

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(os) tipo(s) de alteração(s)

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

8. A. ☐ Endereço

8. F. ☐ Assunção de Responsabilidade Técnica ou

8. B. ☐ Responsabilidade Legal

☐ Baixa de Responsabilidade Técnica

8. C. ☐ Número de Leitos

8. G. ☐ Número e ou Tipo de Equipamentos de Saúde Isentos de CEVS

8. D. ☐ Razão Social

8. H. ☐ Ampliação/ Redução de: Atividade / Classe e ou Categoria de Produto

8. E. ☐ Fusão ou ☐ Incorporação ou ☐ Cisão ☐ 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

fabiosorilha@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:

☐ **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** ☐ **Administração Indireta - Organização Social Pública**
☐ **Empresa de Economia Mista** ☐ **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 Terceirizados

VI. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAIS E TÉCNICOS

Graziele Rodrigues Sorrilha Fonseca

35. Nome do responsável legal

06908310647 06310- cirurgião dentista

CPF Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Graziele 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