



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)