



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

FORMULÁRIO

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2018

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. Nº CEVS

6. TIPO DE SOLICITAÇÃO – Assinale uma das opções abaixo:

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO INICIAL

CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale no item 7, as alterações correspondentes à esta solicitação.

7. TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale uma das opções abaixo:

7.a. ENDEREÇO

7.g. Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO

7.b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

7.h. Nº DE LEITOS

7.c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

7.i. AMPLIAÇÃO/REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO

7.d. RESPONSABILIDADE LEGAL

7.e. RAZÃO SOCIAL

7.f.1. FUSÃO ou

7.f.2. INCORPORAÇÃO ou

7.f.3. CISÃO ou

7.f.4. SUCESSÃO

REGISTRE O CNPJ ANTERIOR:

III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

8. NATUREZA JURÍDICA – Assinale uma das opções abaixo:

PESSOA JURÍDICA

PESSOA FÍSICA

9. CNPJ / CPF

10. RAZÃO SOCIAL / NOME

11. NOME FANTASIA

12. INSCRIÇÃO MUNICIPAL

13. INSCRIÇÃO ESTADUAL

14. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

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

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

28. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA	CÓDIGO DA ATIVIDADE:
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: _____	
29. SITUAÇÃO – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: <input type="radio"/> ALBERGANTE <input type="radio"/> ALBERGADO – Se terceirizado, informe CNPJ do Albergante:	
30. TIPO – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: <input type="radio"/> MATRIZ / MANTENEDORA <input type="radio"/> FILIAL / MANTIDO: Informe CNPJ da Matriz/Mantenedora:	
31. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale uma das opções abaixo: <input type="radio"/> PRIVADO <input type="radio"/> FEDERAL <input type="radio"/> ESTADUAL <input type="radio"/> MUNICIPAL	
32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale uma das opções: <input type="radio"/> PESSOA FÍSICA <input type="radio"/> EMPRESA PRIVADA <input type="radio"/> EMPRESA DE ECONOMIA MISTA <input type="radio"/> COOPERATIVA <input type="radio"/> SINDICATO <input type="radio"/> FUNDAÇÃO PRIVADA <input type="radio"/> ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS <input type="radio"/> SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA	
33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA – Assinale uma das opções: <input type="radio"/> UNIVERSITÁRIA <input type="radio"/> ESCOLA SUPERIOR ISOLADA <input type="radio"/> AUXILIAR DE ENSINO <input type="radio"/> 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 <u>uma</u> das opções ao lado, se houver serviço de radiometria / teste de qualidade: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> NÃO SE APLICA	
36. PISCINA DE USO COLETIVO – Assinale <u>uma</u> das opções: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> NÃO SE APLICA	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

37. **TRANSPORTE DE ÁGUA** – Refere-se somente ao CNAE 3600-6/02: CONSUMO HUMANO REUSO NÃO SE APLICA

38. **TRANSPORTADORA** – Refere-se somente aos CNAE 4930-2/01 e 4930-2/02 do Agrupamento 50, Subgrupo D, Grupo I

a. **PRODUTOS TRANSPORTADOS** – Assinale uma das alternativas referentes ao tipo de produto objeto de transporte

ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO NÃO SE APLICA

SANGUE E HEMOCOMPONENTES AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE - Assinale um ou mais códigos referentes à Classe de Produtos objeto de transporte (Consulte Quadro 1).

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 12 14 15 20

b. **ARMAZENAR** - Haverá armazenamento em área própria? SIM NÃO NÃO SE APLICA

VI – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

39. **RESPONSÁVEL LEGAL:**

CPF:

CBO – Registre código e descrição: -

40. **RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL:**

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição: -

41. **RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01:**

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição: -

42. **RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02:**

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**

Subanexo V.2. **FONTES DE RADIAÇÃO**

Subanexo V.3. **ATIVIDADES**

RELACIONADAS A PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE:

IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE
INTERESSE DA SAÚDE:

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