



PMSP - Prefeitura do Município de São Paulo

ANEXO II

SMS - Secretaria Municipal da Saúde

REQUERIMENTO DE CADASTRO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - CMVS

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

1. N.º DO DOCUMENTO / PROCESSO

2. DATA DO PROTOCOLO

II - SOLICITAÇÃO

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, O N.º DO CMVS CORRESPONDENTE

- ☐ ESTABELECIMENTO ☒ ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO ☐ CAPTAÇÃO, TRATAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA E DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA POR CAMINHÃO
- ☐ EQUIPAMENTO ☐ FEIRANTE

Número de matrícula do feirante

8630-5/04 - ATIVIDADE ODONTOLÓGICA

5. CÓDIGO CNAE E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE À SAÚDE DO ESTABELECIMENTO

6. N.º CMVS - CADASTRO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, SE HOUVER 355030801-863-022560-1-0

7. TIPO DE SOLICITAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

- ☐ CADASTRO INICIAL ☒ ATUALIZAÇÃO DO CMVS
- ☐ CANCELAMENTO DO CMVS
- ☐ ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS - ASSINALE NO ITEM 8 ABAIXO, O(S) TIPO(S) DE ALTERAÇÃO(ões)

8. TIPO DE ALTERAÇÃO - ASSINALE COM UM "X" A(S) OPÇÃO(ÕES) ABAIXO:

- 8.A. ☐ ENDEREÇO 8.E. ☐ ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA OU ☐ BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
- 8.B. ☐ RESPONSABILIDADE LEGAL 8.F. ☐ NÚMERO E/OU TIPO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE ISENTOS DE CMVS
- 8.C. ☐ NÚMERO DE LEITOS 8.G. ☐ AMPLIAÇÃO / REDUÇÃO DE: ATIVIDADE / CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO
- 8.D. ☐ RAZÃO SOCIAL 8.H. ☐ INCLUSÃO DE VEÍCULOS ☐ EXCLUSÃO DE VEÍCULOS

REGISTRE O CNPJ ANTERIOR

III - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

RENATA SINOPOLI CHIARADIA

9. RAZÃO SOCIAL / NOME

10. NOME FANTASIA

266.847.948-75

12. NATUREZA JURÍDICA: ☒ PESSOA FÍSICA☐ PESSOA JURÍDICA

11. CNPJ / CPF

IV - LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

R. DR. TIRSO MARTINS

100

16. LOGRADOURO

17. NÚMERO

CJ 107

VILA MARIANA

18. COMPLEMENTO

19. BAIRRO

ISPI

ISÃO PAULO I

20. UF

21. NOME MUNICÍPIO

19 A. DISTRITO ADMINISTRATIVO (PREENCHIMENTO PELA COVISA)

04120-050

11

5573-5785

22. CEP

23. DDD

24. TELEFONE

25. FAX

26. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail)

V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

28. POSSUI DISPENSAÇÃO DE PRODUTOS DE CONTROLE ESPECIAL?
(Preencher somente no caso do CNAE 7500-1/00)☐ SIM☐ NÃO

29. SITUAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, A INFORMAÇÃO SOLICITADA.

☐ ALBERGANTE

☐ ALBERGADO - INFORME O CNPJ DO ALBERGANTE
NO CASO DE ALBERGADO TERCEIRIZADO

30. PRIVADO ☒

31. ESPERA ADMINISTRATIVA - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO

☐ 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

☐ ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS

☐ EMPRESA DE ECONOMIA MISTA

☐ CONDOMÍNIOS / ASSOCIAÇÕES

☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - ORG. SOCIAL PÚBLICA

33. UNIDADE DE 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

C/ VÍNCULO

1

AUTÔNOMOS

TERCEIRIZADOS

TOTAL

1

VI - IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS

RENATA SINOPOLI CHIARADIA

35. NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL

266.847.948-75

C.P.F.

06310- CIRURGIÃO DENTISTA

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

RENATA SINOPOLI CHIARADIA

36. NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

266.847.948-75

C.P.F.

CRO

SIGLA CONS. PROF.

SP

UF

72.796

N.º INSCRIÇÃO CONSELHO

06310- CIRURGIÃO DENTISTA

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

37. NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01

C.P.F.

SIGLA CONS. PROF.

UF

N.º INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

38. NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02

C.P.F.

SIGLA CONS. PROF.

UF

N.º INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

IDENTIFICAÇÃO DOS VEÍCULOS

NÚMERO DO RENAVAM

NÚMERO DO RENAVAM

NÚMERO DO RENAVAM

NÚMERO DO RENAVAM

NÚMERO DO RENAVAM

NÚMERO DO RENAVAM

NÚMERO DO RENAVAM

NÚMERO DO RENAVAM

NÚMERO DO RENAVAM

NÚMERO DO RENAVAM

NÚMERO DO RENAVAM

VII - ANEXOS

40. REGISTRE O NÚMERO DE PÁGINAS, SEGUNDO OS ANEXOS UTILIZADOS PARA COMPLEMENTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DESSE FORMULÁRIO:

☐ ATIVIDADE RELACIONADA A
PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

☐ ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO
DE SERVIÇO DE SAÚDE

☐ EQUIPAMENTOS
DE SAÚDE

Declaramos cumprir a legislação vigente e assumimos, civil e criminalmente, inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas neste formulário e seu(s) anexo(s).

Local

Data

Renata S. Chiaradia
Assinatura do Responsável Legal

Renata S. Chiaradia
Assinatura do Responsável Técnico

Assin. Resp. Téc. Subst. 01

Assin. Resp. Téc. Subst. 02



PMSP-Prefeitura do Município de São Paulo
SMS - Secretaria Municipal da Saúde

ANEXO III

EQUIPAMENTOS DE SAÚDE - ANEXO DO REQUERIMENTO DE CMVS

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO
ESTE ANEXO DESTINA-SE SOMENTE A EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

FL. /

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

1. N.º DO DOCUMENTO / PROCESSO

2. DATA DO PROTOCOLO

II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO - REGISTRAR OS MESMOS DADOS DO FORMULÁRIO AO QUAL PERTENCE ESTE ANEXO

RENATA SINOPOLI CHIARADIA
9. RAZÃO SOCIAL / NOME

10. NOME FANTASIA

266.847.948-75

11. CNPJ / CPF

355030801-863-022560-1-0

6. N.º CMVS DO ESTABELECIMENTO, SE HOUVER

III - EQUIPAMENTOS DE INTERESSE À SAÚDE - CONSULTAR TABELA DE TIPOS DE EQUIPAMENTOS NAS INSTRUÇÕES

EQ.	COD.	NÚMERO CMVS	CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C	CARACTERÍSTICA D
EQ. 01.	207	355030801-863-022561-1-8	SPECTRO 70X	70KV 8mA	000710
			CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C	CARACTERÍSTICA D
EQ. 02.					
			CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C	CARACTERÍSTICA D
EQ. 03.					
			CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C	CARACTERÍSTICA D
EQ. 04.					
			CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C	CARACTERÍSTICA D
EQ. 05.					
			CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C	CARACTERÍSTICA D
EQ. 06.					
			CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C	CARACTERÍSTICA D
EQ. 07.					
			CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C	CARACTERÍSTICA D
EQ. 08.					
			CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C	CARACTERÍSTICA D

IV - RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO

A.	RENATA SINOPOLI CHIARADIA	266.847.948-75
	RESPONSÁVEL TÉCNICO	CPF
CRO	SP	72796
SIGLA CONS. PROF.	UF	Nº INSCRIÇÃO
		06310- CIRURGIAO DENTISTA
		CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO



Prefeitura de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Vigilância em Saúde

25.9.13

Preenchimento
Eletrônico

ANEXO II

REQUERIMENTO DE CADASTRO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - CMVS

(OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO)

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - Não Preencher

1. N°. do Documento/Processo:

2. Data do Protocolo:

II - SOLICITAÇÃO

4. Objeto da Solicitação - Assinale uma das opções abaixo e registre, se for o caso, o n° do CMVS correspondente

☐ Estabelecimento

☒ Estabelecimento com Equipamento

☐ Equipamento

☐ Feirante

☐ Captação, tratamento e distribuição de água e distribuição de água por caminhão
Total de pontos de captação de água

Número de Matrícula do Feirante:

5. Código CNAE: 8630-5/04

Descrição da Atividade Econômica do Estabelecimento:

ATIVIDADE ODONTOLÓGICA

6. N° CMVS - Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde, se houver:

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

☐ Cadastro Inicial

☐ Atualização do CMVS

☐ Cancelamento do CMVS

☒ Alteração de Dados Cadastrais - Assinale no item 8 abaixo

8. Tipo de Alteração (Assinale com um "X" a(s) opção(ões) abaixo):

8.A. ☐ Endereço

8.E. ☒ Assunção de Responsabilidade Técnica

8.I. ☐ Ampliação/Redução de Atividade

8.B. ☐ Responsabilidade Legal

8.F. ☐ Baixa de Responsabilidade Técnica

8.C. ☐ Número de Leitos

8.G. ☐ Inclusão/exclusão de veículos

8.D. ☐ Razão Social/Nome fantasia

8.H. ☐ Número e/ou Tipo de Equipamentos de Saúde isentos de CMVS

III - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

9. Razão Social/Nome: RENATA SINOPOLI CHIARADIA

10. Nome Fantasia:

11. CNPJ/CPF: 266.847.948-75

12. Natureza Jurídica: ☒ Pessoa Física ☐ Pessoa Jurídica

IV - LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

16. Logradouro: R DR TIRSO MARTINS

19. Bairro: VILA MARIANA

17. Núm.: 100

18. Compl.: CJ 107

19A. Distrito Adm.: (Não Preencher)

20. UF: SP 21. Nome Município: SÃO PAULO 22. CEP: 04120-050

23. DDD: 11 24. Telefone: 98609-5251

25. Fax:

26. Endereço Eletrônico (E-mail):

V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

26. Possui dispensação de Produtos de Controle Especial? ☐ Sim ☒ Não (Preencher somente no caso do CNAE 7500-1/00)

29. Situação - Assinale uma das opções abaixo e registre, se for o caso, a informação solicitada:
☐ Albergante
☐ Albergado (Informe o CNPJ do Albergante, no caso de Albergado Terceirizado):

30. ☒ Privado

31. Esfera Administrativa - Assinale uma das opções abaixo:
☐ Federal ☐ Estadual ☐ Municipal

32. Natureza da Organização - Assinale uma das opções abaixo:
☐ Sindicato ☐ Serviço Social Autônomo
☐ Cooperativa ☐ Administração Direta - Saúde
☐ Fundação Privada ☐ Administração Direta - Outros Órgãos
☐ Empresa Privada ☒ Pessoa Física
☐ Empresa de Economia Mista ☐ Entidade Beneficente Sem Fins Lucrativos
☐ Condomínios / Associações ☐ Administração Indireta - Autarquias
☐ Administração Indireta - Fundação Pública
☐ Administração Indireta - Empresa Pública
☐ Administração Indireta - Organização Social Pública

33. Unidade de 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 nº, considere todos os níveis de formação: Superior, Técnico, Médio e Elementar):
 Próprios: COM VÍNCULO 01 ALTÉRNEIOS 02 Terceirizados Total 03

VI - IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICO

35. Nome do Responsável Legal: RENATA SINOPOLI CHIARADIA

CPF: 266.847.948-75

36. Nome do Responsável Técnico: RENATA SINOPOLI CHIARADIA

CPF: 266.847.948-75

Sigla Conselho Profissional: CRO

UF: SP Nº Inscr. Conselho: 72.796

Código: 06310

Descrição da Classificação Brasileira de

Ocupações - CBO: CIRURGIÃO DENTISTA

37. Nome do Resp. Téc. Subst. 01: VALERIA MENUCCI

CPF: 697.236.566-04

Sigla Conselho Profissional: CRO

UF: SP Nº Inscr. Conselho: 60.320

Código: 06310

Descrição da Classificação Brasileira de

Ocupações - CBO: CIRURGIÃO DENTISTA

38. Nome do Resp. Téc. Subst. 02:

CPF: Nº Inscr. Conselho:

Sigla Conselho Profissional:

Código:

Descrição da Classificação Brasileira de

Ocupações - CBO:

VII - IDENTIFICAÇÃO DOS VEÍCULOS

39. Número do RENAVAM

Nº RENAVAM:

Nº RENAVAM:

Nº RENAVAM:

Nº RENAVAM:

Nº RENAVAM:

Nº RENAVAM:

Nº RENAVAM:

Nº RENAVAM:

Nº RENAVAM:

Nº RENAVAM:

Nº RENAVAM:

Nº RENAVAM:

Nº RENAVAM:

Nº RENAVAM:

Nº RENAVAM:

Nº RENAVAM:

Nº RENAVAM:

Nº RENAVAM:

Nº RENAVAM:

Nº RENAVAM:

Nº RENAVAM:

Declaramos cumprir a legislação vigente e assumimos, civil e criminalmente, inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas neste formulário e seu(s) anexo(s).

Local:

Data:

Assin. Resp. Téc. Subst. 01

Assin. do Resp. Legal

Assin. Resp. Téc. Subst. 02

Assin. do Resp. Técnico