

Anexo XI - INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

I. INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA COMPETENTE:

1. Número do Protocolo _____ 2. Data do Protocolo _____
3. Número do Processo Mãe _____

II. SOLICITAÇÃO:

4. Objeto da Solicitação - Assinale uma das opções abaixo e registre, se for o caso, o nº CMVS correspondente:

Estabelecimento Equipamento Estabelecimento com Equipamento
8630-5/04 atividade odontológica

5. Código CNAE _____ Descrição da Atividade Econômica de Interesse à Saúde do Estabelecimento _____

6. Nº CMVS - Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde _____

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

Cadastro/Licença Funcionamento Inicial Cancelamento de Licença Funcionamento/ Desativação do CMVS

Renovação de Licença Funcionamento Alteração de Dados Cadastrais - Assinale no item 7A, abaixo, o(s) tipos(s) de alteração(s)

8. Tipo de Alteração - Assinale com um "X" a opção abaixo:

8. A. <input type="checkbox"/> Endereço	8. F. <input type="checkbox"/> Assunção de Responsabilidade Técnica ou <input type="checkbox"/> Baixa de Responsabilidade Técnica
8. B. <input type="checkbox"/> Responsabilidade Legal	8. G. <input type="checkbox"/> Número e ou Tipo de Equipamentos de Saúde Isentos de CEVS
8. C. <input type="checkbox"/> Número de Leitos	8. H. <input type="checkbox"/> Ampliação/ Redução de: Atividade / Classe e ou Categoria de Produto
8. D. <input type="checkbox"/> Razão Social	
8. E. <input type="checkbox"/> Fusão ou <input type="checkbox"/> Incorporação ou <input type="checkbox"/> Cisão <input type="checkbox"/> Sucessão	Registre o CNPJ anterior _____

III. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

GRAZIELE RODRIGUES SORRILHA FONSECA

9. Razão Social / Nome _____

10. Nome Fantasia _____

06908310647

11. CNPJ / CPF _____

12. Natureza Jurídica:

Pessoa Física Pessoa Jurídica

IV. LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Rua Dr. Thirso Martins

100

16. Logradouro

17. Número

cj 707

Vila Mariana

18. Complemento

19. Bairro

SP São Paulo

04120050

22. UF 20. Nome Município

22. CEP

11 34764602

fabiosorrlha@hotmail.com

23. DDD 24. Telefone

25. FAX

26. Endereço Eletrônico (e-mail)

V. CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

27. Possui piscina de uso coletivo? Sim Não

29. Situação - Assinale uma das opções abaixo e registre, se for o caso, a informação solicitada:

Albergue Albergado - Informe CNPJ do albergante, no caso de albergado terceirizado: _____

V. CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO (CONT.)

30. Tipo - Assinale uma das opções abaixo e registre, se for o caso, a informação solicitada:

Matriz / Matenedora **Filial / Mantido** - Informe CNPJ Matriz / Mantenedora, no caso de filial: _____

31. Esfera Administrativa - Assinale uma das opções abaixo:

Privado **Federal** **Estadual** **Municipal**

32. Natureza da Organização - Assinale uma das opções abaixo:

<input type="checkbox"/> Sindicato	<input type="checkbox"/> Serviço Social Autônomo	<input type="checkbox"/> Administração Indireta - Autarquias
<input type="checkbox"/> Cooperativa	<input type="checkbox"/> Administração Direta - saúde	<input type="checkbox"/> Administração Indireta - Fundação Pública
<input type="checkbox"/> Fundação Privada	<input type="checkbox"/> Administração Direta - outros Órgãos	<input type="checkbox"/> Administração Indireta - Empresa Pública
<input type="checkbox"/> Empresa Privada	<input checked="" type="checkbox"/> Pessoa Física	<input type="checkbox"/> Administração Indireta - Organização Social Pública
<input type="checkbox"/> Empresa de Economia Mista		
<input type="checkbox"/> Entidade Beneficente sem fins lucrativos		

33. Unidade 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	1	3	Terceirizados	_____	Total	4
	c/ vínculo	Autônomos				

VI. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAIS E TÉCNICOS

Grazielle Rodrigues Sorrilha Fonseca

35. Nome do responsável legal

06908310647 06310- cirurgião dentista

CPF

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Grazielle Rodrigues Sorrilha Fonseca

36. Nome do responsável técnico

06908310647 CRO SP 106704

CPF

Sigla do Conselho Profissional UF Nº Inscrição Conselho

06310-cirurgião dentista

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

37. Nome do responsável técnico substituto 01

CPF	Sigla do Conselho Profissional	UF	Nº Inscrição Conselho
------------	---------------------------------------	-----------	------------------------------

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

38. Nome do responsável técnico substituto 02

CPF	Sigla do Conselho Profissional	UF	Nº Inscrição Conselho
------------	---------------------------------------	-----------	------------------------------

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

39. Nome do responsável técnico substituto 03

CPF	Sigla do Conselho Profissional	UF	Nº Inscrição Conselho
------------	---------------------------------------	-----------	------------------------------

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Declaramos cumprir à Legislação Vigente e assumimos, civil e criminalmente, inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas neste formulário e seu (s) anexos (s).

São Paulo 25/08/2022

Local

Data

Assinatura do Responsável Legal

Assinatura do Responsável Técnico

Ass. Resp. Técn. Subst. 01

Ass. Resp. Técn. Subst. 02

Ass. Resp. Técn. Subst. 03