



**I-INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS**(caso já possua alvará ou cadastro sanitário)

Nº cadastro CEVS  Nº do processo de origem/licença de funcionamento (caso já possua)

**II-SOLICITAÇÃO**

**Objeto da solicitação (assinale opções abaixo e registre o nº CEVS, caso já possua)**

Equipamento  Estabelecimento  Veículo  N° CEVS (Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária)

**Tipo de solicitação**

- Alteração de dados cadastrais (assinale no item 5, abaixo, o(s) tipos(s) de alteração(ões)).
- Alvará sanitário inicial/cadastro sanitário inicial.
- Assunção de responsabilidade técnica.
- Cancelamento de alvará sanitário/desativação do CEVS.
- Certificado de vistoria sanitária em veículo (autônomo).
- Inutilização de produtos (anexar relação contendo descrição, quantidade, lote e validade, assinada pelo resp. técnico).
- Reativação do CEVS/alvará sanitário.
- Renovação do alvará sanitário.
- Segunda via de alvará sanitário.
- Rubrica de livro: \_\_\_\_\_ livros, com \_\_\_\_\_ folhas cada.

**Tipo de alteração**

- Alteração em razão social. (CNPJ anterior )
  - Fusão  Incorporação  Cisão  Sucessão
- Ampliação/redução de: atividade/classe e/ou categoria de produto (alteração de atividade).
- Assunção de responsabilidade técnica.  Número de leitos: \_\_\_\_\_.
- Baixa de responsabilidade técnica.  Número e/ou tipo de equipamento de saúde: \_\_\_\_\_.
- Endereço.  Responsabilidade legal (alteração de sócios).

**III-IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

Nome / Razão social ,  
Nome Fantasia ,  
CNPJ / CPF , Natureza jurídica:  Pessoa física ou  Pessoa Jurídica,  
Inscrição estadual , Inscrição municipal (caso já possua) .

**IV-LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

(rua/av.) ,  
nº , complemento ,  
bairro , cidade ,  
estado , CEP , inscrição municipal ,  
telefone , email .

**V-DADOS DO REQUERENTE**

Nome ,  
RG  CPF ,  
(rua/av.) ,  
nº , complemento ,  
bairro , cidade ,  
estado , CEP .



**VI-CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO(uso da vigilância sanitária)**

Código CNAE  Descrição da atividade econômica de interesse à saúde desenvolvida

**Caso desenvolva atividades abaixo relacionadas, complementar informações em formulário específico**

Atividade relacionada a produtos de interesse à saúde  Atividade de prestação de serviço de saúde  Equipamentos de saúde

**Número de funcionários**

próprios +  terceirizados +  autônomos =  total.

**Possui**

**A-Piscina de uso coletivo?**  Sim  Não

**B-Dispensação de produtos de controle especial?**  Sim  Não

**Situação (Obs. Contribuinte albergado desenvolve atividades em instalações de outra empresa)**

Albergante  Albergado (informe CNPJ do albergante, no caso de albergado terceirizado)  CNPJ do albergante

**Tipo**

Matriz / Mantenedora  Filial / Mantido (informe CNPJ matriz / mantenedora no caso de filial)  CNPJ da matriz/mantenedora

**Esfera administrativa**

Privado  Federal  Estadual  Municipal

**Natureza da organização**

Administração direta - Outros órgãos  Empresa  
 Administração direta - Saúde  Empresa de economia mista  
 Administração indireta - Autarquias  Entidade beneficiante sem fins lucrativos  
 Administração indireta - Empresa pública  Fundação privada  
 Administração indireta - Fundação pública  Serviço social autônomo  
 Administração indireta - Organização social pública  Sindicato  
 Cooperativa

**Unidade de ensino e pesquisa**

Universitária  Escola superior isolada  Auxiliar de ensino  Não possui unidade desse tipo

**VII-Identificação dos responsáveis - Legal e técnicos**

Nome do responsável legal	<input type="text"/>	, CPF	<input type="text"/>
CBO (código e descrição da classificação brasileira de ocupações)	<input type="text"/>		
Nome do responsável técnico	<input type="text"/>	, CPF	<input type="text"/>
Sigla conselho profissional	<input type="text"/>	, UF	<input type="text"/>
2ª a 6ª - Horário de trabalho no estabelecimento	<input type="text"/>		
Sábado - Horário de trabalho no estabelecimento	<input type="text"/>		
Nome do resp. técnico substituto	<input type="text"/>	, CPF	<input type="text"/>
Sigla conselho profissional	<input type="text"/>	, UF	<input type="text"/>
2ª a 6ª - Horário de trabalho no estabelecimento	<input type="text"/>		
Sábado - Horário de trabalho no estabelecimento	<input type="text"/>		

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

Mauá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Responsável Legal (Assinatura)

Responsável Técnico (Assinatura)

Responsável Técnico Substituto (Assinatura)

Atendente (Nome e Assinatura)