

V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

28. Possui dispensação de Produtos de Controle Especial? ☐ Sim ☐ Não (Preencher somente no caso do CNAE 7500-1/00)

29. Situação – Assinale uma das opções abaixo e registre, se for o caso, a informação solicitada:

☐ Albergante

☐ Albergado (Informe o CNPJ do Albergante, no caso de Albergado Terceirizado): |

30. Tipo – Assinale uma das opções abaixo e registre, se for o caso, a informação solicitada:

☐ Matriz/Mantenedora ☐ Filial/Mantido - Informe o CNPJ da Matriz/Mantenedora, no caso de filial:

31. Esfera Administrativa – Assinale uma das opções abaixo:

☐ Privado ☐ Federal ☐ Estadual ☐ Municipal

32. Natureza da Organização – Assinale uma das opções abaixo:

☐ Sindicato	☐ Serviço Social Autônomo	☐ Administração Indireta - Autarquias
☐ Cooperativa	☐ Administração Direta - Saúde	☐ Administração Indireta - Fundação Pública
☐ Fundação Privada	☐ Administração Direta - Outros Órgãos	☐ Administração Indireta - Empresa Pública
☐ Empresa Privada	☐ Pessoa Física	☐ Administração Indireta - Organização Social Pública
☐ Empresa de Economia Mista	☐ Entidade Beneficente Sem Fins Lucrativos	
	☐ Condomínios / Associações	

33. Unidade de Ensino e Pesquisa – Assinale uma das Opções Abaixo:

☐ Universitária ☐ Escola Superior Isolada ☐ Auxiliar de Ensino ☐ Não possui Unidade desse tipo

34. Total de Funcionários/Profissionais (ao registrar o nº, considere todos os níveis de formação: Superior, Técnico, Médio e Elementar):

Próprios COM VÍNCULO | | | | | | | | | | AUTÔNOMOS | | | | | | | | | | Terceirizados | | | | | | | | | | Total | | | | | | | | | |

VI - IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS

35. Nome do Responsável Legal:

[illegible]

36. Nome do Responsável Técnico:

CPF: | | | | | | | | | | | | | | | | Sigla Conselho Profissional: | | | | | | | | | |

[illegible]

37. Nome do Resp. Téc. Subst. 01: _____

CPF: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Sigla Conselho Profissional: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

[illegible]

38. Nome do Resp. Téc. Subst. 02: |

CPF: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Sigla Conselho Profissional: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

[illegible]

IDENTIFICAÇÃO DOS VEÍCULOS

Nº. RENAVAM: | | | | | | | | | | Nº. RENAVAM: | | | | | | | | | | Nº. RENAVAM: | | | | | | | | | |

Nº. RENAVAM: | | | | | | | | | | Nº. RENAVAM: | | | | | | | | | | Nº. RENAVAM: | | | | | | | | | |

Nº. RENAVAM: | | | | | | | | | | Nº. RENAVAM: | | | | | | | | | | Nº. RENAVAM: | | | | | | | | | |

VII - ANEXOS

40. Registre o número de páginas, segundo os anexos utilizados para complementação das informações deste formulário:

☐ ☐ Atividade Relacionada a Produtos de Interesse da Saúde ☐ ☐ Atividade de Prestação de Serviço de Saúde ☐ ☐ Equipamentos de Saúde

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

Local _____ Data ____/____/____ Assin. do Resp. Legal _____ Assin. do Resp. Técnico _____

Assin. Resp. Técn. Subst. 01

Assin. Resp. Técn. Subst. 02