpZOL_RjXC/edit</a>   |
| 11. | Para procedimento em Dermatofuncional, apresentar Certificado de Especialização (reconhecido pelo conselho de classe) ou Declaração assinada e datada pelo RT de que não executa tal procedimento;  |
| 12. | Para procedimento em Acupuntura, apresentar Certificado de Especialização (reconhecido pelo conselho de classe) ou Declaração assinada e datada pelo RT de que não executa tal procedimento.  |