



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO III – PORTARIA CVS 1/2024

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

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

CÓDIGO DA ATIVIDADE:

6. Nº CEVS

7. 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 8,
as alterações correspondentes à esta solicitação.

8. 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

REGISTRE O CNPJ ANTERIOR:

g. Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO

h. Nº DE LEITOS

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

j. REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU
CATEGORIA DE PRODUTO

f.3. CISÃO ou

f.4. SUCESSÃO

III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

9. NATUREZA JURÍDICA – Assinale uma das opções:

PESSOA JURÍDICA

PESSOA FÍSICA

10. CNPJ / CPF

11. RAZÃO SOCIAL / NOME

12. NOME FANTASIA

IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

13. CEP	14. TIPO LOGRADOURO
15. LOGRADOURO	
16. Nº	17. COMPLEMENTO
18. BAIRRO	
19. MUNICÍPIO	
UF: SP	20. DISTRITO
21. COORDENADAS GEOGRÁFICAS: LONGITUDE: ° ' . " N ° ' . " S	
22. TELEFONE	23. CELULAR
24. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail)	
25. ENDEREÇO PÁGINA WEB	

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

26. TIPO – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: MATRIZ / MANTENEDORA FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora:			
27. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: PRIVADO FEDERAL ESTADUAL MUNICIPAL			
28. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale <u>uma</u> 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			
29. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Refere-se somente ao CNAE 8640-2/99. – Assinale <u>uma</u> das opções ao lado conforme prestação do serviço: NÃO SIM para a classe 1 SIM para a classe 2 – Para resposta SIM , assinale <u>uma ou mais</u> alternativas referentes ao tipo de equipamento, conforme classe assinalada: ODONTÓGICO INTRAORAL MÉDICO SEM FLUOROSCOPIA MAMÓGRAFO ODONTÓGICO EXTRAORAL MÉDICO COM FLUOROSCOPIA TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO			
30. TRANSPORTE DE ÁGUA – Refere-se somente ao CNAE 3600-6/02: CONSUMO HUMANO REUSO			
31. TRANSPORTADORA – Refere-se somente aos CNAE 4930-2/01 e 4930-2/02 do Agrupamento 50, Subgrupo D, Grupo I. – Assinale <u>uma ou mais</u> 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 24). 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 12 14 15 20			

