

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. ☐ Privado

31. Esfera Administrativa – Assinale uma das opções abaixo:

☐ 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

☐ Empresa de Economia Mista

☐ Entidade Beneficente Sem Fins Lucrativos

Social Pública

☐ 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 TÉCNICO

35. Nome do Responsável Legal: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CPF: | | | | | | | | | | | | | | | | | | Código | | | | | | | | | | Descrição da Classificação Brasileira de

Ocupações – CBO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

36. Nome do Responsável Técnico: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

UF: | | | | Nº Inscr. Conselho: | | | | | | | | | | Código | | | | | | | | | | Descrição da Classificação Brasileira de

Ocupações – CBO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

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

UF: | | | | Nº Inscr. Conselho: | | | | | | | | | | Código | | | | | | | | | | Descrição da Classificação Brasileira de

Ocupações – CBO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

38. Nome do Resp. Téc. Subst. 02: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

UF: | | | | Nº Inscr. Conselho: | | | | | | | | | | Código | | | | | | | | | | Descrição da Classificação Brasileira de

Ocupações – CBO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VII - IDENTIFICAÇÃO DOS VEÍCULOS

39. Número do RENAVAM

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

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

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

VIII - 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