



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
PREENCHIMENTO

1. Nº PROTOCOLO

3. Nº PROCESSO

II – SOLICITAÇÃO
PREENCHIMENTO

Preencher, corretamente e de acordo com a Licença emitida anteriormente, todos os dados que estão marcados em amarelo

ver dados
em sua
Licença →

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	

ver dados
em sua
Licença →

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

28. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA	CÓDIGO DA ATIVIDADE: _____ - ____ / ____
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: _____	
29. SITUAÇÃO – Assinale uma das opções abaixo: <input type="checkbox"/> ALBERGANTE <input type="checkbox"/> ALBERGADO – Se terceirizado, informe CNPJ do Albergante:	
30. TIPO – Assinale uma 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 – _____ PRÓPRIOS COM VÍNCULO: _____ Registre o número total de funcionários com formação superior, técnico, PRÓPRIOS AUTÔNOMOS: _____ médio e elementar, e em seguida, o total pela condição solicitada. 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 TÊC _____

CONSELHO PROFIS _____
CBO – Registre código e descrição: _____ - _____
Preencher dados do Responsável Técnico Substituto SE HOUVER

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 _____