



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. 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: CLINICA ODONTOLOGICA

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. N° 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. N° E OU TIPO DE EQUIPAMENTO

b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

h. N° 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. CISAÇÃO 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 50834180000185

12. RAZÃO SOCIAL / NOME UNA CLINICA ODONTOLOGICA LTDA

13. NOME FANTASIA

14. INSCRIÇÃO MUNICIPAL

15. INSCRIÇÃO ESTADUAL

16. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL

Prof. Dr. [Assinatura] DLE
Secretaria de Estado da Saúde
Coordenador de Controle de Doenças
Serviço de Vigilância Sanitária
Data: 16/06/2023

IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

17. CEP 06013-010	18. TIPO LOGRADOURO
19. LOGRADOURO RUA MINAS BOGASIAN	
20. Nº 218	21. COMPLEMENTO
22. BAIRRO CENTRO	
23. MUNICÍPIO OSASCO	
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 <u>uma</u> das opções abaixo: <input type="radio"/> MATRIZ / MANTENEDORA <input type="radio"/> FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora:																			
31. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: <input type="radio"/> PRIVADO <input type="radio"/> FEDERAL <input type="radio"/> ESTADUAL <input type="radio"/> MUNICIPAL																			
32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale <u>uma</u> das opções: <table border="0"><tr><td><input type="radio"/> PESSOA FÍSICA</td><td><input type="radio"/> EMPRESA PRIVADA</td><td><input type="radio"/> EMPRESA DE ECONOMIA MISTA</td></tr><tr><td><input type="radio"/> COOPERATIVA</td><td><input type="radio"/> SINDICATO</td><td><input type="radio"/> FUNDAÇÃO PRIVADA</td></tr><tr><td><input type="radio"/> ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS</td><td><input type="radio"/> SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO</td><td></td></tr><tr><td><input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE</td><td><input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA</td><td></td></tr><tr><td><input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO</td><td><input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA</td><td></td></tr><tr><td><input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA</td><td><input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA</td><td></td></tr></table>		<input type="radio"/> PESSOA FÍSICA	<input type="radio"/> EMPRESA PRIVADA	<input type="radio"/> EMPRESA DE ECONOMIA MISTA	<input type="radio"/> COOPERATIVA	<input type="radio"/> SINDICATO	<input type="radio"/> FUNDAÇÃO PRIVADA	<input type="radio"/> ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS	<input type="radio"/> SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO		<input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE	<input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA		<input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO	<input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA		<input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA	<input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA	
<input type="radio"/> PESSOA FÍSICA	<input type="radio"/> EMPRESA PRIVADA	<input type="radio"/> EMPRESA DE ECONOMIA MISTA																	
<input type="radio"/> COOPERATIVA	<input type="radio"/> SINDICATO	<input type="radio"/> FUNDAÇÃO PRIVADA																	
<input type="radio"/> ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS	<input type="radio"/> SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO																		
<input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE	<input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA																		
<input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO	<input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA																		
<input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA	<input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA																		
33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA – Assinale <u>uma</u> das opções: <input type="radio"/> UNIVERSITÁRIA <input type="radio"/> ESCOLA SUPERIOR ISOLADA <input type="radio"/> AUXILIAR DE ENSINO <input type="radio"/> 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 <u>uma</u> das opções ao lado conforme prestação do serviço: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM para a classe 1 <input type="radio"/> SIM para a classe 2 – Para resposta SIM, assinale <u>uma ou mais</u> alternativas referentes ao tipo de equipamento, conforme classe assinalada: <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> ODONTÓGICO INTRAORAL</td><td><input type="checkbox"/> MÉDICO SEM FLUOROSCOPIA</td><td><input type="checkbox"/> MAMÓGRAFO</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> ODONTÓGICO EXTRAORAL</td><td><input type="checkbox"/> MÉDICO COM FLUOROSCOPIA</td><td><input type="checkbox"/> TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO</td></tr></table>		<input type="checkbox"/> ODONTÓGICO INTRAORAL	<input type="checkbox"/> MÉDICO SEM FLUOROSCOPIA	<input type="checkbox"/> MAMÓGRAFO	<input type="checkbox"/> ODONTÓGICO EXTRAORAL	<input type="checkbox"/> MÉDICO COM FLUOROSCOPIA	<input type="checkbox"/> TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO												
<input type="checkbox"/> ODONTÓGICO INTRAORAL	<input type="checkbox"/> MÉDICO SEM FLUOROSCOPIA	<input type="checkbox"/> MAMÓGRAFO																	
<input type="checkbox"/> ODONTÓGICO EXTRAORAL	<input type="checkbox"/> MÉDICO COM FLUOROSCOPIA	<input type="checkbox"/> TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO																	
36. TRANSPORTE DE ÁGUA – Refere-se somente ao CNAE 3600-6/02: <input type="radio"/> CONSUMO HUMANO <input type="radio"/> REUSO																			
37. TRANSPORTADORA – 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 <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES</td><td><input type="checkbox"/> MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/> SANGUE E HEMOCOMPONENTES - AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/> PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE - Assinale um ou mais códigos das Classes de Produtos referentes aos tipos de produtos transportados (Quadro 3):</td></tr><tr><td colspan="2"><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</td></tr></table>		<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 3):		<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											
<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 3):																			
<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																			



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: MANOEL MARIANO GONÇALVES

CPF: 35974890

CBO – Registre código e descrição:

39. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL LAISE DE LIMA GONÇALVES

CPF: 058223653916

CONSELHO PROFISSIONAL: CRO

UF:

Nº INSCRIÇÃO: 154643

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

Subanexo V.2. FONTES DE RADIAÇÃO

Subanexo V.3. ATIVIDADES

RELACIONADAS A PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE:

IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE
INTERESSE DA SAÚDE:

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.

ASSIN.

ASSIN. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL

DATA

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 03