



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. 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: 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. 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. 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 Ipacaetá	
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' 52.022" 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 checked="" 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 <u>SIM</u> , assinale <u>uma ou mais</u> 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 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 <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**

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.

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