

REQUERIMENTO DE CADASTRO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - CMVS
(OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO)

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS – Não Preencher

[illegible]

II - SOLICITAÇÃO

4. Objeto da Solicitação – Assinale uma das opções abaixo e registre, se for o caso, o nº do CMVS correspondente

☐ Estabelecimento ☐ Estabelecimento com Equipamento ☐ Equipamento ☐ Feirante ☐ Captação, tratamento e distribuição de água e distribuição de água por caminhão

Número de Matrícula do Feirante: | | | | | | | | | |

5. Código CNAE: | | | | | | | Descrição da Atividade Econômica do Estabelecimento: | | | | | | |

6. N° CMVS - Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde, se houver:

7. Tipo de Solicitação – Assinale uma das opções abaixo:

☐ Cadastro Inicial ☐ Atualização do CMVS

☐ Cancelamento do CMVS ☐ Alteração de Dados Cadastrais – Assinale no item 8 abaixo, o(s) tipo(s) de alteração(ões)

8. Tipo de Alteração (Assinale com um “X” a(s) opção(ões) abaixo):

8.A. ☐ Endereço 8.E. ☐ Assunção de Responsabilidade Técnica ou ☐ Baixa de Responsabilidade Técnica

8.B. ☐ Responsabilidade Legal 8.F. ☐ Número e/ou Tipo de Equipamentos de Saúde Isentos de CMVS

8.C. ☐ Número de Leitos

8.G. ☐ Ampliação/Redução de: Atividade/Classe e/ou Categoria de Produto

8.D. ☐ Razão Social 8.H. ☐ Inclusão de Veículo(s) ☐ Exclusão de Veículo(s)

Registre o CNPJ anterior: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

III - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

9. Razão Social/Nome: |

10. Nome Fantasia: |

11. CNPJ/CPF: | | | | | | | | | | | | | |

12. Natureza Jurídica: ☐ Pessoa Física ☐ Pessoa Jurídica

IV - LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

16. Logradouro:

17. Núm.: | | | | | **18. Compl.:** | | | | | | | | | **19. Bairro:** | | | | | | | | | | | | | | |

19A. Distrito Adm.: (Não Preencher) | | | | | | | | | | | | | | | |

20. UF: **SP** 21. Nome Município: **SÃO PAULO** 22. CEP: | | | | | | | | |

23. DDD: |1|1| 24. Telephone: | | | | | | | | | | 25. Fax: | | | | | | | | | |

26. Endereço Eletrônico (E-mail):