

**REQUERIMENTO DE CADASTRO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA
SANITÁRIA - CMVS**

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

1. N.º 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 N.º CMVS CORRESPONDENTE:

 ESTABELECIMENTO EQUIPAMENTO ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO TRANSPORTE FEIRANTE

Número de matrícula feirante

4 A. CÓDIGO CNAE

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE À SAÚDE DO ESTABELECIMENTO

4 B. N.º CMVS - CADASTRO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

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

 CADASTRO INICIAL CADASTRO INICIAL DE ESTABELECIMENTO JÁ COM LICENÇA/ALVARÁ ATUALIZAÇÃO DO CMVS

NÚMERO DA LICENÇA/ALVARÁ (MUNICIPAL)

 REATIVAÇÃO DO CMVS

NÚMERO DA LICENÇA (ESTADUAL)

 DESATIVAÇÃO DO CMVS ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS - ASSINALE NO ITEM 6 ABAIXO, O(S) TIPO(S) DE ALTERAÇÃO(S).

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

 ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA ENDEREÇO BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA AMPLIAÇÃO / REDUÇÃO DE: ATIVIDADE / CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO RESPONSABILIDADE LEGAL RAZÃO SOCIAL NÚMERO DE LEITOS FUSÃO OU INCORPORAÇÃO OU CISÃO OU NÚMERO E OU TIPO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE SUCESSÃO
REGISTRE O CNPJ ANTERIOR**III - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

7. RAZÃO SOCIAL / NOME

8. NOME FANTASIA

9. CNPJ / CPF

10. NATUREZA JURÍDICA: PESSOA FÍSICA OU PESSOA JURÍDICA

10A. CCM

IV - LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

11. LOGRADOURO

12. NÚMERO

13. COMPLEMENTO

14. BAIRRO

15. UF

16. NOME MUNICÍPIO

DISTRITO ADMINISTRATIVO (PREENCHIMENTO PELA VISA)

17. CEP

18. DDD

19. TELEFONE

20. FAX

21. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail)

V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO22.A. POSSUI PISCINA DE USO COLETIVO? SIM NÃO22.B. POSSUI DISPENSAÇÃO DE PRODUTOS DE CONTROLE ESPECIAL? SIM NÃO

V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO (CONT.)

23. 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: _____

24. 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: _____

25. ESFERA ADMINISTRATIVA - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

PRIVADO FEDERAL ESTADUAL MUNICIPAL

26. 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

27. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

UNIVERSITÁRIA ESCOLA SUPERIOR ISOLADA AUXILIAR DE ENSINO NÃO POSSUI UNIDADE DESSE TIPO

28. 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

VI - IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS

29. NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL _____

C P F _____ CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO _____

30. RESPONSÁVEL TÉCNICO

C P F _____ SIGLA CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO CONSELHO _____

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO _____

31. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01

C P F _____ SIGLA CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO CONSELHO _____

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO _____

32. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02

C P F _____ SIGLA CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO CONSELHO _____

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO _____

IDENTIFICAÇÃO DOS VEÍCULOS

Campo preenchido somente por transportadora

NÚMERO DO RENAVAM _____

NÚMERO DO RENAVAM _____

VII - ANEXOS

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

____ ATIVIDADE RELACIONADA A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE _____ ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE _____ EQUIPAMENTOS DE SAÚDE _____ VEÍCULOS _____

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

ANEXO II - Instruções de Preenchimento do Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária e Anexos

Introdução:

O preenchimento deste requerimento tem por finalidade dar entrada a algum tipo de solicitação referente aos estabelecimentos e equipamentos de interesse à saúde, relacionados no Anexo I, no órgão de vigilância sanitária competente, tais como:

- Cadastramento inicial para obtenção de número de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária – CMVS;
- A desativação ou a reativação do Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária - CMVS;
- A atualização do cadastro municipal de vigilância sanitária – CMVS;
- A alteração de dados cadastrais como: endereço, número de leitos hospitalares, número e tipo de equipamentos de saúde, ampliação ou redução de atividade, classe ou categoria de produto; responsabilidade legal e técnica (assunção e baixa) e, razão social (fusão, incorporação, cisão ou sucessão).

Nota:

* No caso de alterações de endereço, ampliação/ redução de atividade e razão social de estabelecimentos que não possuem CMVS, a solicitação passa a ser considerada como um cadastramento inicial.

O responsável pelo estabelecimento e equipamento(s), pode dar entrada a uma ou mais solicitações, concomitantemente, porém, para cada tipo de solicitação é necessário preencher um “Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária”, podendo, conforme o objeto da solicitação, estar acompanhado de um ou mais anexos.

Em todos os casos, o requerimento deve ser preenchido, datado e assinado pelo responsável legal e, quando for o caso, pelo(s) responsável(s) técnico(s) pelo estabelecimento e equipamento(s) de interesse à saúde. Esta obrigatoriedade se repete para todas as folhas dos Anexos utilizadas.

Critérios para uso do requerimento e seus anexos:

A forma de preenchimento do requerimento varia de acordo com as características do objeto da solicitação e segundo alguns conceitos pré-estabelecidos para uso da vigilância sanitária, entre eles:

ANEXO II - Instruções de Preenchimento do Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária e Anexos

Estabelecimento de interesse à saúde – É a edificação onde se desenvolve uma ou mais atividades relacionadas a produtos de interesse da saúde ou relacionadas à prestação de serviços de saúde, onde:

- **Atividades relacionadas a produtos de interesse da saúde** – São aquelas desenvolvidas em estabelecimentos industriais, comerciais ou de prestação de serviços com produtos relacionados à saúde.

Para cada estabelecimento corresponde um Número CMVS e, conseqüentemente, o preenchimento do “Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária” e do anexo “Atividade Relacionada a Produtos de Interesse da Saúde”, para as solicitações pertinentes.

- **Atividades de prestação de serviço de saúde** - São aquelas relacionadas nesta portaria. Esse conceito compreende também as atividades desenvolvidas em alguns tipos de serviços de saúde que se caracterizam como estruturas “Albergantes” (estabelecimento que possui diferentes tipos de serviço de saúde prestados na mesma estrutura) e serviços “Albergados” (atividade de prestação de serviço de saúde exercida na estrutura albergante).

Para cada estabelecimento “Albergante” e para cada tipo de serviço “Albergado”, onde se desenvolvem atividades de prestação de serviço de saúde, (vide Tabela 01 no final destas instruções), corresponde um N.º CMVS e, conseqüentemente, para cada um deles é necessário o preenchimento de um “Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária” e de um anexo “Serviço de Saúde” para as solicitações pertinentes.

Nota:

No caso da solicitação referir-se a:

- a) uma estrutura “Albergante”, o anexo “Serviço de Saúde” prevê o registro de todos os serviços albergados, sejam eles próprios e terceirizados. Esse fato não dispensa a entrada de solicitação específica para cada um dos serviços albergados, próprios e terceirizados, sujeitos ao CMVS; ou
- b) uma estrutura “albergada” de interesse da saúde, instalada em estrutura “albergante” que não é de interesse da saúde, o preenchimento deve ser feito no requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária (anexo II). Ex.: lanchonete instalado em shopping center.
- c) um estabelecimento ou tipo de serviço de saúde que possui um ou mais equipamentos de saúde, o anexo “Equipamentos de Saúde” também deve ser utilizado pois prevê o registro de todos os tipos de equipamentos, sujeitos ou não ao Número CMVS (vide Tabela 02 no final destas instruções). Este fato não isenta a entrada de solicitação específica para cada um dos equipamentos sujeitos a cadastro.

ANEXO II - Instruções de Preenchimento do Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária e Anexos

d) **Demais Atividades de Interesse da Saúde** – São aquelas desenvolvidas em estabelecimentos industriais, comerciais ou de prestação de serviços, geralmente destinadas à coletividade, cujo cunho social é de interesse da saúde.

- Para cada estabelecimento corresponde um Número CMVS e, conseqüentemente, o preenchimento do “Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária” para as solicitações pertinentes. Essas atividades estão dispensadas de preencherem quaisquer dos anexos desse requerimento.
- **Equipamentos de saúde** – São os equipamentos de interesse à saúde utilizados nos diversos serviços de saúde e que atualmente são objetos da ação da vigilância sanitária (vide Tabela 02 no final destas instruções).

Para cada equipamento sujeito ao cadastro, corresponde um Número CMVS.

Quando a solicitação referir-se somente a equipamento(s) de saúde é preciso preencher um único “Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária” e quantas folhas do anexo “Equipamentos de Saúde” forem necessárias para a totalidade das informações.

REQUERIMENTO DE CADASTRO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

Preenchimento pelo serviço de vigilância sanitária competente.

II – SOLICITAÇÃO

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO – ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, O Nº CMVS CORRESPONDENTE:

ESTABELECIMENTO

Assinale no caso da solicitação referir-se a um estabelecimento de interesse à saúde sujeito ao Nº CMVS, veja o **Anexo I**.

EQUIPAMENTO

Assinale no caso da solicitação referir-se a um equipamento de saúde sujeito ao Nº CMVS, consulte a **Tabela 02 - Equipamentos de Saúde**, no final destas instruções.

ANEXO II - Instruções de Preenchimento do Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária e Anexos

ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO

Assinale no caso da solicitação referir-se a um estabelecimento de serviços de saúde que possua um ou mais equipamentos de saúde, ambos sujeitos ao N° CMVS, consulte as **Tabelas 01 e 02** no final destas instruções.

TRANSPORTE

Assinale no caso da solicitação referir-se a veículos de interesse à saúde, sujeitos ao N° CMVS, segundo **Anexo I**.

FEIRANTE

Assinale no caso da solicitação referir-se a feirante, registrando o **Número de matrícula feirante**.

4A. CÓDIGO CNAE / DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE À SAÚDE DO ESTABELECIMENTO

Registre o código e a descrição da Classificação Nacional das Atividades Econômicas – Fiscal / CNAE referente à atividade econômica principal do estabelecimento, segundo o explicitado no contrato social da empresa.

Nota:

No caso de contrato social em que estejam descritas várias atividades econômicas, eleger aquela com maior complexidade na ação de vigilância sanitária (última coluna da referida tabela)

4B. N° CMVS – CADASTRO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Registre o respectivo Número CMVS do estabelecimento ou equipamento de interesse à saúde.

Nota: No caso de **solicitação de cadastro** esse campo deve ficar em branco.

5. TIPO DE SOLICITAÇÃO – ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

CADASTRO INICIAL

Assinale no caso de primeira solicitação de cadastro municipal de vigilância sanitária.

ATUALIZAÇÃO DO CADASTRO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Assinale no caso da solicitação referir-se a atualização de CMVS, desde que prevista em legislação sanitária vigente (federal, estadual ou municipal).

DESATIVAÇÃO DO CADASTRO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Assinale no caso da solicitação referir-se a encerramento - temporário ou definitivo -, das atividades do estabelecimento ou do uso de equipamento de saúde.

REATIVAÇÃO DO CADASTRO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Assinale no caso da solicitação referir-se a reativação do Número CMVS.

ANEXO II - Instruções de Preenchimento do Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária e Anexos

CADASTRO INICIAL DE ESTABELECIMENTO JÁ COM LICENÇA/ALVARÁ

Assinale no caso de primeira solicitação de cadastro municipal de vigilância sanitária, mas para estabelecimento que já possua auto de licença de funcionamento ou alvará de funcionamento, expedidos pela Prefeitura ou ainda que já possua licença de funcionamento expedida pela Vigilância Sanitária Estadual. Preencha os campos com o respectivo número da licença/alvará.

ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – ASSINALE NO ITEM 6, ABAIXO, O(S) TIPO(S) DE ALTERAÇÃO(S)

Ao assinalar esta alternativa fica obrigatório informar o(s) tipo(s) de alteração(s) solicitada(s).

6. TIPO DE ALTERAÇÃO – ASSINALE A(S) OPÇÃO(S) ABAIXO:

ENDEREÇO

Assinale no caso de mudança de endereço do estabelecimento / equipamento.

AMPLIAÇÃO / REDUÇÃO DE ATIVIDADE

Assinale nos casos de: ampliação de atividade/ classe e ou categoria de produto, ou redução de atividade/ classe e ou categoria de produto.

RAZÃO SOCIAL / FUSÃO / INCORPORAÇÃO / CISÃO / SUCESSÃO.

Assinale no caso de alteração do nome comercial da pessoa jurídica:

REGISTRE O CNPJ ANTERIOR – No caso de alteração de razão social por:

FUSÃO - registre o CNPJ da empresa originária que está sendo extinta.

INCORPORAÇÃO - registre o CNPJ da empresa que está sendo incorporada pela solicitante.

CISÃO - registre o CNPJ da empresa que está sendo absorvida pela solicitante.

SUCESSÃO – registre o CNPJ da empresa que está sendo adquirida pelo solicitante.

Nota:

a) No caso de solicitação de alteração de endereço, ampliação/ redução de atividade, razão social de estabelecimentos que já possuem CMVS, o preenchimento deve ser no campo 6.

b) No caso de solicitação de alteração de endereço, ampliação/ redução de atividade, razão social de estabelecimentos que não possuem CMVS, a solicitação deve ser de CADASTRO INICIAL (campo 5).

ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA ou BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Neste caso, assinale um dos tipos de alterações, segundo a necessidade.

Notas:

- a. Utilize um requerimento por profissional para cada uma das situações, ou seja, não utilize o mesmo requerimento para informar a baixa do profissional num estabelecimento / equipamento e sua assunção em outro estabelecimento / equipamento.

ANEXO II - Instruções de Preenchimento do Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária e Anexos

RESPONSABILIDADE LEGAL

Assinale no caso de mudança de responsável legal, desde que conste do contrato social da empresa.

NÚMERO DE LEITOS

Assinale no caso de aumento ou diminuição de leitos de internação e leitos de cuidados intensivos (UTI).

NÚMERO e ou TIPO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

Assinale no caso de aumento ou diminuição de equipamentos de saúde, isentos ou não de cadastro e licença de funcionamento.

III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

7. RAZÃO SOCIAL / NOME

Registre a razão social do estabelecimento ou nome do seu responsável legal.

Nota: registrar o mesmo nome inscrito ou no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Pessoa Física (CPF).

8. NOME FANTASIA

Registre o nome fantasia do estabelecimento a ser cadastrado.

Nota: no caso de Pessoa Física (CPF) deixar este campo em branco.

9. CNPJ / CPF

Registre o número do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) no caso de pessoa jurídica ou o número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) no caso de pessoa física.

10. NATUREZA JURÍDICA

Assinale uma das opções a seguir:

PESSOA FÍSICA - No caso de tratar-se de pessoa física (CPF)

PESSOA JURÍDICA - No caso de tratar-se de empresa jurídica (CNPJ)

10A. CCM

Registre o número do Cadastro do Contribuinte Municipal (CCM) do estabelecimento.

IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Nota: Informe os dados da sede do estabelecimento onde se desenvolvem as atividades. Portanto, no caso de solicitação referente à:

ANEXO II - Instruções de Preenchimento do Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária e Anexos

- a. “ALBERGANTE” - registre seu próprio endereço.
- b. “ALBERGADO” - registre o endereço da estrutura “ALBERGANTE”, onde está sediado.

11. LOGRADOURO

Registre o tipo e o nome do logradouro.

Nota: Observe as abreviações a serem utilizadas para os diferentes tipos e nomenclaturas mais usuais de logradouros – consulte **Tabelas 03 e 04** no final destas instruções.

12. NÚMERO

Registre o número do logradouro.

13. COMPLEMENTO

Registre, se houver, o complemento do logradouro.

Nota: Observe as abreviações a serem utilizadas para os diferentes tipos de logradouros – consulte **Tabela 05** no final destas instruções.

14. BAIRRO

Registre o nome do respectivo bairro.

15. UF

Registre a sigla da respectiva unidade federada. No caso de São Paulo: “**SP**”.

16. NOME MUNICÍPIO

Registre o nome do respectivo município.

17. CEP

Registre o respectivo número do Código de Endereçamento Postal (CEP).

18. DDD

Registre o respectivo código telefônico - Discagem Direta à Distância - do município.

19. TELEFONE

Registre o respectivo número de telefone.

20. FAX

Registre o respectivo número do fac-símile.

21. ENDEREÇO ELETRÔNICO

Registre o endereço eletrônico (E-mail) do estabelecimento ou dos responsáveis legal ou técnicos.

**ANEXO II - Instruções de Preenchimento do
Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária e Anexos**

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

22.A. POSSUI PISCINA DE USO COLETIVO?

Assinale uma das opções a seguir:

SIM - No caso de existir piscina de uso coletivo na sede do estabelecimento solicitante.

NÃO - No caso de não existir piscina de uso coletivo na sede do estabelecimento solicitante.

22.B. POSSUI DISPENSAÇÃO DE PRODUTOS DE CONTROLE ESPECIAL?

Assinale uma das opções a seguir:

SIM - No caso de existir dispensação de produtos de controle especial no estabelecimento solicitante.

NÃO - No caso de não existir dispensação de produtos de controle especial no estabelecimento solicitante.

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

ALBERGANTE

Quando o estabelecimento solicitante, sujeito ao N° CMVS definitivo ou de licença de funcionamento, desenvolver atividades que prestam um ou mais tipos de serviços de saúde, próprias e ou terceirizadas, numa mesma estrutura. Exemplos: hospital, clínica especializada, policlínica, etc.

ALBERGADO – INFORME CNPJ DO ALBERGANTE, NO CASO DE ALBERGADO TERCEIRIZADO:

Quando o estabelecimento solicitante, sujeito ao N° CMVS, desenvolver suas atividades em uma estrutura albergante, de forma terceirizada. Exemplo: radiodiagnóstico e laboratório sediados num hospital.

Nota: Ao optar por “ALBERGADO”, sendo este um terceirizado, é obrigatório o registro do CNPJ de seu “ALBERGANTE”, no campo correspondente.

24. TIPO – ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, A INFORMAÇÃO SOLICITADA:

MATRIZ / MANTENEDORA

Quando a solicitação referir-se a um estabelecimento matriz da empresa ou a uma mantenedora do estabelecimento.

FILIAL / MANTIDO - INFORME CNPJ DA MATRIZ / MANTENEDORA, NO CASO DE FILIAL:

Quando a solicitação referir-se a um estabelecimento filial de empresa ou mantido por uma mantenedora.

Nota: Ao optar por “FILIAL / MANTIDO” é obrigatório o registro do CNPJ da respectiva “MATRIZ / MANTENEDORA”, no campo ao lado.

ANEXO II - Instruções de Preenchimento do Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária e Anexos

25. ESFERA ADMINISTRATIVA – ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

PRIVADO

Quando o estabelecimento for privado.

FEDERAL

Quando o estabelecimento for público e vinculado à Administração Pública Federal.

ESTADUAL

Quando o estabelecimento for público e vinculado à Administração Pública Estadual.

MUNICIPAL

Quando o estabelecimento for público e vinculado à Administração Pública Municipal.

26. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO

Consulte o contrato social da empresa para poder optar por uma das seguintes alternativas: **SINDICATO / COOPERATIVA / FUNDAÇÃO PRIVADA / EMPRESA PRIVADA / EMPRESA DE ECONOMIA MISTA / SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO / 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.**

27. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA – ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

Notas:

- a. Estabelecimento de Ensino é a denominação aplicável ao conjunto dos estabelecimentos universitários ou que se destinam a ser campos de estágio tipo hospitais escola e assemelhados; e,
- b. Estabelecimento Auxiliar de Ensino é a denominação aplicável aos hospitais auxiliares de ensino e assemelhados.

UNIVERSITÁRIA

Estabelecimento que se caracteriza como hospital universitário e assemelhado, de propriedade ou gestão de Universidade pública ou privada, ou a elas vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados.

ESCOLA SUPERIOR ISOLADA

Estabelecimento que se caracteriza como hospital-escola e assemelhado, de propriedade ou gestão das Escolas Isoladas, públicas ou privadas, ou a elas vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados.

AUXILIAR DE ENSINO

Estabelecimento que se caracteriza como hospital auxiliar de ensino e assemelhado que, não sendo de propriedade ou gestão de Universidade ou Escola Isolada, nele são desenvolvidos programas de treinamento em serviço de curso de graduação ou pós-graduação da área de saúde, ou não, devidamente conveniado com uma instituição de Ensino Superior.

ANEXO II - Instruções de Preenchimento do Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária e Anexos

NÃO POSSUI UNIDADE DESSE TIPO

Estabelecimentos sem atividades de ensino e pesquisa.

28. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS / PROFISSIONAIS – CONSIDERE TODOS OS NÍVEIS DE FORMAÇÃO: SUPERIOR, TÉCNICO, MÉDIO E ELEMENTAR.

Nota: Preencha os campos, iniciando da direita para a esquerda.

PRÓPRIOS C/ VÍNCULO

Registre o número total de funcionários ou profissionais com vínculo empregatício direto à(s) atividade(s) desenvolvida(s) no estabelecimento, incluindo os dos serviços albergados próprios, quando houver.

PRÓPRIOS AUTÔNOMOS

Registre o número total de funcionários ou profissionais com vínculo direto de natureza autônoma à(s) atividade(s) desenvolvida(s) no estabelecimento, incluindo os dos albergados próprios, quando houver.

TERCEIRIZADOS

Registre o número total de funcionários ou profissionais sem vínculo direto (empregatício ou de natureza autônoma) ao estabelecimento albergante, porém vinculados à(s) atividade(s) desenvolvida(s) por todos os albergados terceirizados.

TOTAL

Registre a soma dos valores registrados nos campos anteriores.

VI – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS

29. NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL

Registre o nome completo do responsável legal pelo objeto da solicitação.

CPF

Registre o respectivo número do Cadastro de Pessoa Física – CPF.

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES – CBO

Registre o código e, em seguida, a descrição da categoria profissional do referido responsável, segundo a tabela de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) – Consulte a **Tabela 06** no final destas instruções.

Notas:

No caso do objeto da solicitação referir-se a:

ANEXO II - Instruções de Preenchimento do Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária e Anexos

- a. um ou mais equipamentos de saúde, utilize o anexo "**Equipamentos de Saúde**" para registrar os dados dos responsáveis técnicos - principal e substitutos - correspondentes a cada equipamento informado.
- b. um estabelecimento, utilize este campo para registrar os dados dos responsáveis técnicos pela(s) atividade(s).

30. RESPONSÁVEL TÉCNICO

Registre, quando previsto em lei, o nome completo do responsável técnico pelo objeto da solicitação (campo 4 do "**Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária**").

CPF

Registre o respectivo número do Cadastro de Pessoa Física – CPF.

SIGLA CONS. PROF.

Registre a sigla do Conselho Profissional onde está inscrito o respectivo profissional.

UF

Registre a unidade federada do respectivo conselho profissional.

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

Registre o número da inscrição do responsável no respectivo conselho profissional.

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES – CBO

Registre o código e, em seguida, a descrição da categoria profissional do referido responsável, segundo a tabela de Classificação Brasileira de Ocupações – Consulte a **Tabela 06** no final destas instruções.

31. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01

Registre, quando houver, o nome completo do responsável técnico substituto pelo objeto da solicitação (o mesmo informado no campo 4 do "**Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária**").

CPF

Registre o respectivo número do Cadastro de Pessoa Física – CPF.

SIGLA CONS. PROF.

Registre a sigla do Conselho Profissional onde está inscrito o respectivo profissional.

UF

Registre a unidade federada do respectivo conselho profissional.

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

Registre o número da inscrição do responsável no respectivo conselho profissional.

ANEXO II - Instruções de Preenchimento do Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária e Anexos

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES – CBO

Registre o código e, em seguida, a descrição da categoria profissional do referido responsável, segundo a tabela de Classificação Brasileira de Ocupações – Consulte a **Tabela 06** no final dessas instruções.

32. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02

Informar os dados de outro técnico substituto, quando houver, para o mesmo objeto de solicitação, conforme instruções anteriores referentes ao campo **31**.

IDENTIFICAÇÃO DOS VEÍCULOS

No caso de tratar-se de transportadora, registre o Número do RENAVAM de cada veículo.

Nota: Se o número de veículos exceder à capacidade de registros possíveis nos campos existentes, preencher formulário complementar.

VII – ANEXOS

34. REGISTRE O NÚMERO DE PÁGINAS, SEGUNDO OS ANEXOS UTILIZADOS PARA COMPLEMENTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DESTE REQUERIMENTO:

ATIVIDADE RELACIONADA A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

Registre **00** se esse requerimento não estiver sendo anexado ou o total de páginas utilizadas (no mínimo **03** = anexo completo).

Nota: Se o número de categorias de produto exceder à capacidade de registros possíveis no campo 58, reproduzir a referida página, quantas vezes forem necessárias para completar a informação.

ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

Registre **00** se esse requerimento não estiver sendo anexado ou, **02** (frente e verso) se utilizado.

EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

Registre **00** se esse requerimento não estiver sendo anexado ou, o total de páginas utilizadas (no mínimo **02** = anexo completo).

Nota: Se o número de equipamentos exceder à capacidade de registros possíveis no item III ou, se o número de responsáveis técnicos – principais e substitutos - exceder à capacidade de registros possíveis no item IV, reproduzir as respectivas páginas, quantas vezes forem necessárias para completar as informações.

VEÍCULOS

Registre **00** se esse formulário não estiver sendo anexado ou o total de páginas utilizadas.

**ANEXO II - Instruções de Preenchimento do
Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária e Anexos**

DECLARAÇÃO

Esta declaração tem preenchimento obrigatório e deve ser assinada pelo solicitante - responsável legal e, quando for o caso, em conjunto com o(s) responsável(s) técnico(s).

LOCAL

Registre o nome do município onde o objeto da solicitação está sediado.

DATA

Registre a data (DD/MM/AAAA) em que está sendo efetuada a solicitação.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL

Após ler e concordar com o declarado, o responsável legal deve assinar na respectiva linha.

ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO

Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico principal que informou seus dados no campo **30** deve assinar na respectiva linha.

ASSIN. RESP. TÉCN. SUBST. 01

Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico substituto que informou seus dados no campo **31** deve assinar na respectiva linha.

ASSIN. RESP. TÉCN. SUBST. 02

Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico substituto que informou seus dados no campo **32** deve assinar na respectiva linha.