



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. N° PROTOCOLO

2. DATA PROTOCOLO

3. N° 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. N° 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. N° E OU TIPO DE EQUIPAMENTO

b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

h. N° 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

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

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

27. TIPO – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: MATRIZ / MANTENEDORA FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora:			
28. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: PRIVADO FEDERAL ESTADUAL MUNICIPAL			
29. 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			
30. 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			
31. TRANSPORTE DE ÁGUA – Refere-se somente ao CNAE 3600-6/02: CONSUMO HUMANO REUSO			
32. 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			



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

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

33. RESPONSÁVEL LEGAL:

CPF:

CBO – Registre código e descrição:

34. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

35. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

36. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

37. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

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