

Instruções de preenchimento dos campos do formulário:

INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anexo XI)

I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS – PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

II – SOLICITAÇÃO

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO – ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, O Nº CMVS CORRESPONDENTE:

ESTABELECIMENTO

Assinale no caso da solicitação referir-se a um estabelecimento de interesse da saúde sujeito ao Nº CMVS (cadastro ou Licença de Funcionamento Sanitária) – consulte o **Anexo I** desta Portaria e a **Tabela 01 – Tipos de Serviços de Saúde** (vide 01.A e 01.B), no final destas instruções.

EQUIPAMENTO

Assinale no caso da solicitação referir-se a um ou mais equipamentos de saúde sujeitos ao Nº CMVS (cadastro ou Licença de Funcionamento Sanitária), quando o estabelecimento ao qual o (s) equipamento (s) está (ão) vinculado (s) já possui CMVS – consulte a **Tabela 02 - Equipamentos de Saúde** (vide 02.B, 02.C, 02.D e 02.E), no final destas instruções.

ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO

Assinale no caso da solicitação referir-se a um estabelecimento de interesse da saúde que possua um ou mais equipamentos de saúde, ambos sujeitos ao Nº CMVS (cadastro ou Licença de Funcionamento Sanitária) – consulte o **Anexo I** desta Portaria e as **Tabelas 01.A e 01.B e 02.B a 02.E**, no final destas instruções.

5. CÓDIGO CNAE / DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE À SAÚDE DO ESTABELECIMENTO

Registre o código e a descrição da Classificação Nacional das Atividades Econômicas – Fiscal / CNAE referente à atividade econômica do estabelecimento de assistência ou de interesse da saúde, explicitada no contrato social da empresa – consulte o **Anexo I** desta Portaria.

Nota: No caso de contrato social em que estejam descritas várias atividades econômicas, eleger aquela(s) de interesse da saúde. No caso do estabelecimento apresentar mais de uma atividade de interesse da saúde, fazer uma solicitação para cada atividade/ CNAE.

6. Nº CMVS – CADASTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Registre o respectivo Número CMVS do estabelecimento ou equipamento de interesse da saúde.

Nota: Se essa for a primeira solicitação de cadastro ou licença do estabelecimento e ou do equipamento, esse campo deve ficar em branco.

7. TIPO DE SOLICITAÇÃO – ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

Assinale com “X”, uma única opção, conforme o tipo de solicitação desejada.

CADASTRO / LICENÇA FUNCIONAMENTO INICIAL

Assinale no caso de primeira solicitação de cadastro ou Licença de Funcionamento Sanitária.

RENOVAÇÃO DE LICENÇA FUNCIONAMENTO

Assinale no caso da solicitação referir-se a renovação da Licença de Funcionamento Sanitária, desde que prevista em legislação sanitária vigente (federal, estadual ou municipal) – consultar o Anexo I da presente Portaria, na coluna Renovação

CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO / DESATIVAÇÃO DO CMVS

Assinale no caso da solicitação referir-se ao encerramento definitivo das atividades do estabelecimento ou do uso de equipamento de saúde.

ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – ASSINALE NO ITEM 8 ABAIXO, OS TIPOS DE ALTERAÇÕES

Ao assinalar esta alternativa (8) é obrigatório informar qual o tipo de alteração solicitada.