



## SMS - Secretaria Municipal da Saúde

**REQUERIMENTO DE CADASTRO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - CMVS**

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

**I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO 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 DO CMVS CORRESPONDENTE

 ESTABELECIMENTO  ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO  CAPTAÇÃO, TRATAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA E DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA POR CAMINHÃO EQUIPAMENTO  FEIRANTE

Número de matrícula do feirante

**SELECIONE O CNAE E A DESCRIÇÃO (campo obrigatório)**

5. CÓDIGO CNAE E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE À SAÚDE DO ESTABELECIMENTO

6. N.º CMVS - CADASTRO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, SE HOUVER

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

 CADASTRO INICIAL ATUALIZAÇÃO DO CMVS CANCELAMENTO DO CMVS ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS - ASSINALE NO ITEM 8 ABAIXO, O(S) TIPO(S) DE ALTERAÇÃO(ões)

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

8.A.  ENDEREÇO8.E.  ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA OU  BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA8.B.  RESPONSABILIDADE LEGAL8.F.  NÚMERO E/OU TIPO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE ISENTOS DE CMVS8.C.  NÚMERO DE LEITOS8.G.  AMPLIAÇÃO / REDUÇÃO DE: ATIVIDADE / CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO8.D.  RAZÃO SOCIAL8.H.  INCLUSÃO DE VEÍCULOS  EXCLUSÃO DE VEÍCULOS

REGISTRE O CNPJ ANTERIOR

**III - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

9. RAZÃO SOCIAL / NOME

10. NOME FANTASIA

11. CNPJ / CPF

12. NATUREZA JURÍDICA:  PESSOA FÍSICA PESSOA JURÍDICA**IV - LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

16. LOGRADOURO

17. NÚMERO

18. COMPLEMENTO

19. BAIRRO

ISPI

ISÃO PAULO I

20. UF

21. NOME MUNICÍPIO

19 A. DISTRITO ADMINISTRATIVO (PREENCHIMENTO PELA COVISA)

22. CEP

23. DDD

24. TELEFONE

25. FAX

26. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail)

**V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

28. POSSUI DISPENSAÇÃO DE PRODUTOS DE CONTROLE ESPECIAL?

 SIM NÃO

(Preencher somente no caso do CNAE 7500-1/00)

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

ALBERGANTE  ALBERGADO - INFORME O CNPJ DO ALBERGANTE, NO CASO DE ALBERGADO TERCEIRIZADO

30. PRIVADO

31. ESFERA ADMINISTRATIVA - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

FEDERAL  ESTADUAL  MUNICIPAL

32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

SINDICATO  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  ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS  
 EMPRESA DE ECONOMIA MISTA  CONDOMÍNIOS / ASSOCIAÇÕES  ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - ORG. SOCIAL PÚBLICA

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

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

34. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS / PROFISSIONAIS - AO REGISTRAR O Nº, CONSIDERE TODOS OS NÍVEIS DE FORMAÇÃO: SUPERIOR, TÉCNICO, MÉDIO E ELEMENTAR.

PRÓPRIOS  C/ VÍNCULO  AUTÔNOMOS  TERCEIRIZADOS  TOTAL

### VI - IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS

35. NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL

C P F

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

36. NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

C P F

SIGLA CONS. PROF.

UF

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

37. NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01

C P F

SIGLA CONS. PROF.

UF

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

38. NOME DO 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

NÚMERO DO RENAVAM

NÚMERO DO RENAVAM

NÚMERO DO RENAVAM

NÚMERO DO RENAVAM

NÚMERO DO RENAVAM

NÚMERO DO RENAVAM

NÚMERO DO RENAVAM

NÚMERO DO RENAVAM

NÚMERO DO RENAVAM

NÚMERO DO RENAVAM

NÚMERO DO RENAVAM

### VII - ANEXOS

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

ATIVIDADE RELACIONADA A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE  ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE  EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

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

Local

Data

Assinatura do Responsável Legal

Assinatura do 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 DEMAIS ANEXOS**

### **Introdução**

O preenchimento deste requerimento tem por finalidade dar entrada a algum tipo de solicitação referente aos estabelecimentos de assistência e de interesse à saúde (Anexo I) e aos equipamentos de saúde (Tabela 02 - final destas instruções), relacionados na presente Portaria, no órgão de vigilância sanitária competente, tais como:

- Cadastramento inicial para obtenção de número de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária - CMVS;
- Desativação do Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária - CMVS;
- Atualização do Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária - CMVS;
- Alteração de dados cadastrais como endereço, responsabilidade legal e/ou técnica (assunção e baixa), número de leitos, número e tipo de equipamentos de saúde, ampliação ou redução de atividade, classe ou categoria de produto e, razão social (fusão, incorporação, cisão ou sucessão).

O responsável pelo estabelecimento e equipamento 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 - CMVS"**, devendo, conforme o objeto da solicitação, estar acompanhado do Anexo II e demais anexos específicos.

Em todos os casos, o requerimento e seus anexos devem ser preenchidos, datados e assinados pelo responsável legal e, quando for o caso, pelos responsáveis técnicos pelo estabelecimento de assistência e de interesse à saúde e equipamentos de saúde.

### **Critérios para uso do requerimento e seus anexos**

Existem quatro formulários que devem ser utilizados, conforme abaixo:

#### **ANEXO II - "REQUERIMENTO DE CADASTRO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - CMVS"**

Preenchimento obrigatório para todos os tipos de estabelecimentos de assistência e de interesse à saúde e de equipamentos de saúde (Anexo I da presente Portaria e Tabela 2 - final das instruções), seguido de um ou mais anexos específicos, conforme o tipo de atividade e do equipamento.

### **ANEXO III - "EQUIPAMENTOS DE SAÚDE"**

Preenchimento obrigatório para todo estabelecimento que possua equipamentos de saúde, constantes na Tabela 02 - final destas instruções.

### **ANEXO IV - "ATIVIDADE RELACIONADA A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE"**

Preenchimento obrigatório para os estabelecimentos industriais, comerciais ou de prestação de serviços, que exerçam atividades relacionadas com produtos de interesse à saúde (Grupo I, do Anexo I, desta Portaria), exceto aqueles mencionados a seguir:

- **Todos os CNAE do agrupamento 20, Subgrupo C, Grupo I do Anexo I**  
- **Comércio Varejista de Alimentos.**

### **ANEXO V - "ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE"**

Preenchimento obrigatório para qualquer estabelecimento que presta serviço de atendimento, internação e diagnóstico de saúde, entre outros constantes no Grupo II do Anexo I desta Portaria.

A forma de preenchimento do **"Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária - CMVS"** varia de acordo com as características do objeto da solicitação e segundo conceitos pré-estabelecidos para uso da vigilância sanitária:

**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.

Estas atividades são as seguintes:

• **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, constantes no Grupo I do Anexo I desta Portaria.

Para cada estabelecimento corresponde um número CMVS e, conseqüentemente, o preenchimento de um Anexo II - "Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária - CMVS" e do Anexo IV - "Atividade Relacionada a Produtos de Interesse da Saúde", para as solicitações pertinentes.

• **Atividades de prestação de serviço de saúde** - são aquelas relacionadas no Grupo II do Anexo I desta 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", corresponde um número CMVS e, conseqüentemente, para cada um deles é necessário o preenchimento de um Anexo II - "Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária - CMVS" e do Anexo V - "Atividade de Prestação de Serviço de Saúde" para as solicitações pertinentes.

**Nota:** No caso da solicitação referir-se a:

a) Estrutura "Albergante"- o Anexo V - "ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE" - prevê o registro de todos os serviços albergados, sejam eles próprios - com/sem CMVS - e terceirizados. Esse fato não dispensa a entrada de solicitação específica para cada um dos serviços albergados, próprios e terceirizados, sujeitos ao CMVS (vide Tabela 01 no final destas instruções).

b) Estabelecimento (albergante ou albergado) que possui um ou mais equipamentos de saúde - o Anexo III - "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). Esse fato não isenta a entrada de solicitação específica para cada um dos equipamentos sujeitos ao CMVS.

• **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. Encontram-se relacionadas no Grupo III do Anexo I desta Portaria. Para cada estabelecimento corresponde um número CMVS e, conseqüentemente, o preenchimento de um Anexo II de "Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária - CMVS" para as solicitações pertinentes. Essas atividades estão dispensadas de preencherem quaisquer dos anexos desse formulário.

• **Equipamentos de saúde** - são os equipamentos de interesse à saúde utilizados nos diversos serviços de saúde e que atualmente são objetos de ação e de cadastramento pela vigilância sanitária (vide Tabela 02 no final destas instruções).

Para cada equipamento sujeito ao Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária - CMVS, corresponde um número CMVS.

Quando a solicitação referir-se somente ao equipamento de saúde é preciso preencher um único Anexo II de "Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária - CMVS" e quantas folhas do Anexo III "Equipamentos de Saúde" forem necessárias para a totalidade das informações.

## Instruções de preenchimento dos campos dos formulários

### ANEXO II - "REQUERIMENTO DE CADASTRO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA"

#### INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

##### I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO 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 DO CMVS CORRESPONDENTE

##### **ESTABELECIMENTO**

Assinale no caso da solicitação referir-se a um estabelecimento de interesse à saúde sujeito ao número CMVS - consulte o **Anexo I** desta Portaria e a **Tabela 01 - Tipos de Serviços de Saúde** (vide 01.A e 01.B), no final destas instruções.

##### **EQUIPAMENTO**

Assinale no caso da solicitação referir-se a um ou mais equipamentos de saúde sujeito ao número CMVS - consulte a **Tabela 02 - Equipamentos de Saúde** (vide 02.B, 02.C, 02.D. e 02.E), no final destas instruções.

##### **ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO**

Assinale no caso da solicitação referir-se a um estabelecimento de interesse à saúde que possua um ou mais equipamentos de saúde, ambos sujeitos ao número CMVS - consulte o **Anexo I** desta **Portaria** e as **Tabelas 01.A e 01.B e 02.B a 02.E**, no final destas instruções.

##### **FEIRANTE**

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

## **5. 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 do estabelecimento de assistência ou de interesse à saúde, explicitada no contrato social da empresa - consulte o **Anexo I** desta Portaria.

**Nota:** No caso de contrato social em que estejam descritas várias atividades econômicas, eleger aquela de interesse da saúde, priorizando a que apresentar a maior complexidade na ação de vigilância sanitária (última coluna da referida tabela).

## **6. Nº. CMVS - CADASTRO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

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

**Nota:** Se essa for a primeira solicitação de cadastro do estabelecimento ou do equipamento, esse campo deve ficar em branco.

## **7. TIPO DE SOLICITAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:**

Assinale com "X" uma única opção conforme o tipo de solicitação desejada.

### **CADASTRO INICIAL**

Assinale no caso de primeira solicitação de cadastro.

### **ATUALIZAÇÃO DO CMVS**

Assinale no caso da solicitação referir-se à atualização do CMVS, desde que prevista em legislação sanitária vigente (federal, estadual ou municipal), conforme coluna "Atualização CMVS", no Anexo I.

### **DESATIVAÇÃO DO CMVS**

Assinale no caso da solicitação referir-se ao encerramento definitivo das atividades do estabelecimento ou do uso de equipamento de saúde, conforme previsto nesta Portaria.

### **ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS - ASSINALE NO ITEM 8 ABAIXO, OS TIPOS DE ALTERAÇÕES**

Ao assinalar esta alternativa (8) fica obrigatório informar quais os tipos de alterações solicitadas.

## **8. TIPO DE ALTERAÇÃO - ASSINALE COM UM "X" AS OPÇÕES ABAIXO:**

## **8.A. ENDEREÇO**

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

**Nota:** No caso de alteração de endereço do estabelecimento para outro subdistrito/região do mesmo município, o número CMVS permanece inalterado.

## **8.B. RESPONSABILIDADE LEGAL**

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

## **8.C. NÚMERO DE LEITOS**

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

## **8.D. RAZÃO SOCIAL**

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

## **8.E. FUSÃO ou INCORPORAÇÃO ou CISÃO ou SUCESSÃO**

Neste caso, assinale apenas uma opção, segundo os conceitos da Resolução RDC nº. 221 (republicada em DOU de 8/2/2001), descrita a seguir:

**Nota:** Utilizar um formulário para cada uma das situações, fornecendo somente os dados cadastrais da solicitante (sucessora), de forma a registrar a nova configuração da empresa.

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.

**REGISTRE O CNPJ ANTERIOR** - da empresa originária que está sendo extinta.

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.

**REGISTRE O CNPJ ANTERIOR** - da empresa que está sendo incorporada pela solicitante.

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.

**REGISTRE O CNPJ ANTERIOR** - da empresa que está sendo absorvida pela solicitante.

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



**REGISTRE O CNPJ ANTERIOR** - da empresa que está sendo adquirida pela solicitante.

#### **8.F. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA ou BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

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

**Nota:** Utilize um requerimento por profissional para cada uma das situações, ou seja, não utilize o mesmo requerimento para informar a baixa de responsabilidade do profissional de um estabelecimento / equipamento e sua assunção em outro estabelecimento / equipamento. A baixa de responsabilidade técnica e a assunção do novo responsável técnico devem ser solicitados em requerimentos distintos.

#### **8.G. NÚMERO e ou TIPO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE ISENTOS DE CMVS**

Assinale no caso de aumento ou diminuição de equipamentos de saúde, isentos de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária (Tabela 02.A).

#### **8.H. AMPLIAÇÃO / REDUÇÃO DE: ATIVIDADE 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.

**Nota:** Na **mudança de ramo de atividade** devem ser observadas as disposições para desativação do número CMVS vigente e, conseqüentemente, para a solicitação de outro número CMVS para a nova atividade.

### **III - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

#### **9. RAZÃO SOCIAL / NOME**

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

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

#### **10. NOME FANTASIA**

Registre o nome fantasia do estabelecimento a ser cadastrado.

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

## 11. 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.

## 12. 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)

## IV - LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

a. "ALBERGANTE" - registre seu próprio endereço.

b. "ALBERGADO" - registre o endereço da estrutura "ALBERGANTE", onde está sediado.

## 16. 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.

No caso de ambulante de alimentos denominado "dogueiro motorizado" deve ser registrado o endereço da base operacional, conforme Decreto Municipal nº. 42.242 de 01/08/2002.

No caso de feirante ou profissional autônomo, proprietário de um único veículo, que desenvolve atividade de transporte de alimentos deve ser registrado neste campo o endereço residencial dos mesmos.

## 17. NÚMERO

Registre o número do logradouro.

## 18. 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.

## **19. BAIRRO**

Registre o nome do respectivo bairro.

## **19A. DISTRITO ADMINISTRATIVO**

Neste campo é registrado o nome do respectivo distrito administrativo. Este item será preenchido pela COVISA.

## **20. UF**

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

## **21. NOME MUNICÍPIO**

Registre o nome do respectivo município.

## **22. CEP**

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

## **23. DDD**

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

## **24. TELEFONE**

Registre o respectivo número de telefone.

## **25. FAX**

Registre o respectivo número do fac-símile.

## **26. ENDEREÇO ELETRÔNICO**

Registre o endereço eletrônico (e-mail) do estabelecimento ou dos responsáveis legal ou técnico.

## **V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

### **28. POSSUI DISPENSAÇÃO DE PRODUTOS DE CONTROLE ESPECIAL (conforme Portaria MS 344/98)**

Preencher somente no caso do CNAE 7500-1/00 - Agrupamento 26, Subgrupo A, Grupo III do Anexo I.

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.

**29. SITUAÇÃO** - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, A INFORMAÇÃO SOLICITADA:

**ALBERGANTE**

Quando o estabelecimento objeto da solicitação, sujeito ao número CMVS, abriga atividades que prestam um ou mais tipos de serviços, próprias e ou terceirizadas, numa mesma estrutura.

**ALBERGADO** - INFORME CNPJ DO ALBERGANTE, NO CASO DE ALBERGADO TERCEIRIZADO:

Situação na qual o estabelecimento objeto da solicitação, sujeito ao número CMVS, desenvolve suas atividades em uma estrutura albergante.

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

**30. 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/MANTIDO:

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.

**31. ESFERA ADMINISTRATIVA** -ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

**PRIVADO**

Quando o estabelecimento for da esfera privada.

## **FEDERAL**

Quando o estabelecimento pertencer à esfera pública e for vinculado à Administração Pública Federal.

## **ESTADUAL**

Quando o estabelecimento pertencer à esfera pública e for vinculado à Administração Pública Estadual.

## **MUNICIPAL**

Quando o estabelecimento pertencer à esfera pública e for vinculado à Administração Pública Municipal.

### **32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO**

Consulte o contrato social da empresa para assinalar 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**

### **33. 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-escolas 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.

### **NÃO POSSUI UNIDADE DESSE TIPO**

Estabelecimentos sem atividades de ensino e pesquisa.

### **34. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS / PROFISSIONAIS - AO REGISTRAR O Nº., 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 com a(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 com a(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) com o estabelecimento albergante, porém vinculados às atividades desenvolvidas por todos os albergados terceirizados.

### **TOTAL**

Registre a soma dos valores registrados nos campos anteriores.

## **VI - IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS**

### **35. 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.

### **36. RESPONSÁVEL TÉCNICO**

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

#### **CPF**

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

### **SIGLA DO CONSELHO PROFISSIONAL**

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.

**Notas:** No caso do objeto da solicitação referir-se a:

a. um ou mais equipamentos de saúde, utilize o anexo III "**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).

### **37. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01**

Registre, quando houver, o nome completo do responsável técnico substituto pelo objeto da solicitação (campo 4 do Anexo II "Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária - CMVS").

#### **CPF**

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

#### **SIGLA DO CONSELHO PROFISSIONAL**

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 dessas instruções.

### **38. 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 **37**.

#### **IDENTIFICAÇÃO DOS VEÍCULOS**

No caso de tratar-se de transportadora ou distribuidora de produtos, feirante, dogueiro motorizado ou serviço de remoção de pacientes, registre o número do RENAVAM de cada veículo.



**Nota:** Se o número de veículos exceder à capacidade de registros possíveis nos campos existentes, preencher novo anexo.

## VII - ANEXOS

### 40. 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 formulário não estiver sendo anexado ou o total de páginas utilizadas (no mínimo **04** = anexo completo).

**Nota:** Se o número de categorias de produto exceder à capacidade de registros possíveis no campo 65, reproduzir a referida página, quantas vezes forem necessárias para completar a informação.

#### ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

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

#### EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

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

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

## DECLARAÇÃO

Esta declaração tem preenchimento obrigatório e deve ser assinada pelo solicitante - responsável legal e, quando foi indicado nos respectivos campos, 36, 37 e 38, 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 **36** 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 **37** 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 **38** deve assinar na respectiva linha.