



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº PROTOCOLO

2. DATA PROTOCOLO

3. Nº PROCESSO DE ORIGEM

II – SOLICITAÇÃO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO

ESTABELECIMENTO

EQUIPAMENTO

ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO

5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA

CÓDIGO DA ATIVIDADE: _____ - ____ / ____

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: _____

6. ATRIBUTO DA ATIVIDADE ECONÔMICA – Assinale uma das alternativas abaixo e informe o solicitado:

ALBERGANTE - Cód.: _____

ALBERGADO PRÓPRIO – CEVS PRÓPRIO - Cód.: _____

ALBERGADO TERCEIRIZADO - CNPJ Albergante: ____ . ____ . ____ / ____ - ____

7. Nº CEVS _____

8. TIPO DE SOLICITAÇÃO – Assinale uma das opções abaixo:

LICENÇA SANITÁRIA INICIAL

CANCELAMENTO DE LICENÇA SANITÁRIA

RENOVAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA

ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale no item 9, as alterações correspondentes à esta solicitação.

9. TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale uma das opções abaixo:

a. ENDEREÇO

g. Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO

b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

h. Nº DE LEITOS

c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

i. AMPLIAÇÃO/REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO

d. RESPONSABILIDADE LEGAL

e. RAZÃO SOCIAL

f.1. FUSÃO ou

f.2. INCORPORAÇÃO ou

f.3. CISÃO ou

f.4. SUCESSÃO

REGISTRE O CNPJ ANTERIOR: ____ . ____ . ____ / ____ - ____

III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

10. NATUREZA JURÍDICA – Assinale uma das opções:

PESSOA JURÍDICA

PESSOA FÍSICA

11. CNPJ / CPF

12. RAZÃO SOCIAL / NOME

13. NOME FANTASIA

14. INSCRIÇÃO MUNICIPAL

15. INSCRIÇÃO ESTADUAL

IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

16. CEP

17. TIPO LOGRADOURO

18. LOGRADOURO

19. Nº

20. COMPLEMENTO

21. BAIRRO

22. MUNICÍPIO

UF: SP

23. DISTRITO

24. COORDENADAS GEOGRÁFICAS:

LONGITUDE: ° ' . " N ° ' . " S

25. TELEFONE

26. CELULAR

27. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail)

28. ENDEREÇO PÁGINA WEB

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

29. TIPO – Assinale uma das opções abaixo:

MATRIZ / MANTENEDORA

FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz/Mantenedora: _____

30. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale uma das opções abaixo:

PRIVADO

FEDERAL

ESTADUAL

MUNICIPAL

31. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale uma das opções:

PESSOA FÍSICA

EMPRESA PRIVADA

EMPRESA DE ECONOMIA MISTA

COOPERATIVA

SINDICATO

FUNDAÇÃO PRIVADA

ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS

SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO

ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA

ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA

32. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA – Assinale uma das opções:

UNIVERSITÁRIA

ESCOLA SUPERIOR ISOLADA

AUXILIAR DE ENSINO

NÃO SE APLICA

33. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS OU PROFISSIONAIS - Registre o número total de funcionários com formação superior, técnico, médio e elementar, segundo as condições apresentadas:

PRÓPRIOS COM VÍNCULO: _____

PRÓPRIOS AUTÔNOMOS: _____

TERCEIRIZADOS: _____

34. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Refere-se somente ao CNAE 8640-2/99.

- Assinale uma das opções ao lado, conforme prestação do serviço: NÃO SIM para Classe 1 SIM para Classe 2

- Para resposta SIM, assinale uma ou mais alternativas referentes ao tipo de equipamento, conforme classe assinalada:

ODONTOLÓGICO INTRAORAL

MÉDICO CONVENCIONAL SEM FLUOROSCOPIA

MAMÓGRAFO

ODONTOLÓGICO EXTRAORAL

MÉDICO CONVENCIONAL COM FLUOROSCOPIA

TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO

35. TRANSPORTE DE ÁGUA – Refere-se somente ao CNAE 3600-6/02:

CONSUMO HUMANO

REUSO

36. TRANSPORTADORA – Refere-se somente aos CNAE 4930-2/01 e 4930-2/02 do Agrupamento 50, Subgrupo D, Grupo I.

- Assinale uma ou mais alternativas referentes ao tipo de produto objeto de transporte

ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES

MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO

SANGUE E HEMOCOMPONENTES - AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE - Assinale um ou mais códigos das Classes de Produtos referentes aos tipos de produtos transportados (Quadro 3).

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

12

14

15

20



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

VI – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

37. RESPONSÁVEL LEGAL: _____

CPF: _____ - _____
CBO – Registre código e descrição: _____ - _____

38. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL: _____

CPF: _____ - _____
CONSELHO PROFISSIONAL: _____ UF: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO – Registre código e descrição: _____ - _____

39. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01: _____

CPF: _____ - _____
CONSELHO PROFISSIONAL: _____ UF: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO – Registre código e descrição: _____ - _____

40. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02: _____

CPF: _____ - _____
CONSELHO PROFISSIONAL: _____ UF: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO – Registre código e descrição: _____ - _____

41. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03: _____

CPF: _____ - _____
CONSELHO PROFISSIONAL: _____ UF: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO – Registre código e descrição: _____ - _____

VII – ANEXOS

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

42. TOTAL DE PÁGINAS – Registre o número total de páginas dos Subanexos utilizados para complementação deste formulário:

Subanexo V.1. ATIVIDADES RELACIONADAS A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: _____	Subanexo V.2. FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE: _____	Subanexo V.3. ATIVIDADES RELACIONADAS A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE: _____
--	---	--

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO E SEUS ANEXOS.

LOCAL _____

DATA _____

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL _____

ASSIN. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL _____

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01 _____

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02 _____