



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília		
Procedimento Operacional Padrão HCFAMEMA – Gerência de Gestão Planejamento e Avaliação		
Instrutivo para Solicitação de Licença de Funcionamento Vigilância Sanitária		
Código: HCF-GGPA-POP-1	Revisão: 1	Vigência: fevereiro/2023

1 OBJETIVO

- Auxiliar os atos de solicitação inicial, alteração de dados cadastrais, renovação ou cancelamento de licença de funcionamento dos estabelecimentos e equipamentos HCFAMEMA junto ao Serviço de Vigilância Sanitária de Marília;
- Resguardar todas as etapas do processo, inclusive a publicidade e arquivamento das licenças.

2 APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se aos Departamentos do HCFAMEMA responsáveis pelos estabelecimentos de interesse da saúde e por fontes de radiação ionizante, objetos de licenciamento e atuação competente à Vigilância Sanitária.

Os estabelecimentos de interesse da saúde sujeitos a licença de funcionamento estão listados no **Anexo I** da **Portaria CVS 01/2019, grupo II** – Atividades de Prestação de Serviços de Saúde. As fontes de radiação ionizante sujeitas a licença de funcionamento estão listadas no **Anexo II** dessa mesma **Portaria CVS 01/2019**.

3 RESPONSABILIDADE

- Diretoria do Departamento de Atenção a Saúde em Alta Complexidade
- Diretoria do Departamento de Atenção a Saúde Materno Infantil
- Diretoria do Departamento de Atenção a Saúde Ambulatorial e Hospital Dia
- Diretoria do Departamento de Atenção a Saúde em Hemoterapia
- Diretoria do Departamento de Atenção a Saúde de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica
- Diretoria do Departamento de Infraestrutura e Logística

4 SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

DRS – Departamento Regional de Saúde

HCFAMEMA – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília

NAOR – Núcleo de Apoio às Operações Regionais

5 MATERIAIS

- Computador



- Impressora
- Papel A4
- Envelope A4
- Pasta com Envelopes Plásticos
- Caixa Arquivo Morto
- Materiais de Escritório

6 PROCEDIMENTOS / PRINCIPAIS ATIVIDADES

6.1 SOLICITAÇÃO INICIAL DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Reunir todos os documentos necessários à solicitação em específico, conforme o anexo I (grupo II), páginas 104 a 119, e o anexo VI, páginas 273 a 275, da **Portaria CVS 01/2019**, também exposto neste procedimento (ver item Anexo I).

6.1.1 ANEXO V

- Acessar no site <http://www.cvs.saude.sp.gov.br> o item Serviços > Formulários > Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária – Anexo V da Portaria CVS 1/19;



IV - LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PRÉ-REQUISITO PARA REGISTRO EM ANEXO I

17. CEP: 18. ENDEREÇO COMPLETO

19. LOCALIDADE: 20. Nº: 21. COMPLEMENTO

22. BAIRRO: 23. MUNICÍPIO: 24. DISTRITO

25. COORDENADAS GEOGRÁFICAS: 26. CATEGORIA: 27. CATEGORIA

28. ANEXO (EXEMPLOS) 29. ANEXO (EXEMPLOS)

V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PRÉ-REQUISITO PARA REGISTRO EM ANEXO I

30. TIPO: ☐ HOSPITAL ☐ CLÍNICA ☐ OUTRO (especificar):

31. TIPO DE ADMINISTRAÇÃO: ☐ PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ MISTA

32. NATUREZA DO ESTABELECIMENTO: ☐ HOSPITAL ☐ CLÍNICA ☐ OUTRO (especificar):

33. UNIDADE DE SAÚDE E FAMÍLIA: ☐ UNIDADE DE SAÚDE E FAMÍLIA ☐ UNIDADE DE SAÚDE E FAMÍLIA

34. TIPO DE ESTABELECIMENTO: ☐ HOSPITAL ☐ CLÍNICA ☐ OUTRO (especificar):

35. NATUREZA DO ESTABELECIMENTO: ☐ HOSPITAL ☐ CLÍNICA ☐ OUTRO (especificar):

36. TIPO DE ESTABELECIMENTO: ☐ HOSPITAL ☐ CLÍNICA ☐ OUTRO (especificar):

37. TIPO DE ESTABELECIMENTO: ☐ HOSPITAL ☐ CLÍNICA ☐ OUTRO (especificar):

38. TIPO DE ESTABELECIMENTO: ☐ HOSPITAL ☐ CLÍNICA ☐ OUTRO (especificar):

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V - PORTARIA CVS 01/2019
SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

VI - IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS, LEGAL, E TÉCNICOS
PRÉ-REQUISITO PARA REGISTRO EM ANEXO I

39. RESPONSÁVEL LEGAL: CPF:

40. RESPONSÁVEL TÉCNICO RESPONSÁVEL: CPF:

41. RESPONSÁVEL TÉCNICO RESPONSÁVEL: CPF:

42. RESPONSÁVEL TÉCNICO RESPONSÁVEL: CPF:

43. RESPONSÁVEL TÉCNICO RESPONSÁVEL: CPF:

VII - ANEXOS
PRÉ-REQUISITO PARA REGISTRO EM ANEXO I

44. TOTAL DE PÁGINAS:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE
PRÉ-REQUISITO PARA REGISTRO EM ANEXO I

DECLARAMOS, CONFORME A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSINAMOS, CIVIL E TRIBUTARIALMENTE, INTERA-RESPONSABILIDADE, PELA VERDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS, SOB PENALIDADE E DAS SANÇÕES.

ASSINATURA: DATA:

ASSINATURA: DATA:

ASSINATURA: DATA:

- Logo após a apresentação do Anexo no site, é possível visualizar os critérios para uso dos formulários da Vigilância Sanitária e as instruções de preenchimento. O Anexo V deve ser preenchido de acordo com as características específicas do objeto da solicitação;
- Finalizado o preenchimento, conferir os dados digitados, selecionar as 3 páginas específicas a serem impressas e imprimir o formulário para assinatura dos responsáveis;
- A apresentação do Anexo V é obrigatória para todos os tipos de estabelecimentos e equipamentos do HCFAMEMA e este deve estar acompanhado por um Subanexo específico para cada caso, exposto a seguir, no item **6.1.2** para os estabelecimentos ou no item **6.1.3** para os equipamentos.

6.1.2 SUBANEXO V.1 – SOMENTE PARA OS ESTABELECIMENTOS DE ATIVIDADE RELACIONADA À PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

- O preenchimento do Subanexo V.1 é obrigatório para qualquer estabelecimento do HCFAMEMA constante no Anexo I (grupo II) da **Portaria CVS 01/2019**;
- Ainda no site <http://www.cvs.saude.sp.gov.br>, acessar o item Serviços > Formulários > Atividades Relacionadas à Prestação de Serviço de Saúde – Subanexo V.1;

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUSANEXO V.1 – PORTARIA Nº 01/2018

ATIVIDADE RELACIONADA A
PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PRONOME DO ESTABELECIMENTO: _____ PLETO, PARCIAL OU SERVIÇO DE SAÚDE: _____

1. N° IDENTIFICAD: _____

2. DATA PRESTADO: _____

3. N° FOLHA CADASTRO: _____

II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ENDEREÇO COMPLETO DO ESTABELECIMENTO: _____

4. N° CAGE: _____

5. CATEGORIA: _____

6. RAZÃO SOCIAL: _____

7. NOME: _____

III - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

8. CATEGORIA DO TIPO DE ATIVIDADE DE SAÚDE: _____

CATEGORIA: _____

9. TIPO DE SERVIÇO: _____

CATEGORIA: _____

10. TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE ALBERGADO

1. **PROFISSIONAL EM N° CATEGORIA DE REGISTRO ALBERGADO** - Registre em cada linha o profissional: _____

2. **PROFISSIONAL EM N° CATEGORIA PROFISSIONAL** - Registre em cada linha o profissional: _____

3. **DESCRIÇÃO** - Registre em cada linha o diagnóstico e o prognóstico: _____

12345	67890	12345	67890
12345	67890	12345	67890
12345	67890	12345	67890
12345	67890	12345	67890
12345	67890	12345	67890
12345	67890	12345	67890
12345	67890	12345	67890
12345	67890	12345	67890

11. TRANSPORTES - Indicar se transporta: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APlica

Indicar qual dos meios de transporte utilizado para transporte: _____

☐ SANGUE E DERIVADOS SANGUEINOS - ☐ ATENDIMENTO EM CASA

☐ SALVAMENTO EMERGENCIAL

[illegible]

- Logo após a apresentação do Anexo no site, é possível visualizar as instruções de preenchimento. O Anexo V.1 deve ser preenchido de acordo com as características específicas do objeto da solicitação;
- Finalizado o preenchimento, conferir os dados digitados, selecionar as 2 páginas específicas a serem impressas e imprimir o formulário para assinatura dos responsáveis;
- Assim, tendo preparados o Anexo V e o Subanexo V.1, deve-se encaminhar os formulários aos devidos setores para assinatura, inicialmente, do(s) responsável(is) técnico(s) e, posteriormente, do responsável legal;
- Tendo os formulários assinados, junta-se as cópias dos documentos previamente agrupados e prepara um comunicado simples para entrega do pedido à Vigilância Sanitária. Esse comunicado deve ser impresso em 2 vias, para que uma delas retorne ao HCFAMEMA com carimbo de recebimento por parte do DRS Marília, sendo utilizado como um comprovante da Solicitação;
- Encaminhamento da documentação ao NAOR do DRS Marília, onde o pedido será protocolado ou carimbado com visto de recebimento. Esse **comprovante** deve ser arquivado no Departamento solicitante;
- Aguardar posição da Vigilância Sanitária e em caso de dúvidas, entrar em contato com o serviço local;



- As novas licenças são enviadas ao HCFAMEMA em duas vias originais, pois uma via será de posse da Vigilância Sanitária e a outra da Instituição. A licença deve ser assinada, inicialmente, pelo responsável técnico e depois pelo responsável legal;
- Tendo as vias da licença originais assinadas, deve-se proceder da seguinte forma:
 - ✓ Devolução de somente uma via ao NAOR do DRS Marília, encerrando assim o processo anual junto a Vigilância Sanitária;
 - ✓ A outra via da licença de funcionamento deve ser mantida sob guarda do Departamento a que pertence, para controle dos vencimentos e de suas atividades;
 - ✓ Providenciar uma cópia da licença original. Esta cópia deve ser mantida no estabelecimento em local visível ao público, conforme **Portaria CVS 01/2019**. Caso seja necessário encaminhá-la a algum serviço do HCFAMEMA, fazer isso através de Comunicado Interno, emitido em duas vias, a fim de que uma via do comunicado permaneça no setor como instrutivo e a outra retorne assinada ao Departamento, como comprovante de ciência e recebimento.

6.1.3 SUBANEXO V.2 – SOMETE PARA FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

- O preenchimento do Subanexo V.2 é obrigatório para qualquer equipamento do HCFAMEMA constante no Anexo II da **Portaria CVS 01/2019**;

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
ANEXO II - PORTARIA CVS 01/2019	
FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE SUJEITAS A LICENÇA DE FUNCIONAMENTO	
1 - EQUIPAMENTOS GERADORES DE RADIAÇÃO IONIZANTE	
CÓDIGO	TIPO
215	ACELERADOR LINEAR COM ELETRONS
216	ACELERADOR LINEAR SEM ELETRONS
219	BARBITERAPIA DE ORTOFONTEIA
201	RADIO S. MEDIC. AT. FISIOT.
204	RADIO S. MEDIC. O. COM F. C. O. D. O. P.
205	RADIO S. MEDIC. O. DE R. A. S. O. M. A.
205	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
206	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
206	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
207	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
207	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
208	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
208	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
209	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
210	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
210	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
211	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
211	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
212	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
212	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
213	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
213	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
214	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
214	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
215	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
215	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
216	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
216	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
217	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
217	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
218	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
218	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
219	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
219	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
220	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
220	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
221	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
221	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
222	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
222	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
223	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
223	RADIO S. MEDIC. O. M. A. S. O. M. A.
2 - EQUIPAMENTOS COM FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE	
CÓDIGO	TIPO
201	UNIDADE DE RADIOTERAPIA COM FONTES DE ALTA TAXA DE DOSE
202	UNIDADE DE RADIOTERAPIA COM FONTES DE MÉDIA TAXA DE DOSE
203	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
204	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
205	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
206	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
207	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
208	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
209	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
210	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
211	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
212	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
213	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
214	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
215	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
216	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
217	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
218	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
219	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
220	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
221	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
222	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
223	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
224	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
225	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
226	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
227	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
228	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
229	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
230	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
231	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
232	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
233	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
234	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
235	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
236	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
237	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
238	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
239	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
240	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
241	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
242	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
243	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
244	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
245	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
246	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
247	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
248	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
249	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
250	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
251	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
252	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
253	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
254	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
255	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
256	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
257	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
258	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
259	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
260	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
261	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
262	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
263	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
264	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
265	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
266	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
267	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
268	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
269	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
270	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
271	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
272	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
273	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
274	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
275	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
276	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
277	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
278	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
279	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
280	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
281	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
282	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
283	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
284	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
285	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
286	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
287	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
288	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
289	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
290	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
291	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
292	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
293	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
294	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
295	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
296	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
297	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
298	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
299	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
300	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
301	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
302	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
303	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
304	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
305	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
306	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
307	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
308	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
309	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
310	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
311	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
312	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
313	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
314	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
315	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
316	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
317	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
318	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
319	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
320	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
321	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
322	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
323	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
324	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
325	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
326	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
327	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
328	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
329	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
330	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
331	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
332	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
333	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
334	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
335	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
336	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
337	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
338	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
339	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
340	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
341	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
342	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
343	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
344	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
345	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
346	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
347	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
348	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
349	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
350	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
351	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
352	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
353	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
354	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
355	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
356	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
357	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
358	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
359	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
360	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
361	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
362	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
363	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
364	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
365	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
366	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
367	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
368	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
369	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
370	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
371	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
372	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
373	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
374	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
375	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
376	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
377	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
378	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
379	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
380	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
381	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
382	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
383	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
384	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
385	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
386	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
387	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
388	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
389	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
390	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
391	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
392	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
393	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
394	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
395	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
396	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
397	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
398	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
399	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
400	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
401	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
402	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
403	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
404	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
405	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
406	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
407	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
408	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
409	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
410	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
411	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
412	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
413	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
414	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
415	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
416	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
417	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
418	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
419	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
420	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
421	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
422	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
423	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
424	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
425	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
426	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
427	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
428	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
429	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
430	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
431	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
432	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
433	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
434	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
435	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
436	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
437	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
438	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
439	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
440	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
441	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
442	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
443	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
444	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
445	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
446	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
447	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
448	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
449	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
450	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
451	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
452	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
453	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
454	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
455	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
456	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
457	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
458	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
459	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
460	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
461	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
462	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
463	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
464	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
465	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
466	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
467	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
468	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
469	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
470	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
471	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
472	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
473	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
474	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
475	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
476	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
477	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
478	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
479	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
480	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
481	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
482	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
483	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
484	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
485	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
486	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
487	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
488	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
489	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
490	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
491	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
492	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
493	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
494	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
495	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
496	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
497	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
498	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
499	UNIDADE DE RADIOTERAPIA
500	UNIDADE DE RADIOTERAPIA



- Ainda no site <http://www.cvs.saude.sp.gov.br>, acessar o item Serviços > Formulários > Fontes de Radiação Ionizante e Equipamentos de Interesse da Saúde – Subanexo V.2;

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO V.2 - PORTARIA CVS 01/2019
FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS
PRÉ-REQUISITO PARA O CADASTRO DE FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

1. Nº PROTOCOLO: _____ 2. DATA DE CADASTRO: _____

3. Nº PROTOCOLO DE CADASTRO: _____

II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PRÉ-REQUISITO PARA O CADASTRO DE FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

4. NOME: _____ 5. CNPJ/CPF: _____

6. RUA/SOCIEDADE / NOME: _____

7. NOME DO LÍDER: _____

III - CARACTERIZAÇÃO DAS FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E DOS EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE
PRÉ-REQUISITO PARA O CADASTRO DE FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

EQ-1: NOME: _____ NÚMERO: _____ C1: _____ C2: _____

EQ-2: NOME: _____ NÚMERO: _____ C1: _____ C2: _____

EQ-3: NOME: _____ NÚMERO: _____ C1: _____ C2: _____

EQ-4: NOME: _____ NÚMERO: _____ C1: _____ C2: _____

EQ-5: NOME: _____ NÚMERO: _____ C1: _____ C2: _____

EQ-6: NOME: _____ NÚMERO: _____ C1: _____ C2: _____

IV - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO
PRÉ-REQUISITO PARA O CADASTRO DE FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

RT-1: NOME: _____ NÚMERO: _____ C1: _____ C2: _____

RT-2: NOME: _____ NÚMERO: _____ C1: _____ C2: _____

RT-3: NOME: _____ NÚMERO: _____ C1: _____ C2: _____

RT-4: NOME: _____ NÚMERO: _____ C1: _____ C2: _____

RT-5: NOME: _____ NÚMERO: _____ C1: _____ C2: _____

RT-6: NOME: _____ NÚMERO: _____ C1: _____ C2: _____

V - DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE
PRÉ-REQUISITO PARA O CADASTRO DE FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

DECLARAMOS E SUPLENTE LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, EXTERNA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS.

Assinatura: _____ Nome: _____ Cargo: _____

Assinatura: _____ Nome: _____ Cargo: _____

Assinatura: _____ Nome: _____ Cargo: _____

Assinatura: _____ Nome: _____ Cargo: _____

- Logo após a apresentação do Anexo no site, é possível visualizar as instruções de preenchimento. O Anexo V.2 deve ser preenchido de acordo com as características específicas do objeto da solicitação;
- Finalizado o preenchimento, conferir os dados digitados, selecionar as 2 páginas específicas a serem impressas e imprimir o formulário para assinatura dos responsáveis;
- Assim, tendo preparados o Anexo V e o Subanexo V.2, deve-se encaminhar os formulários aos devidos setores para assinatura, inicialmente, do(s) responsável(is) técnico(s) e, posteriormente, do responsável legal;
- Tendo os formulários assinados, junta-se as cópias dos documentos previamente agrupados e prepara um comunicado simples para entrega do pedido à Vigilância Sanitária. Esse comunicado deve ser impresso em 2 vias, para que uma delas retorne ao HCFAMEMA com carimbo de recebimento por parte do DRS Marília, sendo utilizado como um comprovante da Solicitação;
- Encaminhamento da documentação ao NAOR do DRS Marília, onde o pedido será protocolado ou carimbado com visto de recebimento. Esse **comprovante** deve ser arquivado no Departamento solicitante;



MODELO I – COMPROVANTE DO PEDIDO DE SOLICITAÇÃO INICIAL DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO DE EQUIPAMENTO ENCAMINHADO AO DRS



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital das Clínicas da Faculdade de
Medicina de Marília
HCFAMEMA



Conforme Portaria CVS nº 01/2018, segue anexo ao presente processo de atos de vigilância sanitária:

DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO INICIAL DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

- EQUIPAMENTOS COM USO DE RADIAÇÃO IONIZANTE: Aparelho de Raio X para exames de radiodiagnóstico médico - Arcos Cirúrgicos G.E. / série 91927935 e 91928629

CÓDIGO	TIPO	STATUS
23	CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA (CNPJ) - CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL	ok
28	COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO (DARE OU EQUIVALENTE MUNICIPAL) DA TAXA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE OU COMPROVANTE DE ISENÇÃO DE TAXA - ORIGINAL	autarquia isenta
29	COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO (DARE OU EQUIVALENTE MUNICIPAL) DA TAXA DE INSPEÇÃO SANITÁRIA OU COMPROVANTE DE ISENÇÃO DE TAXA - ORIGINAL	autarquia isenta
31	COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO (DARE OU EQUIVALENTE MUNICIPAL) DA TAXA DE TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA OU COMPROVANTE DE ISENÇÃO DE TAXA - ORIGINAL	autarquia isenta
32	COMPROVANTE DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA, EMITIDA PELO CONSELHO PROFISSIONAL COMPETENTE - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL	ok
33	COMPROVANTE DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO - CÓPIA; OU COMPROVANTE DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO REGISTRADO EM CARTÓRIO QUANDO CARACTERIZAR PRESTAÇÃO DE SERVIÇO - CÓPIA	ok
36	CONTRATO DE ATIVIDADE TERCEIRIZADA - CÓPIA	não se aplica
37	CONTRATO DE DOSIMETRIA - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL	ok
38 ou 39	38 CONTRATO SOCIAL REGISTRADO EM CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE PESSOAS JURÍDICAS QUANDO SE TRATAR DE SOCIEDADE SIMPLES, ASSOCIAÇÕES E FUNDAÇÕES - CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL ou 39 CONTRATO SOCIAL REGISTRADO NA JUCESP - EIRELI, ME, EPP, ENTRE OUTROS - CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL	não se aplica
40	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANEXO V	ok
41	FORMULÁRIO DE ATIVIDADE RELACIONADA À PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE INTERESSE DA SAÚDE - SUBANEXO V.1	não se aplica
42	FORMULÁRIO DE EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE - SUBANEXO V.2	ok

45	HABILITAÇÃO PROFISSIONAL EMITIDA PELO CONSELHO DE CLASSE COMPETENTE - CÓPIA SIMPLES DAS FOLHAS DE IDENTIFICAÇÃO, FOTO E HABILITAÇÃO DA CARTEIRA DO RESPECTIVO CONSELHO REGIONAL; OU, - CÓPIA FRENTE E VERSO DA CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL	ok
46	LICENÇA DE FUNCIONAMENTO DAS ATIVIDADES CONTRATADAS (TERCEIRIZADAS) - CÓPIA	não se aplica
47	PLANO DE RADIOPROTEÇÃO - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL	ok
48	PROGRAMA DE GARANTIA DE QUALIDADE - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL	ok
49	REGISTRO DE ESPECIALIZAÇÃO CORRESPONDENTE À ATIVIDADE EXERCIDA, EMITIDA PELO ÓRGÃO COMPETENTE - CÓPIA	ok
52	LTA - LAUDO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO DE PROJETO DE EDIFICAÇÃO - CÓPIA DA PÁGINA DO DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO OU DO MUNICÍPIO OU EM OUTRO MEIO OFICIAL QUE TORNE PÚBLICA A DECISÃO DO DEFERIMENTO DO LTA	não se aplica

CODIGO	ANEXOS REFERENTES COMPROVANTES DE ISENÇÃO DE TAXAS
28, 29 e 31	Lei Complementar nº 1.262 de 06/05/15 Extrato do Convênio no 001/2016 - HCFAMEMA (D.O.E. de 24/01/17), referente a publicação do Processo no 013/2016 (Convênio de Cooperação Técnica HCFAMEMA, FAMAR e FUMES)

CÓDIGO	INCLUIDO ANEXOS DOS DOCUMENTOS DOS RESPONSÁVEIS TÉCNICO E LEGAL
21	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF)
27	COMPROVANTE DE IDENTIDADE - DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIDADE DE PESSOA FÍSICA, COM FOTO

Marília/SP, 14 de junho 2019

André de Moraes
Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação - GGPA
HCFAMEMA

ASVM

R. Doutor Reinaldo Machado, 255 - Bairro Fragata - Marília/SP - CEP 17519-080
CNPJ nº 24.082.016/0001-59

NAOR - MARÍLIA
Recebido em 14/06/2019

Renata Lima
Fis 15.815.894-0
Diretor(a)
HCFAMEMA

PROTOCOLO



- Aguardar posição da Vigilância Sanitária e em caso de dúvidas, entrar em contato com o serviço local;
- As novas licenças são enviadas ao HCFAMEMA em duas vias originais, pois uma via será de posse da Vigilância Sanitária e a outra da Instituição. A licença deve ser assinada, inicialmente, pelo responsável técnico e depois pelo responsável legal;
- Tendo as vias da licença originais assinadas, deve-se proceder da seguinte forma:
 - ✓ Devolução de somente uma via ao NAOR do DRS Marília, encerrando assim o processo anual junto a Vigilância Sanitária;
 - ✓ A outra via da licença de funcionamento deve ser mantida sob guarda do Departamento a que pertence, para controle dos vencimentos e de suas atividades;
 - ✓ Providenciar uma cópia da licença original. Esta cópia deve ser mantida no estabelecimento em local visível ao público, conforme **Portaria CVS 01/2019**. Caso seja necessário encaminhá-la a algum serviço do HCFAMEMA, fazer isso através de Comunicado Interno, emitido em duas vias, a fim de que uma via do comunicado permaneça no setor como instrutivo e a outra retorne assinada ao Departamento, como comprovante de ciência e recebimento.

6.2 SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

- Reunir todos os documentos necessários à solicitação em específico, conforme o anexo VI, páginas 273 a 276, da **Portaria CVS 01/2019**, também exposto neste procedimento (ver item Anexo I);
- Tratando de alteração de dados cadastrais de Estabelecimentos do HCFAMEMA, deve-se realizar o preenchimento do Anexo V e Subanexo V.1, conforme instruções dispostas nos itens **6.1.1** e **6.1.2** deste procedimento;
Observação Importante: nos casos de alteração de responsabilidade técnica, será necessário preencher dois Anexos V, um para Baixa da responsabilidade técnica, outro para Assunção da responsabilidade técnica;
- Já para alteração de dados cadastrais de Equipamentos do HCFAMEMA, deve-se realizar o preenchimento do Anexo V e Subanexo V.2, conforme instruções dispostas nos itens **6.1.1** e **6.1.3** deste mesmo procedimento.

6.3 SOLICITAÇÃO DE RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

- Reunir todos os documentos necessários à solicitação em específico, conforme o anexo VI, páginas 273 a 276, da **Portaria CVS 01/2019**, também exposto neste procedimento (ver item Anexo I);
- Após, em se tratando de renovação de licença de Estabelecimentos do HCFAMEMA, deve-se realizar o preenchimento do Anexo V e Subanexo V.1, conforme instruções dispostas nos itens **6.1.1** e **6.1.2** deste procedimento.
- Já para alteração de dados cadastrais de Equipamentos do HCFAMEMA, deve-se realizar o preenchimento dos Anexo V e Subanexo V.2, conforme instruções dispostas nos itens **6.1.1** e **6.1.3** deste mesmo procedimento.



**MODELO II – COMPROVANTE DO PEDIDO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS,
BAIXA E ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA, ENVIADO AO DRS**



PARA: DRS MARÍLIA - a/c Ana (NAOR)

Conforme Portaria CVS nº 01/2019, segue anexo ao presente processo de atos de Vigilância Sanitária:

DOCUMENTOS PARA BAIXA E ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA REFERENTE:

• FARMÁCIA - HC II

CODIGO	TIPO	STATUS
31	COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO (DARE OU EQUIVALENTE MUNICIPAL) DA TAXA DE TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA OU COMPROVANTE DE ISENÇÃO DE TAXA - ORIGINAL	autarquia isenta
33	COMPROVANTE DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO - COPIA; OU COPIA DO COMPROVANTE DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO REGISTRADO EM CARTÓRIO QUANDO CARACTERIZAR PRESTAÇÃO DE SERVIÇO - COPIA	OK
40	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANEXO V	OK
41	FORMULÁRIO DE ATIVIDADE RELACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE INTERESSE DA SAÚDE - SUBANEXO V.1	OK
42	FORMULÁRIO DE EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE - SUBANEXO V.2	não se aplica
43	FORMULÁRIO DE ATIVIDADE RELACIONADA AOS PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE - SUBANEXO V.3	não se aplica
45	HABILITAÇÃO DO PROFISSIONAL EMITIDA PELO CONSELHO DE CLASSE COMPETENTE - COPIA SIMPLES DAS FOLHAS DE IDENTIFICAÇÃO, FOTO E HABILITAÇÃO DA CARTEIRA DO RESPECTIVO CONSELHO REGIONAL; OU COPIA FRENTE E VERSO DA CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL	OK

CODIGO	INCLUIDO ANEXOS DOS DOCUMENTOS DOS RESPONSÁVEIS TÉCNICO E LEGAL
21	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF)
27	COMPROVANTE DE IDENTIDADE - DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIDADE DE PESSOA FÍSICA, COM FOTO

Andréia Marques
Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação - GGPA
HCFAMEMA

NAOR - MARÍLIA
Recebido em 16/08/2019
Assinatura

Marília/SP, 16 de agosto de 2019

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Doutor Reinaldo Machado, 255 - Bairro Fragata | Marília, SP | CEP 17519-080
Telefone: (14) 3434-2503 | E-mail: ggpa@hc.famema.br | CNPJ: 24.082.016/0001-59
ASMV - Protocolo: XX.XXX/2019 - Página 1 de 1

**MODELO III – COMPROVANTE DO PEDIDO DE RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE
FUNCIONAMENTO ENVIADO AO DRS**



PARA: DRS MARÍLIA - a/c Ana (NAOR)

Conforme Portaria CVS nº 01/2018, segue anexo ao presente processo de atos de vigilância sanitária:

DOCUMENTOS PARA RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

ESTABELECIMENTOS - HCFAMEMA:

- **SERVIÇO DE QUIMIOTERAPIA - ONCOCLÍNICA - HC I**
- **CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO - HC I**
- **SERVIÇO DE RADIOLOGIA - HC I**
- **SERVIÇO DE RADIOLOGIA - HC II**

CODIGO	TIPO	STATUS
28	COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO (DARE OU EQUIVALENTE MUNICIPAL) DA TAXA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE OU	autarquia isenta
29	COMPROVANTE DE ISENÇÃO DE TAXA - ORIGINAL	isenta
29	COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO (DARE OU EQUIVALENTE MUNICIPAL) DA TAXA DE INSPEÇÃO SANITÁRIA OU	autarquia isenta
29	COMPROVANTE DE ISENÇÃO DE TAXA - ORIGINAL	isenta
40	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANEXO V	OK
41	FORMULÁRIO DE ATIVIDADE RELACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE INTERESSE DA SAÚDE - SUBANEXO V.1	OK
42	FORMULÁRIO DE EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE - SUBANEXO V.2	não se aplica
43	FORMULÁRIO DE ATIVIDADE RELACIONADA AOS PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE - SUBANEXO V.3	não se aplica

Marília/SP, 23 de julho 2019

Andréia Marques
Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação - GGPA
HCFAMEMA

NAOR - MARÍLIA
Recebido em 25/07/2019
Assinatura

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Doutor Reinaldo Machado, 255 - Bairro Fragata | Marília, SP | CEP 17519-080
Telefone: (14) 3434-2503 | E-mail: ggpa@hc.famema.br | CNPJ: 24.082.016/0001-59
ASMV - Protocolo: XX.XXX/2019 - Página 1 de 1



MODELO IV – COMPROVANTE DE DEVOLUÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO JÁ ASSINADA PARA A VIGILÂNCIA SANITÁRIA



SUPERINTENDÊNCIA HCFAMEMA

De: Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação - GGPA

Para: DRS MARÍLIA – a/c Ana (setor MAOR)

Finalidade:

☒ Conhecer ☐ Manifestar-se ☐ Arquivar
☐ Providenciar ☐ Divulgar
☐ Deferido ☐ Indeferido

Considerações:

Devolução de uma das vias das Licenças de Funcionamento, já assinadas, dos seguintes estabelecimentos:

Nº CEVS: 352900590-861-000184-1-4 UNIDADE MATERNO INFANTIL HC II
Nº CEVS: 352900590-861-000185-1-1 FARMÁCIA HC II
Nº CEVS: 352900590-861-000186-1-9 FARMÁCIA HC I
Nº CEVS: 352900590-861-000187-1-6 ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOLÓGICA HC I
Nº CEVS: 352900590-861-000188-1-3 BANCO DE TECIDO OCULAR HC I
Nº CEVS: 352900590-861-000190-1-1 AGÊNCIA TRANSFUSIONAL HC I
Nº CEVS: 352900590-861-000191-1-9 AGÊNCIA TRANSFUSIONAL HC II
Nº CEVS: 352900590-861-000222-1-7 ARCO CIRURGICO GE 91928629 HC I
Nº CEVS: 352900590-861-000223-1-4 ARCO CIRURGICO GE 91927935 HC I
Nº CEVS: 352900590-861-000226-1-6 RAO X LOTUS MP0084-000 HC II
Nº CEVS: 352900590-863-000043-1-6 AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES HC III
Nº CEVS: 352900590-863-000044-1-3 FARMÁCIA HC III
Nº CEVS: 352900590-864-000051-1-8 HEMOCENTRO
Nº CEVS: 352900590-864-000052-1-5 ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA HEMOCENTRO
Nº CEVS: 352900590-864-000053-1-2 TERAPIA ANTINEOPLÁSICA HEMOCENTRO

Devolver: ☐ Sim ☒ Não

Urgente: ☐ Sim ☒ Não

Data: 22/07/2019

Andréia S. Marques Vilela
Secretária - GGPA HCFAMEMA

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Doutor Reinaldo Machado, 255 - Bairro Fragata | Marília, SP | CEP 17519-080
Telefone: (14) 3434-2500 | E-mail: ggpa@hc.famema.br | CNPJ: 24.082.016/0001-99
ASPM - Protocolo: 0000/2019 - Página 1 de 1



MODELO V – COMPROVANTE DE ENVIO DE CÓPIA DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO
PARA SETOR HCFAMEMA



De: Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação – GGPA

Para: Oncoclínica – a/c Isabel

Finalidade:

☒ Conhecer ☐ Manifestar-se ☐ Arquivar
☒ Providenciar ☐ Divulgar
☐ Defendo ☐ Indefendo

Considerações:

Estamos encaminhando cópia da nova Licença de Funcionamento da Vigilância Sanitária (venomento 30/07/2020), conforme descrito abaixo:

Nº CEVS: 352900590-861-000213-1-B SERVIÇO DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA

Solicitamos que a cópia da licença seja afixada em local visível ao público. Informamos que a via original está guardada no GGPA.

ATT - Favor realizar devolução de uma via deste documento com visto de recebimento para o GGPA.

Ficamos à disposição para o esclarecimento de dúvidas.

Devolver: ☒ Sim ☐ Não

Urgente: ☐ Sim ☒ Não

Data: 22/08/2019

Andréa S. Marques Villela
GGPA - HCFAMEMA

Recebido 24/08/19
Isabel
Isabel D. Sulpício
ENFERMEIRA
CRM 42824

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Doutor Reinaldo Machado, 255 - Bairro Fragata | Marília, SP | CEP 17519-080
Telefone: (14) 3434-2500 | E-mail: ggpa@hc.famema.br | CNPJ: 24.082.016/0001-59
ABMV - Protocolo: 22.213/2019 - Página 1 de 1



6.4 SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

- Reunir todos os documentos necessários à solicitação em específico, conforme o anexo VI, páginas 273 a 276, da **Portaria CVS 01/2019**, também exposto neste procedimento (ver item Anexo I);
- Após, em se tratando de alteração de dados cadastrais de Estabelecimentos do HCFAMEMA, deve-se realizar o preenchimento do Anexo V e Subanexo V.1, conforme instruções dispostas nos itens **6.1.1** e **6.1.2** deste procedimento.
- Já para alteração de dados cadastrais de Equipamentos do HCFAMEMA, deve-se realizar o preenchimento do Anexo V e Subanexo V.2, conforme instruções dispostas nos itens **6.1.1** e **6.1.3** deste mesmo procedimento.

7 CUIDADOS E AÇÕES NECESSÁRIAS EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

7.1 QUANTO A SOLICITAÇÃO DE RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO:

As solicitações de renovação de licenças devem ser realizadas 30 dias antes do vencimento em vigor.

7.2 QUANTO A UTILIZAÇÃO DE FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS SUJEITOS A LICENÇA DE FUNCIONAMENTO:

- Os Relatórios Técnicos dos equipamentos são de primordial importância para solicitação de novas licenças de funcionamento e manutenção das mesmas (fiscalizações), pois a apresentação desse documento à Vigilância Sanitária é de exigência obrigatória em ambos os casos e a qualquer tempo;
- Nos Relatórios Técnicos encontramos o Plano de Radioproteção e Programa de Garantia de Qualidade, com vencimentos distintos. Deve-se ter atenção especial aos vencimentos para que não ocorram irregularidades;
- O serviço de Vigilância Sanitária de Marília possui um controle a parte desses Relatórios Técnicos e sempre que ocorrerem atualizações deve-se encaminhar e-mail para o endereço eletrônico gvs-marilia@saude.sp.gov.br, contendo anexa a cópia do novo relatório;
- Os Relatórios Técnicos dos equipamentos do HCFAMEMA são emitidos por empresa terceirizada através de pedido do Departamento de Atenção a Saúde de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica (SADT) para a Gerência de Compras e Gestão de Contratos;
- No Serviço de Radioterapia, a empresa terceirizada emite Relatório Técnico apenas para o equipamento de Tomografia. Para os demais equipamentos deste estabelecimento, utiliza-se relatório próprio do serviço e quando necessário deve-se solicitar ao Físico.



7.3 INFORMAÇÕES ÚTEIS

Em caso de dúvidas, entrar em contato com o Serviço de Vigilância Sanitária de Marília.

Telefones:

- DRS – (14) 3402-8800
- DRS / Vigilância Sanitária – (14) 3402-8850

E-mail:

gvs-marilia@saude.sp.gov.br

8 TREINAMENTOS

Todo colaborador encarregado em realizar solicitações relativas às Licenças de Funcionamento para Vigilância Sanitária deve ter acesso a este procedimento.

É de responsabilidade do gestor do Setor a divulgação do procedimento ao colaborador.

Em casos de treinamento, deve-se passar ao encarregado todos os procedimentos relativos à atividade que irá realizar, esclarecendo os fluxos de trabalho e eventuais dúvidas para uma compreensão adequada. Uma vez concluído o treinamento, emiti-se um registro utilizando o Formulário Padrão HCFAMEMA – Lista de Presença.

Observação Importante: sempre que um procedimento sofrer alterações críticas em seu conteúdo, deve ser atualizado e todos os encarregados envolvidos deverão ser informados.

9 REFERÊNCIAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. FORMULÁRIOS. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/formularios.asp>. Acesso em: 22 ago. 2019.

PORTARIA CVS 1/2019. Disponível em: http://200.144.0.248/download/E_PT-CVS-01-19-COMPLETA.pdf. Acesso em: 22 ago. 2019.

10 ANEXOS

Nº	Título	Página
I	Anexo VI da Portaria CVS 01/2019 referente os documentos exigidos para Licenciamento por tipo de solicitação	14 a 17
II	Exemplo de preenchimento do Formulário V para solicitação de licença inicial de funcionamento de equipamento	18 a 20
III	Exemplo de preenchimento do Formulário V para alteração de dados cadastrais (baixa de responsabilidade técnica)	21 a 23
IV	Exemplo de preenchimento do Formulário V para alteração de dados cadastrais (assunção de responsabilidade técnica)	24 a 26
V	Exemplo de preenchimento do Formulário V para renovação de licença de funcionamento	27 a 29
VI	Exemplo de preenchimento do Formulário V.1	30 e 31
VII	Exemplo de preenchimento do Formulário V.2	32 e 33

ANEXO I

ANEXO VI DA PORTARIA CVS 01/2019 REFERENTE AOS DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA LICENCIAMENTO POR TIPO DE SOLICITAÇÃO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO VI – PORTARIA CVS 01/2019

DOCUMENTOS PARA LICENCIAMENTO POR TIPO DE SOLICITAÇÃO

Este anexo refere-se à relação de documentos exigidos para licenciamento inicial perante o órgão de Vigilância Sanitária competente, indicados na coluna “Documentos Necessários” dos Anexos I – Estabelecimentos de Interesse da Saúde Sujeitos à Licença de Funcionamento e II – Fontes de Radiação Ionizante Sujeitas à Licença de Funcionamento.

Os documentos que devem ser encaminhados à Vigilância Sanitária estão relacionados de acordo com as seguintes situações:

- Prévio à solicitação inicial da Licença de Funcionamento (LF) – **Quadro 21**.
- No momento da solicitação inicial da LF e suas alterações – **Quadro 22**.

O **Quadro 23** relaciona os documentos que devem ser apresentados, segundo o tipo de alteração, renovação ou cancelamento da licença de funcionamento.

É facultado aos municípios, complementar ou suplementar esta relação de documentos, considerando as especificidades inerentes às realidades locais, conforme disposto no artigo 46 da presente Portaria.

Quadro 21 – DOCUMENTOS PREVIOS À SOLICITAÇÃO INICIAL DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO	
CÓDIGO	TIPO
1	AUTORIZAÇÃO DE CONSTRUÇÃO, ESCRITA PELA COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR (CENEA) - CÓPIA
2	COMPROMISSO DE REQUERENTES (DARE) OU EQUIVALENTE MUNICIPAL (DA TAXA DE LAUDO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE EDIFICAÇÃO) - ORIGINAL
3	COMPROMISSO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - ART - ASSOCIAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA OU RRT - REGISTRO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - CÓPIA
4	MEMORIAL DESCRITIVO DE PLUXOS E DE ATIVIDADES - CÓPIA
5	MEMORIAL DESCRITIVO DO PROJETO ARQUITETÔNICO DA EDIFICAÇÃO - CÓPIA
6	PROJETO ARQUITETÔNICO DA EDIFICAÇÃO (JORNAL DE PLANTAS, COMPLETO) - CÓPIA
7	PROJETO DE TRATAMENTO, DESTINAÇÃO FINAL OU AFASTAMENTO DOS EFLUENTES GERADOS PELO EMPREENDIMENTO (RESOLUÇÃO 430/11 - CENASA) - CÓPIA
8	PROJETO DE TRATAMENTO, DESTINAÇÃO FINAL OU AFASTAMENTO DOS RESÍDUOS GERADOS PELO EMPREENDIMENTO (RESOLUÇÃO - POLÍCIA NACIONAL DE RESÍDUOS SÓLIDOS - PNRS) - CÓPIA
9	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO FÍSICO-FUNCIONAL DE PROJETO DE EDIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTO DE INTERESSE DA SAÚDE (ITA) - ANEXO 2 DA PORTARIA CVS 02/2017

Quadro 22 - DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO INICIAL DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO	
CÓDIGO	TIPO
20	AUTORIZAÇÃO PARA PREPARO E USO DE FONTES RADIOATIVAS NÃO SELADAS, EMITIDA PELA COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR (CENEN) - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL.
21	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF) - CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL.
22	DOCUMENTO DA EMPRESA QUE DECLARA A EXISTÊNCIA DA RESPONSABILIDADE LEGAL - ORIGINAL.
23	CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA (CNPJ) - CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL.
25	AUTORIZAÇÃO PARA OPERAÇÃO EMITIDA PELA COMISSÃO DE ENERGIA NUCLEAR (CENEN) - CÓPIA.
26	COMPROMISSO DE EXERCÍCIO DE EMPREENHIMENTO, QUANDO A ATIVIDADE FOR EXERCIDA POR PESSOA FÍSICA - CÓPIA.
27	COMPROMISSO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL - DOCUMENTO ORIGINAL DE IDENTIDADE DE PESSOA FÍSICA, COM FOTO - CÉDULA DE IDENTIDADE EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA OU PELAS FORÇAS ARMADAS OU PELAS MINISTÉRIOS DAS RELAÇÕES EXTERIORES OU DA POLÍCIA MILITAR OU, CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO, OU CARTEIRA FUNCIONAL EXPEDIDA PELA MINISTÉRIO PÚBLICO OU OUTRO ÓRGÃO PÚBLICO QUE POR RELEVÂNCIA VALHA COMO IDENTIDADE - CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL.
28	COMPROMISSO DE RECUPILAMENTO (IMRE) OU EQUIVALENTE MUNICIPAL DA TAXA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE DO COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TAXA - ORIGINAL.
29	COMPROMISSO DE RECUPILAMENTO (IMRE) OU EQUIVALENTE MUNICIPAL DA TAXA DE INSPEÇÃO SANITÁRIA DO COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TAXA - ORIGINAL.
30	COMPROMISSO DE RECUPILAMENTO (IMRE) OU EQUIVALENTE MUNICIPAL DA TAXA DE RUMOR, DE LIVROS DO COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TAXA - ORIGINAL.
31	COMPROMISSO DE RECUPILAMENTO (IMRE) OU EQUIVALENTE MUNICIPAL DA TAXA DE TENDÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA DO COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TAXA - ORIGINAL.
32	COMPROMISSO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA, QUANDO EXISTIR PELA CONSULTA PROFISSIONAL, COMPROVANTE - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL.
33	COMPROMISSO DE VENCÍVEL EMPREGATÁRIO - CÓPIA, OU COMPROVANTE DE VENCÍVEL EMPREGATÁRIO REGISTRADO EM CARTÓRIO QUANDO CARACTERIZAR PRESTAÇÃO DE SERVIÇO - CÓPIA.
34	CENSO DE LAJEA PARA ÁGUA MINERAL EMITIDA PELA DEPARTAMENTO NACIONAL DE PRODUÇÃO MINERAL (DNPM) - CÓPIA NA PAGINA DO DIÁRIO OFICIAL DA UNICA COM A PUBLICAÇÃO.
35	CONTRATO DE ALUGUEL - CÓPIA.
36	CONTRATO DE ATIVIDADE DESEMPENHADA - CÓPIA.
37	CONTRATO DE DESPESITAS - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL.
38	CONTRATO SOCIAL REGISTRADO EM CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE PESSOAS JURÍDICAS QUANDO SE TRATAR DE SOCIEDADE SIMPLES, ASSOCIAÇÕES E FUNDAÇÕES - CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL.
39	CONTRATO SOCIAL REGISTRADO NA JUCESP - EMBEL, SPP, ENTRE OUTROS - CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL.
40	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANEXO V DA PORTARIA CVS 12019.
41	FORMULÁRIO DE ATIVIDADE RELACIONADA À PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE INTERESSE DA SAÚDE - SUBANEXO V 2 DA PORTARIA CVS 12019.
42	FORMULÁRIO DE EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE - SUBANEXO V 2 DA PORTARIA CVS 12019.
43	FORMULÁRIO DE ATIVIDADE RELACIONADA ÀS PRODUÇÕES DE INTERESSE DA SAÚDE - SUBANEXO V 2 DA PORTARIA CVS 12019.
44	PAVÃO DE ASSINATURAS ASSINADAS DE OBTENTORA TÉCNICA (ARRETC) QUE ENQUADRA O RESPONSÁVEL TÉCNICO COMO PROFISSIONAL-OUTRISTA, PROFISSIONAL, OUTRISTA OU SAFARIER-OUTRISTA.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO VI - PORTARIA CVS 01/2019

DOCUMENTOS PARA LICENCIAMENTO POR TIPO DE SOLICITAÇÃO

45	HABILITAÇÃO PROFISSIONAL, EMITIDA PELO CONSELHO DE CLASSE COMPETENTE - CÓPIA SIMPLES DAS FOLHAS DE IDENTIFICAÇÃO, FOTO E HABILITAÇÃO DA CARTeira DO RESPECTIVO CONSELHO REGIONAL, OU - CÓPIA FRENTE E VERSO DA CÉDULA DE TITULIDADE PROFISSIONAL.
46	LICENÇA DE FUNCIONAMENTO DAS ATIVIDADES CONTRATADAS (TERCEIRIZADAS) - CÓPIA
47	PLANO DE RADIOPROTEÇÃO - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL
48	PROGRAMA DE GARANTIA DE QUALIDADE - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL
49	REGISTRO DE ESPECIALIZAÇÃO CORRESPONDENTE À ATIVIDADE EXERCIDA, EMITIDA PELO ÓRGÃO COMPETENTE - CÓPIA
50	REGISTRO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO NO ÓRGÃO REGIONAL DO MINISTÉRIO DO TRABALHO - CÓPIA
51	NORMA LÍNGUA PARA LICENCIAMENTO DE UNIDADES PÚBLICAS ESPERANÇADAS (ANEXO I DA RESOLUÇÃO MS 11/2011 OU A QUE VIER A SUBSTITUI-LA) - CÓPIA
52	ETA - LAUDO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO DE PROJETO DE EDIFICAÇÃO - CÓPIA DA PÁGINA DO DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO OU DO MUNICÍPIO OU EM OUTRO MEIO OFICIAL QUE COMPREENDA A CRIAÇÃO DO ESTABELECIMENTO - CÓPIA
53	LICENÇA DE INSTALAÇÃO OU DE OPERAÇÃO EMITIDA PELA CETESB - CÓPIA OU, COMPROVANTE DE REQUISIÇÃO DE REGULARIZAÇÃO JUNTO À CETESB (DOCUMENTO VÁLIDO SE A ATIVIDADE ENVOLVIDA NÃO FOR DE ALTO RISCO AMBIENTAL) - CÓPIA
54	OUTUBRIZA BARR - CÓPIA DA PUBLICAÇÃO EM DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO ESPERANÇADA PELO ÓRGÃO COMPETENTE
55	CONTRATO FIRMADO ENTRE A EMPRESA FABRICANTE DE IMPORTÂNCIA E A EMPRESA FRACIONADORA DE FIBROFITA E DE FIBRA FÍSICA - CÓPIA
56	LAUDO LABORATORIAL QUE ATENDA AOS PADRÕES MICROBIOLÓGICOS, TURBIDEZ, POTABILIDADE PARA SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS, RADIOATIVIDADE E ORGANOLÉTICO DE POTABILIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO, CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL
57	DOCUMENTO DA EMPRESA QUE DECLARA A IDENTIFICAÇÃO DA RESPONSABILIDADE TÉCNICA - ORIGINAL
99	DOCUMENTOS EM LEGISLAÇÃO MUNICIPAL.

Quadro 23 - DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO, RENOVACÃO E CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

TIPO	MOTIVO	RELAÇÃO DOCUMENTOS (CÓD.)
ALTERAÇÃO	ESTRUTURA FÍSICA - AMPLIAÇÃO, REFORMA ou ADAPTAÇÃO	29, 40, 41 e ou 42 e ou 43, e 52 VER NOTA 1
	REGÃO SOCIAL	23, 29, 38 ou 39 e 40
	CISÃO DE EMPRESA	23, 29, 38 ou 39 e 40
	FUSÃO DE EMPRESA	23, 29, 38 ou 39 e 40
	INCORPORAÇÃO DE EMPRESA	23, 29, 38 ou 39 e 40
	SUCESÃO DE EMPRESA	23, 29, 38 ou 39 e 40
	RESPONSABILIDADE LEGAL	11, 26 e 27, 29, 38 ou 39 e 40
	RESPONSABILIDADE TÉCNICA - ASSUNÇÃO	31, 32 e ou 33, 40, 41 e ou 42 e ou 43 e 45
	RESPONSABILIDADE TÉCNICA - RENA	40, 41 e ou 42 e ou 43 e 57
	NÚMERO DE LEITOS	
	AMPLIAÇÃO ou REDUÇÃO	29, 40 e 41 - VER NOTA 4
	EQUIPAMENTOS - AMPLIAÇÃO	28, 29, 40 e 42 - VER NOTAS 2 e 4
	EQUIPAMENTOS - REDUÇÃO	40 e 42 - VER NOTAS 2 e 4
	ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTOS - AMPLIAÇÃO	29, 40 e 43 - VER NOTA 4
	ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTOS - REDUÇÃO	29, 40 e 43 - VER NOTA 4
RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO		28 e ou 29, 40, 41 e ou 42 e ou 43
CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO		40 e 42

NOTAS:

- 1. ESTRUTURA FÍSICA** Apresentar demais documentos solicitados no Anexo I para o respectivo CNAE (AN - 13 - 31%)
- 2. AMPLIAÇÃO DE NÚMERO E OU TIPO DE EQUIPAMENTOS** Solicitar LF para cada equipamento.
- 3. REDUÇÃO DE NÚMERO E OU TIPO DE EQUIPAMENTOS** Solicitar cancelamento da LF relativa de cada equipamento.
- 4. QUALQUER ALTERAÇÃO QUE IMPLIQUE EM ADEQUAÇÃO DO AMBIENTE CONSTRUÍDO** Solicitar também a alteração de estrutura física.



**ANEXO II – EXEMPLO DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO V PARA
SOLICITAÇÃO DE LICENÇA INICIAL DE FUNCIONAMENTO**

 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2019	
SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
1. N° PROTOCOLO	2. DATA PROTOCOLO
3. N° PROCESSO DE ORIGEM	
II – SOLICITAÇÃO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE	
4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO ☒ ESTABELECIMENTO ☐ EQUIPAMENTO ☐ ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO	
5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR CÓDIGO DA ATIVIDADE: 8610-1/01	
6. ATRIBUTO DA ATIVIDADE ECONÔMICA – Assinale uma das alternativas abaixo e informe o solicitado: ☒ ALBERGANTE - Cod: ☐ ALBERGADO PRÓPRIO – CEVS PRÓPRIO - Cod: 073 ☐ ALBERGADO TERCEIRIZADO - CNPJ Albergante:	
7. N° CEVS	
8. TIPO DE SOLICITAÇÃO – Assinale uma das opções abaixo: ☒ LICENÇA DE FUNCIONAMENTO INICIAL ☐ CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO ☐ RENOVACÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO ☐ ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale no item 9, as alterações correspondentes a esta solicitação.	
9. TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale uma das opções abaixo: a. ENDEREÇO g. N° E OU TIPO DE EQUIPAMENTO b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA h. N° DE LEITOS c. BADA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA i. AMPLIAÇÃO/REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO d. RESPONSABILIDADE LEGAL e. RAZÃO SOCIAL f1. FUSÃO ou f2. INCORPORAÇÃO ou f3. CISÃO ou f4. SUCESSÃO REGISTRE O CNPJ ANTERIOR:	
III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE	
10. NATUREZA JURÍDICA – Assinale uma das opções: ☒ PESSOA JURÍDICA ☐ PESSOA FÍSICA	
11. CNPJ / CPF 24.082.016/0001-59	
12. RAZÃO SOCIAL / NOME HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA	
13. NOME FANTASIA HCFAMEMA - SERVIÇO DE RADIOTERAPIA - ESTRÔNCIO 90 OFTALMO	
14. INSCRIÇÃO MUNICIPAL	
15. INSCRIÇÃO ESTADUAL	
16. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL	



IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

17. CEP 17519-080	18. TIPO LOGRADOURO RUA
19. LOGRADOURO DOUTOR REINALDO MACHADO	
20. Nº 255	21. COMPLEMENTO
22. BAIRRO FRAGATA	
23. MUNICÍPIO MARÍLIA	
UF: SP	24. DISTRITO
25. COORDENADAS GEOGRÁFICAS: LONGITUDE: " ' " N " ' " S	
26. TELEFONE 14 3402-1744	27. CELULAR
28. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail) superintendencia@hc.famema.br	
29. ENDEREÇO PÁGINA WEB www.hc.famema.br	

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

30. TIPO – Assinale uma das opções abaixo: ☒ MATRIZ / MANTENEDORA ☐ FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora:	
31. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale uma das opções abaixo: ☐ PRIVADO ☐ FEDERAL ☐ ESTADUAL ☒ MUNICIPAL	
32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale uma das opções: ☐ PESSOA FÍSICA ☐ EMPRESA PRIVADA ☐ EMPRESA DE ECONOMIA MISTA ☐ COOPERATIVA ☐ SINDICATO ☐ FUNDAÇÃO PRIVADA ☐ ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS ☐ SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO ☐ ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE ☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA ☐ ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO ☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA ☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA ☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA	
33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA – Assinale uma das opções: ☐ UNIVERSITÁRIA ☐ ESCOLA SUPERIOR ISOLADA ☐ AUXILIAR DE ENSINO ☐ NÃO SE APLICA	
34. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS OU PROFISSIONAIS – Registre o número total de funcionários com formação superior, técnico, médio e elementar, segundo as condições apresentadas: PRÓPRIOS COM VÍNCULO: 26 PRÓPRIOS AUTÔNOMOS: TERCEIRIZADOS:	
35. SERVIÇO DE RADIMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Refere-se somente ao CNAE 8640-2/99. Assinale uma das opções ao lado, se houver serviço de radimetria / teste de qualidade. ☐ SIM ☒ NÃO	
36. PISCINA DE USO COLETIVO – Assinale uma das opções: ☐ SIM ☒ NÃO	
37. TRANSPORTE DE ÁGUA – Refere-se somente ao CNAE 3600-6/02: ☐ CONSUMO HUMANO ☐ REUSO	
38. TRANSPORTADORA – Refere-se somente aos CNAE 4930-2/01 e 4930-2/02 do Agrupamento 30, Subgrupo D, Grupo I. – Assinale uma ou mais alternativas referentes ao tipo de produto objeto de transporte ☒ ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES ☐ MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO ☐ SANGUE E HEMOCOMPONENTES - AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES ☐ PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE – Assinale um ou mais códigos das Classes de Produtos referentes aos tipos de produtos transportados (Quadro 3). ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 12 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 26	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2019

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

VI – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

39. RESPONSÁVEL LEGAL: PALOMA APARECIDA LIBANIO NUNES

CPF: XXX

CBO – Registre código e descrição: 123105 SUPERINTENDENTE

40. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL EDUARDO JOSÉ STEFANO

CPF: XXX

CONSELHO PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: XXX

CBO – Registre código e descrição: 225330 MÉDICO RADIOTERAPEUTA

41. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01 YURI BONICELLI CREMPE

CPF: XXX

CONSELHO PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: XXX

CBO – Registre código e descrição: 225330 MÉDICO RADIOTERAPEUTA

42. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL: UF: Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

43. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL: UF: Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

VII – ANEXOS

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

44. TOTAL DE PÁGINAS – Registre o número total de páginas dos Subanexos utilizados para complementação deste formulário:

Subanexo V.1. ATIVIDADES
RELACIONADAS A PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE:

Subanexo V.2. FONTES DE RADIAÇÃO
IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE
INTERESSE DA SAÚDE: 2

Subanexo V.3. ATIVIDADES
RELACIONADAS A PRODUTOS DE
INTERESSE DA SAÚDE:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, INTEIRA
RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO E SEUS
ANEXOS.

MARÍLIA/SP

26/09/2019

LOCAL

DATA

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 03



**ANEXO III – EXEMPLO DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO V PARA
ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS (BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA)**

		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
		COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS	
		CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2019			
SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA			
I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA			
1. N° PROTOCOLO		2. DATA PROTOCOLO	
3. N° PROCESSO DE ORIGEM			
II – SOLICITAÇÃO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE			
4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO ☒ ESTABELECIMENTO ☐ EQUIPAMENTO ☐ ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO			
5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR		CÓDIGO DA ATIVIDADE: 8610-1/01	
6. ATRIBUTO DA ATIVIDADE ECONÔMICA – Assinale uma das alternativas abaixo e informe o solicitado: ☒ ALBERGANTE - Cod.: 000 ☐ ALBERGADO PRÓPRIO – CEVS PRÓPRIO - Cod.: ☐ ALBERGADO TERCEIRIZADO - CNPJ Albergaria:			
7. N° CEVS 352900590 061 000182 1 0			
8. TIPO DE SOLICITAÇÃO – Assinale uma das opções abaixo: ☐ LICENÇA DE FUNCIONAMENTO INICIAL ☐ CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO ☐ RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO ☒ ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale no item 9, as alterações correspondentes a esta solicitação.			
9. TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale uma das opções abaixo: ☐ a. ENDEREÇO ☐ g. N° E OU TIPO DE EQUIPAMENTO ☐ b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA ☐ h. N° DE LEITOS ☐ c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA ☐ i. AMPLIAÇÃO/REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO ☐ d. RESPONSABILIDADE LEGAL ☐ e. RAZÃO SOCIAL ☐ f1. FUSÃO ou ☐ f2. INCORPORAÇÃO ou ☐ f3. CISÃO ou ☐ f4. SUCESSÃO REGISTRE O CNPJ ANTERIOR:			
III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE			
10. NATUREZA JURÍDICA – Assinale uma das opções:		☐ PESSOA JURÍDICA ☒ PESSOA FÍSICA	
11. CNPJ / CPF		24.082.016/0001-50	
12. RAZÃO SOCIAL / NOME		HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA	
13. NOME FANTASIA		HCFAMEMA - HCl - UNIDADE CLÍNICO CIRÚRGICO	
14. INSCRIÇÃO MUNICIPAL			
15. INSCRIÇÃO ESTADUAL			
16. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL			



IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

17. CEP 17519-080	18. TIPO LOGRADOURO RUA
19. LOGRADOURO DOUTOR REINALDO MACHADO	
20. Nº 255	21. COMPLEMENTO
22. BAIRRO FRAGATA	
23. MUNICÍPIO MARÍLIA	
UF: SP	24. DISTRITO
25. COORDENADAS GEOGRÁFICAS: LONGITUDE ° ' " N " S	
26. TELEFONE 14 3402-1744	27. CELULAR
28. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail) superintendencia@hc.famema.br	
29. ENDEREÇO PÁGINA WEB www.hc.famema.br	

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

30. TIPO – Anule uma das opções abaixo: ☒ MATRIZ / MANTENEDORA ☐ FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora.	
31. ESFERA ADMINISTRATIVA – Anule uma das opções abaixo: ☐ PRIVADO ☐ FEDERAL ☐ ESTADUAL ☒ MUNICIPAL	
32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Anule uma das opções: ☐ PESSOA FÍSICA ☐ EMPRESA PRIVADA ☐ EMPRESA DE ECONOMIA MISTA ☐ COOPERATIVA ☒ SINDICATO ☐ FUNDAÇÃO PRIVADA ☐ ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS ☐ SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO ☐ ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE ☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA ☐ ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO ☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA ☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA ☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA	
33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA – Anule uma das opções: ☐ UNIVERSITÁRIA ☒ ESCOLA SUPERIOR ISOLADA ☐ AUXILIAR DE ENSINO ☐ NÃO SE APLICA	
34. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS OU PROFISSIONAIS – Registre o número total de funcionários com formação superior, técnica, médio e elementar, segundo as condições apresentadas: PRÓPRIOS COM VENCIMENTO 1.080 PRÓPRIOS AUTÔNOMOS TERCEIRIZADOS	
35. SERVIÇO DE RADIONOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Refere-se somente ao CNAE 8640-2/99 Anule uma das opções no todo, se houver serviço de radionetria / teste de qualidade: ☐ SIM ☒ NÃO	
36. PISCINA DE USO COLETIVO – Anule uma das opções: ☐ SIM ☒ NÃO	
37. TRANSPORTE DE ÁGUA – Refere-se somente ao CNAE 3600-6/02: ☐ CONSUMO HUMANO ☐ REFINO	
38. TRANSPORTADORA – Refere-se somente aos CNAE 4930-2/01 e 4930-2/02 do Agrupamento 50, Subgrupo D, Grupo I. – Anule uma das opções e informe os relacionos ao tipo de produto objeto de transporte: ☐ ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES ☐ MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO ☐ SANGUE E HEMOCOMPONENTES – AMOSTRA EM: SANGUE DE DOADORES, TUBAS DE SANGUE E TUBOS DE AMPLIFICAÇÃO ☐ PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE – Anule um ou mais códigos das Classes de Produtos relacionados aos tipos de produtos transportados (Quadro 3): ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2019

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

VI – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

39. RESPONSÁVEL LEGAL: PALOMA APARECIDA LIBANIO NUNES

CPF: XXX

CBO – Registre código e descrição: 123105 SUPERINTENDENTE

40. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL LUCIANO ROBERTO DE FREITAS VISENTIN

CPF: 245.902.558-04

CONSELHO PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: 98.722 D

CBO – Registre código e descrição: 223109 MÉDICO CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO

41. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01 GUILHERME GENTA DOS SANTOS

CPF: 288.292.938-98

CONSELHO PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: 117.679 RT

CBO – Registre código e descrição: 225180 MÉDICO GERIATRA

42. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL: UF: Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

43. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL: UF: Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

VII – ANEXOS

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

44. TOTAL DE PÁGINAS – Registre o número total de páginas dos Subanexos utilizados para complementação deste formulário:

Subanexo V.1. ATIVIDADES
RELACIONADAS A PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE: 2

Subanexo V.2. FONTES DE RADIAÇÃO
IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE
INTERESSE DA SAÚDE:

Subanexo V.3. ATIVIDADES
RELACIONADAS A PRODUTOS DE
INTERESSE DA SAÚDE:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, INTEIRA
RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO E SEUS
ANEXOS

MARÍLIA/SP

18/07/2019

LOCAL

DATA

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 03



ANEXO IV – EXEMPLO DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO V PARA ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS (ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA)

		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
		COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS	
		CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2019			
SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA			
I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA			
1. N° PROTOCOLO		2. DATA PROTOCOLO	
3. N° PROCESSO DE ORIGEM			
II – SOLICITAÇÃO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE			
4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO ☒ ESTABELECIMENTO ☐ EQUIPAMENTO ☐ ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO			
5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR		CÓDIGO DA ATIVIDADE: 8610-1/01	
6. ATRIBUTO DA ATIVIDADE ECONÔMICA – Assinale uma das alternativas abaixo e informe o solicitado: ☒ ALBERGANTE - Cod.: 000 ☐ ALBERGADO PRÓPRIO – CEVS PRÓPRIO - Cod.: ☐ ALBERGADO TERCEIRIZADO - CNPJ Alberga:			
7. N° CEVS 352900690 861 000182 1 0			
8. TIPO DE SOLICITAÇÃO – Assinale uma das opções abaixo: ☐ LICENÇA DE FUNCIONAMENTO INICIAL ☐ CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO ☐ RENOVACÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO ☒ ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale no item 9, as alterações correspondentes a esta solicitação.			
9. TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale uma das opções abaixo: ☐ a. ENDEREÇO ☐ g. N° E OU TIPO DE EQUIPAMENTO ☒ b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA ☐ h. N° DE LEITOS ☐ c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA ☐ i. AMPLIAÇÃO, REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO ☐ d. RESPONSABILIDADE LEGAL ☐ e. RAZÃO SOCIAL ☐ f1. FUSÃO ou ☐ f2. INCORPORAÇÃO ou ☐ f3. CISÃO ou ☐ f4. SUCESSÃO REGISTRE O CNPJ ANTERIOR:			
III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE			
10. NATUREZA JURÍDICA – Assinale uma das opções:		☒ PESSOA JURÍDICA ☐ PESSOA FÍSICA	
11. CNPJ / CPF		24.082.016/0001-59	
12. RAZÃO SOCIAL / NOME		HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA	
13. NOME FANTASIA		HCFAMEMA - HC I - UNIDADE CLÍNICO CIRÚRGICO	
14. INSCRIÇÃO MUNICIPAL			
15. INSCRIÇÃO ESTADUAL			
16. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL			



IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

17. CEP 17519-080	18. TIPO LOGRADOURO RUA
19. LOGRADOURO DOUTOR REINALDO MACHADO	
20. nº 255	21. COMPLEMENTO
22. BAIRRO FRAGATA	
23. MUNICIPIO MARÍLIA	
UF: SP	24. DISTRITO
25. COORDENADAS GEOGRÁFICAS: LONGITUDE ° ' " N ° ' " S	
26. TELEFONE 14 3402-1744	27. CELULAR
28. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail) superintendencia@hc.famema.br	
29. ENDEREÇO PÁGINA WEB www.hc.famema.br	

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

30. TIPO – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: ☒ MATRIZ / MANTENEDORA ☐ FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora		
31. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: ☒ PRIVADO ☐ FEDERAL ☐ ESTADUAL ☐ MUNICIPAL		
32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale <u>uma</u> das opções: ☒ PESSOA FÍSICA ☐ EMPRESA PRIVADA ☐ EMPRESA DE ECONOMIA MISTA ☐ COOPERATIVA ☐ SINDICATO ☐ FUNDAÇÃO PRIVADA ☐ ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS ☐ SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO ☐ ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE ☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA ☐ ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO ☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA ☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA ☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA		
33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA – Assinale <u>uma</u> das opções: ☐ UNIVERSITÁRIA ☒ ESCOLA SUPERIOR ISOLADA ☐ AUXILIAR DE ENSINO ☐ NÃO SE APLICA		
34. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS OU PROFISSIONAIS – Registre o número total de funcionários com formação superior, técnico, médio e elementar, segundo as condições apresentadas: PRÓPRIOS COM VÍNCULO: 1.080 PRÓPRIOS AUTÔNOMOS: TERCEIRIZADOS:		
35. SERVIÇO DE RADIMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Refira-se somente ao CNAE 8640-1/99. Assinale <u>uma</u> das opções na linha, se houver serviço de radiometria / teste de qualidade. ☐ SIM ☒ NÃO		
36. PISCINA DE USO COLETIVO – Assinale <u>uma</u> das opções. ☐ SIM ☒ NÃO		
37. TRANSPORTE DE ÁGUA – Refira-se somente ao CNAE 3600-6/02: ☒ CONSUMO HUMANO ☐ REUSO		
38. TRANSPORTADORA – Refira-se somente aos CNAE 4930-2/01 e 4930-2/02 do Agrupamento 50, Subgrupo D, Grupo 1 – Assinale <u>uma</u> das opções e listará referências ao tipo de produto objeto de transporte: ☐ ALIMENTO E ÁGUA PARA VIABILIDADES ☐ MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO ☐ SANGUE E HEMOCOMPONENTES - AMBULÂNCIA DO SANGUE, DE PLASMA, DE PLASMA E DE HEMOCOMPONENTES ☒ PRODUTOS FARMACOLÓGICOS À SAÚDE – Assinale <u>uma</u> ou mais opções das Classes de Produtos referentes aos tipos de produtos transportados (Quadro 3): ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 20		



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V - PORTARIA CVS 01/2019

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

VI - IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

39. RESPONSÁVEL LEGAL: PALOMA APARECIDA LIBANIO NUNES

CPF: XXX

CBO - Registro código e descrição: 123105 SUPERINTENDENTE

40. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL LUCIANO ROBERTO DE FREITAS VISENTIN

CPF: 245.002.568-04

CONSELHO PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: 98.722 D

CBO - Registro código e descrição: 223109 MÉDICO CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO

41. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01 GUILHERME GENTA DOS SANTOS

CPF: 268.292.938-98

CONSELHO PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: 117.079 RT

CBO - Registro código e descrição: 225180 MÉDICO GERIATRA

42. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL: UF: Nº INSCRIÇÃO:

CBO - Registro código e descrição:

43. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL: UF: Nº INSCRIÇÃO:

CBO - Registro código e descrição:

VII - ANEXOS
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

44. TOTAL DE PÁGINAS - Registro o número total de páginas dos Subanexos utilizados para complementação deste formulário:

Subanexo V.1. ATIVIDADES
RELACIONADAS A PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE: 2

Subanexo V.2. FONTES DE RADIAÇÃO
IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE
INTERESSE DA SAÚDE:

Subanexo V.3. ATIVIDADES
RELACIONADAS A PRODUTOS DE
INTERESSE DA SAÚDE:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE
PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, INTEIRA
RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO E SEUS
ANEXOS.

MARÍLIA/SP

16/09/2019

LOCAL

DATA

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 03



ANEXO V – EXEMPLO DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO V PARA RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2019	
SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
1. N° PROTOCOLO	2. DATA PROTOCOLO
3. N° PROCESSO DE ORIGEM	
II – SOLICITAÇÃO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE	
4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO ☒ ESTABELECIMENTO ☐ EQUIPAMENTO ☐ ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO	
5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA CODIGO DA ATIVIDADE: 8610-1/01 DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR	
6. ATRIBUTO DA ATIVIDADE ECONÔMICA – Assinale uma das alternativas abaixo e informe o solicitado: ☒ ALBERGANTE - Cod.: ☐ ALBERGADO PRÓPRIO – CEVS PRÓPRIO - Cod.: 071 ☐ ALBERGADO TERCEIRIZADO - CNPJ Albergante:	
7. N° CEVS 352900690 861 000197 1 2	
8. TIPO DE SOLICITAÇÃO – Assinale uma das opções abaixo: ☒ LICENÇA DE FUNCIONAMENTO INICIAL ☐ CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO ☐ RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO ☐ ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale no item 9, as alterações correspondentes a esta solicitação.	
9. TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale uma das opções abaixo: a. ENDEREÇO g. N° E OU TIPO DE EQUIPAMENTO b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA h. N° DE LEITOS c. RADICA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA i. AMPLIAÇÃO-REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO d. RESPONSABILIDADE LEGAL e. RAZÃO SOCIAL f.1. FUSÃO ou f.2. INCORPORAÇÃO ou f.3. CISÃO ou f.4. SUCESSÃO REGISTRE O CNPJ ANTERIOR:	
III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE	
10. NATUREZA JURÍDICA – Assinale uma das opções: ☒ PESSOA JURÍDICA ☐ PESSOA FÍSICA	
11. CNPJ / CFP 24.082.016/0001-59	
12. RAZÃO SOCIAL / NOME HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA	
13. NOME FANTASIA HCFAMEMA - HC I - SERVIÇO DE RADIOLOGIA MÉDICA	
14. INSCRIÇÃO MUNICIPAL	
15. INSCRIÇÃO ESTADUAL	
16. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL	

IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

17. CEP 17510-080	18. TIPO LOGRADOURO RUA
19. LOGRADOURO DOUTOR REINALDO MACHADO	
20. Nº 266	21. COMPLEMENTO
22. BAIRRO FRAGATA	
23. MUNICÍPIO MARÍLIA	
UF: SP	24. DISTRITO
25. COORDENADAS GEOGRÁFICAS:	LONGITUDE ° ' " N ° ' " "
26. TELEFONE 14 3402-1744	27. CELULAR
28. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail) superintendencia@hc.famema.br	
29. ENDEREÇO PÁGINA WEB	www.hc.famema.br

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

30. TIPO – Assinale uma das opções abaixo:

☒ MATRIZ / MANTENEDORA ☐ FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora.

31. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale uma das opções abaixo:

☐ PRIVADO ☐ FEDERAL ☒ ESTADUAL ☐ MUNICIPAL

32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale uma das opções:

☐ PESSOA FÍSICA ☐ EMPRESA PRIVADA ☐ EMPRESA DE ECONOMIA MISTA

☐ COOPERATIVA ☐ SINDICATO ☐ FUNDAÇÃO PRIVADA

☐ ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS ☐ SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO

☐ ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE ☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA

☐ ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO ☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA

☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA ☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA

33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA – Assinale uma das opções:

☐ UNIVERSITÁRIA ☒ ESCOLA SUPERIOR ISOLADA ☐ AUXILIAR DE ENSINO ☐ NÃO SE APLICA

34. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS OU PROFISSIONAIS – Registre o número total de funcionários com formação superior, técnico, médio e elementar, segundo as condições apresentadas:

PRÓPRIOS COM VÍNCULO: 30 PRÓPRIOS AUTÔNOMOS: TERCEIRIZADOS:

35. SERVIÇO DE RADIODIETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Refere-se somente ao CNAE 8640-2/99. Assinale uma das opções ao lado, se houver serviço de radiometria / teste de qualidade:

☐ SIM ☒ NÃO

36. PISCINA DE USO COLETIVO – Assinale uma das opções:

☐ SIM ☒ NÃO

37. TRANSPORTE DE ÁGUA – Refere-se somente ao CNAE 3600-0/02:

☒ CONSUMO HUMANO ☐ REUSO

38. TRANSPORTADORA – Refere-se somente aos CNAE 4930-2/01 e 4930-2/02 do Agrupamento 30, Subgrupo D, Grupo I.

– Assinale uma ou mais alternativas referentes ao tipo de produtos objetos de transporte

☒ ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES ☐ MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO

☐ SANGUE E HEMOCOMPONENTES – AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, BOLHAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

☐ PRODOTOS RELACIONADOS À SAÚDE – Assinale um ou mais códigos das Classes de Produtos conforme os tipos de produtos transportados (Quadro 3)

☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 12 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 20



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2019

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

VI – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

39. RESPONSÁVEL LEGAL: PALOMA APARECIDA LIBANIO NUNES

CPF: XXXX

CBO – Registre código e descrição: 123105 SUPERINTENDENTE

40. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL PAULO CEZAR LEAL ECCLISSATO

CPF: XXXX

CONSELHO PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: 24.537

CBO – Registre código e descrição: 225320 MÉDICO RADIOLOGISTA

41. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01 RENATO ANTÔNIO DE CARVALHO GONÇALVES

CPF: 044.905.718-00

CONSELHO PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: 41.616

CBO – Registre código e descrição: 225320 MÉDICO RADIOLOGISTA

42. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL: UF: Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

43. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL: UF: Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

VII – ANEXOS

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

44. TOTAL DE PÁGINAS – Registre o número total de páginas dos Subanexos utilizados para complementação deste formulário:

Subanexo V.1. ATIVIDADES
RELACIONADAS A PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE: 2

Subanexo V.2. FONTES DE RADIAÇÃO
IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE
INTERESSE DA SAÚDE:

Subanexo V.3. ATIVIDADES
RELACIONADAS A PRODUTOS DE
INTERESSE DA SAÚDE:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, INTEIRA
RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO E SEUS
ANEXOS.

MARÍLIA/SP

18/07/2019

LOCAL

DATA

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 03



ANEXO VI – EXEMPLO DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO V.1

		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
SUBANEXO V.1 – PORTARIA CVS 01/2019			
ATIVIDADE RELACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE			
I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA			
1. N° PROTOCOLO		2. DATA PROTOCOLO	
3. N° PROCESSO ORIGEM			
II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE			
4. N° CEVS		352900590	661 184 1 4
5. CNPJ/CPF		24.082.016/0001-59	
6. RAZÃO SOCIAL / NOME HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA			
7. NOME FANTASIA HCFAMEMA - HC II - UNIDADE MATERNO INFANTIL			
III - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE			
8. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE		CÓDIGO CNES: 202650	
9. TIPO DE SERVIÇO		CÓDIGO SERVIÇO: 090	
10. TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ALBERGADOS			
A. PRÓPRIOS SOB N° CEVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE - Registre os códigos correspondentes:			
110	026	036	051
062	096	076	182
090	181		
B. PRÓPRIOS COM N° CEVS PRÓPRIO - Registre os códigos correspondentes:			
001	041	071	
C. TERCEIRIZADOS - Registre os códigos correspondentes e respectivos CNPJ:			
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
11. TRANSPORTE - Refere-se somente aos CNAE 8640-2/01 ou 8640-2/02 ou 8640-2/12 do Agrupamento 70, Grupo II, Anexo I.			
- Assinale <u>uma</u> das alternativas relacionadas ao material que será transportado:			
☒ A. SANGUE E HEMOCOMPONENTES - AUTORIZAÇÃO ANVISA:			
☐ B. MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO			



IV - ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL

12. CONSULTÓRIOS MÉDICOS		13. CONSULTÓRIOS	
PEDIÁTRICO	0	FEMININO	6
MASCULINO	0	OUTROS	0
14. SALAS E LEITOS DE REPOUSO / OBSERVAÇÃO			
PEDIÁTRICO	0	FEMININO	0
MASCULINO	0	OUTROS	0
15. CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS			
EQUIPOS ODONTOLÓGICAS			
16. SALAS, POLTRONAS E MÁQUINAS DE PROCEDIMENTOS			
CIRURGIA AMBULAT.	0	CURATIVO	0
ENFERMAGEM	1	CESSO	0
IMUNIZAÇÃO	1	NEBULIZAÇÃO	0
PEQUENAS CIRURGIAS	0	QUIMIOTERAPIA	0
DIAÁLISE	0	POLTRONAS	0
MÁQUINAS CRÔNICAS	0		

V - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

17. XXX NOME PROFISSIONAL XXX CPF	CRM CONSELHO PROFISSIONAL	SP UF	XXX Nº INSCRIÇÃO	225124 CBO
18. XXX NOME PROFISSIONAL XXX CPF	CRM CONSELHO PROFISSIONAL	SP UF	XXX Nº INSCRIÇÃO	225180 CBO
19. XXX NOME PROFISSIONAL XXX CPF	COREN CONSELHO PROFISSIONAL	SP UF	XXX Nº INSCRIÇÃO	223505 CBO
20. XXX NOME PROFISSIONAL XXX CPF	COREN CONSELHO PROFISSIONAL	SP UF	XXX Nº INSCRIÇÃO	223505 CBO
21. XXX NOME PROFISSIONAL XXX CPF	COREN CONSELHO PROFISSIONAL	SP UF	XXX Nº INSCRIÇÃO	223505 CBO

VI - LEITOS - UNIDADES DE INTERNAÇÃO E DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

22. UNIDADE DE INTERNAÇÃO - Registre o número de leitos existentes, segundo a especialidade:			
A. CIRÚRGICA:			
BUCA MAXILO FACIAL	0	GASTROENTEROLOGIA	0
CARDIOLOGIA	0	GINECOLOGIA	10
CIRURGIA GERAL	0	LEITO / DIA	0
PEDIÁTRICA	3	NEFRO-UROLOGIA	0
B. CLÍNICA:			
AIDS	0	ENDOCRINOLOGIA	0
CARDIOLOGIA	0	GERIATRIA	0
CLÍNICA GERAL	0	HANSENLOGIA	0
CRÔNICOS	0	HEMATOLOGIA	4
DERMATOLOGIA	0	LEITO / DIA	0
NEONATOLOGIA	0	OBSTETRÍCIA	20
ONCOLOGIA	0	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	1
OTORRINOLARINGOLOGIA	1	PLASTICA	0
TORACICA	0	REABILITAÇÃO	0
TISIOLOGIA	0		
23. UNIDADE DE INTERNAÇÃO COM LEITO COMPLEMENTAR - Registre o número de leitos complementares existentes:			
UTI ADULTO	0	UTI NEONATAL	8
UTI INFANTIL	7	UNIDADE INTERMEDIARIA	0
UNIDADE INTERMEDIARIA NEONATAL 8			
UNIDADE DE ISOLAMENTO 0			
24. UNIDADE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (PRONTO-SOCORRO)			
Nº LEITOS OBSERVAÇÃO: 4			

VII - EQUIPAMENTOS / FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE

25. Registre o número de equipamentos e ou fontes de radiação ionizante existentes e informados no subanexo V.2:	4
VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS:	



ANEXO VII – EXEMPLO DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO V.2

		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
		COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
SUBANEXO V.2 – PORTARIA CVS 01/2019			
FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE			
I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA			
1. N° PROTOCOLO		2. DATA PROTOCOLO	
3. N° PROCESSO DE ORIGEM			
II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE CONFORME REGISTRADO NO ANEXO V QUE ACOMPANHA ESTE FORMULÁRIO			
4. N° CEVS		5. CNPJ / CPF 24.082.016/0001-59	
6. RAZÃO SOCIAL / NOME HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA			
7. NOME FANTASIA HCFAMEMA - SERVIÇO DE RADIOTERAPIA - ESTRÔNCIO 90 OFTALMO			
III – CARACTERIZAÇÃO DAS FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE CONSULTAR ANEXO II – FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO			
EQ.1. COD.: <u>402</u> N° CEVS: _____			
CARACTERÍSTICAS: A: <u>ESTRÔNCIO 90</u>		C: <u>55,00 mCi</u>	
B: <u>01</u>		D: <u>40 anos</u>	
EQ.2. COD.: _____ N° CEVS: _____			
CARACTERÍSTICAS: A: _____		C: _____	
B: _____		D: _____	
EQ.3. COD.: _____ N° CEVS: _____			
CARACTERÍSTICAS: A: _____		C: _____	
B: _____		D: _____	
EQ.4. COD.: _____ N° CEVS: _____			
CARACTERÍSTICAS: A: _____		C: _____	
B: _____		D: _____	
EQ.5. COD.: _____ N° CEVS: _____			
CARACTERÍSTICAS: A: _____		C: _____	
B: _____		D: _____	
EQ.6. COD.: _____ N° CEVS: _____			
CARACTERÍSTICAS: A: _____		C: _____	
B: _____		D: _____	



IV – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

RT.A. NOME: **EDUARDO JOSÉ STEFANO**

CPF: **XXX**

CONS. PROFISSIONAL: **CRM**

UF: **SP**

Nº INSCRIÇÃO: **31.889**

CBO: **225330**

MÉDICO RADIOTERAPEUTA

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

SUBSTITUTO 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

RT.B. NOME: **YURI BONICELLI CREMPE**

CPF: **XXX**

CONS. PROFISSIONAL: **CRM**

UF: **SP**

Nº INSCRIÇÃO: **164.282**

CBO: **225330**

MÉDICO RADIOTERAPEUTA

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

SUBSTITUTO 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

RT.C. NOME: _____

CPF: _____

CONS. PROFISSIONAL: _____

UF: _____

Nº INSCRIÇÃO: _____

CBO: _____

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

SUBSTITUTO 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

RT.D. NOME: _____

CPF: _____

CONS. PROFISSIONAL: _____

UF: _____

Nº INSCRIÇÃO: _____

CBO: _____

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

SUBSTITUTO 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

RT.E. NOME: _____

CPF: _____

CONS. PROFISSIONAL: _____

UF: _____

Nº INSCRIÇÃO: _____

CBO: _____

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

SUBSTITUTO 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

RT.F. NOME: _____

CPF: _____

CONS. PROFISSIONAL: _____

UF: _____

Nº INSCRIÇÃO: _____

CBO: _____

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

SUBSTITUTO 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

V – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE
PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE,
INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS.

MARÍLIA/SP

26/09/2019

Local

Data

Assin. RESP. LEGAL

Assin. RESP. TECN. ESTAB.

Assinatura RESP. TECN. A

Assinatura RESP. TECN. B

Assinatura RESP. TECN. C

Assinatura RESP. TECN. D

Assinatura RESP. TECN. E

Assinatura RESP. TECN. F



11 CONTROLE DE QUALIDADE

11.1 HISTÓRICO DE REVISÕES

Data de Aprovação Inicial	06/12/2019
----------------------------------	-------------------

Nº da Revisão	Data	Item	Alteração
1	10/02/2020	3 Responsabilidade	• Inclusão de Informação: Departamento de Infraestrutura e Logística.

11.2 ORGANIZAÇÃO DE ARQUIVO

Documentos (Código)	Prazos de Guarda (em anos)		Destinação		Observações
	Unidade Produtora	Unidade com Atribuições de Arquivo	Eliminação	Guarda Permanente	
HCF-GGPA-POP-1	Até aprovação da Tabela de Temporalidade	A definir	A definir		Instruções na OS HCF nº36/2019

11.3 ELABORAÇÃO

Setor	Nome
Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação	Andréia Scorsafava Marques Vilela

11.4 CONFERÊNCIA

Setor	Nome
Departamento de Atenção a Saúde de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica	Enfa. Cristina T. Macedo Kuabara
Departamento de Atenção a Saúde de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica	Enfa. Juliana da Silva Pirenetti

11.5 APROVAÇÃO

Marília, 10 de fevereiro de 2020.



Marcos Henrique de Jesus
Diretor da Gerência de Gestão,
Planejamento e Avaliação
HCFAMEMA



Dra. Paloma Aparecida Libanio Nunes
Superintendente
HCFAMEMA