**PORTARIA CVS 01/2024**

**Anexo III - SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

|  |
| --- |
| **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. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA** CÓDIGO DA ATIVIDADE: - / DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: |
| **6. Nº CEVS** - - - - |
| **7. 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 9,  as alterações correspondentes à esta solicitação. |
| 1. **TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS –** Assinale uma das opções abaixo:    1. ENDEREÇO **g.** Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO    2. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA **h.** Nº DE LEITOS    3. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA **i.** AMPLIAÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO    4. RESPONSABILIDADE LEGAL   **j.** REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU   * 1. RAZÃO SOCIAL CATEGORIA DE PRODUTO   **f.1.** FUSÃO ou **f.2.** INCORPORAÇÃO ou **f.3.** CISÃO ou **f.4.** SUCESSÃO REGISTRE O CNPJ ANTERIOR / - |

|  |
| --- |
| **III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**  **PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE** |
| **9. NATUREZA JURÍDICA –** Assinale uma das opções: PESSOA JURÍDICA PESSOA FÍSICA |
| **10. CNPJ / CPF** |
| **11. RAZÃO SOCIAL / NOME** |
| **12. NOME FANTASIA** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**  **PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE** | | |
|  | | |
| **13. CEP** |  | **14. TIPO LOGRADOURO** |
|  | | |
| **15. LOGRADOURO** | | |
|  | | |
| **16. Nº** |  | **17. COMPLEMENTO** |
|  | | |
| **18. BAIRRO** | | |
|  | | |
| **19. MUNICÍPIO** | | |
|  | | |
| **UF:** SP |  | **20. DISTRITO** |
|  | | |
| **21. COORDENADAS GEOGRÁFICAS:** LONGITUDE: **º**  **’**  **.**  **” N º**  **’ .**  **” S** | | |
|  | | |
| **22. TELEFONE** |  | **23. CELULAR** |

|  |
| --- |
| **24. ENDEREÇO ELETRÔNICO** ( e-mail ) |
|  |
| **25. ENDEREÇO PÁGINA WEB** |

|  |
| --- |
| **V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**  **PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE** |
|  |
| **26. TIPO –** Assinale uma das opções abaixo:  MATRIZ / MANTENEDORA FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz/Mantenedora: |
|  |
| **27. ESFERA ADMINISTRATIVA –** Assinale uma das opções abaixo:  PRIVADO FEDERAL ESTADUAL MUNICIPAL |
|  |
| **28. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO –** Assinale uma 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 |
|  |
| **29. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE –** Refere-se somente ao CNAE **8640-2/99**.  - Assinale uma das opções ao lado, conforme prestação do serviço: NÃO SIM para **Classe 1** SIM para **Classe 2**  **-** Para resposta **SIM,** assinale uma ou mais alternativas referentes ao tipo de equipamento, conforme classe assinalada:  **ODONTOLÓGICO INTRAORAL MÉDICO CONVENCIONAL SEM FLUOROSCOPIA MAMÓGRAFO**  **ODONTOLÓGICO EXTRAORAL MÉDICO CONVENCIONAL COM FLUOROSCOPIA TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO** |
|  |
| **30. TRANSPORTE DE ÁGUA** – Refere-se somente ao CNAE **3600-6/02:** CONSUMO HUMANO REUSO |

|  |
| --- |
| **31. TRANSPORTADORA –** Refere-se somente aos CNAE **4930-2/01** e **4930-2/02** do Agrupamento 50, Subgrupo D, Grupo I.  **–** Assinale uma ou mais 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 HEMOCMPONENTES  **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** |
|  |

|  |
| --- |
| **VI – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS**  **PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE** |
| **32. RESPONSÁVEL LEGAL:**  CPF: . . -  **CBO** – Registre código e descrição: - |
| **33. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL:**  **CPF: . . - CONSELHO PROFISSIONAL: UF: Nº INSCRIÇÃO:**  **CBO –** Registre código e descrição: **-** |
| **34. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01:**  **CPF: . . - CONSELHO PROFISSIONAL: UF: Nº INSCRIÇÃO:**  **CBO – Registre código e descrição: -** |
| **35. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02:**  **CPF: . . - CONSELHO PROFISSIONAL: UF: Nº INSCRIÇÃO:**  **CBO – Registre código e descrição: -** |
| **36. 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** |