

## **SERVIÇOS PRESTADOS PELO DEPARTAMENTO DE INSPECÇÃO DA SAÚDE DA HUÍLA.**

1. Emissão de Certificados de Habitabilidades para estabelecimentos comerciais, hoteleiros, industriais, de prestação de serviços, de ensino privado etc.
2. Emissão de documentos de transladações de cadáveres.
3. Acompanhamento de encerramento de urnas.
4. Acompanhamento de abertura de urnas.
5. Exumação e Inumação de Cadáveres.
6. Correção de mapas de cálculos de farmácias.
7. Visto nos livros de registo de doentes das Unidades Sanitárias Privadas.

## **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A EMISSÃO DO CERTIFICADO DE HABITABILIDADE:**

### **PARA EMPRESAS/ESTABELECIMENTOS COMERCIAIS/INDUSTRIAIS/HOTELEIROS ETC.**

1. Requerimento dirigido a Excelentíssima Senhora Directora do Gabinete Provincial de Saúde da Huíla.
2. Cópia do Bilhete de Identidade ou Cartão de Residente e Estrangeiros do Requerente.
3. Documento que atesta a criação da empresa (Guiché único ou Certidão Comercial).
4. Fotocópia do cartão de Contribuinte.
5. Fotocópia do Croquis de Localização.
6. Memória descritiva e justificativa.
7. Fotografias da parte frontal, sala de atendimento, escritório e WC.
8. Cópia do Alvará ou Auto de Vistoria.
9. Registo imóvel de CISA (Facultativo).

### **PARA ESTABELECIMENTOS DE ENSINOS PRIVADOS/CRECHES.**

1. Requerimento dirigido a Excelentíssima Senhora Directora do Gabinete Provincial de Saúde da Huíla.
2. Cópia do Bilhete de Identidade ou Cartão de Residente e Estrangeiros do Requerente.
3. Documento que atesta a criação da empresa (Guiché único ou Certidão Comercial).
4. Certificado ou Declaração do INAC (Creche).
5. Fotocópia do cartão de Contribuinte.
6. Fotocópia da Planta.
7. Fotocópia do Croquis de Localização.
8. Memória descritiva e justificativa.
9. Fotografias da parte frontal, salas, escritório e WCs.
10. Registo imóvel de CISA (Facultativo).

## **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA TRANSLADAÇÕES DE CADÁVERES.**

1. Verificação de óbito.
2. Boletim de óbito.
3. Certidão ou assento de óbito.
4. Cópia do B.I. do falecido.
5. Depositar na Conta Única do Tesouro o valor de 13.000,00.

## **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DE URNAS:**

Documentos provenientes da província ou país que acompanha o cadáver, nomeadamente:

1. Declaração e Informação da Saúde.
2. Verificação de óbito.
3. Boletim de óbito.
4. Certidão ou assento de óbito.
5. Alvará de transladação.
6. Cópia do B.I. do falecido.
7. Depositar na Conta Única do Tesouro o valor de 5.000,00.

## **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA EXUMAÇÃO E INUMAÇÃO DE CADÁVERES:**

1. Requerimento dirigido a Excelentíssima Senhora Directora do Gabinete Provincial da Saúde da Huíla.
2. Verificação de óbito, Boletim de óbito ou Certidão de óbito.
3. Cópia do B.I. do falecido, Cédula pessoal ou um outro documento de identificação.
4. Cópia do B.I. do requerente.
5. Depositar na Conta Única do Tesouro o valor de 13.000,00.

**Obs:** Para a realização da exumação e inumação de cadáveres, deve-se passar mais de 05 (cinco) anos, excepto por razões judiciais.

MODELO DE REQUERIMENTO PARA EMISSÃO DO CERTIFICADO DE HABITABILIDADE  
PARA ESTABELECIMENTOS COMERCIAIS A RETALHO/GROSSO.

À

EXCELENTÍSSIMA SENHORA DIRECTORA DO  
GABINETE PROVINCIAL DE SAÚDE DA HUÍLA

LUBANGO

**NOME COMPLETO DO REQUERENTE**, Proprietário/Representante, de \_\_\_ anos de idade,  
filho de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_, com o nº de Contribuinte \_\_\_\_\_  
portador do B.I. /Cartão de Residente nº \_\_\_\_\_, emitido pelo Sector de Identificação  
Nacional/SME aos \_\_\_\_\_, morador no Bairro \_\_\_\_\_, Município do \_\_\_\_\_, Província  
da \_\_\_\_\_.

Desejando uma vistoria ao estabelecimento Comercial a Retalho/Grosso (*descrever a acti-  
vidade específica. Ex: venda de bens alimentares, bebidas e diversos*) de acordo a Lei nº 5/87  
Publicado no Diário da República nº 16 de 23/2/87 1ª Série, Artigo nº 104, Ponto nº 3,  
denominado \_\_\_\_\_, Sita na rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ bairro \_\_\_\_\_  
Comuna \_\_\_\_\_ Município de \_\_\_\_\_ Província da Huíla, com o nº do CISA \_\_\_\_\_  
Pertencente à Empresa/Senhor (ã) \_\_\_\_\_

Vem mui respeitosamente requerer a Excelentíssima Senhora Directora, se digne  
autorizar a devida vistoria e que lhe seja passado o Certificado de Habitabilidade.

Espera Deferimento.

Lubango, aos \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura

MODELO DE REQUERIMENTO PARA EMISSÃO DO CERTIFICADO DE HABITABILIDADE  
PARA ESTABELECIMENTOS HOTELEIROS

À

EXCELENTÍSSIMA SENHORA DIRECTORA DO  
GABINETE PROVINCIAL DE SAÚDE DA HUÍLA

LUBANGO

**NOME COMPLETO DO REQUERENTE**, Proprietário/Representante, de \_\_\_ anos de idade,  
filho de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_, com o nº de Contribuinte \_\_\_\_\_  
portador do B.I. /Cartão de Residente nº \_\_\_\_\_, emitido pelo Sector de Identificação  
Nacional/SME aos \_\_\_\_\_, morador no Bairro \_\_\_\_\_, Município do \_\_\_\_\_, Província  
da \_\_\_\_\_.

Desejando uma vistoria ao estabelecimento Hoteleiro (*descrever a actividade específica.*

*Ex: Snack-bar, Café, Lanchonete, Restaurante, Pensão, hotel etc)* de acordo a Lei nº 5/87

Publicado no Diário da República nº 16 de 23/2/87 1ª Série, Artigo nº 104, Ponto nº 3,

denominado \_\_\_\_\_, Sita na rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ bairro \_\_\_\_\_

Comuna \_\_\_\_\_ Município de \_\_\_\_\_ Província da Huíla, com o nº do CISA \_\_\_\_\_

Pertencente à Empresa/Senhor (a) \_\_\_\_\_

Vem mui respeitosamente requerer a Excelentíssima Senhora Directora, se digne  
autorizar a devida vistoria e que lhe seja passado o Certificado de Habitabilidade.

Espera Deferimento.

Lubango, aos \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura

MODELO DE REQUERIMENTO PARA EMISSÃO DO CERTIFICADO DE HABITABILIDADE  
PARA ESTABELECIMENTOS INDUSTRIAIS

À

EXCELENTÍSSIMA SENHORA DIRECTORA DO  
GABINETE PROVINCIAL DE SAÚDE DA HUÍLA

LUBANGO

**NOME COMPLETO DO REQUERENTE**, Proprietário/Representante, de \_\_\_ anos de idade,  
filho de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_, com o nº de Contribuinte \_\_\_\_\_  
portador do B.I. /Cartão de Residente nº \_\_\_\_\_, emitido pelo Sector de Identificação  
Nacional/SME aos \_\_\_\_\_, morador no Bairro \_\_\_\_\_, Município do \_\_\_\_\_, Província  
da \_\_\_\_\_.

Desejando uma vistoria ao estabelecimento Industrial (*descrever a actividade específica.*  
*Ex: Panificadora, fábrica de Blocos, Cerâmica, etc*) de acordo a Lei nº 5/87 Publicado no Diário da  
República nº 16 de 23/2/87 1ª Série, Artigo nº 104, Ponto nº 3, denominado \_\_\_\_\_,  
Sita na rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ bairro \_\_\_\_\_  
Comuna \_\_\_\_\_ Município de \_\_\_\_\_ Província da Huíla, com o nº do CISA \_\_\_\_\_  
Pertencente à Empresa/Senhor (a) \_\_\_\_\_

Vem mui respeitosamente requerer a Excelentíssima Senhora Directora, se digne  
autorizar a devida vistoria e que lhe seja passado o Certificado de Habitabilidade.

Espera Deferimento.

Lubango, aos \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura

MODELO DE REQUERIMENTO PARA EMISSÃO DO CERTIFICADO DE HABITABILIDADE  
PARA ESTABELECIMENTOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

À

EXCELENTÍSSIMA SENHORA DIRECTORA DO  
GABINETE PROVINCIAL DE SAÚDE DA HUÍLA

LUBANGO

**NOME COMPLETO DO REQUERENTE**, Proprietário/Representante, de \_\_\_ anos de idade,  
filho de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_, com o nº de Contribuinte \_\_\_\_\_  
portador do B.I. /Cartão de Residente nº \_\_\_\_\_, emitido pelo Sector de Identificação  
Nacional/SME aos \_\_\_\_\_, morador no Bairro \_\_\_\_\_, Município do \_\_\_\_\_, Província  
da \_\_\_\_\_.

Desejando uma vistoria ao estabelecimento de Prestação de Serviços (*descrever a actividade específica. Ex: Salão de Beleza, Barbearia, Cónicas, Escritórios, etc*) de acordo a Lei nº 5/87  
Publicado no Diário da República nº 16 de 23/2/87 1ª Série, Artigo nº 104, Ponto nº 3,  
denominado \_\_\_\_\_, Sita na rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ bairro \_\_\_\_\_  
Comuna \_\_\_\_\_ Município de \_\_\_\_\_ Província da Huíla, com o nº do CISA \_\_\_\_\_  
Pertencente à Empresa/Senhor (a) \_\_\_\_\_

Vem mui respeitosamente requerer a Excelentíssima Senhora Directora, se digne  
autorizar a devida vistoria e que lhe seja passado o Certificado de Habitabilidade.

Espera Deferimento.

Lubango, aos \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura

MODELO DE REQUERIMENTO PARA EMISSÃO DO CERTIFICADO DE HABITABILIDADE  
PARA ESTABELECIMENTOS DE ENSINO PRIVADO

À

EXCELENTÍSSIMA SENHORA DIRECTORA DO  
GABINETE PROVINCIAL DE SAÚDE DA HUÍLA

LUBANGO

**NOME COMPLETO DO REQUERENTE**, Proprietário/Representante, de \_\_\_ anos de idade,  
filho de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_, com o nº de Contribuinte \_\_\_\_\_  
portador do B.I. /Cartão de Residente nº \_\_\_\_\_, emitido pelo Sector de Identificação  
Nacional/SME aos \_\_\_\_\_, morador no Bairro \_\_\_\_\_, Município do \_\_\_\_\_, Província  
da \_\_\_\_\_.

Desejando uma vistoria ao estabelecimento de Ensino Privado (*descrever a actividade  
específica. Ex: Creche, Complexo Escolar, Escola de formação profissional, etc*) de acordo a Lei nº  
5/87 Publicado no Diário da República nº 16 de 23/2/87 1ª Série, Artigo nº 104, Ponto nº 3,  
denominado \_\_\_\_\_, Sita na rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ bairro \_\_\_\_\_  
Comuna \_\_\_\_\_ Município de \_\_\_\_\_ Província da Huíla, com o nº do CISA \_\_\_\_\_  
Pertencente à Empresa/Senhor (a) \_\_\_\_\_

Vem mui respeitosamente requerer a Excelentíssima Senhora Directora, se digne  
autorizar a devida vistoria e que lhe seja passado o Certificado de Habitabilidade.

Espera Deferimento.

Lubango, aos \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura





República de Angola  
Ministério da Saúde

Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA  
LICENCIAMENTO DE ESTABELECIMENTOS FARMACÊUTICOS  
(FARMÁCIA / ERVANÁRIA / DEPÓSITO DE MEDICAMENTOS)**

Nº	DESIGNAÇÃO	EXISTE?		OBSERVAÇÃO
		SIM	NÃO	
1.	Requerimento referente ao pedido de legalização e vistoria			
2.	Registo criminal actualizado do requerente			
3.	Cópia do B.I. do requerente / Visto de trabalho do SME / Cartão do SME para estrangeiros (Só para Depósito)			
4.	Cópia do cartão ou comprovativo do Número de Identificação Fiscal (NIF)			
5.	Certificado de Habitabilidade			
6.	Certificado de escritura da empresa (colectiva)			
7.	Certidão de Registo Comercial da Empresa			
8.	Certificado de Registo Estatístico Actualizado			
9.	Parecer Técnico da Direcção Municipal de Saúde (só para farmácias)			
10.	Documentos do Director Técnico a) Fotocópia do B.I. ou cartão de residente para estrangeiro; b) Diploma ou Certificado de Habilitações; c) Termo de responsabilidade autenticado; d) Uma (1) fotografia tipo passe; e) Declaração da OFA para técnicos superiores ou ASSOFARMA para técnicos médios; f) Contrato de trabalho reconhecido do notário.			
11.	Planta baixa de cotas das instalações com o nome de estabelecimento, assinatura e nº do registo do arquitecto, entre outros dados.			
12.	Croqui de localização das instalações com o nome de estabelecimento, assinatura e nº de registo do arquitecto, entre outros dados.			
13.	Fotografias do interior e exterior do estabelecimento			
<b>Documentos a serem apresentados após a vistoria</b>				
14.	Alvará Comercial com a classe XI, (subclasses a, b e c)			
15.	Certificado de Segurança Contra Incêndios			

**NOTA:**

-Sobre a farmácia deve se ter em conta a distância de 500metros com a farmácia pré-existente.

-O dossier só será aceite caso cumpra com todos itens assinalados.

À  
Sua Excelência Senhora Directora do  
Gabinete Provincial da Saúde da Huíla

L UBANGO

(1) \_\_\_\_\_, com sede em \_\_\_\_\_  
Município de \_\_\_\_\_ Província de \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, Rua \_\_\_\_\_, Casa \_\_\_\_\_;

(2) Representada por \_\_\_\_\_  
do estado civil \_\_\_\_\_, portador do BI nº \_\_\_\_\_, passado pelo  
Arquivo de Identificação \_\_\_\_\_, aos \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(3) Representada por \_\_\_\_\_  
do estado civil \_\_\_\_\_, portador do cartão de estrangeiro residente nº \_\_\_\_\_  
passado pelos Serviços de Imigração Estrangeiro, em \_\_\_\_\_,  
aos \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; visto de trabalho nº \_\_\_\_\_ validade \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(4) Pretendendo legalizar uma farmácia/ervanária/depósito/ denominado \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, localizado na Província de \_\_\_\_\_,  
Município de \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,  
Rua \_\_\_\_\_, Casa nº \_\_\_\_\_, Próximo de \_\_\_\_\_.

Vem mui respeitosamente requerer à Sua Excelência Senhora Directora do Gabinete  
Provincial da Saúde, se digne autorizar a vistoria, da referida farmácia/depósito.

Pelo que, espera deferimento.

Lubango, aos \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_  
Proprietário/Gerente

Colocar Nº de telefone.

Os requerimentos têm que ser feitos em folha de 25 linhas frente e verso

1. Nome da empresa / firma (Sociedade ou Singular)
2. Proprietário/Gerente – Nacional
3. Proprietário/Gerente – Estrangeiro
4. Nome da farmácia (nome da publicidade)

Nota: O requerimento deve ser informatizado e sem rasuras.

À

Sua Excelência Senhora Ministra da Saúde

LUANDA

(1) \_\_\_\_\_, com sede em \_\_\_\_\_  
Município de \_\_\_\_\_ Província de \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, Rua \_\_\_\_\_, Casa \_\_\_\_\_;

(2) Representada por \_\_\_\_\_  
do estado civil \_\_\_\_\_, portador do BI nº \_\_\_\_\_, passado pelo  
Arquivo de Identificação \_\_\_\_\_, aos \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(3) Representada por \_\_\_\_\_  
do estado civil \_\_\_\_\_, portador do cartão de estrangeiro residente nº \_\_\_\_\_  
passado pelos Serviços de Imigração Estrangeiro, em \_\_\_\_\_,  
aos \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; visto de trabalho nº \_\_\_\_\_ validade \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(4) Pretendendo legalizar uma farmácia/ervanária/depósito/ denominado \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, localizado na Província de \_\_\_\_\_,  
Município \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,  
Rua \_\_\_\_\_, Casa nº \_\_\_\_\_.

Vem mui respeitosamente requerer à Sua Excelência Senhora Ministra da Saúde, se digne autorizar a **legalização** da referida farmácia/depósito.

Pelo que, espera deferimento.

Lubango, aos \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_  
Proprietário/Gerente

Os requerimentos têm que ser feitos em folha de 25 linhas frente e verso

1. Nome da empresa / firma (Sociedade ou Singular)
2. Proprietário/Gerente – Nacional
3. Proprietário/Gerente – estrangeiro
4. Nome da farmácia (nome da publicidade)

Nota: O requerimento deve ser informatizado e sem rasuras.

À

Sua Excelência Senhora Ministra da Saúde

LUANDA

(1) \_\_\_\_\_, com sede em \_\_\_\_\_  
Município de \_\_\_\_\_ Província de \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, Rua \_\_\_\_\_, Casa \_\_\_\_\_;

(2) Representada por \_\_\_\_\_  
do estado civil \_\_\_\_\_, portador do BI nº \_\_\_\_\_, passado pelo  
Arquivo de Identificação \_\_\_\_\_, aos \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

(3) Representada por \_\_\_\_\_  
do estado civil \_\_\_\_\_, portador do cartão de estrangeiro residente nº \_\_\_\_\_  
passado pelos Serviços de Imigração Estrangeiro, em \_\_\_\_\_,  
aos \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_; visto de trabalho nº \_\_\_\_\_ validade \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

(4) Pretendendo legalizar uma farmácia/ervanária/depósito/ denominado \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, localizado na Província de \_\_\_\_\_,  
Município de \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,  
Rua \_\_\_\_\_, Casa nº \_\_\_\_\_.

Vem mui respeitosamente requerer à Sua Excelência Senhora Ministra da Saúde, se digne autorizar a vistoria, da referida farmácia/depósito.

Pelo que, espera deferimento.

Lubango, aos \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_  
Proprietário/Gerente

Os requerimentos têm que ser feitos em folha de 25 linhas frente e verso

1. Nome da empresa / firma (Sociedade ou Singular)
2. Proprietário/Gerente – Nacional
3. Proprietário/Gerente – estrangeiro
4. Nome da farmácia (nome da publicidade)

Nota: O requerimento deve ser informatizado e sem rasuras.

# TERMO DE RESPONSABILIDADE

\_\_\_\_\_, do estado  
civil \_\_\_\_\_, filho (a) de \_\_\_\_\_ e  
de \_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_,  
Província de \_\_\_\_\_, Portador do B.I. nº \_\_\_\_\_,  
emitido aos \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ pelo arquivo de identificação de \_\_\_\_\_,  
Residente em \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Rua \_\_\_\_\_.

- (a) Técnico \_\_\_\_\_ de farmácia com o cartão de Associado nº \_\_\_\_\_.  
(b) Farmacêutico(a) com a declaração da OFA nº \_\_\_\_\_.

Vem mui respeitosamente às instâncias superiores do Ministério da Saúde, assumir a responsabilidade de dirigir a área técnica do (a) \_\_\_\_\_

Localizado (a) em \_\_\_\_\_, Município de \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, Rua \_\_\_\_\_, Casa nº \_\_\_\_\_.

Luanda, aos \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

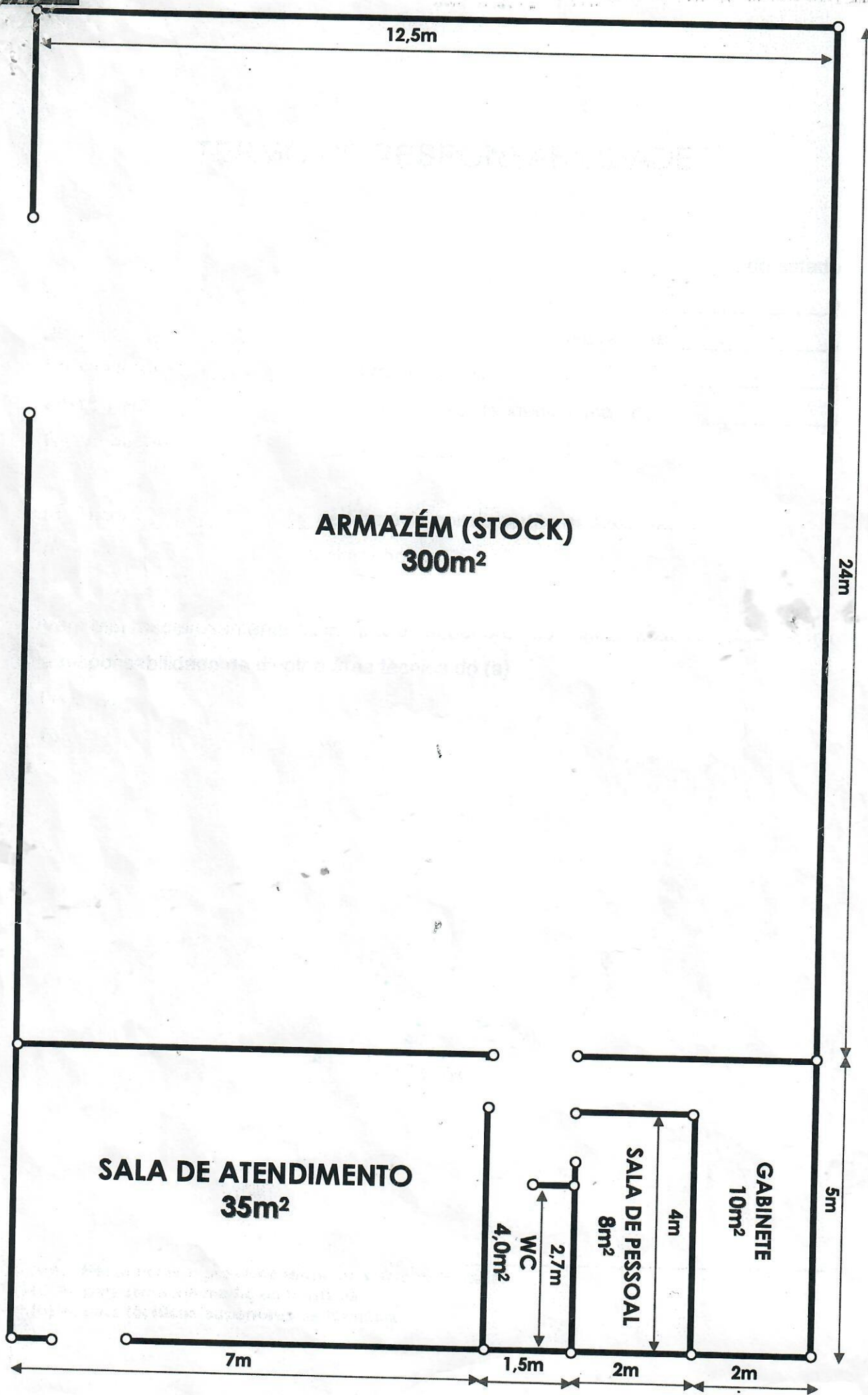
O Técnico

Nota: Reconhecer o presente termo no Cartório Notarial  
(a) => para técnicos médio de farmácia;  
(b) => para técnicos superiores de farmácia.

# MODELO DE FARMÁCIA



# MODELO DE DEPÓSITO



**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA LICENCIAMENTO DE UMA CLÍNICA Iº, IIº, E IIº CLASSE, CENTRO MÉDICO, POSTO DE ENFERMAGEM CONSULTÓRIO MEDICO, LABORATÓRIO R.X ORL, GABINETES DE ESTOMATOLOGIA OFTALMOLOGIA ETC.**

- ✓ Requerimento selado e reconhecido dirigido a Sua Excelência Senhor Inspector Geral da Saúde a solicitar autorização da **Legalização** da Instituição.
- ✓ Requerimento selado e reconhecido dirigido a Sua Excelência Senhor Inspector Geral da Saúde a solicitar autorização da **Vistoria** da Instituição.
- ✓ Requerimento selado e reconhecido dirigido a Sua Excelência Senhora Directora do Gabinete Provincial da Saúde da Huíla Saúde a solicitar autorização da **Vistoria** da Instituição.
- ✓ Registo criminal do interessado, administrador ou sócio gerente, conforme os casos.
- ✓ Certidão de Matrícula e Registo Comercial, caso se trate de uma Sociedade, com o comprovativo dos poderes de representação atribuída a pessoa ou órgão em causa.
- ✓ Fotocópia do B.I. do requerente
- ✓ Número de Contribuinte (NIF)
- ✓ Documento que atesta a titularidade do espaço físico seja por arrendamento ou propriedade;

***Nota.***

- **Se for proprietário deve anexar:** Cópia da titularidade como proprietário devidamente reconhecido no notário

- **Se for arrendamento deve anexar** - Cópia do contrato de arrendamento e cópia da titularidade da propriedade, reconhecido no notário

- ✓ Fotocópia do B.I., Certificado Profissional dos Técnicos (cópias autenticados), Registo Criminal, Declaração da Ordem telefone e email.
- ✓ Termo de Responsabilidade do Director Clínico, Fotocópia do B.I., Registo Criminal, Diploma do Curso ou de Especialidade (cópias autenticados), Declaração da Ordem e Seguro de Responsabilidade Civil
- ✓ Termo de Responsabilidade do Administrador, Registo Criminal e Fotocópia do B.I.
- ✓ Quadro dos trabalhadores (na falta, termo de compromisso de que o entregará no prazo de 30 dias após o início da data de emissão da declaração)
- ✓ Regulamento Interno (na falta, termo de compromisso de que o entregará no prazo de 30 dias, após o início da data de emissão da declaração)
- ✓ Plano de Gestão de Resíduos Hospitalares e serviço de saúde (na falta, termo de compromisso de que entregará no prazo de 2 meses, após o início da data de emissão da declaração)

**NO REQUERIMENTO DEVERÁ ESPECIFICAR O SEGUINTE**

- Nome do requerente
- Residência, tratando-se de pessoa singular, Empresa do requerente e sede social no caso de pessoa colectiva.
- O nome escolhido para a instituição, localização e situação.
- Certificado de habitabilidade: *Trata-se na Inspeção Geral da Saúde/ Inspeção Provincial de Saúde / Repartições Municipais da Saúde na área onde esta localizado*
- Alvará de Prestação de Serviço - sendo um a empresa colectiva
- Número de Contribuinte da Empresa
- Fotografias das áreas de trabalho instituição

**PROJECTO EM TRIPLICADO DAS INSTALAÇÕES OU ESTRUTURA FÍSICA DENTRO DOS SEGUINTE**  
**REQUISITOS MÍNIMOS.**

**Fotocópias da :**

- A)- Memória descritiva
- B)- Planta
- C)- Croquis de localização



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA LICENCIAMENTO DE UMA CLÍNICA I<sup>o</sup>, II<sup>o</sup>, E III<sup>o</sup>  
CLASSE, CENTRO MÉDICO, POSTO DE ENFERMAGEM CONSULTÓRIO MEDICO, LABORATÓRIO  
R.X ORL, GABINETES DE ESTOMATOLOGIA OFTALMOLOGIA ETC.

À  
Sua Excelência Senhora Directora do Gabinete  
Provincial da Saúde da Huíla.

Lubango

Nome \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ anos de idade, Filho de \_\_\_\_\_ e de  
\_\_\_\_\_ natural de \_\_\_\_\_  
Nascido aos \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ portador do B.I n.º \_\_\_\_\_, passado pelo arquivo de  
Identificação de \_\_\_\_\_ aos \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, Município de  
\_\_\_\_\_ Província de \_\_\_\_\_.

Desejando abrir um (a) *Clinica, Centro Médico, Consultório Medico, Posto de Enfermagem,  
Laboratório, Gabinetes de Estomatologia, Oftalmologia, R.X ORL etc*, de acordo com o Decreto n.º 48/92,  
Publicado de 11 de Setembro de 1992 no D.R. n.º 37, I série, denominado \_\_\_\_\_ sita na Rua  
\_\_\_\_\_, casa n.º \_\_\_\_\_, Zona \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_, Província de  
\_\_\_\_\_

Vem mui respeitosamente requer a Sua Excelência **Senhora Directora do Gabinete Provincial da  
Saúde** se digne autorizar a **vistoria** da Instituição.

Pelo que

Espero deferimento.

Lubango, aos \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Os requerimentos têm que ser feitos em folha de 25 linhas frente e verso  
Colocar Número de telefone

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA LICENCIAMENTO DE UMA CLÍNICA Iº, IIº, E IIIº  
CLASSE, CENTRO MÉDICO, POSTO DE ENFERMAGEM CONSULTÓRIO MEDICO, LABORATÓRIO  
R.X ORL, GABINETES DE ESTOMATOLOGIA OFTALMOLOGIA ETC.

À  
Sua Excelência Senhor Inspector Geral da Saúde

Luanda

Nome \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ anos de idade, Filho de \_\_\_\_\_ e de  
\_\_\_\_\_ natural de \_\_\_\_\_  
Nascido aos \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ portador do B.I n.º \_\_\_\_\_, passado pelo arquivo de  
Identificação de \_\_\_\_\_ aos \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, Município de  
\_\_\_\_\_ Província de \_\_\_\_\_.

Desejando abrir um (a) *Clinica, Centro Médico, Consultório Médico, Posto de Enfermagem,  
Laboratório, Gabinetes de Estomatologia, Oftalmologia, R.X ORL etc*, de acordo com o Decreto n.º 48/92,  
Publicado de 11 de Setembro de 1992 no D.R. n.º 37, I série, denominado \_\_\_\_\_ sita na Rua  
\_\_\_\_\_, casa n.º \_\_\_\_\_, Zona \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_, Província de  
\_\_\_\_\_

Vem mui respeitosamente requer a Sua Excelência Senhor Inspector Geral da Saúde se digne  
autorizar a **Legalização** da Instituição.

Pelo que

Espero deferimento.

Lubango, aos \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Tef.:

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA LICENCIAMENTO DE UMA CLÍNICA I.º, II.º, E II.º CLASSE, CENTRO MÉDICO, POSTO DE ENFERMAGEM CONSULTÓRIO MEDICO, LABORATÓRIO R.X ORL, GABINETES DE ESTOMATOLOGIA OFTALMOLOGIA ETC.

Á  
Sua Excelência Senhor Inspector Geral da Saúde

Luanda

Nome \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ anos de idade, Filho de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_ natural de \_\_\_\_\_  
Nascido aos \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ portador do B.I n.º \_\_\_\_\_, passado pelo arquivo de Identificação de \_\_\_\_\_ aos \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, Município de \_\_\_\_\_ Província de \_\_\_\_\_.

Desejando abrir um (a) *Clinica, Centro Médico, Consultório Medico, Posto de Enfermagem, Laboratório, Gabinetes de Estomatologia, Oftalmologia, R.X ORL etc*, de acordo com o Decreto n.º 48/92, Publicado de 11 de Setembro de 1992 no D.R. n.º 37, I série, denominado \_\_\_\_\_ sita na Rua \_\_\_\_\_, casa n.º \_\_\_\_\_, Zona \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_, Província de \_\_\_\_\_

Vem mui respeitosamente requer a Sua Excelência Senhor Inspector Geral da Saúde se digne autorizar a **vistoria** da Instituição.

Pelo que

Espero deferimento.

Lubango, aos \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA LICENCIAMENTO DE UMA CLÍNICA Iº, IIº, E IIº  
CLASSE, CENTRO MÉDICO, POSTO DE ENFERMAGEM CONSULTÓRIO MEDICO, LABORATÓRIO  
R.X ORL, GABINETES DE ESTOMATOLOGIA OFTALMOLOGIA ETC.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu \_\_\_\_\_ filho de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_  
natural de \_\_\_\_\_  
Nascido aos \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ portador do B.I n.º \_\_\_\_\_, passado pelo  
arquivo de Identificação de \_\_\_\_\_ aos \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Vem através deste termo de responsabilidade assumir perante as instâncias superiores do Ministério da Saúde as funções de Director Administrativo da (o) *Clinica, Centro Médico, Consultório Medico, Laboratório R.X ORL, Gabinetes de Estomatologia Oftalmologia, Posto de Enfermagem etc.* denominado (a) \_\_\_\_\_, sita na Rua \_\_\_\_\_, Casa n.º \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_, Município \_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_, Província de \_\_\_\_\_

Huíla aos \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*Em anexo Fotocopia*

- ✓ Registo Criminal
- ✓ Fotocopia do B.I.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA LICENCIAMENTO DE UMA CLÍNICA I<sup>o</sup>, II<sup>o</sup>, E II<sup>o</sup>  
CLASSE, CENTRO MÉDICO, POSTO DE ENFERMAGEM CONSULTÓRIO MEDICO, LABORATÓRIO  
R.X ORL, GABINETES DE ESTOMATOLOGIA OFTALMOLOGIA ETC.

TERMO DE COMPROMISSO

Eu \_\_\_\_\_ filho de \_\_\_\_\_ e de  
\_\_\_\_\_ natural de \_\_\_\_\_  
Nascido aos \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ portador do B.I n.º \_\_\_\_\_, passado pelo arquivo de  
Identificação de \_\_\_\_\_ aos \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Vem através deste termo assumir perante a Inspeção Geral da Saúde o compromisso de entregar o  
\_\_\_\_\_ no prazo de \_\_\_\_\_

Huíla aos \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

□ proprietário

\_\_\_\_\_

- a) -Regulamento Interno da Instituição (30 dias)
- b) -Plano de Gestão de Resíduos Hospitalares (2 meses)
- c) Quadro dos Trabalhadores (30 dias)
- d) Documento que atesta a titularidade do espaço físico seja por arrendamento ou propriedade (30 dias)

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA LICENCIAMENTO DE UMA CLÍNICA I<sup>o</sup>, II<sup>o</sup>, E II<sup>o</sup> CLASSE, CENTRO MÉDICO, POSTO DE ENFERMAGEM CONSULTÓRIO MEDICO, LABORATÓRIO R.X ORL, GABINETES DE ESTOMATOLOGIA OFTALMOLOGIA ETC.**

**NOME DA INSTITUIÇÃO**

---

**LISTA NOMINAL DOS TRABALHADORES**

N.º	NOME DO TRABALHADOR	NACIONALIDADE		CONDIÇÃO LABORAL		CATEGORIA PROFISSIONAL (A)	INÍCIO DO VÍNCULO LABORAL
		ANGOLANO	ESTRANGEIRO (QUAL?)	EFFECTIVO	COLABORADOR		

(a)- Especificar: Médico, Enfermeiro, Técnico Agente Administrativo e Outros

HUÍLA, AOS \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O ADMINISTRADOR DA INSTITUIÇÃO

---

**OBS:** DEVERÁ SER REMETIDO A INSPECÇÃO GERAL DA SAÚDE NO PRAZO DE 15 DIAS ÚTEIS

# Modelo para Exumação e Inumação

À

**EXCELENTÍSSIMA SENHORA DIRECTORA  
DO GABINETE PROVINCIAL DA SAÚDE DA  
HUÍLA**

**LUBANGO**

**NOME COMPLETO DO REQUERENTE**, de \_\_\_\_ anos de idade, filho de \_\_\_\_ e de \_\_\_\_  
portador do B.I. nº \_\_\_\_\_, passado pelo Sector de Identificação Nacional aos \_\_\_\_  
de \_\_\_\_ de \_\_\_\_, morador no Bairro \_\_\_\_, Município do \_\_\_\_, Província \_\_\_\_\_.

Desejando realizar a Exumação e Inumação das ossadas de seu ente querido que em vida  
ousou chamar-se de \_\_\_\_\_, filho de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_  
Natural de \_\_\_\_\_, falecido aos \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, pelas \_\_\_\_  
horas e \_\_\_\_ minutos, sendo a causa da morte \_\_\_\_\_; do Cemitério de \_\_\_\_\_,  
para o Cemitério de \_\_\_\_\_, ao abrigo dos artigos 67º e 96º da Lei nº 5/87 de 23 de  
Fevereiro.

Vem mui respeitosamente requerer a Vossa Excelência Senhora Directora Provincial da  
Saúde, se digne autorizar a referida Exumação e Inumação.

Espera Deferimento.

Lubango, aos \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura.

VISTO  
O DIRECTOR PROVINCIAL  
Dr. VALENTIM A. C. MATIAS  
//MÉDICO//



REPÚBLICA DE ANGOLA  
GOVERNO PROVINCIAL DA HUÍLA  
DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE INSPECÇÃO E FISCALIZAÇÃO

TABELA DE PREÇOS DE DOCUMENTOS SANITÁRIOS  
PREVISTAS NA LEI Nº 5/87 DE 23 DE FEVEREIRO DO  
REGULAMENTO SANITÁRIO.

N/0	PREVISTO	TIPO DE ESTABELECIMENTO	VALORES A PAGAR
01	104º	Hotel 5 Estrelas	100.000,00
02	104º	Hotel 4 Estrelas	90.000,00
03	104º	Hotel 3 Estrelas	80.000,00
04	104º	Hotel 2 Estrelas	70.000,00
05	104º	Hotel 1 Estrela	60.000,00
06	104º	Hotel/Pensão	60.000,00
07	104º	Aldeamento Turístico	50.000,00
08	104º	Hospedaria/Logde	50.000,00
09	104º	Restaurante com piso	35.000,00
10	104º	Restaurante sem piso	30.000,00
11	104º	Lanchonete, Bares, Cafés e Amburgarias	20.000,00
12	104º	Geladarias	15.000,00
13	104º	Discoteca/Sala de Jogos	25.000,00
14	104º	Salão de Eventos	25.000,00
15	104º	Padaria/Pastelaria	15.000,00
16	104º	Talho, Peixaria e Salsicharia	15.000,00
17	104º	Loja de produtos alimentares	10.000,00
18	104º	Loja de materiais de construção e de viacturas	15.000,00
19	104º	Boutique	10.000,00
20	104º	Mini-mercado/Mercado	15.000,00



21	104º	Super-mercado	50.000,00
22	104º	Hiper-mercado	70.000,00
23	104º	Armazém	25.000,00
24	104º	Estabelecimentos de prestação de serviços (Oficinas, Carpintaria, Escritório, Sapataria, Estação de Serviços, Lavandarias, Cónicas, Moagens, Saiber, Salão de Beleza, Barbearia, Serralharia, Recauchutagem, Agência Funerária, Alfataria)	15.000,00
25	104º	Estabelecimentos seguradoras	30.000,00
26	104º	Bancos	100.000,00
27	104º	Bombas de combustível	80.000,00
28	104º	Posto de venda de lubrificantes e gás	20.000,00
29	104º	Gráficas	45.000,00
30	104º	Oficinas de grande porte	45.000,00
31	104º	Parque de viaturas/Renta Car	30.000,00
32	104º	Agências de viagem	50.000,00
33	104º	Livraria	15.000,00
34	104º	Standeres de viaturas	100.000,00
35	104º	Residência T <sub>1</sub>	10.000,00
36	104º	Residência T <sub>2</sub>	15.000,00
37	104º	Residência T <sub>3</sub>	20.000,00
38	104º	Residência T <sub>4</sub>	25.000,00
39	104º	Residência T <sub>5</sub>	30.000,00
40	104º	Fábrica de Indústria Ligeira	45.000,00
41	104º	Fábrica de Indústria Pesada	50.000,00
42	104º	Fábrica de Medicamentos	90.000,00
43	104º	Farmácia de 1ª Classe	45.000,00
44	104º	Farmácia de 2ª Classe	40.000,00
45	104º	Farmácia de 3ª Classe	35.000,00
46	104º	Farmácia de Medicina Natural	35.000,00
47	104º	Depósito de Medicamentos	45.000,00
48	104º	Laboratório de Produção de Medicamentos	85.000,00
49	104º	Laboratório de Controlo de Qualidade de Medicamentos e outros Produtos	80.000,00
50	104º	Laboratório de Análises Clínicas	25.000,00
51	104º	Posto de Enfermagem	10.000,00
52	104º	Ervanárias	10.000,00
53	104º	Consultório Médico	20.000,00
54	104º	Consultório de Medicina Natural	20.000,00
55	104º	Centro Médico	30.000,00
56	104º	Centro de Medicina Natural	30.000,00
57	104º	Clínica ou Casa de Saúde de 1ª Classe	50.000,00
58	104º	Clínica ou Casa de Saúde de 2ª Classe	45.000,00
59	104º	Clínica ou Casa de Saúde de 3ª Classe	40.000,00

60	104º	Gabinete de Estomatologia/Oftalmologia	40.000,00
61	104º	Gabinete de Radiologia	45.000,00
62	104º	Centro de Fisioterapia	45.000,00
63	104º	Centro de Psicoterapia em Psicologia Clínica	30.000,00
64	104º	Declaração	1.500,00
65	104º	Visto nos livros de registo dos doentes e correcção de Mapas de Cálculos de Unidades Sanitárias Privadas	1.000,00
66	104º	Pareceres sobre legalidade de Unidades Sanitárias Privadas	2.000,00
67	104º	Centro de Formação	50.000,00
68	104º	Colégio	90.000,00
69	104º	Creche	85.000,00
70	104º	Cremação/Exumação	13.000,00
71	104º	Verificação para encerramento de urnas	5.000,00
72	104º	Verificação para abertura de urnas	5.000,00
73	104º	Livre-trânsito mortuário	8.000,00

LUBANGO, AOS 16 DE JANEIRO DE 2015.

**O CHEFE DE DEPARTAMENTO**

  
 \_\_\_\_\_  
 Dr. José Moisés Peso  
 /Inspector Chefe de 1ª Classe/