

ANEXO I A QUE SE REEFERE O ARTIGO 2º DO DECRETO Nº 44.577 , DE 7 DE ABRIL DE 2004

**UNIVERSO DE ATUAÇÃO MUNICIPAL SEGUNDO A COMPLEXIDADE
DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

ESTABELECIMENTOS PARA AÇÕES BÁSICAS

Depósitos de Alimentos, Correlatos, Saneantes Domissanitários, Medicamentos, Drogas e Insumos Farmacêuticos
Depósitos de Cosméticos, Perfumes e Produtos de Higiene
Transporte de Alimentos, Correlatos, Saneantes Domissanitários, Medicamentos, Drogas e Insumos Farmacêuticos
Transporte de Cosméticos, Perfumes e Produtos de Higiene
Distribuidora sem Fracionamento de Correlatos, Saneantes Domissanitários, Cosméticos,
Perfumes e Produtos de Higiene
Comércio de Alimentos, Correlatos, Saneantes Domissanitários, Cosméticos, Perfumes e Produtos de Higiene
Drogaria, Ervanaria, Posto de Medicamentos
Dispensário de Medicamentos
Óticas
Estabelecimentos para Artigos Médico-Hospitalares
Unidade de Saúde sem Procedimento Invasivo
Unidade de Transporte de Pacientes sem Procedimento
Instituto de Beleza sem Responsabilidade Médica, Pedicuro, Barbearia, Saunas e Congêneres
Estabelecimentos de Massagem
Estabelecimentos de Ensino
Academia de Ginástica, Musculação, Condicionamento Físico e Congêneres
Locais de Uso Público Restrito
Piscinas de Uso Público Restrito
Cemitérios, Necrotérios e Crematórios
Hotéis, Motéis e Congêneres
Estações Rodoviárias e Ferroviárias

ESTABELECIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Distribuidora com Fracionamento de Saneantes Domissanitários, Drogas e Insumos Farmacêuticos, Cosméticos,
Perfumes e Produtos de Higiene
Distribuidora de Medicamentos
Indústrias de Alimentos, Cozinhas Industriais e Similares
Indústrias de Cosméticos, Perfumes e Produtos de Higiene
Indústrias de Produtos Saneantes Domissanitários
Casa de Apoio para Portadores do Virus HIV
Casa de Repouso ou Asilo
Clínicas ou Consultórios Médicos com Vacinação
Unidade Odontológica - Clínicas ou Consultórios - com ou sem Equipamento de Raio X
Posto de Coleta de Sangue - Isolado
Posto de Análises Clínicas Isolado
Estabelecimentos que Praticam Acupuntura
Unidade de Transporte de Pacientes com Procedimento - Unidade Móvel, Ambulância e Avião de Resgate
Laboratórios de Análises Clínicas, Citopatologia e Anatomia Patológica - Isolado
Clínicas de Fisioterapia
Lavanderia de Roupas de Uso Hospitalar - Isolada do Hospital
Laboratório de Prótese
Agência Transfusional
Creche
Estabelecimentos de Tatuagem e Congêneres
Aplicadora de Produtos Saneantes Domissanitários
Estabelecimentos Carcerários
Sistema de Coleta, Disposição e Tratamento de Resíduos Sólidos
Sistema de Coleta, Disposição e Tratamento de Esgoto
Sistema Público e Privado de Abastecimento de Água para Consumo Humano

ESTABELECIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE

Indústrias de Alimentos para Fins Especiais- Dietéticos, Alimentos para Lactentes e Alimentos para Atletas
Indústria de Correlatos
Indústria de Medicamentos
Indústria Fumo - Química
Serviço de Terapia Renal Substitutiva
Hospital Geral, Especializado, Hospital- Dia ou Maternidade
Serviços que Utilizam Radiação Ionizante
Serviços de Hemoterapia
Serviços de Urgência/Emergência
Serviços de Quimioterapia
Bancos de Órgãos, Medula ou de Leite Humano
Unidade de Saúde com Procedimento Invasivo
Farmácias que Preparam Nutrição Parenteral
Empresas de Irradiação de Produtos
Estabelecimento que Procede Esterilização de Produtos Correlatos

ANEXO II A QUE SE REFERE O ARTIGO 9º DO DECRETO Nº 44.577 , DE 7 DE
ABRIL DE 2004



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

DECLARAÇÃO DE OUTROS VÍNCULOS FUNCIONAIS OU EMPREGATÍCIOS

1. Identificação	
NOME: _____	RF _____
Cargo/Função _____	
Unidade de Trabalho _____	
() efetivo () admitido () comissão () contratado	

2. Declaração de outros vínculos funcionais ou empregatícios	
☐ Não possuo outros vínculos funcionais ou empregatícios, públicos ou privados	
☐ Possuo os seguintes vínculos:	
Cargo/Função : _____	
Órgão ou empresa : _____	
Unidade de trabalho : _____	
Cargo/Função : _____	
Órgão ou empresa : _____	
Unidade de trabalho : _____	
Cargo/Função : _____	
Órgão ou empresa : _____	
Unidade de trabalho : _____	

3. Declaro, sob as penas da lei, que não existe conflito de interesse entre minhas atividades como autoridade sanitária e os outros vínculos acima discriminados.	
____/____/____	_____
assinatura do servidor	

4. DESPACHO	
☐ Não existe conflito aparente.	
☐ Aprofunde-se a análise do caso.	

PROCESSO Nº	
FOLHA Nº	DATA
ASSINATURA E CARIMBO	

NOME DO INFRATOR			RG
RAZÃO SOCIAL			CNPJ
ENDEREÇO/LOCAL			NÚMERO
COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP	ATIVIDADE
TELEFONE	FAX:	E-MAIL:	CCM
DESCRIÇÃO DA INFRAÇÃO			
DISPOSITIVO LEGAL INFRINGIDO			
PRAZO PARA INTERPOSIÇÃO DE DEFESA/RECURSO			
☐ _____ de acordo com a legislação vigente.			
CIÊNCIA DO INFRATOR OU PREPOSTO			
NOME _____		RG _____	
_____/_____/_____ DATA / HORA		_____ ASSINATURA DO INFRATOR OU PREPOSTO	
Declaro, para os devidos fins de direito, que, às _____ horas do dia ____/____/____,			
dei ciência ao infrator/preposto, o qual recusou-se a assinar o presente Auto de Infração.			
ASSINATURA E CARIMBO DA AUTORIDADE SANITÁRIA		NÚMERO DA CREDENCIAL	
		_____/_____/_____ DATA HORA	

ANEXO IV A QUE SE REFERE O ARTIGO 28 DO DECRETO Nº 44.577 , DE 7 DE ABRIL DE 2004



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Rua Santa Isabel, nº 181 - Vila Buarque
CEP 01221-010 - São Paulo - SP

PROCESSO Nº	
FOLHA Nº	DATA
ASSINATURA E CARIMBO	

AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE - SÉRIE / NÚMERO: A

NOME DO INFRATOR			RG	
RAZÃO SOCIAL			CNPJ	
ENDEREÇO/LOCAL			NÚMERO	
COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP	ATIVIDADE	
TELEFONE	FAX:	E-MAIL:	CCM	
AUTO DE INFRAÇÃO Nº			DATA:	
DESCRIÇÃO DA INFRAÇÃO				
DISPOSITIVO LEGAL INFRINGIDO				
APLICA A PENALIDADE DE:				
☐ ADVERTÊNCIA				
☐ INTERDIÇÃO TOTAL ESTABELECIMENTO				
☐ INTERDIÇÃO PARCIAL ESTABELECIMENTO				
☐ INTERDIÇÃO PRODUTO / EQUIPAMENTO				
☐ APREENSÃO DE PRODUTO / EQUIPAMENTO				
☐ CANCELAMENTO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO				
☐ INUTILIZAÇÃO PRODUTO / EQUIPAMENTO				
☐ SUSPENSÃO VENDA/FABRICAÇÃO PRODUTO				
☐ CANCELAMENTO DE CADASTRO				
☐ PROIBIÇÃO DE PROPAGANDA				
DE ACORDO COM:				
PRAZO PARA INTERPOSIÇÃO DE DEFESA/RECURSO				
☐ de acordo com a legislação vigente.				
CIÊNCIA DO INFRATOR OU PREPOSTO				
NOME		RG		
/ /		/ /		
DATA		HORA		ASSINATURA DO INFRATOR OU PREPOSTO
ASSINATURA E CARIMBO DA AUTORIDADE SANITÁRIA		NÚMERO DA CREDENCIAL		DATA HORA

3ª via - Bloco (Rosa)

2ª via- Processo (Amarela)

1ª via - Interessado (Branca)