ANEXO III – Modelo de Emissão da Licença de Funcionamento
(Folha 1 – Modelo exclusivo para Atividades Relacionadas a Produtos de Interesse da Saúde – Grupo I)

SIVISA *– Sistema de Informação em Vigilância Sanitária*
SUS **- Sistema Único de Saúde**

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO – (0)ª via

N.º CEVS:	**000000000-000-000000-0-0**	DATA DE VALIDADE:	**00 / 00 / 0000**
N.º PROCESSO:	**00000000000000000000**		
N.º PROTOCOLO:	**00000000000000000000**	DATA DO PROTOCOLO:	**00/00/0000**
SUBGRUPO:	**(DESCRIÇÃO)**		
AGRUPAMENTO:	**(DESCRIÇÃO)**		
ATIVIDADE ECONÔMICA - CNAE	**0000-0/00 (DESCRIÇÃO)**		
OBJETO LICENCIADO:	**(ESTABELECIMENTO / EQUIPAMENTO DE INTERESSE À SAÚDE)**		
DETALHE:	**(TIPO DE ATIVIDADE / CARACTERÍSTICAS DO EQUIPAMENTO)**		
RAZÃO SOCIAL:	**(NOME)**		
CNPJ / CPF:	**000.000.000/0000-00**	CNPJ Albergante:	**000.000.000/0000-00**
LOGRADOURO:	**(TIPO E NOME)**	Número:	**000**
COMPLEMENTO:	**(TIPO)**		
BAIRRO:	**(NOME)**		
MUNICÍPIO:	**(NOME)**		
CEP:	**00.000-000**	UF:	**SP**
RESPONSÁVEL LEGAL:	**(NOME)**		
CPF:	**000.000.000-00**		
RESPONSÁVEL TÉCNICO:	**(NOME)**		
CPF:	**000.000.000-00**	CONSELHO PROF.:	**(SIGLA)**
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	**00.000-00**	UF:	**SP**
RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO:	**(NOME)**		
CPF:	**000.000.000-00**	CONSELHO PROF.:	**(SIGLA)**
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	**00.000-00**	UF:	**SP**
RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO:	**(NOME)**		
CPF:	**000.000.000-00**	CONSELHO PROF.:	**(SIGLA)**
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	**00.000-00**	UF:	**SP**
RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO:	**(NOME)**		
CPF:	**000.000.000-00**	CONSELHO PROF.:	**(SIGLA)**
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	**00.000-00**	UF:	**SP**
RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO:	**(NOME)**		
CPF:	**000.000.000-00**	CONSELHO PROF.:	**(SIGLA)**
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	**00.000-00**	UF:	**SP**

MODELO Atividades Grupo I

NOTA: **ESTE DOCUMENTO CONTÉM _____ PÁGINA(S)**

ANEXO III – Modelo de Emissão da Licença de Funcionamento

(Folha 2 – Modelo exclusivo para Atividades Relacionadas a Produtos de Interesse da Saúde – Grupo I)

N.º CEVS: **0 0 0 0 0 0 0 0 0 - 0 0 0 - 0 0 0 0 0 0 - 0 - 0**	DATA DE VALIDADE: **00** / **00** / **0000**

Atividades Autorizadas e Respectivas Classes de Produtos
ATIVIDADES: **(DESCRIÇÕES)** CLASSE DE PRODUTO: **(DESCRIÇÃO)** CATEGORIA DE PRODUTO **(DESCRIÇÃO)** LINHAS DE PRODUÇÃO **(DESCRIÇÕES)**
ATIVIDADES: **(DESCRIÇÕES)** CLASSE DE PRODUTO: **(DESCRIÇÃO)** CATEGORIA DE PRODUTO **(DESCRIÇÃO)** LINHAS DE PRODUÇÃO **(DESCRIÇÕES)**
ATIVIDADES: **(DESCRIÇÕES)** CLASSE DE PRODUTO: **(DESCRIÇÃO)** CATEGORIA DE PRODUTO **(DESCRIÇÃO)** LINHAS DE PRODUÇÃO **(DESCRIÇÕES)**
ATIVIDADES: **(DESCRIÇÕES)** CLASSE DE PRODUTO: **(DESCRIÇÃO)** CATEGORIA DE PRODUTO **(DESCRIÇÃO)** LINHAS DE PRODUÇÃO **(DESCRIÇÕES)**
ATIVIDADES: **(DESCRIÇÕES)** CLASSE DE PRODUTO: **(DESCRIÇÃO)** CATEGORIA DE PRODUTO **(DESCRIÇÃO)** LINHAS DE PRODUÇÃO **(DESCRIÇÕES)**
ATIVIDADES: **(DESCRIÇÕES)** CLASSE DE PRODUTO: **(DESCRIÇÃO)** CATEGORIA DE PRODUTO **(DESCRIÇÃO)** LINHAS DE PRODUÇÃO **(DESCRIÇÕES)**

MODELO
Atividades Grupo I

O (A) _____ **DO (A)** _____

CARGO DA AUTORIDADE SANITÁRIA — IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU(S) RESPONSÁVEL(S) ASSUME(M) CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E OBSERVAR AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO(S) AO CANCELAMENTO DESTE DOCUMENTO.

_____ _____ _____

LOCAL — DATA DE DEFERIMENTO — ASSINATURA DA AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTE: _____ _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO — DATA DE CIÊNCIA

ANEXO III – Modelo de Emissão da Licença de Funcionamento
(Folha 1 – Modelo exclusivo para Atividades de Prestação de Serviços de Saúde e de Equipamentos de Saúde – Grupo II)

SIVISA *– Sistema de Informação em Vigilância Sanitária*
SUS **- Sistema Único de Saúde**

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO – (0)ª via

N.º CEVS:	**0000000000-000-000000-0-0**	DATA DE VALIDADE:	**00 / 00 / 0000**
N.º PROCESSO:	**00000000000000000000**		
N.º PROTOCOLO:	**00000000000000000000**	DATA DO PROTOCOLO:	**00/00/0000**
SUBGRUPO:	**(DESCRIÇÃO)**		
AGRUPAMENTO:	**(DESCRIÇÃO)**		
ATIVIDADE ECONÔMICA - CNAE	**0000-0/00 (DESCRIÇÃO)**		
OBJETO LICENCIADO:	**(ESTABELECIMENTO / EQUIPAMENTO DE INTERESSE À SAÚDE)**		
DETALHE:	**(TIPO DE ATIVIDADE / CARACTERÍSTICAS DO EQUIPAMENTO)**		
RAZÃO SOCIAL:	**(NOME)**		
CNPJ / CPF:	**000.000.000/0000-00**	CNPJ Albergante:	**000.000.000/0000-00**
LOGRADOURO:	**(TIPO E NOME)**	Número:	**000**
COMPLEMENTO:	**(TIPO)**		
BAIRRO:	**(NOME)**		
MUNICÍPIO:	**(NOME)**		
CEP:	**00.000-000**	UF:	**SP**
RESPONSÁVEL LEGAL:	**(NOME)**		
CPF:	**000.000.000-00**		
RESPONSÁVEL TÉCNICO:	**(NOME)**		
CPF:	**000.000.000-00**	CONSELHO PROF.:	**(SIGLA)**
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	**00.000-00**	UF:	**SP**
RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO:	**(NOME)**		
CPF:	**000.000.000-00**	CONSELHO PROF.:	**(SIGLA)**
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	**00.000-00**	UF:	**SP**
RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO:	**(NOME)**		
CPF:	**000.000.000-00**	CONSELHO PROF.:	**(SIGLA)**
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	**00.000-00**	UF:	**SP**
RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO:	**(NOME)**		
CPF:	**000.000.000-00**	CONSELHO PROF.:	**(SIGLA)**
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	**00.000-00**	UF:	**SP**
RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO:	**(NOME)**		
CPF:	**000.000.000-00**	CONSELHO PROF.:	**(SIGLA)**
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	**00.000-00**	UF:	**SP**

MODELO Atividades Grupo II

NOTA: **ESTE DOCUMENTO CONTÉM _____ PÁGINA(S)**

ANEXO III – Modelo de Emissão da Licença de Funcionamento

(Folha 2 – Modelo exclusivo para Atividades de Prestação de Serviços de Saúde e de Equipamentos de Saúde – Grupo II)

N.º CEVS: **0 0 0 0 0 0 0 0 0 - 0 0 0 - 0 0 0 0 0 0 - 0 - 0**	DATA DE VALIDADE: **00** / **00** / **0000**

Serviços Albergados

RELAÇÃO DOS SERVIÇOS ALBERGADOS SOB O Nº CEVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE - OBJETO DESTA LICENÇA:.

(DESCRIÇÃO)

O (A) _____ **DO** (**A**) _____

CARGO DA AUTORIDADE SANITÁRIA — IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU(S) RESPONSÁVEL(S) ASSUME(M) CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E OBSERVAR AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO(S) AO CANCELAMENTO DESTE DOCUMENTO.

_____ _____ _____

LOCAL — DATA DE DEFERIMENTO — ASSINATURA DA AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTE: _____ _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO — DATA DE CIÊNCIA

ANEXO III – Modelo de Emissão da Licença de Funcionamento
(Folha única – Modelo exclusivo para Demais Atividades Relacionadas à Saúde – Grupo III)

SIVISA *– Sistema de Informação em Vigilância Sanitária*
SUS **- Sistema Único de Saúde**

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO – (0)ª via

N.º CEVS:	**0 0 0 0 0 0 0 0 0 - 0 0 0 - 0 0 0 0 0 0 - 0 - 0**	DATA DE VALIDADE:	**00 / 00 / 0000**
N.º PROCESSO:	**00000000000000000000**		
N.º PROTOCOLO:	**00000000000000000000**	DATA DO PROTOCOLO:	**00/00/0000**
SUBGRUPO:	**(DESCRIÇÃO)**		
AGRUPAMENTO:	**(DESCRIÇÃO)**		
ATIVIDADE ECONÔMICA - CNAE	**0000-0/00 (DESCRIÇÃO)**		
OBJETO LICENCIADO:	**(ESTABELECIMENTO / EQUIPAMENTO DE INTERESSE À SAÚDE)**		
DETALHE:	**(TIPO DE ATIVIDADE / CARACTERÍSTICAS DO EQUIPAMENTO)**		
RAZÃO SOCIAL:	**(NOME)**		
CNPJ / CPF:	**000.000.000/0000-00**	CNPJ Albergante:	**000.000.000/0000-00**
LOGRADOURO:	**(TIPO E NOME)**	Número:	**000**
COMPLEMENTO:	**(TIPO)**		
BAIRRO:	**(NOME)**		
MUNICÍPIO:	**(NOME)**		
CEP:	**00.000-000**	UF:	**SP**
RESPONSÁVEL LEGAL:	**(NOME)**		
CPF:	**000.000.000-00**		
RESPONSÁVEL TÉCNICO:	**(NOME)**		
CPF:	**000.000.000-00**	CONSELHO PROF.:	**(SIGLA)**
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	**00.000-00**	UF:	**SP**
RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO:	**(NOME)**		
CPF:	**000.000.000-00**	CONSELHO PROF.:	**(SIGLA)**
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	**00.000-00**	UF:	**SP**
RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO:	**(NOME)**		
CPF:	**000.000.000-00**	CONSELHO PROF.:	**(SIGLA)**
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	**00.000-00**	UF:	**SP**
RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO:	**(NOME)**		
CPF:	**000.000.000-00**	CONSELHO PROF.:	**(SIGLA)**
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	**00.000-00**	UF:	**SP**

MODELO Atividades Grupo III

NOTA: **ESTE DOCUMENTO CONTÉM _____ PÁGINA(S)**

O (A) _____ **DO (A)** _____
CARGO DA AUTORIDADE SANITÁRIA — IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU(S) RESPONSÁVEL(S) ASSUME(M) CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E OBSERVAR AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO(S) AO CANCELAMENTO DESTE DOCUMENTO.

_____ _____ _____
LOCAL — DATA DE DEFERIMENTO — ASSINATURA DA AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTE: _____ _____
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO — DATA DE CIÊNCIA