# 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
- ○ RENOVAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA
- ○ CANCELAMENTO 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
- ○ **b.** ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
- ○ **c.** BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
- ○ **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:
- ○ **g.** Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO
- ○ **h.** Nº DE LEITOS
- ○ **i.** AMPLIAÇÃO/REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO

## 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**

**16.** **INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL**

## IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
**PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE**

**17.** **CEP**

**18.** **TIPO LOGRADOURO**

**19.** **LOGRADOURO**

**20.** **Nº**

**21.** **COMPLEMENTO**

**22.** **BAIRRO**

**23.** **MUNICÍPIO**

**UF:** SP

**24.** **DISTRITO**

**25.** **COORDENADAS GEOGRÁFICAS:** LONGITUDE: ° ' . " N ° ' . " S

**26.** **TELEFONE**

**27.** **CELULAR**

**28.** **ENDEREÇO ELETRÔNICO** ( e-mail )

**29.** **ENDEREÇO PÁGINA WEB**

## V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
**PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE**

**30.** **TIPO –** Assinale uma das opções abaixo:

○ MATRIZ / MANTENEDORA ○ FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora:

**31.** **ESFERA ADMINISTRATIVA –** Assinale uma das opções abaixo:

○ PRIVADO ○ FEDERAL ○ ESTADUAL ○ MUNICIPAL

**32.** **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

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

○ UNIVERSITÁRIA ○ ESCOLA SUPERIOR ISOLADA ○ AUXILIAR DE ENSINO ○ NÃO SE APLICA

**34.** **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:

**35.** **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 a **classe 1** ○ SIM para a **classe 2**

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

☐ **ODONTÓGICO INTRAORAL** ☐ **MÉDICO SEM FLUOROSCOPIA** ☐ **MAMÓGRAFO**

☐ **ODONTÓGICO EXTRAORAL** ☐ **MÉDICO COM FLUOROSCOPIA** ☐ **TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO**

**36.** **TRANSPORTE DE ÁGUA** – Refere-se somente ao CNAE **3600-6/02:** ○ CONSUMO HUMANO ○ REUSO

**37.** **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**

**38.** **RESPONSÁVEL LEGAL:**

**CPF:**

**CBO – Registre código e descrição:**

**39.** **RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL**

**CPF:**

**CONSELHO PROFISSIONAL:** **UF:** **Nº INSCRIÇÃO:**

**CBO – Registre código e descrição:**

**40.** **RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01**

**CPF:**

**CONSELHO PROFISSIONAL:** **UF:** **Nº INSCRIÇÃO:**

**CBO – Registre código e descrição:**

**41.** **RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02**

**CPF:**

**CONSELHO PROFISSIONAL:** **UF:** **Nº INSCRIÇÃO:**

**CBO – Registre código e descrição:**

**42.** **RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03**

**CPF:**

**CONSELHO PROFISSIONAL:** **UF:** **Nº INSCRIÇÃO:**

**CBO – Registre código e descrição:**

## VII – ANEXOS
**PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE**

**43.** **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**

_____

**ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 03**