

ANEXO II

Formulário para a Solicitação do Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária - CMVS

FORMULÁRIO DE CADASTRO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – CMVS

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

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

1. N.º DE PROCESSO _____ 2. DATA DO PROTOCOLO _____ 3. N.º DO PROCESSO MÃE _____

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
TRANSPORTADORA TRANSPORTE / FEIRANTE NÚMERO DE MATRÍCULA FEIRANTE

4 A. CÓDIGO CNAE _____ DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE À SAÚDE _____

4 B. N.º CMVS – CADASTRO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA _____

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

CADASTRO INICIAL DESATIVAÇÃO DO CMVS
ATUALIZAÇÃO ANUAL DO CADASTRO REATIVAÇÃO DO CMVS
ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS - ASSINALE NO ITEM 6, ABAIXO, O(S) TIPO(S) DE ALTERAÇÃO(S)

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

ENDEREÇO
ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA OU BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
RESPONSABILIDADE LEGAL
AMPLIAÇÃO / REDUÇÃO DE: ATIVIDADE / CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO RAZÃO SOCIAL
FUSÃO OU INCORPORAÇÃO OU CISÃO OU 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

11. CCM _____

IV - LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

12. LOGRADOURO _____ 13. NÚMERO _____

14. COMPLEMENTO _____ 15. BAIRRO _____

16. UF _____ ISPI ISÃO PAULISTA
17. NOME MUNICÍPIO _____

18. CEP _____ 19. DDD _____ 20. TELEFONE _____ 21. FAX _____

22. ENDEREÇO ELETRÔNICO _____

V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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: _____

OBS. NO CASO DE ALBERGADO EM SERVIÇO DE SAÚDE CONSULTAR TABELA I.

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 ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - ORGANIZAÇÃO SOCIAL PÚBLICA
EMPRESA DE ECONOMIA MISTA ENTIDADE BENEFICIENTE 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 - CONSIDERE TODOS OS NÍVEIS DE FORMAÇÃO: SUPERIOR, TÉCNICO, MÉDIO E ELEMENTAR.

PRÓPRIOS C/ VÍNCULO AUTÔNOMOS TERCEIRIZADOS TOTAL

VI - IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS

29. NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL

C P F

30. RESPONSÁVEL TÉCNICO

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

31. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01

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

32. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02

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

33. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03

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

VII - IDENTIFICAÇÃO DOS VEÍCULOS

Campo preenchido somente por Transportadora / Transporte de alimentos comercializados em feiras - livres

34 .REGISTRAR O RENAVAM DE CADA VEÍCULO

VII - ANEXOS

35. REGISTRE O NÚMERO DE FOLHAS, SEGUNDO OS ANEXOS UTILIZADOS PARA COMPLEMENTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DESTES FORMULÁRIO:

_____ EQUIPAMENTOS DE SAÚDE _____ RENAVAM

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 Técnico Data Assinatura do Responsável Legal Assinatura Responsável
Assin. Resp. Téc. Subst. 01 Assin. Resp. Téc. Subst. 02 Assin. Resp. Téc. Subst. 03

ANEXO - ITEM 34 - IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

RENAVAM: _____

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

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

ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA ou **BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA** – Neste caso, assinale um dos tipos de alterações, segundo a necessidade.

Notas:

a. Utilizar um formulário por profissional para cada uma das situações.

b. Não utilize o mesmo formulário para informar a baixa de um profissional e assunção de outro para o mesmo estabelecimento/ equipamento.

c. Não utilize o mesmo formulário para informar a baixa de um profissional num estabelecimento / equipamento e sua assunção em outro estabelecimento / equipamento.

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

AMPLIAÇÃO / REDUÇÃO DE: ATIVIDADE / CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO - Assinale nos casos de: ampliação de atividade ou, ampliação de classe e ou categoria de produto ou, redução de atividade ou, redução de classe e ou categoria de produto.

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

FUSÃO ou **INCORPORAÇÃO** ou **CISÃO** ou **SUCCESSÃO** – Neste caso, assinale apenas uma destas opções:

FUSÃO – Operação pela qual se unem duas ou mais pessoas jurídicas para formar uma terceira, que lhes sucederá em todos os direitos e obrigações, extinguindo-se as originárias.

INCORPORAÇÃO - Operação pela qual uma ou mais pessoas jurídicas são absorvidas por outra, que lhes sucede em todos os direitos e obrigações, extinguindo-se as incorporadas.

CISÃO – Operação pela qual uma pessoa jurídica transfere seu patrimônio para uma ou mais pessoas jurídicas, constituídas para esse fim ou já existentes, extinguindo-se a companhia cindida.

SUCCESSÃO – Operação pela qual uma pessoa jurídica é adquirida por outra, assumindo o adquirente seu ativo e passivo, extinguindo-se a empresa sucedida.

Nota: Utilizar um formulário para cada uma das situações

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.

SUCCESSÃO, registre o CNPJ da empresa que está sendo adquirida pela solicitante.

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 deixar este campo em branco.

9. CNPJ / CPF – Registre o número do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica no caso de pessoa jurídica ou o número do Cadastro de Pessoa Física no caso de pessoa física.

10. NATUREZA JURÍDICA – Assinale uma das opções a seguir:

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

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

11. CCM – registre o número do cadastro de contribuinte mobiliário - CCM.

IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Nota: Informe os dados do estabelecimento onde se desenvolvem as atividades.

12. LOGRADOURO – Registre o tipo e o nome do logradouro.

13. NÚMERO – Registre o número do logradouro.

14. COMPLEMENTO – Registre, se houver, o complemento do logradouro.

15. BAIRRO – Registre o nome do respectivo bairro.

16. UF – “SP”.

17. Nome do Município - São Paulo

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

19. DDD - Registre 11, ou outro se o telefone para contato está instalado em outro município ou região.

20. TELEFONE – Registre o respectivo número de telefone.

21. FAX – Registre o respectivo número do fac-símile.

22. ENDEREÇO ELETRÔNICO – Registre o endereço eletrônico (E-mail) do estabelecimento ou dos responsáveis - legal ou técnico.

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

ALBERGANTE - Quando o estabelecimento solicitante, sujeito a cadastro, 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 a cadastro, 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, SE FOR O CASO, 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.

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 antes de optar por uma dessas alternativas:

SINDICATO / COOPERATIVA / FUNDAÇÃO PRIVADA / EMPRESA / EMPRESA DE ECONOMIA MISTA / SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO / ADMINISTRAÇÃO DIRETA - SAÚDE / ADMINISTRAÇÃO DIRETA - OUTROS ÓRGÃOS / ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - AUTARQUIAS / ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - FUNDAÇÃO PÚBLICA / ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - EMPRESA PÚBLICA / ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - ORGANIZAÇÃO SOCIAL PÚBLICA / ENTIDADE BENEFICIENTE 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 destinam-se a ser campos de estágio - hospitais escola e assemelhados; e,

b. **Estabelecimento Auxiliar de Ensino** é a denominação aplicável aos hospitais auxiliares de ensino e assemelhados.

UNIVERSITÁRIA - Estabelecimento - 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 - 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 - 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.

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/profissionais com vínculo empregatício direto à(s) atividade(s) desenvolvida(s) no estabelecimento, incluindo os dos **albergados próprios**, quando houver.

PRÓPRIOS AUTÔNOMOS - Registre o número total de funcionários/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/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.

Notas:

No caso do objeto da solicitação ser:

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.

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.

31. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01 – Registre, quando houver, o nome completo do responsável técnico substituto pelo objeto da solicitação.

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.

Nota: Os campos 32 e 33 devem ser utilizados para informar os dados dos demais técnicos substitutos, quando houver, para o mesmo objeto de solicitação, conforme instruções anteriores referentes ao campo 31.

VII – IDENTIFICAÇÃO DOS VEÍCULOS

34. REGISTRAR O RENAVAL DE CADA VEÍCULO

Obs.: Quando existir mais veículos preencher folha anexa.

VIII – ANEXOS

35. REGISTRE O NÚMERO DE FOLHAS, SEGUNDO OS ANEXOS UTILIZADOS PARA COMPLEMENTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DESTES FORMULÁRIO:

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 ao qual pertence o objeto da solicitação.

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

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL – Após ler e concordar com a declaração do quadro, o responsável legal deve assinar na respectiva linha.

ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO – Após ler e concordar com a declaração do quadro, o responsável técnico principal que teve seus dados informados no campo 30 deve assinar na respectiva linha.

ASSIN. RESP. TÉCN. SUBST. – Após ler e concordar com a declaração do quadro, os responsáveis técnicos substitutos que tiveram seus dados informados nos campos 31, 32 e 33 devem assinar nas respectivas linhas "ASSIN. RESP TÉCN. SUBST. 01, 02 e 03"

EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

ESTE ANEXO DESTINA-SE SOMENTE A EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS – PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

1. N.º DO PROTOCOLO

2. DATA DO PROTOCOLO

3. N.º DO PROCESSO MÃE

II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO – REGISTRAR OS MESMOS DADOS DO FORMULÁRIO AO QUAL PERTENCE ESTE ANEXO

7. RAZÃO SOCIAL / NOME

8. NOME FANTASIA

9. CNPJ / CPF

III – EQUIPAMENTOS DE INTERESSE À SAÚDE – CONSULTAR TABELA DE TIPOS DE EQUIPAMENTOS NAS INSTRUÇÕES

CÓD. NÚMERO CMVS

EQ. 01.

CARACTERÍSTICA A

CARACTERÍSTICA B		EQ. 02.		CARACTERÍSTICA C		CARACTERÍSTICA D	
CÓD.	NÚMERO CMVS	CARACTERÍSTICA A					
CARACTERÍSTICA B		EQ. 03.		CARACTERÍSTICA C		CARACTERÍSTICA D	
CÓD.	NÚMERO CMVS	CARACTERÍSTICA A					
CARACTERÍSTICA B		EQ. 04.		CARACTERÍSTICA C		CARACTERÍSTICA D	
CÓD.	NÚMERO CMVS	CARACTERÍSTICA A					
CARACTERÍSTICA B		EQ. 05.		CARACTERÍSTICA C		CARACTERÍSTICA D	
CÓD.	NÚMERO CMVS	CARACTERÍSTICA A					
CARACTERÍSTICA B		EQ. 06.		CARACTERÍSTICA C		CARACTERÍSTICA D	
CÓD.	NÚMERO CMVS	CARACTERÍSTICA A					
CARACTERÍSTICA B		EQ. 07.		CARACTERÍSTICA C		CARACTERÍSTICA D	
CÓD.	NÚMERO CMVS	CARACTERÍSTICA A					
CARACTERÍSTICA B		EQ. 08.		CARACTERÍSTICA C		CARACTERÍSTICA D	
CÓD.	NÚMERO CMVS	CARACTERÍSTICA A					
CARACTERÍSTICA B				CARACTERÍSTICA C		CARACTERÍSTICA D	

IV – RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO

<p>RESPONSÁVEL TÉCNICO</p> <p>CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____</p> <p>ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) INFORMADO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):</p>	<p>A</p> <p>C P F</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 2px;">PRINCIPAL</td> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">3</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">6</td> <td style="padding: 2px;">7</td> <td style="padding: 2px;">8</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">SUBSTITUTO</td> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">3</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">6</td> <td style="padding: 2px;">7</td> <td style="padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8	SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8
PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8												
SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8												
<p>RESPONSÁVEL TÉCNICO</p> <p>CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____</p> <p>ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) INFORMADO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):</p>	<p>B</p> <p>C P F</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 2px;">PRINCIPAL</td> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">3</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">6</td> <td style="padding: 2px;">7</td> <td style="padding: 2px;">8</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">SUBSTITUTO</td> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">3</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">6</td> <td style="padding: 2px;">7</td> <td style="padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8	SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8
PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8												
SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8												
<p>RESPONSÁVEL TÉCNICO</p> <p>CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____</p> <p>ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) INFORMADO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):</p>	<p>C</p> <p>C P F</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 2px;">PRINCIPAL</td> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">3</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">6</td> <td style="padding: 2px;">7</td> <td style="padding: 2px;">8</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">SUBSTITUTO</td> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">3</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">6</td> <td style="padding: 2px;">7</td> <td style="padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8	SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8
PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8												
SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8												
<p>RESPONSÁVEL TÉCNICO</p> <p>CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____</p> <p>ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) INFORMADO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):</p>	<p>D</p> <p>C P F</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 2px;">PRINCIPAL</td> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">3</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">6</td> <td style="padding: 2px;">7</td> <td style="padding: 2px;">8</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">SUBSTITUTO</td> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">3</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">6</td> <td style="padding: 2px;">7</td> <td style="padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8	SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8
PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8												
SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8												
<p>RESPONSÁVEL TÉCNICO</p> <p>CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____</p> <p>ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) INFORMADO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):</p>	<p>E</p> <p>C P F</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 2px;">PRINCIPAL</td> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">3</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">6</td> <td style="padding: 2px;">7</td> <td style="padding: 2px;">8</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">SUBSTITUTO</td> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">3</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">6</td> <td style="padding: 2px;">7</td> <td style="padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8	SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8
PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8												
SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8												
<p>RESPONSÁVEL TÉCNICO</p> <p>CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____</p> <p>ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) INFORMADO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):</p>	<p>F</p> <p>C P F</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 2px;">PRINCIPAL</td> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">3</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">6</td> <td style="padding: 2px;">7</td> <td style="padding: 2px;">8</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">SUBSTITUTO</td> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">3</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">6</td> <td style="padding: 2px;">7</td> <td style="padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8	SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8
PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8												
SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8												
<p>RESPONSÁVEL TÉCNICO</p> <p>CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____</p> <p>ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) INFORMADO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):</p>	<p>G</p> <p>C P F</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 2px;">PRINCIPAL</td> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">3</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">6</td> <td style="padding: 2px;">7</td> <td style="padding: 2px;">8</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">SUBSTITUTO</td> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">3</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">6</td> <td style="padding: 2px;">7</td> <td style="padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8	SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8
PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8												
SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8												
<p>RESPONSÁVEL TÉCNICO</p> <p>CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____</p> <p>ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) INFORMADO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):</p>	<p>H</p> <p>C P F</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 2px;">PRINCIPAL</td> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">3</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">6</td> <td style="padding: 2px;">7</td> <td style="padding: 2px;">8</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">SUBSTITUTO</td> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">3</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">6</td> <td style="padding: 2px;">7</td> <td style="padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8	SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8
PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8												
SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8												

Declaramos cumprir a legislação vigente e assumimos, civil e criminalmente, inteira responsabilidade pela veracidade das informações aqui prestadas.

_____/_____/_____ Local _____ Data _____

C Assin. Resp. Legal Assin. Resp. Técn. Estab. Assin. Resp. Técn. A Assin. Resp. Técn. B Assin. Resp. Técn.

EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

ANEXO ITEM 4

I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS – PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO – REGISTRAR OS MESMOS DADOS DO REQUERIMENTO AO QUAL PERTENCE ESTE ANEXO

Copiar do requerimento de "Cadastramento Municipal de Vigilância Sanitária" o que foi registrado nos campos 7, 8, 9.

III – EQUIPAMENTOS DE INTERESSE À SAÚDE – CONSULTAR TABELA DE TIPOS DE EQUIPAMENTOS NAS INSTRUÇÕES

Notas:
 Os campos "EQ." são padronizados e, cada número (01 a 08) refere-se a um tipo de equipamento de interesse da saúde.
 O preenchimento desses campos variam em função do tipo de equipamento e do fato de estar ou não sujeito ao número CMVS – Cadastro (Vide Tabela 02 – Equipamentos de Saúde, no final destas instruções).

EQUIPAMENTO DE SAÚDE, ISENTO DE NÚMERO CMVS – CADASTRO

CÓD. – Registre o código do tipo de equipamento de saúde ao qual se refere, conforme a **Tabela 02**.

NÚMERO CMVS – Este campo deve ser preenchido com **zeros**.

CARACTERÍSTICA A – Registre a quantidade de equipamentos (do mesmo tipo informado no campo "CÓD."), existentes no local.

CARACTERÍSTICA B – Este campo deve ser preenchido com **zeros**.

CARACTERÍSTICA C – Este campo deve ser preenchido com **zeros**.

CARACTERÍSTICA D – Este campo deve ser preenchido com **zeros**.

EQUIPAMENTO DE SAÚDE, SUJEITO AO NÚMERO CMVS – CADASTRO

CÓD. – Registre o código do tipo de equipamento de saúde ao qual se refere, conforme a **Tabela 02**.

NÚMERO CMVS – Registre, quando houver, o número do Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária – CMVS do equipamento. No caso de solicitação inicial de cadastro do equipamento, este campo deve ser preenchido com **zeros**.

CARACTERÍSTICA A – Registre o número de série do equipamento.

CARACTERÍSTICA B – Registre a marca e o modelo do equipamento.

CARACTERÍSTICA C – Registre o valor da corrente máxima (mA - miliampere) e da tensão máxima (kV - quilovolt).

Nota: No caso de "ACELERADOR LINEAR", preencher com o valor da energia máxima de fótons (MeV – Megaelétron-volt) e energia máxima de elétrons (MeV- megaelétron-volt).

CARACTERÍSTICA D – Este campo deve ser preenchido com **zeros**.

EQUIPAMENTO DE SAÚDE QUE POSSUI FONTE SELADA, SUJEITO AO NÚMERO CMVS – CADASTRO

CÓD. – Registre o código do tipo de equipamento de saúde ao qual se refere, conforme a **Tabela 02**.

NÚMERO CMVS – Registre, quando houver, o número do Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária – CMVS do equipamento de saúde. No caso de solicitação inicial de cadastro do equipamento, este campo deve ser preenchido com **zeros**.

CARACTERÍSTICA A – Registre o tipo de fonte. **Exemplos:** Césio-137, Cobalto-60, Iridio-192, entre outros.

CARACTERÍSTICA B – Registre o número de série, a marca e o modelo do equipamento.

CARACTERÍSTICA C – Registre a atividade nominal (em Ci-Curie) na data de fabricação.

CARACTERÍSTICA D – Registre a frequência de troca de fontes.

FONTE SELADA, SUJEITA AO NÚMERO CMVS – CADASTRO

CÓD. – Registre o código do tipo de equipamento de saúde ao qual se refere, conforme a **Tabela 02**.

NÚMERO CMVS – Registre, quando houver, o número do Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária – CMVS do equipamento de saúde. No caso de solicitação inicial de cadastro do equipamento, este campo deve ser preenchido com **zeros**.

CARACTERÍSTICA A – Registre o tipo de fonte. **Exemplos:** Césio-137, Cobalto-60, Estrôncio-90, Iodo-125, Iridio-192, Rádio-226, etc.

CARACTERÍSTICA B – Registre o número de fontes existentes no local.

CARACTERÍSTICA C – Registre a atividade nominal (em Ci-Curie) na data de fabricação.

CARACTERÍSTICA D – Registre a frequência de troca de fontes.

FONTE SELADA, ISENTA DE NÚMERO CMVS – CADASTRO

CÓD. – Registre o código do tipo de equipamento de saúde ao qual se refere, conforme a **Tabela 02**.

NÚMERO CMVS – Este campo deve ser preenchido com **zeros**.

CARACTERÍSTICA A – Registre o tipo de fonte. **Exemplos:** iodo, gálio, samário, tecnécio, entre outros.

CARACTERÍSTICA B – Registre a atividade mensal.

CARACTERÍSTICA C – Este campo deve ser preenchido com **zeros**.

CARACTERÍSTICA D – Este campo deve ser preenchido com **zeros**.

IV – RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO

Nota: Os campos de "A" a "H" são padronizados, sendo que cada item corresponde aos dados de somente um responsável técnico. Devem ser preenchidos mantendo uma relação direta com os equipamentos de saúde sujeitos ao número CMVS, informados no anverso do formulário.

A. RESPONSÁVEL TÉCNICO – Registre o nome completo do responsável técnico.

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

CONS. PROF. – Registre a sigla do Conselho Profissional onde está inscrito o referido responsável.

UF – Registre a unidade federada do respectivo conselho profissional. No caso de São Paulo: "SP".

Nº INSCRIÇÃO – Registre o número da inscrição do referido responsável no respectivo conselho profissional.

ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) INFORMADO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ÊLE(S) – Este padrão permite informar a relação existente entre o técnico e os vários equipamentos pelos quais ele tem responsabilidade, assim como, o tipo de responsabilidade que pode ser diferente para cada um dos equipamentos. Portanto, assinale com "X" na casela do **NÚMERO** correspondente ao **EQUIPAMENTO** descrito no anverso, que esteja situado na linha:

- **superior**, caso o profissional seja o responsável principal pelo equipamento e,
- **inferior**, caso seja o responsável substituto.

Nota: Um técnico pode ser responsável por um ou mais equipamentos, observada a legislação vigente. Portanto, podem ser assinalados quantos números corresponderem a essa necessidade.

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 ao qual pertence o objeto da solicitação.

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

ASSIN. RESP. LEGAL – Após ler e concordar com a declaração do quadro, o responsável legal que teve seus dados informados no campo **29** do requerimento do "**Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária**" deve assinar na respectiva linha.

ASSIN. RESP. TÉCN. ESTAB. – Após ler e concordar com a declaração do quadro, o responsável técnico principal que teve seus dados informados no campo **30** do requerimento do "**Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária**" deve assinar na respectiva linha.

ASSIN. RESP. TÉCN. – Após ler e concordar com a declaração do quadro, os responsáveis técnicos que tiveram seus dados informados nos campos **A, B, C, D, E, F, G e H** devem assinar nas respectivas linhas "**ASSIN. RESP. TÉCN. A, B, C, D, E, F, G e H**".

Tabela 1

SERVIÇO ALBERGADO - COM NÚMERO CMVS PRÓPRIO PARA SERVIÇO DE SAÚDE

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
01	AGÊNCIA TRANSFUSIONAL
05	ANATOMIA PATOLÓGICA/CITOLOGIA
07	BANCO DE SANGUE
23	COLETA DE SANGUE
31	DISPENSACÃO DE MEDICAMENTOS
35	ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL (E.T.O)
41	FARMÁCIA
46	HEMOCENTRO
47	HEMOCENTRO REGIONAL
49	HEMONÚCLEO
50	SERVIÇO HEMOTERÁPICO
60	MEDICINA NUCLEAR "IN VITRO"
61	MEDICINA NUCLEAR "IN VIVO"
71	RADIOLOGIA MÉDICA
72	RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA
73	RADIOTERAPIA
75	SERVIÇO DE DIÁLISE
82	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA
88	ANÁLISES CLÍNICAS
121	BANCO DE LEITE HUMANO

Tabela 2

TIPOS DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

CÓDIGO	TIPO
Isentos de Número CMVS – Cadastro	
101	EQUIPAMENTO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
102	EQUIPAMENTO - GAMA-CÂMARA
103	EQUIPAMENTO - CINTILÓGRAFO LINEAR
104	EQUIPAMENTO - LITOTRIPTOR EXTRACORPÓREO COM ULTRA-SOM
105	EQUIPAMENTO - ULTRA-SOM COM ECÓGRAFO
106	EQUIPAMENTO - ULTRA-SOM COMUM
107	EQUIPAMENTO - ULTRA-SOM COM DOPPLER COLORIDO
108	EQUIPAMENTO DE TRATAMENTO DE ÁGUA PARA DIÁLISE - OSMOSE REVERSA
109	EQUIPAMENTO DE TRATAMENTO DE ÁGUA PARA DIÁLISE - DEIONISADOR
110	EQUIPAMENTO GERADOR DE ENERGIA ELÉTRICA
111	EQUIPAMENTO - USINA DE OXIGÊNIO
112	EQUIPAMENTO - CENTRAL DE GASES MEDICINAIS
Sujeitos ao Número CMVS – Cadastro	
201	EQUIPAMENTO DE RAIOS X ATÉ 100 MA
202	EQUIPAMENTO RAIOS X DE 100 MA A 500 MA
203	EQUIPAMENTO RAIOS X DE MAIS DE 500 MA
204	EQUIPAMENTO RAIOS X COM FLUOROSCOPIA
205	EQUIPAMENTO RAIOS X PARA HEMODINÂMICA
206	EQUIPAMENTO RAIOS X MÓVEL
207	EQUIPAMENTO RAIOS X ODONTOLÓGICO
208	EQUIPAMENTO RAIOS X PARA SIMULAÇÃO
209	EQUIPAMENTO DE RADIOTERAPIA DE ORTOVOLTAGEM
210	MAMÓGRAFO COM ESTÉREOTAXIA
211	MAMÓGRAFO SEM ESTÉREOTAXIA (COM COMANDO SIMPLES)
212	TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO
213	LITOTRIPTOR EXTRACORPÓREO COM RAIOS X
214	EQUIPAMENTO DENSITOMETRIA ÓSSEA
215	ACELERADOR LINEAR COM ELÉTRONS
216	ACELERADOR LINEAR SEM ELÉTRONS
COM FONTES SELADAS – Sujeitos ao Número CMVS – Cadastro	
301	UNIDADE DE BRAQUITERAPIA COM FONTES DE ALTA TAXA DE DOSE
302	UNIDADE DE BRAQUITERAPIA COM FONTES DE MÉDIA TAXA DE DOSE
303	UNIDADE DE TELETERAPIA
401	CONJUNTO DE FONTES PARA BRAQUITERAPIA DE BAIXA TAXA DE DOSE
402	CONJUNTO DE FONTES PARA TERAPIA DE CONTATO
403	CONJUNTO DE FONTES PARA CALIBRAÇÃO EM MEDICINA NUCLEAR
FONTES NÃO SELADAS – Isentos de Número CMVS – Cadastro	
501	FONTES PARA DIAGNÓSTICO EM MEDICINA NUCLEAR "IN VIVO"
502	FONTES PARA TERAPIA EM MEDICINA NUCLEAR "IN VIVO"
503	FONTES PARA LABORATÓRIO DE MEDICINA NUCLEAR "IN VITRO"

ANEXO III

Modelo dos Impressos Oficiais de Auto de Infração, Auto de Imposição de Penalidade e Termo de Produtos.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

PROCESSO N°	
FOLHA N°	DATA
ASSINATURA E CARIMBO	

AUTO DE INFRAÇÃO - SÉRIE / NÚMERO:

NOME DO INFRATOR		RG	
RAZÃO SOCIAL		CCM	
ENDEREÇO/LOCAL		NÚMERO	
COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP	ATIVIDADE
TELEFONE	FAX:	E-MAIL:	
DESCRIÇÃO DA INFRAÇÃO			

DISPOSITIVO LEGAL INFRINGIDO			

PRAZO PARA INTERPOSIÇÃO DE DEFESA/RECURSO			
<input type="checkbox"/> _____ de acordo com a legislação vigente.			
CIÊNCIA DO INFRATOR OU PREPOSTO			
NOME _____		RG _____	
_____/_____/_____		_____	
DATA / HORA		ASSINATURA DO INFRATOR OU PREPOSTO	
Declaro para os devidos fins de direito que às _____ horas do dia ____/____/_____			
dei ciência ao infrator/preposto, o qual recusou-se a assinar o presente Auto de Infração.			
ASSINATURA E CARIMBO DA AUTORIDADE SANITÁRIA		NÚMERO DA CREDENCIAL	_____/_____/_____ DATA E HORA



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

PROCESSO Nº	
FOLHA Nº	DATA
ASSINATURA E CARIMBO	

AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE - SÉRIE / NÚMERO:

NOME DO INFRATOR		RG
RAZÃO SOCIAL		CCM
ENDEREÇO/LOCAL		NÚMERO
COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP
TELEFONE	FAX:	E-MAIL:

AUTO DE INFRAÇÃO Nº	DATA:
----------------------------	--------------

DESCRIÇÃO DA INFRAÇÃO

DISPOSITIVO LEGAL INFRINGIDO

APLICA A PENALIDADE DE :

<input type="checkbox"/> ADVERTÊNCIA	<input type="checkbox"/> INUTILIZAÇÃO PRODUTO / EQUIPAMENTO
<input type="checkbox"/> INTERDIÇÃO TOTAL ESTABELECIMENTO	<input type="checkbox"/> SUSPENSÃO VENDA/FABRICAÇÃO PRODUTO
<input type="checkbox"/> INTERDIÇÃO PARCIAL ESTABELECIMENTO	<input type="checkbox"/> CANCELAMENTO DE CADASTRO
<input type="checkbox"/> INTERDIÇÃO PRODUTO / EQUIPAMENTO	<input type="checkbox"/> PROIBIÇÃO DE PROPAGANDA
<input type="checkbox"/> APREENSÃO DE PRODUTO / EQUIPAMENTO	
<input type="checkbox"/> CANCELAMENTO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO	

DE ACORDO COM : _____

PRAZO PARA INTERPOSIÇÃO DE DEFESA/RECURSO

_____ de acordo com a legislação vigente.

CIÊNCIA DO INFRATOR OU PREPOSTO

NOME _____ RG _____

_____/_____/_____:_____

DATA / HORA ASSINATURA DO INFRATOR OU PREPOSTO

ASSINATURA E CARIMBO DA AUTORIDADE SANITÁRIA _____ NÚMERO DA CREDENCIAL _____

_____/_____/_____:_____ DATA E HORA



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

PROCESSO Nº	
FOLHA Nº	DATA
ASSINATURA E CARIMBO	

TERMO DE PRODUTOS - SÉRIE / NÚMERO:

TERMO DE:	APREENSÃO <input type="checkbox"/>	INUTILIZAÇÃO <input type="checkbox"/>
	INTERDIÇÃO <input type="checkbox"/>	DESINTERDIÇÃO <input type="checkbox"/>

NOME DO INFRATOR		RG
RAZÃO SOCIAL		CCM
ENDEREÇO/LOCAL		NÚMERO
COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP
TELEFONE	FAX:	E-MAIL:
ATIVIDADE		

DESCRIÇÃO DO FATO:

DE ACORDO COM:

Produto: _____	Marca: _____
Lote: _____	Quantidade: _____
Fabricado: _____	Validade: _____
Reg. MS/MAA _____	Temperatura Coleta: _____
Tipo embalagem: _____	
Fabricante/Importador: _____	
Endereço: _____	
Produto: _____	Marca: _____
Lote: _____	Quantidade: _____
Fabricado: _____	Validade: _____
Reg. MS/MAA _____	Temperatura Coleta: _____
Tipo embalagem: _____	
Fabricante/Importador: _____	
Endereço: _____	
Produto: _____	Marca: _____
Lote: _____	Quantidade: _____
Fabricado: _____	Validade: _____
Reg. MS/MAA _____	Temperatura Coleta: _____
Tipo embalagem: _____	
Fabricante/Importador: _____	
Endereço: _____	

CIÊNCIA DO INFRATOR OU PREPOSTO

NOME _____ RG _____

_____/_____/_____ : _____

DATA / HORA ASSINATURA DO INFRATOR OU PREPOSTO

ASSINATURA E CARIMBO DA AUTORIDADE SANITÁRIA _____

NÚMERO DA CREDENCIAL _____

_____/_____/_____ : _____

DATA E HORA