



CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa - SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Exmo. Sr. Prefeito do Município de Guarulhos

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: 8630-5/04

Descrição da Atividade: Atividade Odontológica

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 55.749.399/0001-08

12. RAZÃO SOCIAL / NOME SM SILVA MORAES ODONTOLOGIA LTDA

13. NOME FANTASIA

14. INSCRIÇÃO MUNICIPAL 0672477

15. INSCRIÇÃO ESTADUAL

16. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL

IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

17. CEP 07.171-15	18. TIPO LOGRADOURO Rua
19. LOGRADOURO Rua Ipacetaá	
20. Nº 863	21. COMPLEMENTO
22. BAIRRO Jardim Presidente Dutra	
23. MUNICÍPIO Guarulhos	
UF: SP	24. DISTRITO Jardim Presidente Dutra
25. COORDENADAS GEOGRÁFICAS:	LONGITUDE: 46° 43' 52" N ° ' " s
26. TELEFONE	27. CELULAR 11 96138-1670
28. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail) amanda.santos.moraes622@gmail.com	
29. ENDEREÇO PÁGINA WEB	

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

30. TIPO – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo:	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/> FEDERAL	<input type="radio"/> ESTADUAL <input type="radio"/> MUNICIPAL
32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale <u>uma</u> das opções:	<input type="radio"/> PESSOA FÍSICA <input checked="" 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 checked="" 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: 0	PRÓPRIOS AUTÔNOMOS: 0	TERCEIRIZADOS: 0
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 checked="" type="radio"/> SIM para a classe 1 <input type="radio"/> SIM para a classe 2 – Para resposta SIM, assinale <u>uma</u> ou mais alternativas referentes ao tipo de equipamento, conforme classe assinalada: <input checked="" type="checkbox"/> ODONTÓGICO INTRAORAL <input type="checkbox"/> MÉDICO SEM FLUOROSCOPIA <input type="checkbox"/> MAMÓGRAFO <input checked="" 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 checked="" 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</u> ou mais 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 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			



CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa - SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Exmo. Sr. Prefeito do Município de Guarulhos

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: AMANDA SANTOS DE MORAES

CPF: 343.593.238-40

CBO – Registre código e descrição: 123105 Diretor Administrativo

39. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL: AMANDA SANTOS DE MORAES

CPF: 343.593.238-40

CONSELHO PROFISSIONAL: CRO

UF: SP

Nº INSCRIÇÃO: SP-CD-135178

CBO – Registre código e descrição: 223208 Cirurgião Dentista - Clínico Geral

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.

Guarulhos

15/07/2024

LOCAL

DATA

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 03