



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS**  
**CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**  
FORMULÁRIO

**ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2017**

**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. Nº CEVS

6. TIPO DE SOLICITAÇÃO – Assinale uma das opções abaixo:

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO INICIAL

CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale no item 7, as alterações correspondentes à esta solicitação.

SEGUNDA VIA DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

7. TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale uma das opções abaixo:

7.a. ENDEREÇO

7.f. ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO

7.b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

7.g. Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO

7.c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

7.h. Nº DE LEITOS

7.d. RESPONSABILIDADE LEGAL

7.i. RAZÃO SOCIAL / NOME FANTASIA

7.e.1. FUSÃO ou

7.e.2. INCORPORAÇÃO ou

7.e.3. CISÃO ou

7.e.4. SUCESSÃO

REGISTRE O CNPJ ANTERIOR:

**III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

8. NATUREZA JURÍDICA – Assinale uma das opções abaixo:

PESSOA JURÍDICA

PESSOA FÍSICA

9. CNPJ / CPF

10. RAZÃO SOCIAL / NOME

11. NOME FANTASIA

12. INSCRIÇÃO MUNICIPAL

13. INSCRIÇÃO ESTADUAL

14. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS**  
**CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

15. CEP	16. TIPO LOGRADOURO
17. LOGRADOURO	
18. Nº	19. COMPLEMENTO
20. BAIRRO	
21. MUNICÍPIO	
UF: SP	22. DISTRITO
23. COORDENADAS GEOGRÁFICAS: LONGITUDE: ___° ___' ___" O    ___° ___' ___" S	
24. TELEFONE	25. FAX
26. ENDEREÇO ELETRÔNICO ( e-mail )	
27. ENDEREÇO PÁGINA WEB	

**V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

28. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA	CÓDIGO DA ATIVIDADE: _____ - ____ / ____
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: _____	
29. SITUAÇÃO – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: <input type="checkbox"/> ALBERGANTE <input type="checkbox"/> ALBERGADO – Se terceirizado, informe CNPJ do Albergante:	
30. TIPO – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: <input type="checkbox"/> MATRIZ / MANTENEDORA <input type="checkbox"/> FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora:	
31. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale uma das opções abaixo: <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> FEDERAL <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL	
32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale uma 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 BENEFICIENTE 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	
33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA – Assinale uma das opções: <input type="checkbox"/> UNIVERSITÁRIA <input type="checkbox"/> ESCOLA SUPERIOR ISOLADA <input type="checkbox"/> AUXILIAR DE ENSINO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
34. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS OU PROFISSIONAIS – _____ Registre o número total de funcionários com formação superior, técnico, médio e elementar, e em seguida, o total pela condição solicitada.	PRÓPRIOS COM VÍNCULO: _____ PRÓPRIOS AUTÔNOMOS: _____ TERCEIRIZADOS: _____
35. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Assinale uma das opções: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
36. PISCINA DE USO COLETIVO – Assinale uma das opções: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS**  
**CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**VI – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS**  
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

37. RESPONSÁVEL LEGAL: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
CBO – Registre código e descrição: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

38. RESPONSÁVEL TÉCNICO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
CONSELHO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Nº INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_  
CBO – Registre código e descrição: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

39. RESPONSÁVEL TÉCNICO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
CONSELHO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Nº INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_  
CBO – Registre código e descrição: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

40. RESPONSÁVEL TÉCNICO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
CONSELHO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Nº INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_  
CBO – Registre código e descrição: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

41. RESPONSÁVEL TÉCNICO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
CONSELHO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Nº INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_  
CBO – Registre código e descrição: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**VII – ANEXOS**

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

42. TOTAL DE PÁGINAS – Registre o número total de páginas, segundo os 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 RESP. LEGAL \_\_\_\_\_ ASSINATURA RESP. TÉCNICO \_\_\_\_\_

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO – 01

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO - 02

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO - 03

