

# Portaria CVS 1/2024

## Anexo III

### ***Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária***

FORMULÁRIO E INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO



## 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:

<input type="checkbox"/> LICENÇA SANITÁRIA INICIAL	<input type="checkbox"/> CANCELAMENTO DE LICENÇA SANITÁRIA
<input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale no item 8, as alterações correspondentes à esta solicitação.

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

<input type="checkbox"/> a. ENDEREÇO	<input type="checkbox"/> g. Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO
<input type="checkbox"/> b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA	<input type="checkbox"/> h. Nº DE LEITOS
<input type="checkbox"/> c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA	<input type="checkbox"/> i. AMPLIAÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO
<input type="checkbox"/> d. RESPONSABILIDADE LEGAL	<input type="checkbox"/> j. REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO
<input type="checkbox"/> e. RAZÃO SOCIAL	<input type="checkbox"/> f.3. CISÃO ou <input type="checkbox"/> f.4. SUCESSÃO
<input type="checkbox"/> f.1. FUSÃO ou <input type="checkbox"/> f.2. INCORPORAÇÃO ou	

REGISTRE O NOVO CNPJ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 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: ° __. __. __ N      ° __. __. __ S
22. TELEFONE	23. CELULAR
24. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail)	
25. ENDEREÇO PÁGINA WEB	

## V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

26. TIPO – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo:
<input type="checkbox"/> MATRIZ / MANTENEDORA <input type="checkbox"/> FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz/Mantenedora: _____
27. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo:
<input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> FEDERAL <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL
28. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale <u>uma</u> 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 BENEFICENTE 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
29. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Refere-se somente ao CNAE 8640-2/99.
- Assinale <u>uma</u> das opções ao lado, conforme prestação do serviço: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM para Classe 1 <input type="checkbox"/> SIM para Classe 2
- Para resposta SIM, assinale <u>uma</u> ou <u>mais</u> alternativas referentes ao tipo de equipamento, conforme classe assinalada:
<input type="checkbox"/> ODONTOLOGICO INTRAORAL <input type="checkbox"/> MÉDICO CONVENCIONAL SEM FLUOROSCOPIA <input type="checkbox"/> MAMÓGRAFO <input type="checkbox"/> ODONTOLOGICO EXTRAORAL <input type="checkbox"/> MÉDICO CONVENCIONAL COM FLUOROSCOPIA <input type="checkbox"/> TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO
30. TRANSPORTE DE ÁGUA – Refere-se somente ao CNAE 3600-6/02:
<input type="checkbox"/> CONSUMO HUMANO <input type="checkbox"/> REUSO
31. TRANSPORTADORA – Refere-se somente aos CNAE 4930-2/01 e 4930-2/02 do Agrupamento 50, Subgrupo D, Grupo I.
- Assinale <u>uma</u> ou <u>mais</u> alternativas referentes ao tipo de produto objeto de transporte
<input type="checkbox"/> ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES <input type="checkbox"/> MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO <input type="checkbox"/> SANGUE E HEMOCOMPONENTES - AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES <input type="checkbox"/> PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE - Assinale um ou mais códigos das Classes de Produtos referentes aos tipos de produtos transportados (Quadro 12).
<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_ N° INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

CBO – Registre código e descrição: \_\_\_\_\_

**34. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**CONSELHO PROFISSIONAL:** \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ N° INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

CBO – Registre código e descrição: \_\_\_\_\_

**35. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**CONSELHO PROFISSIONAL:** \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ N° INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

CBO – Registre código e descrição: \_\_\_\_\_

**36. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**CONSELHO PROFISSIONAL:** \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ N° 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