



# 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: 8630-5/01

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: ATIV. MED. AMB. C/ RECUSROS PARA REALIZAÇÃO DE PROC. CIRÚRGICOS

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 45.122.603/0001-02

12. RAZÃO SOCIAL / NOME MUNICÍPIO DE CATANDUVA

13. NOME FANTASIA USF. DR. XXXXX XXXXX

14. INSCRIÇÃO MUNICIPAL

15. INSCRIÇÃO ESTADUAL

16. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL

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

17. CEP XXXXXXXX

18. TIPO LOGRADOURO XXXXX

19. LOGRADOURO XXXXXXXXX

20. Nº XXXXXX

21. COMPLEMENTO XXXX

22. BAIRRO XXXXXXXXXX

23. MUNICÍPIO CATANDUVA

UF: SP

24. DISTRITO

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

26. TELEFONE 17 XXXXXXXX

27. CELULAR 17 XXXXXXXX

28. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail) XXXXXXXXX@XXXXXXX.SP.GOV.BR

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: OSVALDO DE OLIVEIRA ROSA  
CPF: 106.434.738-07  
CBO – Registre código e descrição:

39. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL XXXXXX XXXXXXXX  
CPF: XXX.XXXX.XXX-XX  
CONSELHO PROFISSIONAL: XXX UF: SP Nº INSCRIÇÃO: XXXXXXXXXXXX  
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