

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
<input type="checkbox"/> ESTABELECIMENTO <input type="checkbox"/> EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO

5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA	CÓDIGO DA ATIVIDADE: _____ - __ / ____
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: _____	

6. ATRIBUTO DA ATIVIDADE ECONÔMICA – Assinale <u>uma</u> das alternativas abaixo e informe o solicitado:	
<input type="checkbox"/> ALBERGANTE	Cód. Albergante: _____
<input type="checkbox"/> ALBERGADO PRÓPRIO	Cód. Albergado CEVS Próprio: _____
<input type="checkbox"/> ALBERGADO TERCEIRIZADO	Cód. Albergado CEVS Próprio: _____ CNPJ Albergante: _____ / _____ - ____

7. Nº CEVS _____ - _____ - _____ - _____

8. TIPO DE SOLICITAÇÃO – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo:	
<input type="checkbox"/> LICENÇA SANITÁRIA INICIAL	<input type="checkbox"/> CANCELAMENTO DE LICENÇA SANITÁRIA
<input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale no item 8, as alterações correspondentes à esta solicitação.

9. TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo:			
<input type="checkbox"/> a. ENDEREÇO	<input type="checkbox"/> g. Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO	<input type="checkbox"/> h. Nº DE LEITOS	<input type="checkbox"/> i. AMPLIAÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO
<input type="checkbox"/> b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA	<input type="checkbox"/> j. REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO	<input type="checkbox"/> f.1. FUSÃO ou <input type="checkbox"/> f.2. INCORPORAÇÃO ou <input type="checkbox"/> f.3. CISÃO ou <input type="checkbox"/> f.4. SUCESSÃO	
<input type="checkbox"/> c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA	REGISTRE O NOVO CNPJ : _____ . _____ . _____ / _____ - ____		
<input type="checkbox"/> d. RESPONSABILIDADE LEGAL			
<input type="checkbox"/> e. RAZÃO SOCIAL			

III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

10. NATUREZA JURÍDICA – Assinale <u>uma</u> das opções:	<input type="checkbox"/> PESSOA JURÍDICA	<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> MATRIZ / MANTENEDORA <input type="checkbox"/> FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz/Mantenedora: _____
28. 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
29. 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
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: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM para Classe 1 <input type="checkbox"/> SIM para Classe 2 - Para resposta SIM, assinale <u>uma ou mais</u> alternativas referentes ao tipo de equipamento, conforme classe assinalada: <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO INTRAORAL <input type="checkbox"/> MÉDICO CONVENCIONAL SEM FLUOROSCOPIA <input type="checkbox"/> MAMÓGRAFO <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO EXTRAORAL <input type="checkbox"/> MÉDICO CONVENCIONAL COM FLUOROSCOPIA <input type="checkbox"/> TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO
31. TRANSPORTE DE ÁGUA – Refere-se somente ao CNAE 3600-6/02: <input type="checkbox"/> CONSUMO HUMANO <input type="checkbox"/> 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 <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 (Quadro 12). <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

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