**Anexo X - Relação de Documentos para Solicitação de Alterações, Renovação de Licença e Desativação de Cadastro / Cancelamento de Licença**

| Tipo de Solicitação | Formulários e Documentos | Observações |
|---|---|---|
| **Alteração de endereço** | **ANEXO XI - INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA** | Devidamente preenchido e assinado para todas as atividades |
| | **SUB-ANEXO XI-B - EQUIPAMENTOS DE SAÚDE** | Somente quando houver Equipamentos de Saúde ou Atividades de Prestação de Serviços de Saúde com Equipamentos de Saúde (Tabela 2, do Anexo XII). |
| | **ATO CONSTITUTIVO, no caso de pessoa jurídica** | Cópia simples, última alteração |
| | **COMPROVANTE DE ENDEREÇO, no caso de pessoa física** | Atualizado dos últimos 3 meses |
| **Alteração de Razão Social** | **ANEXO XI - INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA** | Devidamente preenchido e assinado para todas as atividades |
| | **ATO CONSTITUTIVO** | Cópia simples, atualizado |
| **Alteração de Responsabilidade Legal** | **ANEXO XI - INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA** | Devidamente preenchido e assinado para todas as atividades |
| | **ATO CONSTITUTIVO** | Cópia simples, atualizado |
| **Assunção de Responsabilidade Técnica** | **ANEXO XI - INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA** | Devidamente preenchido e assinado para todas as atividades |
| | **DOCUMENTO DE COMPROVAÇÃO DE HABILITAÇÃO PROFISSIONAL DO RESPONSÁVEL TÉCNICO** | Cópia simples das folhas de identificação, foto e habilitação da carteira do respectivo Conselho Regional ou cópia frente e verso da cédula de identidade profissional. Quando se tratar das seguintes atividades CNAEs: 1742-7/01; 1742--7/02; 2063-1/00; 3291-4/00; 4645-1/01; 4645-1/02; 4645-1/03; 4664-8/00; 4646-0/01; 4646-0/02; 4649-4/08; 4683-4/00; 4644-3/01, apresentar conjuntamente o CERTIFICADO DE REGULARIDADE TÉCNICA |
| | **DOCUMENTO DE COMPROVAÇÃO DE VÍNCULO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO** | CARTEIRA DE TRABALHO: cópia simples das páginas da foto, da identificação da carteira profissional e do contrato / registro do vínculo empregatício, ou do CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO: cópia simples do contrato constando carga horária de trabalho, assinado, com FIRMA RECONHECIDA. Cópia simples do CONTRATO SOCIAL quando o Responsável Técnico for Sócio do Estabelecimento |
| **Baixa de Responsabilidade Técnica** | **ANEXO XI - INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA** | Devidamente preenchido e assinado para todas as atividades |

| Tipo de Solicitação | Formulários e Documentos | Observações |
|---|---|---|
| **Desativação / Cancelamento** | **ANEXO XI - INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA** | Devidamente preenchido e assinado para todas as atividades |
| | **FORMULÁRIOS DOS SUB-ANEXOS XI - B** | Somente quando houver Equipamentos de Saúde ou Atividades de Prestação de Serviços de Saúde com Equipamentos de Saúde (Tabela 2, do Anexo XII). |
| | **DECLARAÇÃO DE DESTINAÇÃO de Produtos, Medicamentos e Equipamentos de Raios X EXCETO para os CNAEs de Alimentos.** | |
| **Cisão, fusão, incorporação e sucessão** | **ANEXO XI - INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA** | Devidamente preenchido e assinado para todas as atividades |
| | **ATO CONSTITUTIVO** | Cópia simples, atualizado |
| **Renovação da Licença** | **ANEXO XI - INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA** | Devidamente preenchido e assinado para todas as atividades |
| | **SUB-ANEXO XI-B - EQUIPAMENTOS DE SAÚDE** | Somente quando houver Equipamentos de Saúde ou Atividades de Prestação de Serviços de Saúde com Equipamentos de Saúde (Tabela 2, do Anexo XII). |
| **Renovação da Licença apenas para Distribuição de Água por Caminhão CNAE 3600-6/02** | **ANEXO XI - INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA** | Devidamente preenchido e assinado para todas as atividades |
| | **Relação dos fornecedores de água** | No caso de comércio de água de terceiros |
| **Ampliação de Atividade** | **ANEXO XI - INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA** | Devidamente preenchido e assinado para todas as atividades |
| | **SUB-ANEXO XI-C - ATIVIDADE RELACIONADA A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE** | Devidamente preenchido e assinado |
| | **SUB-ANEXO XI-D - IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULOS** | No caso de ampliação de atividade para transportar. |
| **Redução de Atividade** | **ANEXO XI - INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA** | Devidamente preenchido e assinado para todas as atividades |
| | **SUB-ANEXO XI-C - ATIVIDADE RELACIONADA A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE** | Devidamente preenchido e assinado |
| **Inclusão de veículo(s)** | **SUB-ANEXO XI-D - IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULOS** | Devidamente preenchido e assinado |
| | **CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - CRLV** (cópia simples) | |
| **Exclusão de veículo(s)** | **SUB-ANEXO XI-D - IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULOS** | Devidamente preenchido e assinado |
| | **CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - CRLV** (cópia simples) | |

PREFEITURA DE SÃO PAULO
SAÚDE

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
COVISA - COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SIVISA - Sistema de Informações 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 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) tipos(s) de alteração(s)

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

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

**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
☐ Cooperativa
☐ Fundação Privada
☐ Empresa Privada
☐ Empresa de Economia Mista
☐ Serviço Social Autonômo
☐ Administração Direta - saúde
☐ Administração Direta - outros Órgãos
☐ Pessoa Física
☐ Administração Indireta - Autarquias
☐ Administração Indireta - Fundação Pública
☐ Administração Indireta - Empresa Pública
☐ Administração Indireta - Organização Social Pública
☐ 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 _____ c/ vínculo _____ Autonômos _____ Terceirizados _____ Terceirizados _____ Total _____

**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 _____

autoridade certificadora oficial imprensaoficial GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO SÃO PAULO Secretaria de Governo
documento assinado digitalmente
A IMPRENSA OFICIAL DO ESTADO SA garante a autenticidade deste documento quando visualizado diretamente no portal www.imprensaoficial.com.br quarta-feira, 14 de dezembro de 2016 às 04:42:31.