



# 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

CÓDIGO DA ATIVIDADE:

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

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

ALBERGANTE

Cód. Albergante:

ALBERGADO PRÓPRIO

Cód. Albergado CEVS Próprio:

ALBERGADO TERCEIRIZADO

Cód. Albergado CEVS Próprio:

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 8,  
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 DE ATIVIDADE, CLASSE E OU  
CATEGORIA DE PRODUTO

d. RESPONSABILIDADE LEGAL

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

e. RAZÃO SOCIAL

f.1. FUSÃO ou

f.2. INCORPORAÇÃO ou

f.3. CISÃO ou

f.4. SUCESSÃO

REGISTRE O NOVO CNPJ:

### 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

## IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

<b>14. CEP</b>	<b>15. TIPO LOGRADOURO</b>
<b>16. LOGRADOURO</b>	
<b>17. Nº</b>	<b>18. COMPLEMENTO</b>
<b>19. BAIRRO</b>	
<b>20. MUNICÍPIO</b>	
UF: SP	<b>21. DISTRITO</b>
<b>22. COORDENADAS GEOGRÁFICAS:</b> LONGITUDE:                      °   '   .   "   N   °   '   .   "   S	
<b>23. TELEFONE</b>	<b>24. CELULAR</b>
<b>25. ENDEREÇO ELETRÔNICO ( e-mail )</b>	
<b>26. ENDEREÇO PÁGINA WEB</b>	

## V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

<p><b>27. TIPO</b> – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo:</p> <p style="text-align: center;">MATRIZ / MANTENEDORA                      FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora:</p>																		
<p><b>28. ESFERA ADMINISTRATIVA</b> – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo:</p> <p style="text-align: center;">PRIVADO                      FEDERAL                      ESTADUAL                      MUNICIPAL</p>																		
<p><b>29. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO</b> – Assinale <u>uma</u> das opções:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">PESSOA FÍSICA</td> <td style="width: 33%;">EMPRESA PRIVADA</td> <td style="width: 33%;">EMPRESA DE ECONOMIA MISTA</td> </tr> <tr> <td>COOPERATIVA</td> <td>SINDICATO</td> <td>FUNDAÇÃO PRIVADA</td> </tr> <tr> <td>ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS</td> <td></td> <td>SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO</td> </tr> <tr> <td>ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE</td> <td></td> <td>ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA</td> </tr> <tr> <td>ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO</td> <td></td> <td>ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA</td> </tr> <tr> <td>ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA</td> <td></td> <td>ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA</td> </tr> </table>	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
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																
<p><b>30. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE</b> – Refere-se somente ao CNAE <b>8640-2/99</b>.</p> <p>– Assinale <u>uma</u> das opções ao lado conforme prestação do serviço:                      NÃO                      SIM para a <b>classe 1</b>                      SIM para a <b>classe 2</b></p> <p>– Para resposta <b>SIM</b>, assinale <u>uma ou mais</u> alternativas referentes ao tipo de equipamento, conforme classe assinalada:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">ODONTÓGICO INTRAORAL</td> <td style="width: 33%;">MÉDICO SEM FLUOROSCOPIA</td> <td style="width: 33%;">MAMÓGRAFO</td> </tr> <tr> <td>ODONTÓGICO EXTRAORAL</td> <td>MÉDICO COM FLUOROSCOPIA</td> <td>TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO</td> </tr> </table>	ODONTÓGICO INTRAORAL	MÉDICO SEM FLUOROSCOPIA	MAMÓGRAFO	ODONTÓGICO EXTRAORAL	MÉDICO COM FLUOROSCOPIA	TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO												
ODONTÓGICO INTRAORAL	MÉDICO SEM FLUOROSCOPIA	MAMÓGRAFO																
ODONTÓGICO EXTRAORAL	MÉDICO COM FLUOROSCOPIA	TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO																
<p><b>31. TRANSPORTE DE ÁGUA</b> – Refere-se somente ao CNAE <b>3600-6/02</b>:                      CONSUMO HUMANO                      REUSO</p>																		
<p><b>32. TRANSPORTADORA</b> – Refere-se somente aos CNAE <b>4930-2/01</b> e <b>4930-2/02</b> do Agrupamento 50, Subgrupo D, Grupo I.</p> <p>– Assinale <u>uma ou mais</u> alternativas referentes ao tipo de produto objeto de transporte</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES</td> <td style="width: 50%;">MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">SANGUE E HEMOCOMPONENTES - AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE - Assinale um ou mais códigos das Classes de Produtos referentes aos tipos de produtos transportados (Quadro 24).</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01    02    03    04    05    06    07    08    09    10    12    14    15    20</td> <td></td> </tr> </table>	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											
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																		

