



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE VOTUPORANGA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SERVIÇO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Rua Santa Catarina – 3935 – Vila São Vicente – fone: (17) 3421-5574
INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
COMPETENTE

1. NÚMERO DO PROTOCOLO _____ / / _____
2. DATA DO PROTOCOLO _____
3. NÚMERO DO PROCESSO MÃE _____

II - SOLICITAÇÃO

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, O Nº CEVS CORRESPONDENTE:

ESTABELECIMENTO EQUIPAMENTO ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO

5. CÓDIGO CNAE DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE À SAÚDE DO ESTABELECIMENTO

6. Nº CEVS - CADASTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

7. TIPO DE SOLICITAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

CADASTRO / LICENÇA FUNCIONAMENTO INICIAL CANCELAMENTO DE LICENÇA FUNCIONAMENTO / DESATIVAÇÃO DO CEVS
 RENOVAÇÃO DE LICENÇA FUNCIONAMENTO ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS - ASSINALE NO ITEM 7A, ABAIXO, O(S)
 SEGUNDA VIA DE LICENÇA FUNCIONAMENTO TIPO(S) DE ALTERAÇÃO(S)

8. TIPO DE ALTERAÇÃO - ASSINALE COM UM "X" A(S) OPÇÃO(S) ABAIXO:

8.A. ENDEREÇO 8.F. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA OU
8.B. RESPONSABILIDADE LEGAL BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
8.C. NÚMERO DE LEITOS 8.G. NÚMERO E OU TIPO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE ISENTOS DE CEVS
8.D. RAZÃO SOCIAL 8.H. AMPLIAÇÃO / REDUÇÃO DE: ATIVIDADE / CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO

8.E. FUSÃO OU INCORPORAÇÃO OU CISÃO OU SUCESSÃO _____
REGISTRE O CNPJ ANTERIOR

III - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

9. RAZÃO SOCIAL / NOME _____

10. NOME FANTASIA _____

11. CNPJ / CPF _____

13. INSCRIÇÃO MUNICIPAL _____

12. NATUREZA JURÍDICA:

14. INSCRIÇÃO ESTADUAL _____

PESSOA FÍSICA PESSOA JURÍDICA

15. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL _____

IV - LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

16. LOGRADOURO _____

17. NÚMERO _____

18. COMPLEMENTO _____

19. BAIRRO _____

20. UF _____

21. NOME MUNICÍPIO _____

22. CEP _____

()
23. DDD _____

24. TELEFONE _____

25. FAX _____

26. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail) _____

V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

27. POSSUI PISCINA DE USO COLETIVO? SIM NÃO

29. SITUAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, A INFORMAÇÃO SOLICITADA:

ALBERGANTE ALBERGADO - INFORME CNPJ DO ALBERGANTE, NO CASO DE ALBERGADO TERCEIRIZADO: _____

V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO (CONT.)

30. TIPO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, A INFORMAÇÃO SOLICITADA:

MATRIZ / MANTENEDORA

FILIAL / MANTIDO - INFORME CNPJ MATRIZ /
MANTENEDORA, NO CASO DE FILIAL:

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

31. ESFERA ADMINISTRATIVA - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

PRIVADO

FEDERAL

ESTADUAL

MUNICIPAL

32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

SINDICATO

SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - AUTARQUIAS

COOPERATIVA

ADMINISTRAÇÃO DIRETA - SAÚDE

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - FUNDAÇÃO PÚBLICA

FUNDAÇÃO PRIVADA

ADMINISTRAÇÃO DIRETA - OUTROS ÓRGÃOS

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - EMPRESA PÚBLICA

EMPRESA PRIVADA

PESSOA FÍSICA

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - ORGANIZAÇÃO SOCIAL PÚBLICA

EMPRESA DE ECONOMIA MISTA

ENTIDADE BENFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS

33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

UNIVERSITÁRIA

ESCOLA SUPERIOR ISOLADA

AUXILIAR DE ENSINO

NÃO POSSUI UNIDADE DESSE TIPO

34. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS / PROFISSIONAIS - AO REGISTRAR O Nº, CONSIDERE TODOS OS NÍVEIS DE FORMAÇÃO: SUPERIOR, TÉCNICO, MÉDIO E ELEMENTAR.

PRÓPRIOS

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

C/ VÍNCULO

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

AUTÔNOMOS

TERCEIRIZADOS

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

TOTAL

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

VI - IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS

35. NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL

C P F

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

36. NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

C P F

SIGLA DO CONSELHO PROFISSIONAL

UF

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

37. NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01

C P F

SIGLA DO CONSELHO PROFISSIONAL

UF

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

38. NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02

C P F

SIGLA DO CONSELHO PROFISSIONAL

UF

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

39. NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03

C P F

SIGLA DO CONSELHO PROFISSIONAL

UF

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

VII - ANEXOS

40. REGISTRE O NÚMERO DE PÁGINAS, SEGUNDO OS ANEXOS UTILIZADOS PARA COMPLEMENTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DESTES FORMULÁRIO:

_____|_____|

ATIVIDADE RELACIONADA A
PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

_____|_____|

ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE
SERVIÇO DE SAÚDE

_____|_____|

EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

Declaramos cumprir à legislação vigente e assumimos, civil e criminalmente, inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas neste formulário e seu(s) anexo(s).

Local

Data

Assin. Resp. Técn. Subst. 01

Assin. Resp. Técn. Subst. 02

Assin. Resp. Técn. Subst. 03

