



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

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



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

36. PISCINA DE USO COLETIVO – Assinale <u>uma</u> das opções:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
37. TRANSPORTE DE ÁGUA – Refere-se somente ao CNAE 3600-6/02:	<input type="checkbox"/> CONSUMO HUMANO	<input type="checkbox"/> REUSO
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 <u>uma</u> das alternativas referentes ao tipo de produto objeto de transporte		
<input type="checkbox"/> ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES	<input type="checkbox"/> MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO	
<input type="checkbox"/> SANGUE E HEMOCOMPONENTES - AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES		
<input type="checkbox"/> PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE - Assinale um ou mais códigos das Classes de Produtos referentes aos tipos de produtos transportados (Consulte Quadro 1).		
<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20		
b. ARMAZENAR - Haverá armazenamento em área própria?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

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 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 _____