



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

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. ATRIBUTO DA ATIVIDADE ECONÔMICA – Assinale uma das alternativas abaixo e informe o solicitado:

ALBERGANTE - Cód.:

ALBERGADO PRÓPRIO – CEVS PRÓPRIO - Cód.:

ALBERGADO TERCEIRIZADO - CNPJ Albergante:

7. Nº CEVS

8. 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 9, as alterações correspondentes à esta solicitação.

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

a. ENDEREÇO

g. Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO

b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

h. Nº DE LEITOS

c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

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

d. RESPONSABILIDADE LEGAL

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

10. NATUREZA JURÍDICA – Assinale uma das opções:

PESSOA JURÍDICA

PESSOA FÍSICA

11. CNPJ / CPF

12. RAZÃO SOCIAL / NOME

13. NOME FANTASIA

14. INSCRIÇÃO MUNICIPAL

15. INSCRIÇÃO ESTADUAL

16. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL

IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

17. CEP

18. TIPO LOGRADOURO

19. LOGRADOURO

20. Nº

21. COMPLEMENTO

22. BAIRRO

23. MUNICÍPIO

UF: SP

24. DISTRITO

25. COORDENADAS GEOGRÁFICAS:

LONGITUDE: ° ' . " N ° ' . " S

26. TELEFONE

27. CELULAR

28. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail)

29. ENDEREÇO PÁGINA WEB

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

30. TIPO – Assinale uma das opções abaixo:

MATRIZ / MANTENEDORA FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora:

31. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale uma das opções abaixo:

PRIVADO FEDERAL ESTADUAL MUNICIPAL

32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale uma das opções:

PESSOA FÍSICA EMPRESA PRIVADA EMPRESA DE ECONOMIA MISTA
 COOPERATIVA SINDICATO FUNDAÇÃO PRIVADA
 ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO
 ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA
 ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA
 ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA

33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA – Assinale uma das opções:

UNIVERSITÁRIA ESCOLA SUPERIOR ISOLADA AUXILIAR DE ENSINO NÃO SE APLICA

34. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS OU PROFISSIONAIS - Registre o número total de funcionários com formação superior, técnico, médio e elementar, segundo as condições apresentadas:

PRÓPRIOS COM VÍNCULO: .

PRÓPRIOS AUTÔNOMOS:

TERCEIRIZADOS:

35. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Refere-se somente ao CNAE 8640-2/99.

– Assinale uma das opções ao lado conforme prestação do serviço: NÃO SIM para a classe 1 SIM para a classe 2

– Para resposta SIM, assinale uma ou mais alternativas referentes ao tipo de equipamento, conforme classe assinalada:

ODONTÓGICO INTRAORAL MÉDICO SEM FLUOROSCOPIA MAMÓGRAFO
 ODONTÓGICO EXTRAORAL MÉDICO COM FLUOROSCOPIA TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO

36. TRANSPORTE DE ÁGUA – Refere-se somente ao CNAE 3600-6/02:

CONSUMO HUMANO REUSO

37. TRANSPORTADORA – Refere-se somente aos CNAE 4930-2/01 e 4930-2/02 do Agrupamento 50, Subgrupo D, Grupo I.

– Assinale uma ou mais alternativas referentes ao tipo de produto objeto de transporte

ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO
 SANGUE E HEMOCOMPONENTES - AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES
 PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE - Assinale um ou mais códigos das Classes de Produtos referentes aos tipos de produtos transportados (Quadro 3).

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 12 14 15 20



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

VI – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

38. RESPONSÁVEL LEGAL:

CPF:

CBO – Registre código e descrição:

39. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

40. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

41. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

42. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

VII – ANEXOS

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

43. TOTAL DE PÁGINAS – Registre o número total de páginas dos 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 RESPONSÁVEL LEGAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 03



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO V.1 – PORTARIA CVS 01/2020

ATIVIDADE RELACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº PROTOCOLO

2. DATA PROTOCOLO

3. Nº PROCESSO ORIGEM

II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. Nº CEVS

5. CNPJ/CPF

6. RAZÃO SOCIAL / NOME

7. NOME FANTASIA

III - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

8. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

CÓDIGO CNES:

9. TIPO DE SERVIÇO

CÓDIGO SERVIÇO:

10. TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ALBERGADOS

A. PRÓPRIOS SOB Nº CEVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE – Registre os códigos correspondentes:

B. PRÓPRIOS COM Nº CEVS PRÓPRIO – Registre os códigos correspondentes:

C. TERCEIRIZADOS – Registre os códigos correspondentes e respectivos CNPJ:

CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ

11. TRANSPORTE – Refere-se somente aos CNAE 8640-2/01 ou 8640-2/02 ou 8640-2/12 do Agrupamento 70, Grupo II, Anexo I.

– Assinale uma das alternativas relacionadas ao material que será transportado:

- A. SANGUE E HEMOCOMPONENTES – AUTORIZAÇÃO ANVISA:
 B. MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO

IV - ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL

12. CONSULTÓRIOS MÉDICOS

PEDIÁTRICO ___ FEMININO ___ MASCULINO ___ OUTROS ___

13. CONSULTÓRIOS

OUTROS ___

14. SALAS E LEITOS DE REPOUSO / OBSERVAÇÃO

PEDIÁTRICO ___ FEMININO ___ MASCULINO ___ OUTROS ___
SALAS LEITOS SALAS LEITOS SALAS LEITOS SALAS LEITOS

15. CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS ___ EQUIPOS ODONTOLÓGICOS ___

16. SALAS, POLTRONAS E MÁQUINAS DE PROCEDIMENTOS

CIRURGIA AMBULAT. ___ CURATIVO ___ ENFERMAGEM ___ GESSO ___ IMUNIZAÇÃO ___ NEBULIZAÇÃO ___
SALAS SALAS SALAS SALAS SALAS SALAS
PEQUENAS CIRURGIAS ___ QUIMIOTERAPIA ___ DIÁLISE ___
SALAS SALAS POLTRONAS SALAS POLTRONAS MÁQ. HD CRÔNICOS

V - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

17. NOME PROFISSIONAL

CPF _____ CONSELHO PROFISSIONAL _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CBO _____

18. NOME PROFISSIONAL

CPF _____ CONSELHO PROFISSIONAL _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CBO _____

19. NOME PROFISSIONAL

CPF _____ CONSELHO PROFISSIONAL _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CBO _____

20. NOME PROFISSIONAL

CPF _____ CONSELHO PROFISSIONAL _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CBO _____

21. NOME PROFISSIONAL

CPF _____ CONSELHO PROFISSIONAL _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CBO _____

VI - LEITOS – UNIDADES DE INTERNAÇÃO E DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

22. UNIDADE DE INTERNAÇÃO – Registre o número de leitos existentes, segundo a especialidade:

A. CIRÚRGICA:

BUCO MAXILO FACIAL ___ GASTROENTEROLOGIA ___ NEUROCIRURGIA ___ ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA ___
CARDIOLOGIA ___ GINECOLOGIA ___ OBSTETRÍCIA ___ OTORRINOLARINGOLOGIA ___
CIRURGIA GERAL ___ LEITO / DIA ___ OFTALMOLOGIA ___ PLÁSTICA ___
PEDIÁTRICA ___ NEFRO/UROLOGIA ___ ONCOLOGIA ___ TORÁCICA ___

B. CLÍNICA:

AIDS ___ ENDOCRINOLOGIA ___ MOL.INFECCIOSAS ___ ONCOLOGIA ___ REABILITAÇÃO ___
CARDIOLOGIA ___ GERIATRIA ___ NEFRO/UROLOGIA ___ PEDIATRIA ___ TISIOLOGIA ___
CLÍNICA GERAL ___ HANSENOLOGIA ___ NEONATOLOGIA ___ PNEUMOLOGIA ___
CRÔNICOS ___ HEMATOLOGIA ___ NEUROLOGIA ___ PSIQUIATRIA ___
DERMATOLOGIA ___ LEITO / DIA ___ OBSTETRÍCIA ___

23. UNIDADE DE INTERNAÇÃO COM LEITO COMPLEMENTAR – Registre o número de leitos complementares existentes:

UTI ADULTO ___ UTI NEONATAL ___ UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL ___
UTI INFANTIL ___ UNIDADE INTERMEDIÁRIA ___ UNIDADE DE ISOLAMENTO ___

24. UNIDADE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (PRONTO-SOCORRO) Nº SALAS: ___ Nº LEITOS OBSERVAÇÃO: ___

VII - EQUIPAMENTOS / FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE

25. Registre o número de equipamentos e ou fontes de radiação ionizante existentes e informados no subanexo V.2.: ___

VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS: _____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO V.2 – PORTARIA CVS 01/2020

FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº PROTOCOLO

2. DATA PROTOCOLO

3. Nº PROCESSO DE ORIGEM

II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

CONFORME REGISTRADO NO ANEXO V QUE ACOMPANHA ESTE FORMULÁRIO

4. Nº CEVS

5. CNPJ / CPF

6. RAZÃO SOCIAL / NOME

7. NOME FANTASIA

III – CARACTERIZAÇÃO DAS FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

CONSULTAR ANEXO II – FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

EQ.1. Cód.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.2. Cód.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.3. Cód.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.4. Cód.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.5. Cód.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.6. Cód.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

IV – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

RT.A. NOME.: _____
CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO: _____
RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

RT.B. NOME.: _____
CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO: _____
RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

RT.C. NOME.: _____
CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO: _____
RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

RT.D. NOME.: _____
CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO: _____
RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

RT.E. NOME.: _____
CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO: _____
RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

RT.F. NOME.: _____
CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO: _____
RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

V – 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 AQUI PRESTADAS.

Local

Data

Assin. RESP. LEGAL

Assin. RESP. TÉCN. ESTAB.

Assinatura RESP. TECN. A

Assinatura RESP. TECN. B

Assinatura RESP. TECN. C

Assinatura RESP. TECN. D

Assinatura RESP. TECN. E

Assinatura RESP. TECN. F