



SIVISA - Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde e Higiene de Arujá
Vigilância Sanitária



INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

1. N.º DO PROTOCOLO _____ 2. DATA DO PROTOCOLO _____

3. N.º DO PROCESSO MÃE _____

II - SOLICITAÇÃO

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, O N.º CEVS CORRESPONDENTE:

ESTABELECIMENTO EQUIPAMENTO ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO

4 A. CÓDIGO CNAE _____ DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE À SAÚDE DO ESTABELECIMENTO _____

4 B. N.º CEVS - CADASTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA _____

5. TIPO DE SOLICITAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

CADASTRO / LICENÇA FUNCIONAMENTO INICIAL CANCELAMENTO DE LICENÇA FUNCIONAMENTO / DESATIVAÇÃO DO CEVS

RENOVAÇÃO DE LICENÇA FUNCIONAMENTO REATIVAÇÃO DO CEVS

SEGUNDA VIA DE LICENÇA FUNCIONAMENTO ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS - ASSINALE NO ITEM 6, ABAIXO, O(S) TIPO(S) DE ALTERAÇÃO(S)

6. TIPO DE ALTERAÇÃO - ASSINALE A(S) OPÇÃO(S) ABAIXO:

ENDEREÇO

ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA OU BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

RESPONSABILIDADE LEGAL

NÚMERO DE LEITOS

NÚMERO E OU TIPO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

AMPLIAÇÃO / REDUÇÃO DE: ATIVIDADE / CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO RAZÃO SOCIAL

FUSÃO OU INCORPORAÇÃO OU CISÃO OU SUCESSÃO _____

REGISTRE O CNPJ ANTERIOR _____

III - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

7. RAZÃO SOCIAL / NOME _____

8. NOME FANTASIA _____

9. CNPJ / CPF _____ 10. NATUREZA JURÍDICA: PESSOA FÍSICA OU PESSOA JURÍDICA

IV - LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

11. LOGRADOURO _____ 12. NÚMERO _____

13. COMPLEMENTO _____ 14. BAIRRO _____

15. UF _____ 16. NOME MUNICÍPIO _____

17. CEP _____ 18. DDD _____ 19. TELEFONE _____ 20. FAX _____

21. ENDEREÇO ELETRÔNICO _____

V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

22. POSSUI: A. PISCINA DE USO COLETIVO? SIM NÃO

B. DISPENSAÇÃO DE PRODUTOS DE CONTROLE ESPECIAL? SIM NÃO



V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO (CONT.)

23. SITUACÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, A INFORMAÇÃO SOLICITADA:

ALBERGANTE

ALBERGADO - INFORME CNPJ DO ALBERGANTE, NO CASO DE ALBERGADO TERCEIRIZADO: _____

24. TIPO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, A INFORMAÇÃO SOLICITADA:

MATRIZ / MANTENEDORA FILIAL / MANTIDO - INFORME CNPJ MATRIZ /MANTENEDORA, NO CASO DE FILIAL: _____

25. ESFERA ADMINISTRATIVA - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

PRIVADO FEDERAL ESTADUAL MUNICIPAL

26. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

SINDICATO SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - AUTARQUIAS
 COOPERATIVA ADMINISTRAÇÃO DIRETA - SAÚDE ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - FUNDAÇÃO PÚBLICA
 FUNDAÇÃO PRIVADA ADMINISTRAÇÃO DIRETA - OUTROS ÓRGÃOS ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - EMPRESA PÚBLICA
 EMPRESA ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - ORGANIZAÇÃO SOCIAL PÚBLICA
 EMPRESA DE ECONOMIA MISTA ENTIDADE BENEFICIENTE SEM FINS LUCRATIVOS

27. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

UNIVERSITÁRIA ESCOLA SUPERIOR ISOLADA AUXILIAR DE ENSINO NÃO POSSUI UNIDADE DESSE TIPO

28. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS / PROFISSIONAIS - CONSIDERE TODOS OS NÍVEIS DE FORMAÇÃO: SUPERIOR, TÉCNICO, MÉDIO E ELEMENTAR.

PRÓPRIOS _____ TERCEIRIZADOS _____ TOTAL _____
C/ VÍNCULO AUTÔNOMOS

VI - IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS

29. NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL

C P F

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

30. RESPONSÁVEL TÉCNICO

C P F

SIGLA CONS. PROF.

UF

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

31. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01

C P F

SIGLA CONS. PROF.

UF

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

32. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02

C P F

SIGLA CONS. PROF.

UF

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

33. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03

C P F

SIGLA CONS. PROF.

UF

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

VII - ANEXOS

34. REGISTRE O NÚMERO DE FOLHAS, SEGUNDO OS ANEXOS UTILIZADOS PARA COMPLEMENTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DESTES FORMULÁRIOS:

____ ATIVIDADE RELACIONADA A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

Declaramos cumprir à legislação vigente e assumimos, civil e criminalmente, inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas neste formulário e seu(s) anexo(s).

ARUJÁ/SP
Local

Data

Assinatura do Responsável Legal

Assinatura Responsável Técnico