

## I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**1. N° PROTOCOLO**

**2. DATA PROTOCOLO**

**3. N° 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. N° 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 8, as alterações correspondentes à esta solicitação.

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

a. ENDEREÇO

g. N° E OU TIPO DE EQUIPAMENTO

b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

h. N° DE LEITOS

c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

i. AMPLIAÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO

d. RESPONSABILIDADE LEGAL

j. REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO

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

**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

<b>8. CEP</b>	<b>9. TIPO LOGRADOURO</b>
<b>10. LOGRADOURO</b>	
<b>11. Nº</b>	<b>12. COMPLEMENTO</b>
<b>13. BAIRRO</b>	
<b>14. MUNICÍPIO</b>	
UF: SP	<b>15. DISTRITO</b>
<b>16. COORDENADAS GEOGRÁFICAS:</b> LONGITUDE:    ° ' . " N    ° ' . " S	
<b>17. TELEFONE</b>	<b>18. CELULAR</b>
<b>19. ENDEREÇO ELETRÔNICO ( e-mail )</b>	
<b>20. ENDEREÇO PÁGINA WEB</b>	

## V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

<b>21. TIPO</b> – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: <input type="checkbox"/> MATRIZ / MANTENEDORA <input type="checkbox"/> FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz/Mantenedora: _____
<b>22. ESFERA ADMINISTRATIVA</b> – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> FEDERAL <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL
<b>23. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO</b> – 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
<b>24. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE</b> – 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 ou mais</u> alternativas referentes ao tipo de equipamento, conforme classe assinalada: <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO INTRAORAL <input type="checkbox"/> MÉDICO CONVENCIONAL SEM FLUOROSCOPIA <input type="checkbox"/> MAMÓGRAFO <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO EXTRAORAL <input type="checkbox"/> MÉDICO CONVENCIONAL COM FLUOROSCOPIA <input type="checkbox"/> TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO
<b>25. TRANSPORTE DE ÁGUA</b> – Refere-se somente ao CNAE 3600-6/02: <input type="checkbox"/> CONSUMO HUMANO <input type="checkbox"/> REUSO
<b>26. TRANSPORTADORA</b> – Refere-se somente aos CNAE 4930-2/01 e 4930-2/02 do Agrupamento 50, Subgrupo D, Grupo I. - Assinale <u>uma ou 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

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

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

**29. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 CONSELHO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Nº INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_  
 CBO – Registre código e descrição: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**30. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 CONSELHO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Nº INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_  
 CBO – Registre código e descrição: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**31. 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