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