

MODELO DE MEMORIAL DESCRITIVO – SERVIÇOS DE INTERESSE DA SAÚDE

Objetivo: O objetivo do Memorial Descritivo Simplificado é auxiliar na compreensão das atividades e serviços oferecidos no estabelecimento, para fins de licenciamento sanitário. Portanto, nesse documento devem constar, de forma simplificada, a descrição dos ambientes, dos procedimentos realizados, profissionais atuantes por formação (médicos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros) quadro de apoio, equipamentos, fluxos e outras informações relevantes.

Nas observações apresentadas abaixo, estão relacionadas as informações mínimas que devem constar do memorial descritivo simplificado. Ressalta-se que o declarante deverá acrescentar outras informações, além das indicadas, que a seu critério contribuam para esclarecimento das atividades e serviços a serem realizados pelo estabelecimento.

MEMORIAL DESCRITIVO SIMPLIFICADO

Razão Social:

CNPJ:

CNAE / Atividade Principal:

Endereço:

E-mail de Contato:

Telefone de Contato:

Profissionais de Nível Superior (carga horária):

Número de Funcionários:

Dias de Funcionamento:

Horário de Funcionamento:

Atividades e procedimentos executados no estabelecimento:

Serviços Terceirizados:

Descrever, quando pertinente, informações sobre:

- **Esterilização de artigos e instrumental:** caso utilize material que necessita de esterilização, descrever o fluxo do procedimento, caso utilize serviço terceirizado de esterilização descrever o fluxo de entrega e recebimento do material
- **Sistema de fornecimento de Água:** descrever qual o tipo de abastecimento de água (rede pública SABESP, poço artesiano, caminhão pipa).
- **Descrição do fluxo dos resíduos gerados na unidade:** descrever o fluxo dos resíduos de saúde, identificando o tipo de resíduo gerado (perfuro cortante, infectante, químico, comum);
- **Plano de contingência em caso de interrupção de energia elétrica:** descrever se o estabelecimento dispõe de algum sistema alternativo para fornecimento de energia elétrica (gerador, no break etc);
- **Estabelecimentos que realizam procedimentos cirúrgicos:** relacionar todos os procedimentos cirúrgicos realizados, profissional que executa, tipo de anestesia (sedação; local, geral, bloqueio etc) necessária para realização desse procedimento; informar o tempo de permanência pré e pós cirúrgico do paciente no serviço;
- **Estabelecimentos que realizam diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante (raios X médico / odontológico etc):** descrição do equipamento, relação dos exames realizados.

DECLARAMOS VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PRESENTE DOCUMENTO E QUE CUMPRIMOS A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E DEMAIS NORMAS LEGAIS PERTINENTES. ESTAMOS CIENTES DE QUE O NÃO CUMPRIMENTO DO ACIMA DECLARADO ACARRETERÁ NO INDEFERIMENTO DA SOLICITAÇÃO DO LICENCIAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE INTERESSE DA SAÚDE NO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE COMPETENTE, SUJEITANDO OS RESPONSÁVEIS E O ESTABELECIMENTO ÀS MEDIDAS ADMINISTRATIVAS E LEGAIS CABÍVEIS.

São Paulo, ____/____/____.

Responsável Legal pelo Estabelecimento:

Nº do CPF / RG

Responsável Técnico pelo Estabelecimento:

Nº do Registro Profissional no Conselho de Classe