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 } Sim, se houver equipamentos de saúde conforme tabela 2 acesse site no item formulários; anexo XIII)

Sim 5. Código CNAE — Opcional Descrição da Atividade Econômica de Interesse à Saúde do Estabelecimento

6. **Nº CMVS** - Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde Opcional

Sim 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: → Sim, se o item anterior for sinalizado alteração

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

Sim
9. Razão Social / Nome

Opcional
10. Nome Fantasia

Sim
11. CNPJ / CPF

12. Natureza Jurídica:

☐ Pessoa Física ☐ Pessoa Jurídica

IV. LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Sim
16. Logradouro

Sim
17. Número

Se houver
18. Complemento

Sim
19. Bairro

Sim
22. UF

Sim
20. Nome Município

Sim
22. CEP

Sim
23. DDD

Sim
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** ☐ **Serviço Social Autonômo** ☐ **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 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

Sim

35. Nome do responsável legal

Sim

CPF **Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO**

Se houver necessidade conforme consulta do CNAE

36. Nome do responsável técnico

Sim Sim Sim Sim

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** Sim **Assinatura do Responsável Legal** Se houver **Assinatura do Responsável Técnico**

Ass. Resp. Técn. Subst. 01 **Ass. Resp. Técn. Subst. 02** **Ass. Resp. Técn. Subst. 03**

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

ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

SUB-ANEXO XI-A DAS INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO
ESTE ANEXO DESTINA-SE SOMENTE AOS ESTABELECIMENTOS COM ATIVIDADES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE COM OU SEM EQUIPAMENTO DE SAÚDE

I. INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA COMPETENTE

1. Número do Protocolo _____ 2. Data do Protocolo _____

II. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO - REGISTRAR OS MESMO DADOS DO FORMULÁRIO AO QUAL PERTENCE ESTE ANEXO

9. Razão Social / Nome: Sim

10. Nome Fantasia: _____

11. CNPJ / CPF: Sim

6. Nº CMVS do estabelecimento, se houver: _____

III. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

41. Cód. CNES: _____

41A. Autorização da ANVISA para transporte interestadual de amostra de sangue de doadores, bolsas de sangue e hemocomponentes

Número da autorização _____ Data da publicação _____

42. Sim, ver tabela 1 (acesso site no item formulários; anexo XII)
Cód. e descrição do tipo de serviço de saúde objeto da solicitação

43. Tipos de serviços de saúde albergados:

A. Próprios (Sob CMVS da estrtura albergante) - Registre os códigos:

B. Próprios (com CMVS próprio) registre os códigos:

B. Terceirizados - Registre os códigos e respectivos CNPJ:

Cód. CNPJ Cód. CNPJ

Cód. CNPJ Cód. CNPJ

Cód. CNPJ Cód. CNPJ

IV. ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL - INFORMAÇÕES ESTRUTURAIS

44. Total de consultórios médicos, segundo o tipo: _____ Pediátrico _____ Feminino _____ Masculino _____ Outros

45. Total de outros consultórios _____

46. Total de salas e de leitos de repouso / observação, segundo o tipo:
_____ Salas _____ Leitos Pediátrico _____ Salas _____ Leitos Feminino
_____ Salas _____ Leitos Masculino _____ Salas _____ Leitos Outros

47. Total de: _____ Consultórios ondontológicos e _____ Equipos

48. Total de salas, segundo o tipo:
_____ Pequenas cirurgias _____ Nebulização _____ Gesso
_____ Imunização _____ Curativo _____ Enfermagem _____ Cirurgia ambulatorial

Quimioterapia _____ Salas _____ Poltronas Diálise _____ Salas _____ Poltronas

V. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR / CCIH - INFORMAÇÕES DE PROFISSIONAIS MEMBROS EXECUTORES

49. Nome do profissional _____

CPF _____ **Cód. CBO** _____ **Sigla cons. PROF.** _____ **UF** ____ **Nº inscrição conselho** _____

50. Nome do profissional _____

CPF _____ **Cód. CBO** _____ **Sigla cons. PROF.** _____ **UF** ____ **Nº inscrição conselho** _____

51. Nome do profissional _____

CPF _____ **Cód. CBO** _____ **Sigla cons. PROF.** _____ **UF** ____ **Nº inscrição conselho** _____

52. Nome do profissional _____

CPF _____ **Cód. CBO** _____ **Sigla cons. PROF.** _____ **UF** ____ **Nº inscrição conselho** _____

53. Nome do profissional _____

CPF _____ **Cód. CBO** _____ **Sigla cons. PROF.** _____ **UF** ____ **Nº inscrição conselho** _____

VI. LEITOS DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO E DE UNIDADES DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

54. Estabelecimentos de saúde com internação - Registre o número de leitos existentes, segundo a especialidade:

A. Cirurgica:

- _____ **01. Buco Maxilo Facial**
- _____ **02. Cardiologia**
- _____ **03. Cirurgia Geral**
- _____ **04. Endocrinologia**
- _____ **05. Gastroenterologia**
- _____ **06. Ginecologia**
- _____ **07. Leito / Dia**
- _____ **08. Nefrologia / Urologia**
- _____ **09. Neurocirurgia**
- _____ **10. Obstetrícia**
- _____ **11. Oftamologia**
- _____ **12. Oncologia**
- _____ **13. Ortopedia / Traumatologia**
- _____ **14. Otorrinolaringologia**
- _____ **15. Plástica**
- _____ **16. Torácica**

B. Clínica:

- _____ **21. AIDS**
- _____ **22. Cardiologia**
- _____ **23. Clínica Geral**
- _____ **24. Crônicos**
- _____ **25. Dermatologia**
- _____ **26. Geriatria**
- _____ **27. Hansenologia**
- _____ **28. Hematologia**
- _____ **29. Leito / Dia**
- _____ **30. Nefro / Urologia**
- _____ **31. Neonatologia**
- _____ **32. Neurologia**
- _____ **33. Obstetrícia**
- _____ **34. Oncologia**
- _____ **35. Pediatria**
- _____ **36. Pneumologia**
- _____ **37. Psiquiatria**
- _____ **38. Reabilitação**
- _____ **39. Tisiologia**

55. Estabelecimento de saúde com internação - Registre o número de leitos complementares existentes:

- _____ **01. UTI Adulto**
- _____ **02. UTI Infantil**
- _____ **03. UTI Neonatal**
- _____ **04. Unidade Intermediária**
- _____ **05. Unidade Intermediária Neonatal**
- _____ **13. Unidade de Isolamento**

56. Unidade de urgência / emergência (Pronto - socorro) _____
Nº Leitos observação

VII. EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

57. Registre o número de equipamentos de saúde existentes e informados no anexo *"Equipamentos de Saúde"* _____

VISTO DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICO:

São Paulo,_____**de**_____**de 20**____

Responsável legal: Sim

Responsável técnico: Sim

CPF: Sim

Nº INSC. CONSELHO: Sim

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

EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

SUBANEXO XI-B - DAS INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

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

1. Nº DO PROTOCOLO
2. DATA DO PROTOCOLO

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

9. RAZÃO SOCIAL / NOME: Sim
10. NOME FANTASIA: Opcional
11. CPNJ / CPF: Sim
6. N.° CMVS DO ESTABELECIMENTO, SE HOUVER

III - EQUIPAMENTOS DE INTERESSE À SAÚDE - CONSULTAR TABELA DE TIPOS DE EQUIPAMENTO NAS INSTRUÇÕES

EQ. 01. CÓD.: Sim (1) NÚMERO CMVS: não CARACTERÍSTICA A: nº Série do equipamento
CARACTERÍSTICA B: marca e modelo CARACTERÍSTICA C: Kv... / Ma... CARACTERÍSTICA D:

EQ. 02. CÓD.: NÚMERO CMVS: CARACTERÍSTICA A:
CARACTERÍSTICA B: CARACTERÍSTICA C: CARACTERÍSTICA D:

EQ. 03. CÓD.: NÚMERO CMVS: CARACTERÍSTICA A:
CARACTERÍSTICA B: CARACTERÍSTICA C: CARACTERÍSTICA D:

EQ. 04. CÓD.: NÚMERO CMVS: CARACTERÍSTICA A:
CARACTERÍSTICA B: CARACTERÍSTICA C: CARACTERÍSTICA D:

EQ. 05. CÓD.: NÚMERO CMVS: CARACTERÍSTICA A:
CARACTERÍSTICA B: CARACTERÍSTICA C: CARACTERÍSTICA D:

EQ. 06. CÓD.: NÚMERO CMVS: CARACTERÍSTICA A:
CARACTERÍSTICA B: CARACTERÍSTICA C: CARACTERÍSTICA D:

EQ. 07. CÓD.: NÚMERO CMVS: CARACTERÍSTICA A:
CARACTERÍSTICA B: CARACTERÍSTICA C: CARACTERÍSTICA D:

EQ. 08. CÓD.: NÚMERO CMVS: CARACTERÍSTICA A:
CARACTERÍSTICA B: CARACTERÍSTICA C: CARACTERÍSTICA D:

(1) Ver tabela 2, acesso site no item formulários; anexo XIII)

IV - RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO

A. Sim
RESPONSÁVEL TÉCNICO — Sim CPF

Sim — CONS. PROF. | Sim — UF | Sim — Nº INSCRIÇÃO | não — CÓDIGO | E | DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):

PRINCIPAL 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ (Sim)

SUBSTITUTO 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐

* se houver mais de um equipamento

B.
RESPONSÁVEL TÉCNICO — CPF

CONS. PROF. | UF | Nº INSCRIÇÃO | CÓDIGO | E | DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):

PRINCIPAL 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐

SUBSTITUTO 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐

C.
RESPONSÁVEL TÉCNICO — CPF

CONS. PROF. | UF | Nº INSCRIÇÃO | CÓDIGO | E | DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):

PRINCIPAL 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐

SUBSTITUTO 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐

D.
RESPONSÁVEL TÉCNICO — CPF

CONS. PROF. | UF | Nº INSCRIÇÃO | CÓDIGO | E | DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):

PRINCIPAL 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐

SUBSTITUTO 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐

E.
RESPONSÁVEL TÉCNICO — CPF

CONS. PROF. | UF | Nº INSCRIÇÃO | CÓDIGO | E | DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):

PRINCIPAL 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐

SUBSTITUTO 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐

F.
RESPONSÁVEL TÉCNICO — CPF

CONS. PROF. | UF | Nº INSCRIÇÃO | CÓDIGO | E | DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):

PRINCIPAL 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐

SUBSTITUTO 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐

G. _____ _____

RESPONSÁVEL TÉCNICO **CPF**

CONS. PROF.	**UF**	**Nº INSCRIÇÃO**	**CÓDIGO**	**E**	**DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO**

ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):

PRINCIPAL 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐

H. _____ _____

RESPONSÁVEL TÉCNICO **CPF**

CONS. PROF.	**UF**	**Nº INSCRIÇÃO**	**CÓDIGO**	**E**	**DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO**

ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):

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**

Sim	Sim	Sim		
Assin. Resp. Legal	**Assin. Resp. Técn. Estab.**	**Assin. Resp. Técn. A**	**Assin. Resp. Técn. B**	**Assin. Resp. Técn. C**
Assin. Resp. Técn. D	**Assin. Resp. Técn. E**	**Assin. Resp. Técn. F**	**Assin. Resp. Técn. G**	**Assin. Resp. Técn. H**

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

ATIVIDADE RELACIONADA A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

SUB-ANEXO XI-C DAS INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO
ESTE ANEXO DESTINA-SE SOMENTE A ESTABELECIMENTOS
QUE DESENVOLVEM ATIVIDADES COM PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE

(FABRIL / PRODUTOR / EMBALADOR / ARMAZENADOR / DEPÓSITO FECHADO / COMERCIAL ATACADISTA / DISTRIBUIDOR / IMPORTADOR / COMERCIAL VAREJISTA / PRESTADOR DE SERVIÇOS)

I. INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA COMPETENTE:

1. Número do Protocolo

2. Data do Protocolo

3. Número do Processo Mãe

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

Sim
9. RAZÃO SOCIAL / NOME

Opcional
10. NOME FANTASIA

Sim
11. CNPJ / CPF

6. N.º CMVS DO ESTABELECIMENTO, SE HOUVER

11.A PÁGINA DA WEB

III. CARACTERIZAÇÃO DA ATIVIDADE

58. NO CASO DA ATIVIDADE DECLARADA REFERIR-SE AO CNAE 4771-7/01 - ASSINALE COM "X" UMA DAS ALTERNATIVAS ABAIXO: → Sim p/ cnae 4771-7/01

☐ DROGARIA ☐ ERVANARIA ☐ POSTO DE MEDICAMENTO

58A. NO CASO DA ATIVIDADE DECLARADA REFERIR-SE AO CNAE 4930-2/01, 4930-2/02 OU 3600-6/02 - ASSINALE COM "X" UMA DAS ALTERNATIVAS ABAIXO:

☐ TRANSPORTE DE ÁGUA PARA TRABALHADORES → Sim, p/ cnaes acima ☐ TRANSPORTE DE ÁGUA PARA OUTRAS FINALIDADES

☐ TRANSPORTE DE AMOSTRA DE SANGUE E TECIDOS DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

☐ MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO, PARA FINS DE DIAGNOSTICO, PROVENIENTES DE LABORATÓRIOS DE ANALISES CLINICAS/ ANATOMIA PATOLÓGICA

59. AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE) – QUANDO HOUVER, REGISTRE OS DADOS SOLICITADOS, SEGUNDO A CLASSE DE PRODUTO:

NÚMERO DA AFE	DATA DA PUBLICAÇÃO	MEDICAMENTO INSUMO FARMACÊUTICO	NÚMERO DA AFE	DATA DA PUBLICAÇÃO	PRODUTO PARA SAÚDE/CORRELATO
NÚMERO DA AFE	DATA DA PUBLICAÇÃO	FARMÁCIA DROGARIA			
NÚMERO DA AFE	DATA DA PUBLICAÇÃO	SANEANTE DOMIS SANITÁRIO	NÚMERO DA AFE	DATA DA PUBLICAÇÃO	COSMÉTICO PERFUME PROD.DE HIGIENE

60. AUTORIZAÇÃO ESPECIAL (AE) – QUANDO HOUVER, REGISTRE OS DADOS SOLICITADOS:

NÚMERO DA AFE

DATA DA PUBLICAÇÃO

MEDICAMENTO DE CONTROLE ESPECIAL INSUMO FARMACÊUTICO DE CONTROLE ESPECIAL PRECURSOR

não

61. CONTROLE DE QUALIDADE PRÓPRIO – ASSINALE COM UM "X" OS TIPOS DE CONTROLE DE QUALIDADE REALIZADOS PELA EMPRESA, NA CLASSE DE PRODUTO CORRESPONDENTE.

CLASSE DE PRODUTO	CONTROLE DE QUALIDADE	Físico-Químico	Químico	Biológico	Microbiológico
Medicamento					
Medicamento de Controle Especial					
Insumo Farmacêutico					
Insumo Farmacêutico de Controle Especial					
Precursor					
Cosmético					
Perfume					
Produto de Higiene					
Alimento					
Aditivo para Alimento					
Embalagem para Alimento					
Vernizes Sanitários para Embalagens de Alimentos					
Produto para saúde / Correlato					
Saneante Domissanitário					

62. CONTROLE DE QUALIDADE TERCEIRIZADO - REGISTRE O SOLICITADO REFERENTE À EMPRESA CONTRATADA PARA PRESTAR SERVIÇO DE CONTROLE DE QUALIDADE E ÀS CLASSES DE PRODUTOS, ASSINALANDO COM UM "X" OS TIPOS DE CONTROLES POR ELA REALIZADOS.

não

RAZÃO SOCIAL / CNPJ DO TERCEIRO	CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSE DE PRODUTO	Físico-Químico	Químico	Biológico	Micro biológico
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐

SiM

63. ATIVIDADES EXECUTADAS POR CLASSE DE PRODUTO-ASSINALE COM UM "X" NAS COLUNAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES EXECUTADAS NO ESTABELECIMENTO, SEGUNDO A CLASSE DE PRODUTO.

CLASSE DE PRODUTO	ATIVIDADES	Fabricar	Transformar	Purificar	Extrair	Fragmentar	Sintetizar	Fracionar	Esterilizar radiação ionizante	Esterilizar ETO	Esterilizar outras	Reprocessar	Irradiar	Transportar	Expedir	Armazenar	Embalar	Distribuir	Importar	Importar para uso próprio	Exportar	Realizar etapas de fabricação *
	Medicamentos																					
	Medicamentos de Controle Especial																					
	Insumos Farmacêuticos																					
	Insumos Farmacêuticos de Controle Especial																					
	Precursores																					
II	Cosméticos																					
	Perfumes																					
	Produtos de Higiene																					
III	Alimentos																					
	Alimentos Artesanais																					
	Aditivos para Alimentos																					
	Embalagens para Alimentos																					
	Vernizes Sanitários para Embalagens de Alimentos																					
IV	Produtos para a saúde / Correlatos																					
V	Saneantes Domissanitários																					

* aplica-se ao CNAE 8292-0/00

63.A – ATIVIDADES EXECUTADAS POR ESTABELECIMENTOS ENQUADRADOS NOS cnaes 4771-7/01 (Drogaria) e / ou 4771-7/02 (Farmácias):

SiM p/ cnaes acima

- ☐ - manipular
- ☐ - fracionar
- ☐ - dispensar
- ☐ - aferir parâmetros fisiológicos e bioquímico
- ☐ - prestar atenção farmacêutica domiciliar
- ☐ - administrar/aplicar medicamentos
- ☐ - perfurar lóbulo auricular para colocação de brinco
- ☐ - dispensar medicamentos sujeitos a controle especial
- ☐ - dispensar por meio remoto

não

64. ATIVIDADES TERCEIRIZADAS - REGISTRE O SOLICITADO REFERENTE À EMPRESA CONTRATADA E ÀS CLASSES DE PRODUTOS, ASSINALANDO COM UM "X" AS ATIVIDADES TERCEIRIZADAS E O TIPO DE MATERIAL ARMAZENADO, QUANDO FOR O CASO.

RAZÃO SOCIAL CNPJ DA EMPRESA CONTRATADA (TERCEIRO)	CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSE DE PRODUTO	☐ EMBALAR ☐ TRANSPORTAR ☐ REALIZAR ETAPA FABRICAÇÃO ☐ ADEQUAÇÃO DE ROTULAGEM DE PRODUTO ACABADO ☐ ASSISTÊNCIA TÉCNICA ☐ ARMAZENAR ☐ MAT. PRIMA ☐ MAT. EMBALAGEM ☐ PROD. ACABADO ☐ ATENDIMENTO AO CLIENTE
RAZÃO SOCIAL CNPJ DA EMPRESA CONTRATADA (TERCEIRO)	CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSE DE PRODUTO	☐ EMBALAR ☐ TRANSPORTAR ☐ REALIZAR ETAPA FABRICAÇÃO ☐ ADEQUAÇÃO DE ROTULAGEM DE PRODUTO ACABADO ☐ ASSISTÊNCIA TÉCNICA ☐ ARMAZENAR ☐ MAT. PRIMA ☐ MAT. EMBALAGEM ☐ PROD. ACABADO ☐ ATENDIMENTO AO CLIENTE
RAZÃO SOCIAL CNPJ DA EMPRESA CONTRATADA (TERCEIRO)	CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSE DE PRODUTO	☐ EMBALAR ☐ TRANSPORTAR ☐ REALIZAR ETAPA FABRICAÇÃO ☐ ADEQUAÇÃO DE ROTULAGEM DE PRODUTO ACABADO ☐ ASSISTÊNCIA TÉCNICA ☐ ARMAZENAR ☐ MAT. PRIMA ☐ MAT. EMBALAGEM ☐ PROD. ACABADO ☐ ATENDIMENTO AO CLIENTE
RAZÃO SOCIAL CNPJ DA EMPRESA CONTRATADA (TERCEIRO)	CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSE DE PRODUTO	☐ EMBALAR ☐ TRANSPORTAR ☐ REALIZAR ETAPA FABRICAÇÃO ☐ ADEQUAÇÃO DE ROTULAGEM DE PRODUTO ACABADO ☐ ASSISTÊNCIA TÉCNICA ☐ ARMAZENAR ☐ MAT. PRIMA ☐ MAT. EMBALAGEM ☐ PROD. ACABADO ☐ ATENDIMENTO AO CLIENTE
RAZÃO SOCIAL CNPJ DA EMPRESA CONTRATADA (TERCEIRO)	CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSE DE PRODUTO	☐ EMBALAR ☐ TRANSPORTAR ☐ REALIZAR ETAPA FABRICAÇÃO ☐ ADEQUAÇÃO DE ROTULAGEM DE PRODUTO ACABADO ☐ ASSISTÊNCIA TÉCNICA ☐ ARMAZENAR ☐ MAT. PRIMA ☐ MAT. EMBALAGEM ☐ PROD. ACABADO ☐ ATENDIMENTO AO CLIENTE
RAZÃO SOCIAL CNPJ DA EMPRESA CONTRATADA (TERCEIRO)	CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSE DE PRODUTO	☐ EMBALAR ☐ TRANSPORTAR ☐ REALIZAR ETAPA FABRICAÇÃO ☐ ADEQUAÇÃO DE ROTULAGEM DE PRODUTO ACABADO ☐ ASSISTÊNCIA TÉCNICA ☐ ARMAZENAR ☐ MAT. PRIMA ☐ MAT. EMBALAGEM ☐ PROD. ACABADO ☐ ATENDIMENTO AO CLIENTE
RAZÃO SOCIAL CNPJ DA EMPRESA CONTRATADA (TERCEIRO)	CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSE DE PRODUTO	☐ EMBALAR ☐ TRANSPORTAR ☐ REALIZAR ETAPA FABRICAÇÃO ☐ ADEQUAÇÃO DE ROTULAGEM DE PRODUTO ACABADO ☐ ASSISTÊNCIA TÉCNICA ☐ ARMAZENAR ☐ MAT. PRIMA ☐ MAT. EMBALAGEM ☐ PROD. ACABADO ☐ ATENDIMENTO AO CLIENTE

→ Sim, conforme orientação abaixo (Para farmácia de manipulação)

66. CATEGORIAS DE MEDICAMENTOS: SE, NO QUADRO 63 A CLASSE DE PRODUTO "MEDICAMENTO" OU "MEDICAMENTO DE CONTROLE ESPECIAL" ESTIVER ASSOCIADA COM A ATIVIDADE "FABRICAR OU COM A ATIVIDADE DE "MANIPULAR" PARA FARMÁCIAS DE MANIPULAÇÃO NO QUADRO 63.A, ASSINALE COM UM "X" AS LINHAS DE PRODUÇÃO CORRESPONDENTES ÀS CATEGORIAS DE PRODUTO INFORMADAS.

LINHAS DE PRODUÇÃO DEFINIDAS POR FORMA FARMACÊUTICA / CATEGORIAS DE MEDICAMENTOS	ALOPÁTICOS - ANOVULATÓRIOS	ALOPÁTICOS – ANTIBIÓTICOS	ALOPÁTICOS - CEFALOSPORÍNICOS	ALOPÁTICOS – PENICILÍNICOS	ALOPÁTICOS – CONTROLE ESPECIAL	ALOPÁTICOS – DEMAIS CATEGORIAS	ALOPÁTICOS – ENTORPECENTES	ALOPÁTICOS – HEMODERIVADOS	ALOPÁTICOS – HORMÔNIOS	ALOPÁTICOS – ONCOLÓGICOS / CITOSTÁTICOS	ALOPÁTICOS – PSICOTRÓPICOS	FITOTERÁPICOS	HOMEOPÁTICOS	PRODUTOS OFICINAIS	OPOTERÁPICOS	SOROS E VACINAS	DEMAIS CATEGORIAS
ADESIVO TRANSDÉRMICO																	
AEROSOL																	
CÁPSULA GELATINOSA DURA																	
CÁPSULA GELATINOSA MOLE																	
SACHE																	
COLÍRIO																	
COLUTÓRIO																	
COMPRIMIDO																	
COMPRIMIDO EFERVESCENTE																	
COMPRIMIDO REVESTIDO																	
COMPRIMIDO VAGINAL																	
CREME																	
DRÁGEA																	
EFERVESCENTES																	
ELIXIR																	
EMPLASTO, ADESIVO CURATIVO																	
EMULSÃO																	
EMULSÃO PARENTERAL PEQ. VOL. C/ EST. FINAL																	
EMULSÃO PARENTERAL PEQ. VOL. S/ EST. FINAL																	
ENEMA																	
ESMALTE DE UNHA MEDICINAL																	
GAZE MEDICINAL																	
GEL																	
GEL OFTÁLMICO																	
GLÓBULO																	
GRÂNULO																	
GRÂNULO EFERVESCENTE																	
IMPLANTE																	
LOÇÃO																	

não

65. CATEGORIAS DE PRODUTOS - REGISTRE O SOLICITADO REFERENTE ÀS CATEGORIAS DE PRODUTO (EXCETO MEDICAMENTOS), ASSINALANDO COM "X" PARA IDENTIFICAR O GRAU / CLASSE DE RISCO CORRESPONDENTE.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	RISCO 1	2	3	4

Continuação da página anterior

ÓLEO USO ORAL																	
ÓLEO USO TÓPICO																	
ÓVULO																	
PASTA																	
PASTILHA																	
PASTILHA EFERVESCENTE																	
POMADA																	
POMADA OFTÁLMICA																	
PÓ ESTÉRIL																	
PÓ LIÓFILO INJETÁVEL																	
PÓ LIÓFILO ORAL																	
PÓ PARA RECONSTITUIÇÃO ORAL																	
PÓ PARA USO EXTERNO																	
SABONETE MEDICINAL LÍQUIDO																	
SABONETE MEDICINAL SÓLIDO																	
SOLUÇÃO NASAL																	
SOLUÇÃO ORAL																	
SOLUÇÃO OTOLÓGICA																	
SOLUÇÃO TÓPICA																	
SOLUÇÃO PARA DIÁLISE PERITONEAL																	
SOLUÇÃO PARA HEMODIÁLISE																	
SPGV BOLSA																	
SPGV FRASCO DE VIDRO																	
SPGV FRASCO PLÁSTICO																	
SPPV COM ESTERILIZAÇÃO FINAL																	
SPPV SEM ESTERILIZAÇÃO FINAL																	
SPRAY																	
SPRAY NASAL																	
SUPOSITÓRIO																	
SUSPENSÃO NASAL																	
SUSPENSÃO OFTALMICA																	
SUSPENSÃO ORAL																	
SUSPENSÃO OTOLÓGICA																	
SUSPENSÃO PARENTERAL PEQ. VOL. C/ EST. FINAL																	
SUSPENSÃO PARENTERAL PEQ. VOL. C/ EST. FINAL																	
TABLETE																	
TINTURA																	
UNGÜENTO																	
XAMPU MEDICINAL																	
XAROPE																	
OUTROS																	

VISTO DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICO:

São Paulo,_____de_____de 20____

Responsável legal: Sim Responsável técnico: Sim, se houver

CPF: Sim N° INSC. CONSELHO: Sim, se houver

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

SUBANEXO XI-D - IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULOS

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

I. INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO PELA UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE COMPETENTE

1. Nº DO PROTOCOLO _____ 2. DATA DO PROTOCOLO _____

II. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO - REGISTRAR OS MESMO DADOS DO FORMULÁRIO AO QUAL PERTENCE ESTE ANEXO

9. RAZÃO SOCIAL / NOME: Sim

10. NOME FANTASIA: Opcional

11. CPNJ / CPF: Sim

6. N.º CMVS DO ESTABELECIMENTO, SE HOUVER: não

5. CÓDIGO CNAE: Sim

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE Á SAÚDE DO ESTABELECIMENTO: Opcional

III. SOLICITAÇÃO

Sim 4. Objeto da solicitação - assinale uma das opções abaixo:

☐ CADASTRO / LICENÇA INICIAL ☐ INCLUSÃO DE VEÍCULOS ☐ EXCLUSÃO

IV. IDENTIFICAÇÃO DOS VEÍCULOS

67. Números dos RENAVAM Sim

N° RENAVAM: _____	Nº RENAVAM: _____
N° RENAVAM: _____	Nº RENAVAM: _____
N° RENAVAM: _____	Nº RENAVAM: _____
N° RENAVAM: _____	Nº RENAVAM: _____
N° RENAVAM: _____	Nº RENAVAM: _____
N° RENAVAM: _____	Nº RENAVAM: _____
N° RENAVAM: _____	Nº RENAVAM: _____
N° RENAVAM: _____	Nº RENAVAM: _____
N° RENAVAM: _____	Nº RENAVAM: _____
N° RENAVAM: _____	Nº RENAVAM: _____

VISTO DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICO:

São Paulo,_____de_____de 20____

Responsável legal: Sim

Responsável técnico: Sim, se houver

CPF: Sim

N° INSC. CONSELHO: Sim, se houver

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

ATIVIDADE DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA
SUBANEXO XI-E DAS INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

I. INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO PELA UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE COMPETENTE

1. Nº DO PROTOCOLO _____ 2. DATA DO PROTOCOLO _____

II. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO - REGISTRAR OS MESMO DADOS DO FORMULÁRIO AO QUAL PERTENCE ESTE ANEXO

9. RAZÃO SOCIAL / NOME: Sim

10. NOME FANTASIA: Opcional

11. CPNJ / CPF: Sim

6. N.º CMVS DO ESTABELECIMENTO, SE HOUVER: não

III. CARACTERIZAÇÃO DA ATIVIDADE

Sim para Todos

68. Finalidade de uso da água: ☐ Solução Alternativa Tipo I ☐ Solução Alternativa Tipo II Outros Especificar: _____

69. População Abastecida (total): _____

70. O local é conectado à rede pública de abastecimento da água? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

71. A instalação hidráulica predial ligada à rede pública de abastecimento de água é independentemente da instalação hidráulica predial da solução alternativa coletiva de abastecimento de água? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

72. Tratamento da água da Solução Alternativa Coletiva / Sistema de Abastecimento de Água

TRATAMENTO	TIPO DE MANANCIAL: SUPERFICIAL	TIPO DE MANANCIAL: SUBTERRÂNEO	PRODUTOS UTILIZADOS*
I. Sem tratamento	1. SIM ☐ 2. NÃO ☐	1. SIM ☐ 2.NÃO ☐	
II. Com tratamento (especificar abaixo)	1. SIM ☐ 2. NÃO ☐	1. SIM ☐ 2.NÃO ☐	
a) Gradeamento	1. SIM ☐ 2. NÃO ☐	1. SIM ☐ 2.NÃO ☐	
b) Caixa de Areia	1. SIM ☐ 2. NÃO ☐	1. SIM ☐ 2.NÃO ☐	
c) Aeração	1. SIM ☐ 2. NÃO ☐	1. SIM ☐ 2.NÃO ☐	
d) Pré-cloração	1. SIM ☐ 2. NÃO ☐	1. SIM ☐ 2.NÃO ☐	Hipoclorito de Sódio ☐ Cloro Gasoso ☐ Ozônio ☐
e) Coagulação / Floculação	1. SIM ☐ 2. NÃO ☐	1. SIM ☐ 2.NÃO ☐	Sulfato de Alumínio Ferroso ☐
f) Decantação	1. SIM ☐ 2. NÃO ☐	1. SIM ☐ 2.NÃO ☐	Cal Hidratada ☐
g) Flotação	1. SIM ☐ 2. NÃO ☐	1. SIM ☐ 2.NÃO ☐	Sulfato Férrico ☐
h) Filtração	1. SIM ☐ 2. NÃO ☐	1. SIM ☐ 2.NÃO ☐	Sulfato de Alumínio ☐
i) Desinfecção	1. SIM ☐ 2. NÃO ☐	1. SIM ☐ 2.NÃO ☐	Hipoclorito de Sódio ☐ Cloro Gasoso ☐ Ozônio ☐ Ultravioleta ☐
j) Correção de pH	1. SIM ☐ 2. NÃO ☐	1. SIM ☐ 2.NÃO ☐	Hidróxido de Sódio ☐ Barrilha de Carbonato de Cálcio ☐ Cal Hidratada ☐
k) Fluoretação	1. SIM ☐ 2. Natural ☐ 3. NÃO ☐	1. SIM ☐ 2. Natural ☐ 3. NÃO ☐	Hexafluorsilicato de sódio ☐ Fluoreto de Sódio ☐
Outros Tipos de Tratamento*:	1. SIM ☐ 2. NÃO ☐	1. SIM ☐ 2.NÃO ☐	

*Especificar: _____

Sim

73. Informações da Captação da Água

Tipo de Manancial/ Aquífero	Identificação	Vazão Média (m³/h)	Outorga DAEE		Coordenadas do ponto de captação		
			Número	Data de Vencimento	Coordenada UTM Leste (m)	Coordenada UTM Norte (m)	Datum

IV - PLANO DE AMOSTRAGEM PARA CONTROLE DA QUALIDADE DA ÁGUA DE SOLUÇÃO ALTERNATIVA COLETIVA

SOLUÇÃO ALTERNATIVA COLETIVA Nº _____

74. Plano de Amostragem - CNAE 3600-6/01 Sim para essa atividade

_____ (Mês/Ano) a _____ (Mês/Ano)*

Parâmetro	Saída do Tratamento		Ponto de Consumo	
	Número de amostra	Frequência	Número de amostra	Frequência
Cor	1	Mensal		Mensal
pH	1	Mensal		Mensal
Turbidez	1	Mensal		Mensal
Colif. Totais	1	Mensal		Mensal
E. coli	1	Mensal		Mensal
CRL	1	Mensal		Mensal

***Período de 12 (doze) meses a contar da data de solicitação do cadastro**

75. Plano de Amostragem - CNAE 3600-6/02 Sim para essa atividade

_____ (Mês/Ano) a _____ (Mês/Ano)*

Parâmetro	Saída do Tratamento		Ponto de Consumo	
	Número de amostra	Frequência	Número de amostra	Frequência
Cor	1	Mensal		Mensal
pH	1	Mensal		Mensal
Turbidez	1	Mensal		Mensal
Colif. Totais	1	Mensal		Mensal
E. coli	1	Mensal		Mensal
CRL	1	Mensal		Mensal
Ferro Total	1	Mensal		
Nitrato	1	Mensal		

***Período de 12 (doze) meses a contar da data de solicitação do cadastro**

76. Se as soluções alternativas coletivas estiverem localizadas no raio de 500 m de áreas contaminadas, informar:

I. Número do parecer técnico CETESB: Sim

II. O(s) parâmetro(s) monitorado(s) na água bruta: _____

III. A frequência e os meses de análise: _____

77. Para análises referentes à Portaria MS 2914/2011, informar:

I. Os meses de análise: Sim

Vistos dos responsáveis legal e técnico: **São Paulo,**_____**de**_____**de 20**____

Responsável Legal: Sim **Responsável Técnico:** Sim, se houver

CPF: Sim **Nº Inscr. Conselho:** Sim, se houver