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;

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. Nº PROTOCOLO
2. DATA PROTOCOLO
3. Nº PROCESSO DE ORIGEM

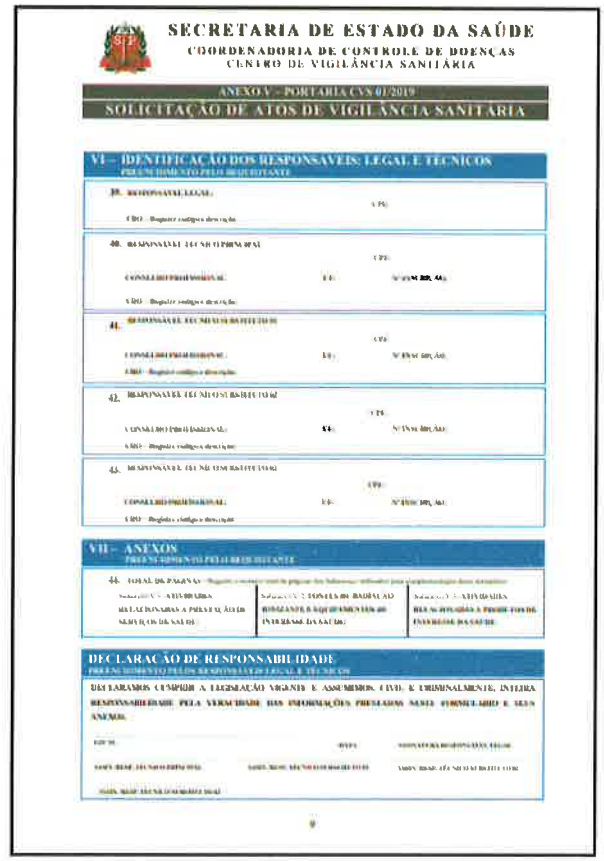
II – SOLICITAÇÃO
PREENCHIMENTO PELO REQUERENTE

4. NATUREZA DA SOLICITAÇÃO
○ LICENÇA DE FUNCIONAMENTO ○ ALVARÁ SANITÁRIO ○ ESTABELECIMENTOS DE EQUIPAMENTOS
5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE PRINCIPAL A SER EXERCIDA NO LOCAL
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
CNAE DA ATIVIDADE
6. NATUREZA DA ATIVIDADE PRINCIPAL A SER EXERCIDA NO LOCAL
○ ALTO RISCO
○ MÉDIO RISCO
○ BAIXO RISCO
7. Nº DA VIA
8. TIPO DE SOLICITAÇÃO
○ LICENÇA DE FUNCIONAMENTO INICIAL
○ LICENÇA DE FUNCIONAMENTO POR ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO
○ RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO
○ ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS
9. TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS
○ ENDEREÇO
○ Nº DO IMÓVEL
○ RAZÃO SOCIAL
○ NOME FANTASIA
○ RESPONSÁVEL TÉCNICO
○ RESPONSÁVEL LEGAL
○ RAZÃO SOCIAL
○ ALTERAÇÃO DE ATIVIDADE EXERCIDA NO LOCAL
○ AMPLIAÇÃO DE ÁREA
○ REDUÇÃO DE ÁREA
○ OUTROS
○ CNAE
○ Nº DE CÔMODOS
○ Nº DE SALAS
○ Nº DE LEITOS
○ Nº DE CONSULTÓRIOS
○ Nº DE CLÍNICAS
○ Nº DE SALAS DE CIRURGIA
RELAÇÃO DE CNAE ANTERIOR

III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUERENTE

10. NATUREZA JURÍDICA ○ PESSOA JURÍDICA ○ PESSOA FÍSICA
11. CNPJ/CPF
12. RAZÃO SOCIAL / NOME
13. NOME FANTASIA
14. INSCRIÇÃO MUNICIPAL
15. INSCRIÇÃO ESTADUAL
16. INSCRIÇÃO PREVIDENCIÁRIA

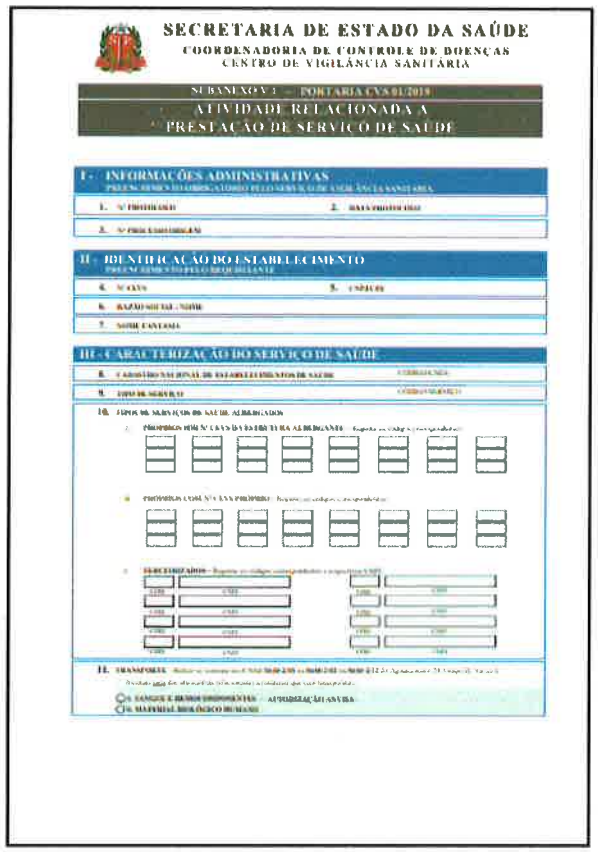
7

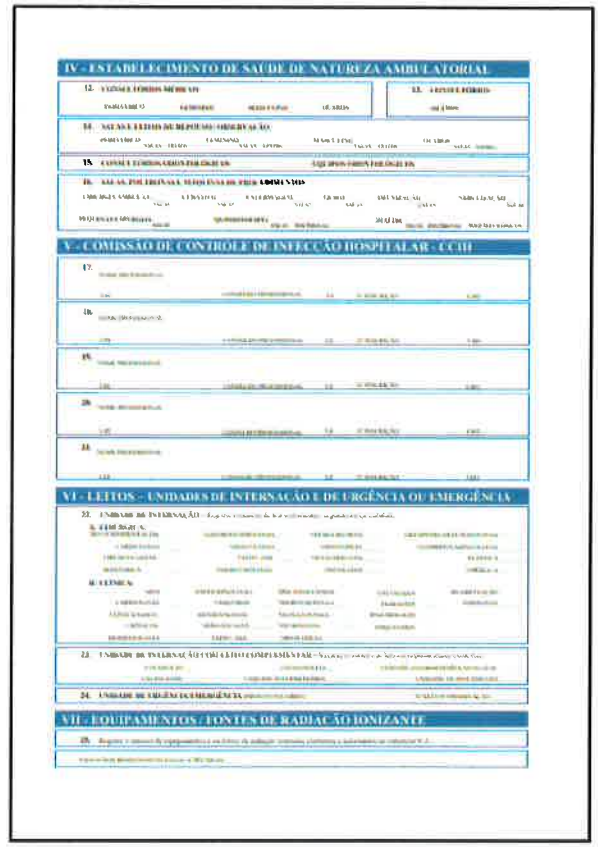


- Logo após a apresentação do Anexo no site, é possível visualizar os critérios para uso dos formulários da Vigilância Sanitária e as instruções de preenchimento. O Anexo V deve ser preenchido de acordo com as características específicas do objeto da solicitação;
- Finalizado o preenchimento, conferir 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
SUBANEXO V.1 – PORTARIA CVS 01/2019
ATIVIDADE RELACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE
I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS
II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
III - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE


IV - ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL
V - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH
VI - LEITOS – UNIDADES DE INTERNAÇÃO E DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA
VII - EQUIPAMENTOS / FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE

- 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

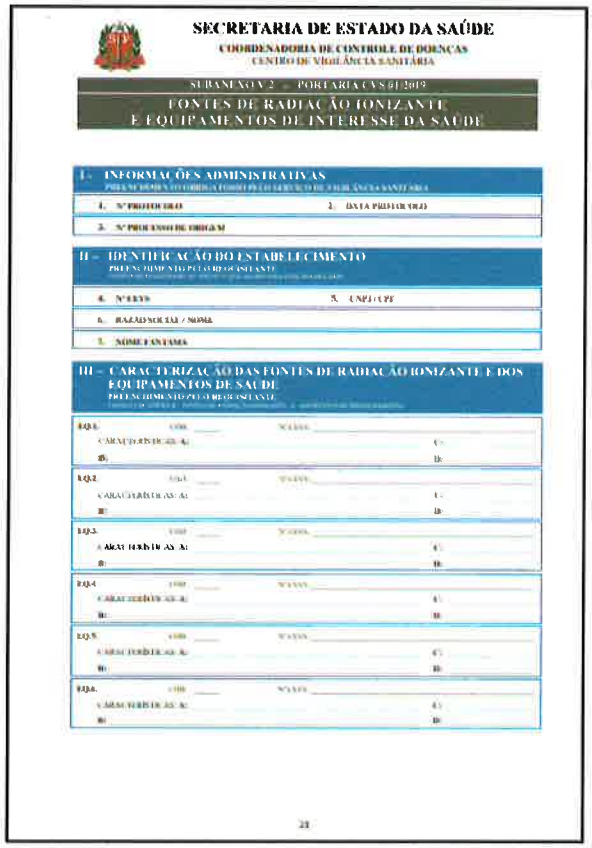
ANEXO II – PORTARIA CVS 01/2019

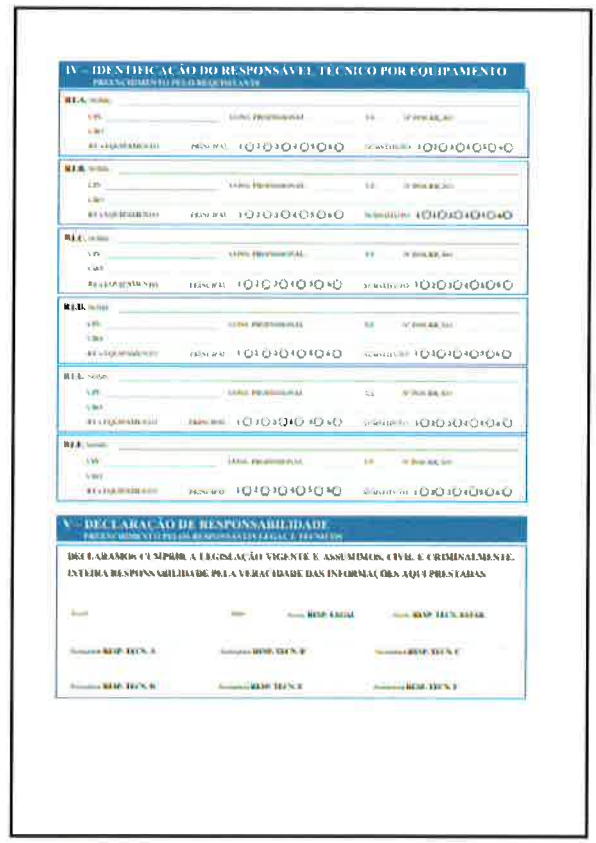
FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE
SUJEITAS A LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

1 - EQUIPAMENTOS GERADORES DE RADIAÇÃO IONIZANTE	
CÓDIGO	TIPO
215	ACELERADOR LINEAR COM ELÉTRONS
216	ACELERADOR LINEAR SEM ELÉTRONS
169	RADIOTERAPIA DE ORTOVOLTAGEM
201	RAIOS X MÉDICO ATÉ 100 MA
204	RAIOS X MÉDICO COM FLUOROSCOPIA
202	RAIOS X MÉDICO DE 101 MA À 500 MA
203	RAIOS X MÉDICO DE MAIS DE 500 MA
206	RAIOS X MÉDICO MÓVEL
218	RAIOS X ODONTOLÓGICO EXTRA-ORAL
207	RAIOS X ODONTOLÓGICO INTRA-ORAL
214	RAIOS X PARA DENSITOMETRIA ÓSSEA
208	RAIOS X PARA HEMODINÂMICA
213	RAIOS X PARA LITOTRIPTOR EXTRACORPÓREO
210	RAIOS X PARA MAMÓGRAFO COM ESTEREOTAXIA
211	RAIOS X PARA MAMÓGRAFO SEM ESTEREOTAXIA
209	RAIOS X PARA SIMULAÇÃO
219	RAIOS X PARA TOMÓGRAFO PET CT
212	RAIOS X PARA TOMÓGRAFO MÉDICO
221	RAIOS X PARA TOMÓGRAFO ODONTOLÓGICO
2 - EQUIPAMENTOS COM FONTES SELADAS	
CÓDIGO	TIPO
101	UNIDADE DE BRAQUITERAPIA COM FONTES DE ALTA TAXA DE DOSE
102	UNIDADE DE BRAQUITERAPIA COM FONTES DE MÉDIA TAXA DE DOSE
103	UNIDADE DE TELETERAPIA
120	IRRADIADOR DE BOLSA DE SANGUE HUMANO COM FONTE DE RADIAÇÃO GAMA
3 - EQUIPAMENTOS PARA USO VETERINÁRIOS COM RADIAÇÃO IONIZANTE	
CÓDIGO	TIPO
601	ACELERADOR LINEAR COM OU SEM ELÉTRONS
602	RAIOS X CONVENCIONAL
603	RAIOS X MÓVEL
604	RAIOS X PARA ODONTOLOGIA
605	RAIOS X PARA TOMOGRAFIA
4 - FONTES SELADAS	
CÓDIGO	TIPO
401	CONJUNTO DE FONTES PARA BRAQUITERAPIA DE BAIXA TAXA DE DOSE
403	CONJUNTO DE FONTES PARA CALIBRAÇÃO EM MEDICINA NUCLEAR
402	CONJUNTO DE FONTES PARA TERAPIA DE CONTATO
404	FONTE DE REFERÊNCIA PARA RADIOTERAPIA

139

- 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
II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
III – CARACTERIZAÇÃO DAS FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE


IV – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO
V – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE
DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS.

- 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

CÓDIGO	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	INCLUÍDO 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

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

NAOR - MARÍLIA
Recebido em 14/06/2019
Renata Igino
Diretora

ASVM

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.

SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
| Secretaria da Saúde

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 TECNICA 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 **VINCULO EMPREGATICIO** - COPIA; OU COPIA DO COMPROVANTE DE VINCULO EMPREGATICIO REGISTRADO EM CARTORIO QUANDO CARACTERIZAR PRESTAÇÃO DE SERVIÇO - COPIA	OK
40	FORMULARIO DE SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILANCIA SANITARIA - **ANEXO V**	OK
41	FORMULARIO DE ATIVIDADE RELACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE INTERESSE DA SAUDE - **SUBANEXO V.1**	OK
42	FORMULARIO DE EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAUDE - **SUBANEXO V.2**	não se aplica
43	FORMULARIO DE ATIVIDADE RELACIONADA AOS PRODUTOS DE INTERESSE DA SAUDE - **SUBANEXO V.3**	não se aplica
45	**HABILITAÇAO DO PROFISSIONAL EMITIDA PELO CONSELHO DE CLASSE COMPETENTE** - COPIA 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

CÓDIGO	INCLUÍDO 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, 16 de agosto de 2019

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

NAOR - MARÍLIA
Recebido em 16/08/19
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

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 SAUDE** OU COMPROVANTE DE **ISENÇÃO DE TAXA** - ORIGINAL	autarquia isenta
29	COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO (DARE OU EQUIVALENTE MUNICIPAL) DA **TAXA DE INSPEÇAO SANITARIA** OU COMPROVANTE DE **ISENÇÃO DE TAXA** - ORIGINAL	autarquia isenta
40	FORMULARIO DE SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILANCIA SANITARIA - ANEXO V	ok
41	FORMULARIO DE ATIVIDADE RELACIONADA A PRESTAÇÃO DE **SERVIÇO DE INTERESSE DA SAUDE** - SUBANEXO V.1	ok
42	FORMULARIO DE **EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAUDE** - SUBANEXO V.2	não se aplica
43	FORMULARIO DE ATIVIDADE RELACIONADA AOS **PRODUTOS DE INTERESSE DA SAUDE** - SUBANEXO V.3	não se aplica

Marília/SP, 23 de julho 2019

Andreia 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

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

SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO

SUPERINTENDÊNCIA HCFAMEMA

De: Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação - GGPA

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

Finalidade:

[X] Conhecer [ ] Manifestar-se [ ] Arquivar

[ ] Providenciar [ ] Divulgar

[ ] Deferido [ ] Indefendo

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 RAIO 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 [X] Não

Urgente: [ ] Sim [X] Não

Data: 22/07/2019

Andréia S. Marques Vilela
Secretária – GGPA HCFAMEMA

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Dr. Age 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
ASMV Protocolo: xxxx/2019 - Página 1 de 1

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

SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO

De: Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação – GGPA

Para: Oncoclínica – a/c Isabel

Finalidade:

[X] Conhecer [ ] Manifestar-se [ ] Arquivar

[X] Providenciar [ ] Divulgar

[ ] Deferido [ ] Indeferido

Considerações:

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

Nº CEVS: 35290590-861-000213-1-8 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: [X] Sim [ ] Não

Urgente: [ ] Sim [X] Não

Data: 22/08/2019

Andréia S. Marques Vilela
GGPA / HCFAMEMA

Recebida 22/08/19
Ana Isabel D. Sutório
ENFERMEIRA
COREN 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

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

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 PRÉVIOS À SOLICITAÇÃO INICIAL DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

CÓDIGO	TIPO
1	AUTORIZAÇÃO DE CONSTRUÇÃO, EMITIDA PELA COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR (CNEN) - CÓPIA
2	COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO (DARE OU EQUIVALENTE MUNICIPAL) DA TAXA DE LAUDO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO DE PROJETO DE EDIFICAÇÃO - ORIGINAL
3	COMPROVANTE DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - ART - ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA OU RRT - REGISTRO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - CÓPIA
4	MEMORIAL DESCRITIVO DE FLUXOS E DE ATIVIDADES - CÓPIA
5	MEMORIAL DESCRITIVO DO PROJETO ARQUITETÔNICO DA EDIFICAÇÃO - CÓPIA
6	PROJETO ARQUITETÔNICO DA EDIFICAÇÃO (JOGOS DE PLANTAS, COMPLETO) - CÓPIA
7	PROJETO DO TRATAMENTO, DESTINAÇÃO FINAL OU AFASTAMENTO DOS EFLUENTES GERADOS PELO EMPREENDIMENTO (RESOLUÇÃO CONAMA) - CÓPIA
8	PROJETO DO TRATAMENTO, DESTINAÇÃO FINAL OU AFASTAMENTO DOS RESÍDUOS GERADOS PELO EMPREENDIMENTO (LEI 12305/2010 - POLÍTICA NACIONAL DE RESÍDUOS SÓLIDOS - PNRS) - CÓPIA
9	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO FÍSICO FUNCIONAL DE PROJETO DE EDIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTO DE INTERESSE DA SAÚDE (EIAS) - ANEXO 2 DA PORTARIA CVS 10/2017

273

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 (CNEN) – CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL
21	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF) – CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL
22	DOCUMENTO DA EMPRESA QUE DECLARA A DESTITUIÇÃO 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 (CNEN) – CÓPIA
26	COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO EMPREENDIMENTO, QUANDO A ATIVIDADE FOR EXERCIDA POR PESSOA FÍSICA – CÓPIA
27	COMPROVANTE DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL – DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIDADE DE PESSOA FÍSICA, COM FOTO – CÉDULA DE IDENTIDADE EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA OU PELAS FORÇAS ARMADAS OU PELO MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES OU PELA POLÍCIA MILITAR, OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO, OU CARTEIRA FUNCIONAL EXPEDIDA PELO MINISTÉRIO PÚBLICO OU DE OUTRO ÓRGÃO PÚBLICO, QUE POR LEI FEDERAL VALHA COMO IDENTIDADE – CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL
28	COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO (DARE OU EQUIVALENTE MUNICIPAL) DA TAXA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE OU COMPROVANTE DE ISENÇÃO DE TAXA – ORIGINAL
29	COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO (DARE OU EQUIVALENTE MUNICIPAL) DA TAXA DE INSPEÇÃO SANITÁRIA OU COMPROVANTE DE ISENÇÃO DE TAXA – ORIGINAL
30	COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO (DARE OU EQUIVALENTE MUNICIPAL) DA TAXA DE RUBRICA DE LIVROS OU COMPROVANTE DE ISENÇÃO DE TAXA – ORIGINAL
31	COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO (DARE OU EQUIVALENTE MUNICIPAL) DA TAXA DE TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA OU COMPROVANTE DE ISENÇÃO DE TAXA – ORIGINAL
32	COMPROVANTE DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA, QUANDO EMITIDA PELO CONSELHO PROFISSIONAL COMPETENTE – CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL
33	COMPROVANTE DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO – CÓPIA, OU COMPROVANTE DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO REGISTRADO EM CARTÓRIO QUANDO CARACTERIZAR PRESTAÇÃO DE SERVIÇO – CÓPIA
34	CONCESSÃO DE LAVRA PARA ÁGUA MINERAL EMITIDA PELO DEPARTAMENTO NACIONAL DE PRODUÇÃO MINERAL (DNPM) – CÓPIA DA PÁGINA DO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO COM A PUBLICAÇÃO
35	CONTRATO DE ALUGUEL – CÓPIA
36	CONTRATO DE ATIVIDADE TERCEIRIZADA – CÓPIA
37	CONTRATO DE DISSOLUÇÃO – 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 – EIRELI, SRL, EPP, ENTRE OUTROS – CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL
40	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANEXO V DA PORTARIA CVS 1/2019
41	FORMULÁRIO DE ATIVIDADE RELACIONADA À PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE INTERESSE DA SAÚDE – SUBANEXO V.1 DA PORTARIA CVS 1/2019
42	FORMULÁRIO DE EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE – SUBANEXO V.2 DA PORTARIA CVS 1/2019
43	FORMULÁRIO DE ATIVIDADE RELACIONADA AOS PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE – SUBANEXO V.3 DA PORTARIA CVS 1/2019
44	PARECER DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ORTOPEDIA TÉCNICA (ABROTEC) QUE ENQUADRA O RESPONSÁVEL TÉCNICO COMO PROTESISTA-ORTESISTA, PROTESISTA, ORTESISTA OU SAPATEIRO ORTOPÉDICO

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 IDENTIDADE 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	FORMULÁRIO PARA CREDENCIAMENTO DE UNIDADES PÚBLICAS RESPONSÁVEIS (ANEXO I DA RESOLUÇÃO SMS 11/2011 OU A QUE VIER A SUBSTITUÍ-LA) - CÓPIA
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
53	LICENÇA DE INSTALAÇÃO OU DE OPERAÇÃO EMITIDA PELA CETESB – CÓPIA OU, COMPROVANTE DE REQUISIÇÃO DE REGULARIZAÇÃO JUNTO À CETESB (DOCUMENTO VALIDO ATÉ A EMISSÃO DA RESPECTIVA LICENÇA) – CÓPIA
54	OUTORGA DAEE - CÓPIA DA PUBLICAÇÃO EM DOE OU DOCUMENTO EXPEDIDO PELO ÓRGÃO COMPETENTE
55	CONTRATO FIRMADO ENTRE A EMPRESA FABRICANTE OU IMPORTADORA E A EMPRESA FRACIONADORA DE PRODUTOS DE PESSOA FÍSICA - CÓPIA
56	LAUDO LABORATORIAL QUE ATENDA AOS PADRÕES MICROBIOLÓGICO, 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 DESTITUIÇÃO DA RESPONSABILIDADE TÉCNICA - ORIGINAL
99	DEFINIDOS EM LEGISLAÇÃO MUNICIPAL

Quadro 23 – DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO, RENOVAÇÃO 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
	RAZÃO 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
	SUCESSÃO DE EMPRESA	23, 29, 38 ou 39 e 40
	RESPONSABILIDADE LEGAL	21, 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 – BAIXA	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 3 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 (Art. 13 - §1º)
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 expedir 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 OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº PROTOCOLO
2. DATA PROTOCOLO
3. Nº PROCESSO DE ORIGEM

II – SOLICITAÇÃO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO
( ) ESTABELECIMENTO ( ) EQUIPAMENTO ( ) ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO
5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA — CÓDIGO 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.: 073
( ) ALBERGADO TERCEIRIZADO - CNPJ Albergante:
7. Nº CEVS
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
b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
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:
g. Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO
h. Nº DE LEITOS
i. AMPLIAÇÃO/REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO

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 - HCFAMEM
13. NOME FANTASIA: HCFAMEMA - SERVIÇO DE RADIOTERAPIA - ESTRÔNCIO 90 OFTALMO
14. INSCRIÇÃO MUNICIPAL
15. INSCRIÇÃO ESTADUAL
16. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL

7

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 RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Refere-se somente ao CNAE 8640-2/99. ( ) SIM (●) NÃO
Assinale uma das opções ao lado, se houver serviço de radiometria / teste de qualidade.

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 [ ] 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 – 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 — LOCAL
26/09/2019 — 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 OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº PROTOCOLO
2. DATA PROTOCOLO
3. Nº PROCESSO DE ORIGEM

II – SOLICITAÇÃO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO
(●) ESTABELECIMENTO ( ) EQUIPAMENTO ( ) ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO
5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA CÓDIGO 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.: 080
( ) ALBERGADO PRÓPRIO – CEVS PRÓPRIO - Cod.:
( ) ALBERGADO TERCEIRIZADO - CNPJ Albergante:
7. Nº CEVS 352980598 861 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
( ) b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
(●) c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
( ) 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:
( ) g. Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO
( ) h. Nº DE LEITOS
( ) i. AMPLIAÇÃO/REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO

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 - HCFAMEM
13. NOME FANTASIA HCFAMEMA - HC I - UNIDADE CLÍNICO CIRÚRGICO
14. INSCRIÇÃO MUNICIPAL
15. INSCRIÇÃO ESTADUAL
16. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL

7

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 (X) 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
(X) ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA ( ) ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA

33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA – Assinale uma das opções.
( ) UNIVERSITÁRIA (X) 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 RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Refere-se somente ao CNAE 8640-2/99 ( ) SIM ( ) NÃO
Assinale uma das opções ao lado, se houver serviço de radiometria / teste de qualidade

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 ( ) REÚSO

38. TRANSPORTADORA – Refere-se somente aos CNAE 4930-2/01 e 4930-2/02 do Agrupamento 50, 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, DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES
[ ] PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE - Assinale um ou mais códigos dos Classes de Produtos relativos aos 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: 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 — LOCAL
18/07/2019 — 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. Nº PROTOCOLO — 2. DATA PROTOCOLO
3. Nº PROCESSO DE ORIGEM

II – SOLICITAÇÃO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO
(●) ESTABELECIMENTO ( ) EQUIPAMENTO ( ) ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO

5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA — CÓDIGO 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.: 090
( ) ALBERGADO PRÓPRIO – CEVS PRÓPRIO - Cod.:
( ) ALBERGADO TERCEIRIZADO - CNPJ Albergante:

7. Nº CEVS 352900690 861 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
(●) b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
( ) c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
( ) 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:
( ) g. Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO
( ) h. Nº DE LEITOS
( ) i. AMPLIAÇÃO/REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO

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 - HCFAMEM
13. NOME FANTASIA: HCFAMEMA - HC I - UNIDADE CLÍNICO CIRÚRGICO
14. INSCRIÇÃO MUNICIPAL
15. INSCRIÇÃO ESTADUAL
16. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL

7

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 – Informar CNPJ da Matriz / Mantenedora

31. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale uma das opções abaixo
( ) PRIVADO ( ) FEDERAL (X) 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 (X) ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA

33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA – Assinale uma das opções
( ) UNIVERSITÁRIA (X) 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 1.060 | PRÓPRIOS AUTÔNOMOS | TERCEIRIZADOS

35. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Refere-se somente ao CNAE 8640-2/99 ( ) SIM (X) NÃO
Assinale uma das opções ao lado, se houver serviço de radiometria / teste de qualidade

36. PISCINA DE USO COLETIVO – Assinale uma das opções ( ) SIM (X) 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 50, 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 DO SANGUE, DOCUMENTOS, FRASES DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES
[ ] PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE - Assinale um ou mais códigos das Classes de Produtos existentes nos tipos de produtos transportados (Quadro 5)
[ ] 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 TECNICOS
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: 268.292.938-98
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 — LOCAL
16/09/2019 — 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 OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº PROTOCOLO
2. DATA PROTOCOLO
3. Nº PROCESSO DE ORIGEM

II – SOLICITAÇÃO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO
(●) ESTABELECIMENTO ( ) EQUIPAMENTO ( ) ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO

5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA CÓDIGO 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. Nº 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
b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
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:
g. Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO
h. Nº DE LEITOS
i. AMPLIAÇÃO/REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO

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 - HCFAMEM
13. NOME FANTASIA HCFAMEMA - HC I - SERVIÇO DE RADIOLOGIA MÉDICA
14. INSCRIÇÃO MUNICIPAL
15. INSCRIÇÃO ESTADUAL
16. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL

7

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 alfabetizar, segundo as condições apresentadas:
PRÓPRIOS COM VÍNCULO: 39 | PRÓPRIOS AUTÔNOMOS: | TERCEIRIZADOS:

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

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 1)
[ ] 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 RESPONSAVEIS: LEGAL E TECNICOS
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

39. **RESPONSAVEL LEGAL:** PALOMA APARECIDA LIBANIO NUNES
CPF: XXXX
CBO – Registre código e descrição: 123105 SUPERINTENDENTE

40. **RESPONSAVEL 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. **RESPONSAVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01** RENATO ANTÔNIO DE CARVALHO GONÇALVES
CPF: 044.905.718-60
CONSELHO PROFISSIONAL: CRM **UF:** SP **Nº INSCRIÇÃO:** 41.616
CBO – Registre código e descrição: 225320 MÉDICO RADIOLOGISTA

42. **RESPONSAVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02**
CPF:
CONSELHO PROFISSIONAL: **UF:** **Nº INSCRIÇÃO:**
CBO – Registre código e descrição:

43. **RESPONSAVEL 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 RESPONSAVEIS 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 — LOCAL
18/07/2019 — 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. Nº PROTOCOLO
2. DATA PROTOCOLO
3. Nº PROCESSO ORIGEM

II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. Nº CEVS: 352900590 861 184 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: 202550
9. TIPO DE SERVIÇO — CÓDIGO SERVIÇO: 090
10. TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ALBERGADOS

A. PRÓPRIOS SOB Nº CEVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE – Registre os códigos correspondentes:

110	026	036	051	192	053	054	055
062	096	076	162	206	207	009	081
090	181						

B. PRÓPRIOS COM Nº CEVS PRÓPRIO – Registre os códigos correspondentes:

001	041	071					

C. TERCEIRIZADOS – Registre os códigos correspondentes e respectivos CNPJ:

COD.	CNPJ	COD.	CNPJ
COD.	CNPJ	COD.	CNPJ
COD.	CNPJ	COD.	CNPJ
COD.	CNPJ	COD.	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 uma das alternativas relacionadas ao material que será transportado:

( ) A. SANGUE E HEMOCOMPONENTES – AUTORIZAÇÃO ANVISA:
( ) B. MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO

IV - ESTABELECIMENTO DE SAUDE DE NATUREZA AMBULATORIAL

12. CONSULTORIOS MEDICOS
PEDIATRICO 0 | FEMININO 6 | MASCULINO 0 | OUTROS 0

13. CONSULTORIOS
OUTROS 4

14. SALAS E LEITOS DE REPOUSO / OBSERVAÇÃO
PEDIATRICO 0 SALAS 0 LEITOS | FEMININO 0 SALAS 0 LEITOS | MASCULINO 0 SALAS 0 LEITOS | OUTROS 0 SALAS 0 LEITOS

15. CONSULTORIOS ODONTOLOGICOS 0 | EQUIPOS ODONTOLOGICOS 0

16. SALAS, POLTRONAS E MÁQUINAS DE PROCEDIMENTOS
CIRURGIA AMBULAT. 0 SALAS | CURATIVO 0 SALAS | ENFERMAGEM 1 SALAS | GESSO 0 SALAS | IMUNIZAÇÃO 1 SALAS | NEBULIZAÇÃO 0 SALAS
PEQUENAS CIRURGIAS 0 SALAS | QUIMIOTERAPIA 0 SALAS 0 POLTRONAS | DIÁLISE 0 SALAS 0 POLTRONAS 0 MÁQUINAS CRÔNICOS

V - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

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

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:

BUCO MAXILO FACIAL 0	GASTROENTEROLOGIA 0	NEUROCIRURGIA 1	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA 1
CARDIOLOGIA 0	GINECOLOGIA 10	OBSTETRÍCIA 8	OTORRINOLARINGOLOGIA 1
CIRURGIA GERAL 0	LEITO / DIA 0	OFTALMOLOGIA 0	PLASTICA 0
PEDIÁTRICA 3	NEFRO/UROLOGIA 0	ONCOLOGIA 0	TORACICA 0

B. CLÍNICA:

AIDS 0	ENDOCRINOLOGIA 0	MOL INFECCIOSAS 0	ONCOLOGIA	REABILITAÇÃO 0
CARDIOLOGIA 0	GERIATRIA 0	NEFRO/UROLOGIA 0	PEDIATRIA 14	TISIOLOGIA 0
CLÍNICA GERAL 0	HANSENOLOGIA 0	NEONATOLOGIA 0	PNEUMOLOGIA 0	
CRÔNICOS 0	HEMATOLOGIA 4	NEUROLOGIA 0	PSIQUIATRIA 0	
DERMATOLOGIA 0	LEITO / DIA 0	OBSTETRÍCIA 20		

23. UNIDADE DE INTERNAÇÃO COM LEITO COMPLEMENTAR – Registre o número de leitos complementares existentes:

UTI ADULTO 0	UTI NEONATAL 8	UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL 8
UTI INFANTIL 7	UNIDADE INTERMEDIARIA 0	UNIDADE DE ISOLAMENTO 0

24. UNIDADE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (PRONTO-SOCORRO) Nº LEITOS OBSERVAÇÃO:

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 RESPONSAVEIS LEGAL E TECNICOS: _____

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 OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº PROTOCOLO
2. DATA PROTOCOLO
3. Nº PROCESSO DE ORIGEM

II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE
CONFORME REGISTRADO NO ANEXO V QUE ACOMPANHA ESTE FORMULÁRIO

4. Nº CEVS
5. CNPJ / CPF 24.082.016/0001-59
6. RAZÃO SOCIAL / NOME HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAME
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.: 402 Nº CEVS:
CARACTERÍSTICAS: A: ESTRÔNCIO 90 C: 55,00 mCi
B: 01 D: 40 anos

EQ.2. COD.: Nº CEVS:
CARACTERÍSTICAS: A: C:
B: D:

EQ.3. COD.: Nº CEVS:
CARACTERÍSTICAS: A: C:
B: D:

EQ.4. COD.: Nº CEVS:
CARACTERÍSTICAS: A: C:
B: D:

EQ.5. COD.: Nº CEVS:
CARACTERÍSTICAS: A: C:
B: D:

EQ.6. COD.: Nº CEVS:
CARACTERÍSTICAS: A: C:
B: D:

23

IV – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TECNICO POR EQUIPAMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

RT.A. NOME: EDUARDO JOSÉ STEFANO
CPF: XXX CONS. PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: 31.589
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 — Local
26/09/2019 — 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