Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Vigilância em Saúde

ANEXO II

REQUERIMENTO DE CADASTRO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - CMVS

(OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO)

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS – Não Preencher

1. Nº. do Documento/Processo: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **2. Data do Protocolo:** |__|__|__|__|__|__|__|__|

II - SOLICITAÇÃO

4. Objeto da Solicitação – Assinale uma das opções abaixo e registre, se for o caso, o nº do CMVS correspondente

☐ Estabelecimento ☐ Estabelecimento com Equipamento ☐ Equipamento ☐ Feirante ☐ Captação, tratamento e distribuição de água e distribuição de água por caminhão

Número de Matrícula do Feirante: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

5. Código CNAE: |__|__|__|__|__|__|__| **Descrição da Atividade Econômica do Estabelecimento:** |__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

6. Nº CMVS - Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde, se houver:

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

7. Tipo de Solicitação – Assinale uma das opções abaixo:

☐ Cadastro Inicial ☐ Atualização do CMVS

☐ Cancelamento do CMVS ☐ Alteração de Dados Cadastrais – Assinale no item 8 abaixo, o(s) tipo(s) de alteração(ões)

8. Tipo de Alteração (Assinale com um "X" a(s) opção(ões) abaixo):

8.A. ☐ Endereço
8.B. ☐ Responsabilidade Legal
8.C. ☐ Número de Leitos
8.D. ☐ Razão Social
8.E. ☐ Assunção de Responsabilidade Técnica ou ☐ Baixa de Responsabilidade Técnica
8.F. ☐ Número e/ou Tipo de Equipamentos de Saúde Isentos de CMVS
8.G. ☐ Ampliação/Redução de: Atividade/Classe e/ou Categoria de Produto
8.H. ☐ Inclusão de Veículo(s) ☐ Exclusão de Veículo(s)

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. Núm.: |__|__|__|__|__|__| **18. Compl.:** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **19. Bairro:** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

19A. Distrito Adm. : (Não Preencher) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

20. UF: |S|P| **21. Nome Município:** |S|Ã|O|P|A|U|L|O| **22. CEP:** |__|__|__|__|__|__|__|__|

23. DDD: |1|1| **24. Telefone:** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **25. Fax:** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

26. Endereço Eletrônico (E-mail): |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

28. Possui dispensação de Produtos de Controle Especial? ☐ Sim ☐ Não (Preencher somente no caso do CNAE 7500-1/00)

29. Situação – Assinale uma das opções abaixo e registre, se for o caso, a informação solicitada:

☐ Albergante

☐ Albergado (Informe o CNPJ do Albergante, no caso de Albergado Terceirizado): |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

30. ☐ Privado

31. Esfera Administrativa – Assinale uma das opções abaixo:

☐ Federal ☐ Estadual ☐ Municipal

32. Natureza da Organização – Assinale uma das opções abaixo:

☐ Sindicato
☐ Cooperativa
☐ Fundação Privada
☐ Empresa Privada
☐ Empresa de Economia Mista
☐ Serviço Social Autônomo
☐ Administração Direta - Saúde
☐ Administração Direta - Outros Órgãos
☐ Pessoa Física
☐ Entidade Beneficente Sem Fins Lucrativos
☐ Condominios / Associações
☐ Administração Indireta - Autarquias
☐ Administração Indireta - Fundação Pública
☐ Administração Indireta - Empresa Pública
☐ Administração Indireta - Organização Social Pública

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 COM VÍNCULO |__|__|__|__|__| AUTÔNOMOS |__|__|__|__|__| Terceirizados |__|__|__|__|__| Total |__|__|__|__|__|

VI - IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICO

35. Nome do Responsável Legal: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CPF: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Código |__|__|__|__|__| Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

36. Nome do Responsável Técnico: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CPF: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sigla Conselho Profissional: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

UF: |__|__| Nº Inscr. Conselho: |__|__|__|__|__|__|__|__| Código |__|__|__|__|__| Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

37. Nome do Resp. Téc. Subst. 01: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CPF: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sigla Conselho Profissional: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

UF: |__|__| Nº Inscr. Conselho: |__|__|__|__|__|__|__|__| Código |__|__|__|__|__| Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

38. Nome do Resp. Téc. Subst. 02: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CPF: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sigla Conselho Profissional: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

UF: |__|__| Nº Inscr. Conselho: |__|__|__|__|__|__|__|__| Código |__|__|__|__|__| Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

VII - IDENTIFICAÇÃO DOS VEÍCULOS

39. Número do RENAVAM

Nº. RENAVAM: |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Nº. RENAVAM: |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Nº. RENAVAM: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nº. RENAVAM: |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Nº. RENAVAM: |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Nº. RENAVAM: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nº. RENAVAM: |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Nº. RENAVAM: |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Nº. RENAVAM: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

VIII - ANEXOS

40. Registre o número de páginas, segundo os anexos utilizados para complementação das informações deste formulário:

|__|__| Atividade Relacionada a Produtos de Interesse da Saúde |__|__| Atividade de Prestação de Serviço de Saúde |__|__| Equipamentos de Saúde

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

Local	Data	Assin. do Resp. Legal	Assin. do Resp. Técnico
	____/____/____		

Assin. Resp. Técn. Subst. 01	Assin. Resp. Técn. Subst. 02