



SIVISA - Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde

Anexo XI - INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA 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 CEVS CORRESPONDENTE:

- ESTABELECIMENTO EQUIPAMENTO ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO

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

6. Nº CEVS - CADASTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA _____

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

- CADASTRO / LICENÇA FUNCIONAMENTO INICIAL CANCELAMENTO DE LICENÇA FUNCIONAMENTO / DESATIVAÇÃO DO CEVS
 RENOVAÇÃO DE LICENÇA FUNCIONAMENTO ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS - ASSINALE NO ITEM 8, ABAIXO, O(S)
 SEGUNDA VIA DE LICENÇA FUNCIONAMENTO TIPO(S) DE ALTERAÇÃO(S)

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

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

8E. FUSÃO OU INCORPORAÇÃO OU CISÃO OU SUCESSÃO _____
REGISTRE O CNPJ ANTERIOR

III - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

9. RAZÃO SOCIAL / NOME _____

10. NOME FANTASIA _____

11. CNPJ / CPF _____ 13. INSCRIÇÃO MUNICIPAL _____

12. NATUREZA JURÍDICA: PESSOA FÍSICA PESSOA JURÍDICA 14. INSCRIÇÃO ESTADUAL _____
15. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL _____

IV - LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

16. LOGRADOURO _____ 17. NÚMERO _____

18. COMPLEMENTO _____ 19. BAIRRO _____

20. UF _____ 21. NOME MUNICÍPIO _____

22. CEP _____ 23. DDD _____ 24. TELEFONE _____ 25. FAX _____

26. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail) _____

V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

27. POSSUI PISCINA DE USO COLETIVO? SIM NÃO
28. POSSUI DISPENSAÇÃO DE PRODUTOS DE CONTROLE ESPECIAL? SIM NÃO

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

ALBERGANTE 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 / MANTENEDORA 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 BENFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | C/ VÍNCULO AUTÔNOMOS TERCEIRIZADOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VI - IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS

35. NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL

C P F

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

36. NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

C P F

SIGLA DO CONSELHO PROFISSIONAL

UF

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

37. NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01

C P F

SIGLA DO CONSELHO PROFISSIONAL

UF

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

38. NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02

C P F

SIGLA DO CONSELHO PROFISSIONAL

UF

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

39. NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03

C P F

SIGLA DO CONSELHO PROFISSIONAL

UF

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

VII - ANEXOS

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

 | | | | ATIVIDADE RELACIONADA A | | | | ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE | | | | EQUIPAMENTOS DE SAÚDE
 PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE SERVIÇO DE SAÚDE

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

Local _____ Data ____/____/____ Assinatura do Responsável Legal _____ Assinatura Responsável Técnico _____

Assin. Resp. Técn. Subst. 01 _____ Assin. Resp. Técn. Subst. 02 _____ Assin. Resp. Técn. Subst. 03 _____