|  |  |
| --- | --- |
|  | PREFEITURA DE ARUJÁESTADO DE SÃO PAULOSecretaria Municipal de Saúde e Higiene – Vigilância SanitáriaAv João Manoel, 420- piso superior – Centro – Arujá – Fone: 4653-3535, 4652-1079emai: saude.visa@aruja.sp.gov.br |

**SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020**

|  |
| --- |
| **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**DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: | CÓDIGO DA ATIVIDADE: |
| **6. ATRIBUTO DA ATIVIDADE ECONÔMICA –** Assinale uma das alternativas abaixo e informe o solicitado: |
|  ALBERGANTE - Cód.: |
|  ALBERGADO PRÓPRIO – CEVS PRÓPRIO - Cód.: |
| ALBERGADO TERCEIRIZADO - CNPJ Albergante: |
| **7. Nº CEVS** |
| **8. TIPO DE SOLICITAÇÃO –** Assinale uma das opções abaixo:  LICENÇA SANITÁRIA INICIAL RENOVAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA |  CANCELAMENTO DE LICENÇA SANITÁRIA ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale no item 9, as alterações correspondentes à esta solicitação. |
| **9. TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS –** Assinale uma das opções abaixo: **a.** ENDEREÇO  **g.** Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO **b.** ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA  **h.** Nº DE LEITOS **c.** BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA  **i.** AMPLIAÇÃO/REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSEE OU CATEGORIA DE PRODUTO **d.** RESPONSABILIDADE LEGAL **e.** RAZÃO SOCIAL **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** |
| **10. NATUREZA JURÍDICA –** Assinale uma das opções:  PESSOA JURÍDICA  PESSOA FÍSICA |
| **11. CNPJ / CPF** |
| **12. RAZÃO SOCIAL / NOME** |
| **13. NOME FANTASIA** |
| **14. INSCRIÇÃO MUNICIPAL** |
| **15. INSCRIÇÃO ESTADUAL** |
| **16. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL** |

##  IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

**PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **17. CEP** |  | **18. TIPO LOGRADOURO** |
|  |
| **19. LOGRADOURO** |
|  |
| **20. Nº** |  | **21. COMPLEMENTO** |
|  |
| **22. BAIRRO** |
|  |
| **23. MUNICÍPIO** |
|  |
| **UF:** SP |  | **24. DISTRITO** |
|  |
| **25. COORDENADAS GEOGRÁFICAS:** |  | LONGITUDE: | **º** | **’** | **.** | **”** N | **º** | **’** | **.** | **”** | s |
|  |
| **26. TELEFONE** |  | **27. CELULAR** |
|  |
| **28. ENDEREÇO ELETRÔNICO** ( e-mail ) |
|  |
| **29. ENDEREÇO PÁGINA WEB** |

##  V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

**PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE**

|  |
| --- |
| **30. TIPO –** Assinale uma das opções abaixo: MATRIZ / MANTENEDORA  FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora: |

|  |
| --- |
| **31. ESFERA ADMINISTRATIVA –** Assinale uma das opções abaixo: PRIVADO  FEDERAL  ESTADUAL  MUNICIPAL |
|  |
| **32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO –** Assinale uma das opções: |
|  PESSOA FÍSICA  EMPRESA  EMPRESA DE ECONOMIA MISTAPRIVADA |
|  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 |

|  |
| --- |
| **33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA –** Assinale uma das opções: UNIVERSITÁRIA  ESCOLA SUPERIOR ISOLADA  AUXILIAR DE ENSINO  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**.**–** Assinale uma das opções ao lado conforme prestação do serviço:  NÃO  SIM para a **classe 1**  SIM para a **classe 2****–** Para resposta SIM, assinale uma ou mais alternativas referentes ao tipo de equipamento, conforme classe assinalada:**ODONTÓGICO INTRAORAL MÉDICO SEM FLUOROSCOPIA MAMÓGRAFO****ODONTÓGICO EXTRAORAL MÉDICO COM FLUOROSCOPIA TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO** |
| **36. TRANSPORTE DE ÁGUA** – Refere-se somente ao CNAE **3600-6/02:**  CONSUMO HUMANO  REUSO |
|  |
| **37. 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 HEMOCOMPONENTES**PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE -** Assinale um ou mais códigos das Classes de Produtos referentes aos tipos de produtos transportados (Quadro 3).**01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 12 14 15 20** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | PREFEITURA DE ARUJÁESTADO DE SÃO PAULOSecretaria Municipal de Saúde e Higiene – Vigilância SanitáriaAv João Manoel, 420- piso superior – Centro – Arujá – Fone: 4653-3535, 4652-1079emai: saude.visa@aruja.sp.gov.br |

**SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020**

|  |
| --- |
| **VI – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS****PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE** |
| **38. RESPONSÁVEL LEGAL:****CBO – Registre código e descrição:** |  | **CPF:** |  |
| **39. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL** |  |  |  |
|  |  | **CPF:** |  |
| **CONSELHO PROFISSIONAL:** | **UF:** |  | **Nº INSCRIÇÃO:** |
| **CBO – Registre código e descrição:** |  |  |  |
| **40. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01** |  |  |  |
|  |  | **CPF:** |  |
| **CONSELHO PROFISSIONAL:** | **UF:** |  | **Nº INSCRIÇÃO:** |
| **CBO – Registre código e descrição:** |  |  |  |
| **41. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02** |  |  |  |
|  |  | **CPF:** |  |
| **CONSELHO PROFISSIONAL:** | **UF:** |  | **Nº INSCRIÇÃO:** |
| **CBO – Registre código e descrição:** |  |  |  |
| **42. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03** |  |  |  |
|  |  | **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****ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 03** |