



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
COVISA - COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SIVISA - Sistema de Informações em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde

Anexo XI - INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

I. INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA 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 CMVS correspondente:

Estabelecimento Equipamento Estabelecimento com Equipamento

5. Código CNAE Descrição da Atividade Econômica de Interesse à Saúde do Estabelecimento

6. Nº CMVS - Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde

7. Tipo de Solicitação - Assinale uma das opções abaixo:

Cadastro/Licença Funcionamento Inicial Cancelamento de Licença Funcionamento/ Desativação do CMVS

Renovação de Licença Funcionamento Alteração de Dados Cadastrais - Assinale no item 7A, abaixo, o(os) tipo(s) de alteração(s)

8. Tipo de Alteração - Assinale com um "X" a opção 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 Sucessão

Registre o CNPJ anterior

III. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

9. Razão Social / Nome

10. Nome Fantasia

11. CNPJ / CPF

12. Natureza Jurídica:

Pessoa Física Pessoa Jurídica

IV. LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

16. Logradouro

17. Número

18. Complemento

19. Bairro

22. UF

20. 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:

Albergue 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 / Matenedora 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 Beneficente sem fins lucrativos

33. Unidade 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 N^o, considere todos os níveis de formação: superior, técnico, médio e elementar.

Próprios _____ Terceirizados _____ Total _____
c/ vínculo Autônomos Terceirizados

VI. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAIS E TÉCNICOS

35. Nome do responsável legal

CPF _____ Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO _____

36. Nome do responsável técnico

CPF _____ Sigla do Conselho Profissional _____ UF _____ N^o Inscrição Conselho _____

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO _____

37. Nome do responsável técnico substituto 01

CPF _____ Sigla do Conselho Profissional _____ UF _____ N^o Inscrição Conselho _____

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO _____

38. Nome do responsável técnico substituto 02

CPF _____ Sigla do Conselho Profissional _____ UF _____ N^o Inscrição Conselho _____

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO _____

39. Nome do responsável técnico substituto 03

CPF _____ Sigla do Conselho Profissional _____ UF _____ N^o Inscrição Conselho _____

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO _____

Declaramos cumprir à Legislação Vigente e assumimos, civil e criminalmente, inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas neste formulário e seu (s) anexos (s).

Local _____ Data _____ Assinatura do Responsável Legal _____ Assinatura do Responsável Técnico _____

Ass. Resp. Técn. Subst. 01 _____ Ass. Resp. Técn. Subst. 02 _____ Ass. Resp. Técn. Subst. 03 _____