



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 7A, ABAIXO, O(S) TIPO(S) DE ALTERAÇÃO(S)

SEGUNDA VIA DE LICENÇA FUNCIONAMENTO

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

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 DESTE FORMULÁRIO:

 | | | | 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