

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

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

9. Razão Social / Nome _____

10. Nome Fantasia _____

11. CNPJ / CPF _____

12. Natureza Jurídica:

Pessoa Física Pessoa Jurídica

IV. LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

16. Logradouro _____

17. Número _____

18. Complemento _____

19. Bairro _____

22. UF _____

20. 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

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 _____ Terceirizados _____ Total _____
c/ vínculo Autônomos Terceirizados

VI. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAIS E TÉCNICOS

35. Nome do responsável legal

CPF _____ Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO _____

36. Nome do responsável técnico

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

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).

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 _____