



# 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

<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

<b>27. TIPO</b> – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: MATRIZ / MANTENEDORA      FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora:			
<b>28. ESFERA ADMINISTRATIVA</b> – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: PRIVADO                          FEDERAL                          ESTADUAL                          MUNICIPAL			
<b>29. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO</b> – 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			
<b>30. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE</b> – 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 <u>SIM</u> , 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			
<b>31. TRANSPORTE DE ÁGUA</b> – Refere-se somente ao CNAE 3600-6/02:                          CONSUMO HUMANO                          REUSO			
<b>32. TRANSPORTADORA</b> – 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  
E GP VT Q "F G" X KI KNŽ P E KC "UC P KV f T KC "

ANEXO XXX – 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.

aa"

LOCAL

DATA

aa"

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL

aa"\*\*\*\*\*

ASSIN. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01

aa"

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02