



| | | |
|---|-------------------|---------------------------------|
| Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília | | |
| Procedimento Operacional Padrão HCFAMEMA – Gerência de Gestão Planejamento e Avaliação | | |
| Instrutivo para Solicitação de Licença de Funcionamento Vigilância Sanitária | | |
| Código: HCF-GGPA-POP-1 | Revisão: 1 | Vigência: fevereiro/2023 |

1 OBJETIVO

- Auxiliar os atos de solicitação inicial, alteração de dados cadastrais, renovação ou cancelamento de licença de funcionamento dos estabelecimentos e equipamentos HCFAMEMA junto ao Serviço de Vigilância Sanitária de Marília;
- Resguardar todas as etapas do processo, inclusive a publicidade e arquivamento das licenças.

2 APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se aos Departamentos do HCFAMEMA responsáveis pelos estabelecimentos de interesse da saúde e por fontes de radiação ionizante, objetos de licenciamento e atuação competente à Vigilância Sanitária.

Os estabelecimentos de interesse da saúde sujeitos a licença de funcionamento estão listados no **Anexo I** da **Portaria CVS 01/2019, grupo II** – Atividades de Prestação de Serviços de Saúde. As fontes de radiação ionizante sujeitas a licença de funcionamento estão listadas no **Anexo II** dessa mesma **Portaria CVS 01/2019**.

3 RESPONSABILIDADE

- Diretoria do Departamento de Atenção a Saúde em Alta Complexidade
- Diretoria do Departamento de Atenção a Saúde Materno Infantil
- Diretoria do Departamento de Atenção a Saúde Ambulatorial e Hospital Dia
- Diretoria do Departamento de Atenção a Saúde em Hemoterapia
- Diretoria do Departamento de Atenção a Saúde de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica
- Diretoria do Departamento de Infraestrutura e Logística

4 SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

DRS – Departamento Regional de Saúde

HCFAMEMA – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília

NAOR – Núcleo de Apoio às Operações Regionais

5 MATERIAIS

- Computador

M/
P



- Impressora
- Papel A4
- Envelope A4
- Pasta com Envelopes Plásticos
- Caixa Arquivo Morto
- Materiais de Escritório

6 PROCEDIMENTOS / PRINCIPAIS ATIVIDADES

6.1 SOLICITAÇÃO INICIAL DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Reunir todos os documentos necessários à solicitação em específico, conforme o anexo I (grupo II), páginas 104 a 119, e o anexo VI, páginas 273 a 275, da **Portaria CVS 01/2019**, também exposto neste procedimento (ver item Anexo I).

6.1.1 ANEXO V

- Acessar no site <http://www.cvs.saude.sp.gov.br> o item Serviços > Formulários > Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária – Anexo V da Portaria CVS 1/19;

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V - PORTARIA CVS 01/2019
SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS
PARA SOLICITAÇÃO OBRIGATORIA PARA SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº PROTOCOLO: _____ 2. DATA PROTOCOLO: _____

3. Nº PROTOCOLO ORIGINAL: _____

II - SOLICITAÇÃO
PARA SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

4. TIPO DE ESTABELECIMENTO: CONSULTAS GINECOLÓGICAS LABORATÓRIOS ESTABELECIMENTOS DE EQUIPAMENTOS

5. IDENTIFICAÇÃO DA ATRIBUIÇÃO DA CONDOMÍNIO: _____ **FORMAÇÃO SAÚDE**

6. ATRIBUIÇÃO DA ATIVIDADE DE CONDOMÍNIO: ATIVIDADE DE ATENDIMENTO ATIVIDADE DE ATENDIMENTO COM SUPORTE ATIVIDADE DE ATENDIMENTO COM SUPORTE

7. Nº CENSA: _____

8. TIPO DE ESTABELECIMENTO: CONSULTAS GINECOLÓGICAS LABORATÓRIOS ESTABELECIMENTOS DE EQUIPAMENTOS

9. TIPO DE ESTABELECIMENTO: CONSULTAS GINECOLÓGICAS LABORATÓRIOS ESTABELECIMENTOS DE EQUIPAMENTOS

III - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PARA SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

10. NATUREZA JURÍDICA: PÚBLICA PRIVADA MISTA

11. CNPJ: _____

12. RAZÃO SOCIAL - NOME: _____

13. NOME FANTASIA: _____

14. ENDEREÇO COMPLETO: _____

15. ENDEREÇO ABREVIAÇÃO: _____

16. ENDEREÇO PROPRIO: _____



IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PRÉ-REQUISITO PARA REGISTRO DE ATOS

| | |
|----------------------------------|-----------------------|
| 17. CEP | 18. ENDEREÇO COMPLETO |
| 19. LOCALIDADE | 20. Nº |
| 21. BAIRRO | 22. COMPLEMENTO |
| 23. MUNICÍPIO | |
| 24. Nº | 24. DIVISÃO |
| 25. COORDENADAS GEOGRÁFICAS | 26. CATEGORIA |
| 26. CATEGORIA | 27. CRÉDITO |
| 28. ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-MAIL) | |
| 29. ENDEREÇO FÍSICO DEB | |

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PRÉ-REQUISITO PARA REGISTRO DE ATOS

30. TIPO HOSPITAL CLÍNICA LABORATÓRIO OUTRO

31. TIPO DE ATIVIDADE ATIVIDADE DE SAÚDE ATIVIDADE DE SERVIÇO ATIVIDADE DE OUTRO

32. NATUREZA DO ESTABELECIMENTO HOSPITAL CLÍNICA LABORATÓRIO OUTRO

33. UNIDADE DE SAÚDE E TIPO DE ATIVIDADE ATIVIDADE DE SAÚDE ATIVIDADE DE SERVIÇO ATIVIDADE DE OUTRO

34. TIPO DE ATIVIDADE DE SAÚDE ATIVIDADE DE SAÚDE ATIVIDADE DE SERVIÇO ATIVIDADE DE OUTRO

35. NATUREZA DO ESTABELECIMENTO HOSPITAL CLÍNICA LABORATÓRIO OUTRO

36. PRECATORIO DE SAÚDE SAÚDE SERVIÇO OUTRO

37. TRANSPORTES DE SAÚDE TRANSPORTES DE SAÚDE SERVIÇO OUTRO

38. TRANSPORTES DE SAÚDE TRANSPORTES DE SAÚDE SERVIÇO OUTRO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2019
SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

VI – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS, LEGAIS E TÉCNICOS
PRÉ-REQUISITO PARA REGISTRO DE ATOS

| | |
|-------------------------------------|-----|
| 39. RESPONSÁVEL LEGAL | CPF |
| 40. RESPONSÁVEL TÉCNICO RESPONSÁVEL | CPF |
| 41. RESPONSÁVEL TÉCNICO RESPONSÁVEL | CPF |
| 42. RESPONSÁVEL TÉCNICO RESPONSÁVEL | CPF |
| 43. RESPONSÁVEL TÉCNICO RESPONSÁVEL | CPF |

VII – ANEXOS
PRÉ-REQUISITO PARA REGISTRO DE ATOS

44. TOTAL DE PÁGINAS

| | | |
|---------------------|-----------------------|---------------------|
| ATIVIDADES DE SAÚDE | ATIVIDADES DE SERVIÇO | ATIVIDADES DE OUTRO |
|---------------------|-----------------------|---------------------|

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE
PRÉ-REQUISITO PARA REGISTRO DE ATOS

DECLARO RESPONDER A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIR, CIVIL E TRIBUTARIAMENTE, INTERA RESPONSABILIDADE PELA VERDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO E SEUS ANEXOS.

DATA: _____ ASSINATURA: _____

- Logo após a apresentação do Anexo no site, é possível visualizar os critérios para uso dos formulários da Vigilância Sanitária e as instruções de preenchimento. O Anexo V deve ser preenchido de acordo com as características específicas do objeto da solicitação;
- Finalizado o preenchimento, conferir os dados digitados, selecionar as 3 páginas específicas a serem impressas e imprimir o formulário para assinatura dos responsáveis;
- A apresentação do Anexo V é obrigatória para todos os tipos de estabelecimentos e equipamentos do HCFAMEMA e este deve estar acompanhado por um Subanexo específico para cada caso, exposto a seguir, no item 6.1.2 para os estabelecimentos ou no item 6.1.3 para os equipamentos.

6.1.2 SUBANEXO V.1 – SOMENTE PARA OS ESTABELECIMENTOS DE ATIVIDADE RELACIONADA À PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

- O preenchimento do Subanexo V.1 é obrigatório para qualquer estabelecimento do HCFAMEMA constante no Anexo I (grupo II) da **Portaria CVS 01/2019**;
- Ainda no site <http://www.cvs.saude.sp.gov.br>, acessar o item Serviços > Formulários > Atividades Relacionadas à Prestação de Serviço de Saúde – Subanexo V.1;

M
JD



- Logo após a apresentação do Anexo no site, é possível visualizar as instruções de preenchimento. O Anexo V.1 deve ser preenchido de acordo com as características específicas do objeto da solicitação;
- Finalizado o preenchimento, conferir os dados digitados, selecionar as 2 páginas específicas a serem impressas e imprimir o formulário para assinatura dos responsáveis;
- Assim, tendo preparados o Anexo V e o Subanexo V.1, deve-se encaminhar os formulários aos devidos setores para assinatura, inicialmente, do(s) responsável(is) técnico(s) e, posteriormente, do responsável legal;
- Tendo os formulários assinados, junta-se as cópias dos documentos previamente agrupados e prepara um comunicado simples para entrega do pedido à Vigilância Sanitária. Esse comunicado deve ser impresso em 2 vias, para que uma delas retorne ao HCFAMEMA com carimbo de recebimento por parte do DRS Marília, sendo utilizado como um comprovante da Solicitação;
- Encaminhamento da documentação ao NAOR do DRS Marília, onde o pedido será protocolado ou carimbado com visto de recebimento. Esse **comprovante** deve ser arquivado no Departamento solicitante;
- Aguardar posição da Vigilância Sanitária e em caso de dúvidas, entrar em contato com o serviço local;



- As novas licenças são enviadas ao HCFAMEMA em duas vias originais, pois uma via será de posse da Vigilância Sanitária e a outra da Instituição. A licença deve ser assinada, inicialmente, pelo responsável técnico e depois pelo responsável legal;
- Tendo as vias da licença originais assinadas, deve-se proceder da seguinte forma:
 - ✓ Devolução de somente uma via ao NAOR do DRS Marília, encerrando assim o processo anual junto a Vigilância Sanitária;
 - ✓ A outra via da licença de funcionamento deve ser mantida sob guarda do Departamento a que pertence, para controle dos vencimentos e de suas atividades;
 - ✓ Providenciar uma cópia da licença original. Esta cópia deve ser mantida no estabelecimento em local visível ao público, conforme **Portaria CVS 01/2019**. Caso seja necessário encaminhá-la a algum serviço do HCFAMEMA, fazer isso através de Comunicado Interno, emitido em duas vias, a fim de que uma via do comunicado permaneça no setor como instrutivo e a outra retorne assinada ao Departamento, como comprovante de ciência e recebimento.

6.1.3 SUBANEXO V.2 – SOMETE PARA FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

- O preenchimento do Subanexo V.2 é obrigatório para qualquer equipamento do HCFAMEMA constante no Anexo II da **Portaria CVS 01/2019**;

| SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA | |
|---|---|
| ANEXO II - PORTARIA CVS 01/2019 | |
| FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE SUJEITAS A LICENÇA DE FUNCIONAMENTO | |
| 1 - EQUIPAMENTOS GERADORES DE RADIAÇÃO IONIZANTE | |
| CODIGO | TIPO |
| 215 | ACELERADOR LINEAR COM ELETRONS |
| 216 | ACELERADOR LINEAR SEM ELETRONS |
| 209 | BARBITERAPIA DE ORTOBITALGIA |
| 201 | RADIO S. MEDIC. AT. HOMEN |
| 204 | RADIO S. MEDIC. O. CSM E C. ORG. O. P. C. |
| 202 | RADIO S. MEDIC. O. DE R. S. A. S. S. S. S. S. |
| 203 | RADIO S. MEDIC. O. DE S. A. S. S. S. S. |
| 205 | RADIO S. MEDIC. O. MOVEL |
| 206 | RADIO S. MEDIC. O. MOVEL |
| 207 | RADIO S. MEDIC. O. DE EST. S. S. S. S. S. |
| 208 | RADIO S. MEDIC. O. DE EST. S. S. S. S. |
| 214 | RADIO S. PARA B. S. S. S. S. S. S. S. |
| 200 | RADIO S. PARA B. S. S. S. S. S. S. |
| 213 | RADIO S. PARA E. S. S. S. S. S. S. S. |
| 210 | RADIO S. PARA M. S. S. S. S. S. S. S. |
| 211 | RADIO S. PARA M. S. S. S. S. S. S. S. |
| 208 | RADIO S. PARA M. S. S. S. S. S. S. |
| 219 | RADIO S. PARA T. S. S. S. S. S. S. S. |
| 212 | RADIO S. PARA T. S. S. S. S. S. S. |
| 211 | RADIO S. PARA T. S. S. S. S. S. S. |
| 2 - EQUIPAMENTOS COM FONTES DE IÓDIO | |
| CODIGO | TIPO |
| 204 | ENXARRIL DE B. S. S. S. S. S. S. S. |
| 205 | ENXARRIL DE B. S. S. S. S. S. S. |
| 207 | ENXARRIL DE B. S. S. S. S. S. |
| 210 | ENXARRIL DE B. S. S. S. S. S. |
| 3 - EQUIPAMENTOS PARA USO VETERINÁRIO COM RADIAÇÃO IONIZANTE | |
| CODIGO | TIPO |
| 608 | ACELERADOR LINEAR COM ELETRONS |
| 602 | RADIO S. V. S. S. S. S. S. |
| 601 | RADIO S. MOVEL |
| 604 | RADIO S. PARA O. S. S. S. S. S. |
| 603 | RADIO S. PARA O. S. S. S. S. |
| 4 - FONTES DE IÓDIO | |
| CODIGO | TIPO |
| 401 | C. S. S. S. S. S. S. S. S. S. S. |
| 402 | C. S. S. S. S. S. S. S. S. S. |
| 403 | C. S. S. S. S. S. S. S. S. |
| 404 | C. S. S. S. S. S. S. S. S. |



- Ainda no site <http://www.cvs.saude.sp.gov.br>, acessar o item Serviços > Formulários > Fontes de Radiação Ionizante e Equipamentos de Interesse da Saúde – Subanexo V.2;

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO V.2 – PORTARIA CVS 01/2019
FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE
E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS
PRELIMINAR À COORDENAÇÃO DE CONTROLE DE DOENÇAS - CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº PROTOCOLO: _____ 2. DATA PRECATORIA: _____
3. Nº PROCESSO DE ORIGEM: _____

II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PRELIMINAR À COORDENAÇÃO DE CONTROLE DE DOENÇAS - CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

4. NOME: _____ 5. CNPJ/CPF: _____
6. RUA/AVENIDA / Nº: _____
7. CIDADE/UF: _____

III – CARACTERIZAÇÃO DAS FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE
PRELIMINAR À COORDENAÇÃO DE CONTROLE DE DOENÇAS - CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

| EQ1 | EQ2 | EQ3 | EQ4 | EQ5 | EQ6 |
|--|--|--|--|--|--|
| CARACTERÍSTICAS: a) _____ b) _____ c) _____ | CARACTERÍSTICAS: a) _____ b) _____ c) _____ | CARACTERÍSTICAS: a) _____ b) _____ c) _____ | CARACTERÍSTICAS: a) _____ b) _____ c) _____ | CARACTERÍSTICAS: a) _____ b) _____ c) _____ | CARACTERÍSTICAS: a) _____ b) _____ c) _____ |

IV – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO
PRELIMINAR À COORDENAÇÃO DE CONTROLE DE DOENÇAS - CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

| | | | | |
|------|------|------|------|------|
| RT1 | RT2 | RT3 | RT4 | RT5 |
| RT6 | RT7 | RT8 | RT9 | RT10 |
| RT11 | RT12 | RT13 | RT14 | RT15 |
| RT16 | RT17 | RT18 | RT19 | RT20 |

V – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE
PRELIMINAR À COORDENAÇÃO DE CONTROLE DE DOENÇAS - CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

DECLARAMOS, EM TORNO À LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, A NOSTRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS.

Assinatura RESPONSÁVEL TÉCNICO A: _____ Assinatura RESPONSÁVEL TÉCNICO B: _____ Assinatura RESPONSÁVEL TÉCNICO C: _____
Assinatura RESPONSÁVEL TÉCNICO D: _____ Assinatura RESPONSÁVEL TÉCNICO E: _____ Assinatura RESPONSÁVEL TÉCNICO F: _____

- Logo após a apresentação do Anexo no site, é possível visualizar as instruções de preenchimento. O Anexo V.2 deve ser preenchido de acordo com as características específicas do objeto da solicitação;
- Finalizado o preenchimento, conferir os dados digitados, selecionar as 2 páginas específicas a serem impressas e imprimir o formulário para assinatura dos responsáveis;
- Assim, tendo preparados o Anexo V e o Subanexo V.2, deve-se encaminhar os formulários aos devidos setores para assinatura, inicialmente, do(s) responsável(is) técnico(s) e, posteriormente, do responsável legal;
- Tendo os formulários assinados, junta-se as cópias dos documentos previamente agrupados e prepara um comunicado simples para entrega do pedido à Vigilância Sanitária. Esse comunicado deve ser impresso em 2 vias, para que uma delas retorne ao HCFAMEMA com carimbo de recebimento por parte do DRS Marília, sendo utilizado como um comprovante da Solicitação;
- Encaminhamento da documentação ao NAOR do DRS Marília, onde o pedido será protocolado ou carimbado com visto de recebimento. Esse **comprovante** deve ser arquivado no Departamento solicitante;



MODELO I – COMPROVANTE DO PEDIDO DE SOLICITAÇÃO INICIAL DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO DE EQUIPAMENTO ENCAMINHADO AO DRS



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital das Clínicas da Faculdade de
Medicina de Marília
HCFAMEMA



Conforme Portaria CVS nº 01/2018, segue anexo ao presente processo de atos de vigilância sanitária:

DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO INICIAL DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

- EQUIPAMENTOS COM USO DE RADIAÇÃO IONIZANTE: Aparelho de Raio X para exames de radiodiagnóstico médico - Arcos Cirúrgicos G.E. / série 91927935 e 91928629

| CÓDIGO | TIPO | STATUS |
|----------|--|------------------|
| 23 | CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA (CNPJ) - CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL | ok |
| 28 | COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO (DARE OU EQUIVALENTE MUNICIPAL) DA TAXA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE OU COMPROVANTE DE ISENÇÃO DE TAXA - ORIGINAL | autarquia isenta |
| 29 | COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO (DARE OU EQUIVALENTE MUNICIPAL) DA TAXA DE INSPEÇÃO SANITÁRIA OU COMPROVANTE DE ISENÇÃO DE TAXA - ORIGINAL | autarquia isenta |
| 31 | COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO (DARE OU EQUIVALENTE MUNICIPAL) DA TAXA DE TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA OU COMPROVANTE DE ISENÇÃO DE TAXA - ORIGINAL | autarquia isenta |
| 32 | COMPROVANTE DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA, EMITIDA PELO CONSELHO PROFISSIONAL COMPETENTE, CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL | ok |
| 33 | COMPROVANTE DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO - CÓPIA; OU COMPROVANTE DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO REGISTRADO EM CARTÓRIO QUANDO CARACTERIZAR PRESTAÇÃO DE SERVIÇO - CÓPIA | ok |
| 36 | CONTRATO DE ATIVIDADE TERCEIRIZADA - CÓPIA | não se aplica |
| 37 | CONTRATO DE DOSIMETRIA - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL | ok |
| 38 ou 39 | 38 CONTRATO SOCIAL REGISTRADO EM CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE PESSOAS JURÍDICAS QUANDO SE TRATAR DE SOCIEDADE SIMPLES, ASSOCIAÇÕES E FUNDAÇÕES - CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL OU 39 CONTRATO SOCIAL REGISTRADO NA JUCESP - EIRELI, ME, EPP, ENTRE OUTROS - CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL | não se aplica |
| 40 | FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANEXO V | ok |
| 41 | FORMULÁRIO DE ATIVIDADE RELACIONADA À PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE INTERESSE DA SAÚDE - SUBANEXO V.1 | não se aplica |
| 42 | FORMULÁRIO DE EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE - SUBANEXO V.2 | ok |

| | | |
|----|--|---------------|
| 45 | HABILITAÇÃO PROFISSIONAL EMITIDA PELO CONSELHO DE CLASSE COMPETENTE - CÓPIA SIMPLES DAS FOLHAS DE IDENTIFICAÇÃO, FOTO E HABILITAÇÃO DA CARTEIRA DO RESPECTIVO CONSELHO REGIONAL; OU, - CÓPIA FRENTE E VERSO DA CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL | ok |
| 46 | LICENÇA DE FUNCIONAMENTO DAS ATIVIDADES CONTRATADAS (TERCEIRIZADAS) - CÓPIA | não se aplica |
| 47 | PLANO DE RADIOPROTEÇÃO - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL | ok |
| 48 | PROGRAMA DE GARANTIA DE QUALIDADE - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL | ok |
| 49 | REGISTRO DE ESPECIALIZAÇÃO CORRESPONDENTE À ATIVIDADE EXERCIDA, EMITIDA PELO ÓRGÃO COMPETENTE - CÓPIA | ok |
| 52 | LTA - LAUDO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO DE PROJETO DE EDIFICAÇÃO - CÓPIA DA PÁGINA DO DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO OU DO MUNICÍPIO OU EM OUTRO MEIO OFICIAL QUE TORNE PÚBLICA A DECISÃO DO DEFERIMENTO DO LTA | não se aplica |

| CÓDIGO | ANEXOS REFERENTES COMPROVANTES DE ISENÇÃO DE TAXAS |
|-------------|---|
| 28, 29 e 31 | Lei Complementar nº 1.262 de 06/05/15 Extrato do Convênio no 001/2016 - HCFAMEMA (D.O.E. de 24/01/17), referente a publicação do Processo no 013/2016 (Convênio de Cooperação Técnica HCFAMEMA, FAMAR e FUMES) |

| CÓDIGO | INCLUÍDO ANEXOS DOS DOCUMENTOS DOS RESPONSÁVEIS TÉCNICO E LEGAL |
|--------|--|
| 21 | CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF) |
| 27 | COMPROVANTE DE IDENTIDADE - DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIDADE DE PESSOA FÍSICA, COM FOTO |

Marília/SP, 14 de junho 2019

André Marques
Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação - GGPA
HCFAMEMA

Renata Iório
50 15.815.894-0
Doutora
HCFAMEMA

ASVM

R. Doutor Reinaldo Machado, 255 - Bairro Fragata - Marília/SP - CEP 17519-080
CNPJ nº 24.082.016/0001-59

PROTOCOLO



- Aguardar posição da Vigilância Sanitária e em caso de dúvidas, entrar em contato com o serviço local;
- As novas licenças são enviadas ao HCFAMEMA em duas vias originais, pois uma via será de posse da Vigilância Sanitária e a outra da Instituição. A licença deve ser assinada, inicialmente, pelo responsável técnico e depois pelo responsável legal;
- Tendo as vias da licença originais assinadas, deve-se proceder da seguinte forma:
 - ✓ Devolução de somente uma via ao NAOR do DRS Marília, encerrando assim o processo anual junto a Vigilância Sanitária;
 - ✓ A outra via da licença de funcionamento deve ser mantida sob guarda do Departamento a que pertence, para controle dos vencimentos e de suas atividades;
 - ✓ Providenciar uma cópia da licença original. Esta cópia deve ser mantida no estabelecimento em local visível ao público, conforme **Portaria CVS 01/2019**. Caso seja necessário encaminhá-la a algum serviço do HCFAMEMA, fazer isso através de Comunicado Interno, emitido em duas vias, a fim de que uma via do comunicado permaneça no setor como instrutivo e a outra retorne assinada ao Departamento, como comprovante de ciência e recebimento.

6.2 SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

- Reunir todos os documentos necessários à solicitação em específico, conforme o anexo VI, páginas 273 a 276, da **Portaria CVS 01/2019**, também exposto neste procedimento (ver item Anexo I);
- Tratando de alteração de dados cadastrais de Estabelecimentos do HCFAMEMA, deve-se realizar o preenchimento do Anexo V e Subanexo V.1, conforme instruções dispostas nos itens **6.1.1** e **6.1.2** deste procedimento;
Observação Importante: nos casos de alteração de responsabilidade técnica, será necessário preencher dois Anexos V, um para Baixa da responsabilidade técnica, outro para Assunção da responsabilidade técnica;
- Já para alteração de dados cadastrais de Equipamentos do HCFAMEMA, deve-se realizar o preenchimento do Anexo V e Subanexo V.2, conforme instruções dispostas nos itens **6.1.1** e **6.1.3** deste mesmo procedimento.

6.3 SOLICITAÇÃO DE RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

- Reunir todos os documentos necessários à solicitação em específico, conforme o anexo VI, páginas 273 a 276, da **Portaria CVS 01/2019**, também exposto neste procedimento (ver item Anexo I);
- Após, em se tratando de renovação de licença de Estabelecimentos do HCFAMEMA, deve-se realizar o preenchimento do Anexo V e Subanexo V.1, conforme instruções dispostas nos itens **6.1.1** e **6.1.2** deste procedimento.
- Já para alteração de dados cadastrais de Equipamentos do HCFAMEMA, deve-se realizar o preenchimento dos Anexo V e Subanexo V.2, conforme instruções dispostas nos itens **6.1.1** e **6.1.3** deste mesmo procedimento.



MODELO II - COMPROVANTE DO PEDIDO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS, BAIXA E ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA, ENVIADO AO DRS



PARA: DRS MARÍLIA - a/c Ana (NAOR)

Conforme Portaria CVS nº 01/2019, segue anexo ao presente processo de atos de Vigilância Sanitária:

DOCUMENTOS PARA BAIXA E ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA REFERENTE:

FARMÁCIA - HC II

Table with columns: CODIGO, TIPO, STATUS. Rows include items 31, 33, 40, 41, 42, 43, 45 with descriptions of documents like 'COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO (DARE OU EQUIVALENTE MUNICIPAL) DA TAXA DE TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA' and 'CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF)'.

Marília/SP, 16 de agosto de 2019

Andréia Marques
Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação - GGPA
HCFAMEMA

NAOR - MARÍLIA
Recebido em 16/08/2019
Assinatura

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Doutor Reinaldo Machado, 255 - Bairro Fragata | Marília, SP | CEP 17519-080
Telefone: (14) 3434-2503 | E-mail: ggpa@hc.famema.br | CNPJ: 24.082.016/0001-59
ASMV - Protocolo: XX.XXX/2019 - Página 1 de 1

MODELO III - COMPROVANTE DO PEDIDO DE RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO ENVIADO AO DRS



PARA: DRS MARÍLIA - a/c Ana (NAOR)

Conforme Portaria CVS nº 01/2018, segue anexo ao presente processo de atos de vigilância sanitária:

DOCUMENTOS PARA RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

ESTABELECIMENTOS - HCFAMEMA:

- SERVIÇO DE QUIMIOTERAPIA - ONCOCLÍNICA - HC I
CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO - HC I
SERVIÇO DE RADIOLOGIA - HC I
SERVIÇO DE RADIOLOGIA - HC II

Table with columns: CODIGO, TIPO, STATUS. Rows include items 28, 29, 40, 41, 42, 43 with descriptions of documents like 'COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO (DARE OU EQUIVALENTE MUNICIPAL) DA TAXA DE EQUIPAMENTOS DE SAUDE' and 'FORMULARIO DE SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILANCIA SANITARIA'.

Marília/SP, 23 de julho 2019

Andréia Marques
Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação - GGPA
HCFAMEMA

NAOR - MARÍLIA
Recebido em 23/07/2019
Assinatura

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Doutor Reinaldo Machado, 255 - Bairro Fragata | Marília, SP | CEP 17519-080
Telefone: (14) 3434-2503 | E-mail: ggpa@hc.famema.br | CNPJ: 24.082.016/0001-59
ASMV - Protocolo: XX.XXX/2019 - Página 1 de 1



MODELO IV – COMPROVANTE DE DEVOLUÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO JÁ ASSINADA PARA A VIGILÂNCIA SANITÁRIA



SUPERINTENDÊNCIA HCFAMEMA

De: Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação - GGPA

Para: DRS MARÍLIA - a/c Ana (setor MAOR)

Finalidade:

- Conhecer Manifestar-se Arquivar
 Providenciar Divulgar
 Deferido Indeferido

Considerações:

Devolução de uma das vias das Licenças de Funcionamento, já assinadas, dos seguintes estabelecimentos:

- Nº CEVS: 352900590-861-000184-1-4 UNIDADE MATERNO INFANTIL HC II
- Nº CEVS: 352900590-861-000185-1-1 FARMÁCIA HC II
- Nº CEVS: 352900590-861-000186-1-9 FARMÁCIA HC I
- Nº CEVS: 352900590-861-000187-1-6 ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOLÓGICA HC I
- Nº CEVS: 352900590-861-000188-1-3 BANCO DE TECIDO OCULAR HC I
- Nº CEVS: 352900590-861-000190-1-1 AGÊNCIA TRANSFUSIONAL HC I
- Nº CEVS: 352900590-861-000191-1-9 AGÊNCIA TRANSFUSIONAL HC II
- Nº CEVS: 352900590-861-000222-1-7 ARCO CIRURGICO GE 91928629 HC I
- Nº CEVS: 352900590-861-000223-1-4 ARCO CIRURGICO GE 91927935 HC I
- Nº CEVS: 352900590-861-000226-1-6 RAO X LOTUS MPO084-000 HC II
- Nº CEVS: 352900590-863-000043-1-6 AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES HC III
- Nº CEVS: 352900590-863-000044-1-3 FARMÁCIA HC III
- Nº CEVS: 352900590-864-000051-1-8 HEMOCENTRO
- Nº CEVS: 352900590-864-000052-1-5 ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA HEMOCENTRO
- Nº CEVS: 352900590-864-000053-1-2 TERAPIA ANTINEOPLÁSICA HEMOCENTRO

Devolver: Sim Não

Urgente: Sim Não

Data: 22/07/2019

Andréia S. Marques Villela
Secretária - GGPA HCFAMEMA

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Doutor Reinaldo Machado, 255 - Bairro Fragata | Marília, SP | CEP 17519-080
Telefone: (14) 3434-2500 | E-mail: ggpa@hc.famema.br | CNPJ: 24.082.016/0001-19
ASPV - Protocolo: exes/2019 - Página 1 de 1

*Ready Q
Pauzão
R# 25-815-804-5
Márcia Marília*

*MY
A*



**MODELO V – COMPROVANTE DE ENVIO DE CÓPIA DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO
PARA SETOR HCFAMEMA**



De: Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação – GGPA

Para: Oncoclínica – a/c Isabel

Finalidade:

- Conhecer Manifestar-se Arquivar
- Providenciar Divulgar
- Defendido Indefendido

Considerações:

Estamos encaminhando cópia da nova Licença de Funcionamento da Vigilância Sanitária (renovamento 30/07/2020), conforme descrito abaixo:

Nº CEVS: 352900590-861-000213-1-B SERVIÇO DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA

Solicitamos que a cópia da licença seja afixada em local visível ao público. Informamos que a via original está guardada no GGPA.

ATT - Favor realizar devolução de uma via deste documento com visto de recebimento para o GGPA.

Ficamos à disposição para o esclarecimento de dúvidas.

Devolver: Sim Não

Urgente: Sim Não

Data: 22/08/2019

Andréia S. Marques Villela
GGPA - HCFAMEMA

Recebido 24/08/19
Isabel
Isabel D. Sulpício
ENFERMEIRA
CRM 42824

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Doutor Reinaldo Machado, 255 - Bairro Fragata | Marília, SP | CEP 17519-080
Telefone: (14) 3434-2500 | E-mail: ppa@hc.famema.br | CNPJ: 24.082.016/0001-59
ABMV - Protocolo: 22.213/2019 - Página 1 de 1

M
A



6.4 SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

- Reunir todos os documentos necessários à solicitação em específico, conforme o anexo VI, páginas 273 a 276, da **Portaria CVS 01/2019**, também exposto neste procedimento (ver item Anexo I);
- Após, em se tratando de alteração de dados cadastrais de Estabelecimentos do HCFAMEMA, deve-se realizar o preenchimento do Anexo V e Subanexo V.1, conforme instruções dispostas nos itens **6.1.1** e **6.1.2** deste procedimento.
- Já para alteração de dados cadastrais de Equipamentos do HCFAMEMA, deve-se realizar o preenchimento do Anexo V e Subanexo V.2, conforme instruções dispostas nos itens **6.1.1** e **6.1.3** deste mesmo procedimento.

7 CUIDADOS E AÇÕES NECESSÁRIAS EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

7.1 QUANTO A SOLICITAÇÃO DE RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO:

As solicitações de renovação de licenças devem ser realizadas 30 dias antes do vencimento em vigor.

7.2 QUANTO A UTILIZAÇÃO DE FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS SUJEITOS A LICENÇA DE FUNCIONAMENTO:

- Os Relatórios Técnicos dos equipamentos são de primordial importância para solicitação de novas licenças de funcionamento e manutenção das mesmas (fiscalizações), pois a apresentação desse documento à Vigilância Sanitária é de exigência obrigatória em ambos os casos e a qualquer tempo;
- Nos Relatórios Técnicos encontramos o Plano de Radioproteção e Programa de Garantia de Qualidade, com vencimentos distintos. Deve-se ter atenção especial aos vencimentos para que não ocorram irregularidades;
- O serviço de Vigilância Sanitária de Marília possui um controle a parte desses Relatórios Técnicos e sempre que ocorrerem atualizações deve-se encaminhar e-mail para o endereço eletrônico gvs-marilia@saude.sp.gov.br, contendo anexa a cópia do novo relatório;
- Os Relatórios Técnicos dos equipamentos do HCFAMEMA são emitidos por empresa terceirizada através de pedido do Departamento de Atenção a Saúde de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica (SADT) para a Gerência de Compras e Gestão de Contratos;
- No Serviço de Radioterapia, a empresa terceirizada emite Relatório Técnico apenas para o equipamento de Tomografia. Para os demais equipamentos deste estabelecimento, utiliza-se relatório próprio do serviço e quando necessário deve-se solicitar ao Físico.



7.3 INFORMAÇÕES ÚTEIS

Em caso de dúvidas, entrar em contato com o Serviço de Vigilância Sanitária de Marília.

Telefones:

- DRS - (14) 3402-8800
- DRS / Vigilância Sanitária - (14) 3402-8850

E-mail:

gvs-marilia@saude.sp.gov.br

8 TREINAMENTOS

Todo colaborador encarregado em realizar solicitações relativas às Licenças de Funcionamento para Vigilância Sanitária deve ter acesso a este procedimento.

É de responsabilidade do gestor do Setor a divulgação do procedimento ao colaborador.

Em casos de treinamento, deve-se passar ao encarregado todos os procedimentos relativos à atividade que irá realizar, esclarecendo os fluxos de trabalho e eventuais dúvidas para uma compreensão adequada. Uma vez concluído o treinamento, emiti-se um registro utilizando o Formulário Padrão HCFAMEMA - Lista de Presença.

Observação Importante: sempre que um procedimento sofrer alterações críticas em seu conteúdo, deve ser atualizado e todos os encarregados envolvidos deverão ser informados.

9 REFERÊNCIAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. FORMULÁRIOS. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/formularios.asp>. Acesso em: 22 ago. 2019.

PORTARIA CVS 1/2019. Disponível em: http://200.144.0.248/download/E_PT-CVS-01-19-COMPLETA.pdf. Acesso em: 22 ago. 2019.

10 ANEXOS

| Nº | Título | Página |
|-----|--|---------|
| I | Anexo VI da Portaria CVS 01/2019 referente os documentos exigidos para Licenciamento por tipo de solicitação | 14 a 17 |
| II | Exemplo de preenchimento do Formulário V para solicitação de licença inicial de funcionamento de equipamento | 18 a 20 |
| III | Exemplo de preenchimento do Formulário V para alteração de dados cadastrais (baixa de responsabilidade técnica) | 21 a 23 |
| IV | Exemplo de preenchimento do Formulário V para alteração de dados cadastrais (assunção de responsabilidade técnica) | 24 a 26 |
| V | Exemplo de preenchimento do Formulário V para renovação de licença de funcionamento | 27 a 29 |
| VI | Exemplo de preenchimento do Formulário V.1 | 30 e 31 |
| VII | Exemplo de preenchimento do Formulário V.2 | 32 e 33 |



ANEXO I

ANEXO VI DA PORTARIA CVS 01/2019 REFERENTE AOS DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA LICENCIAMENTO POR TIPO DE SOLICITAÇÃO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO VI – PORTARIA CVS 01/2019

**DOCUMENTOS PARA LICENCIAMENTO
POR TIPO DE SOLICITAÇÃO**

Este anexo refere-se à relação de documentos exigidos para licenciamento inicial perante o órgão de Vigilância Sanitária competente, indicados na coluna “Documentos Necessários” dos Anexos I – Estabelecimentos de Interesse da Saúde Sujeitos à Licença de Funcionamento e II – Fontes de Radiação Ionizante Sujeitas à Licença de Funcionamento.

Os documentos que devem ser encaminhados à Vigilância Sanitária estão relacionados de acordo com as seguintes situações:

- Prévio à solicitação inicial da Licença de Funcionamento (LF) – **Quadro 21.**
- No momento da solicitação inicial da LF e suas alterações – **Quadro 22.**

O **Quadro 23** relaciona os documentos que devem ser apresentados, segundo o tipo de alteração, renovação ou cancelamento da licença de funcionamento.

É facultado aos municípios, complementar ou suplementar esta relação de documentos, considerando as especificidades inerentes às realidades locais, conforme disposto no artigo 46 da presente Portaria.

| Quadro 21 – DOCUMENTOS PREVIOS À SOLICITAÇÃO INICIAL DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO | |
|--|---|
| CÓDIGO | TIPO |
| 1 | AUTORIZAÇÃO DE CONSTRUÇÃO, EMITIDA PELA COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR (CNSN) - CÓPIA |
| 2 | COMPROMISSO DE RECEBIMENTOS (DARE) OU EQUIVALENTE MUNICIPAL DA TAXA DE LAUDO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE EDIFICAÇÃO - ORIGINAL |
| 3 | COMPROMISSO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - ART - ASSOCIAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA OU RRT - REGISTRO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - CÓPIA |
| 4 | MEMORIAL DESCRITIVO DE PLUXOS E DE ATIVIDADES - CÓPIA |
| 5 | MEMORIAL DESCRITIVO DO PROJETO ARQUITETÔNICO DA EDIFICAÇÃO - CÓPIA |
| 6 | PROJETO ARQUITETÔNICO DA EDIFICAÇÃO (JORNAL DE PLANTAS, COMPLETO) - CÓPIA |
| 7 | PROJETO DE TRATAMENTO, DESTINAÇÃO FINAL OU AFASTAMENTO DOS EFLUENTES GERADOS PELO EMPREENDIMENTO (RESOLUÇÃO 430/11 - CENASIA) - CÓPIA |
| 8 | PROJETO DE TRATAMENTO, DESTINAÇÃO FINAL OU AFASTAMENTO DOS RESÍDUOS GERADOS PELO EMPREENDIMENTO (RESOLUÇÃO - POLÍCIA NACIONAL DE RESÍDUOS SÓLIDOS - PNRS) - CÓPIA |
| 9 | FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO FÍSICO-FUNCIÓNAL DE PROJETO DE EDIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTO DE INTERESSE DA SAÚDE (ETA) - ANEXO 2 DA PORTARIA CVS 02/2007 |



| Quadro 22 - DOCUMENTOS PARA SUBSTITUIÇÃO INICIAL DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO | |
|--|--|
| CÓDIGO | TIPO |
| 20 | AUTORIZAÇÃO PARA PREPARO E USO DE FONTES RADIOATIVAS NÃO SELADAS, EMITIDA PELA COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR (CENEN) - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL. |
| 21 | CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF) - CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL. |
| 22 | DOCUMENTO DA EMPRESA QUE DECLARA A DESTITUIÇÃO DA RESPONSABILIDADE LEGAL - ORIGINAL. |
| 23 | CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA (CNPJ) - CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL. |
| 25 | AUTORIZAÇÃO PARA OPERAÇÃO EMITIDA PELA COMISSÃO DE ENERGIA NUCLEAR (CENEN) - CÓPIA. |
| 26 | COMPROMISSO DE ENTREGA DO EMPREENDIMENTO QUANDO A ATIVIDADE FOR EXERCIDA POR PESSOA FÍSICA - CÓPIA. |
| 27 | COMPROMISSO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL - DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIDADE DE PESSOA FÍSICA, COM FOTO - CÉDULA DE IDENTIDADE EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA OU PELAS FORÇAS ARMADAS OU PELO MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES OU PELA POLÍCIA MILITAR, OU, CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO, OU, CARTEIRA FUNCIONAL EXPEDIDA PELO MINISTÉRIO PÚBLICO OU OUTRO ÓRGÃO PÚBLICO QUE POR RELEVÂNCIA VALHA COMO IDENTIDADE - CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL. |
| 28 | COMPROMISSO DE RECUPERAÇÃO (IMRE) OU EQUIVALENTE MUNICIPAL DA TAXA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE OU COMPROMISSO DE INSCRIÇÃO DE TAXA - ORIGINAL. |
| 29 | COMPROMISSO DE RECUPERAÇÃO (IMRE) OU EQUIVALENTE MUNICIPAL DA TAXA DE INSPEÇÃO SANITÁRIA OU COMPROMISSO DE INSCRIÇÃO DE TAXA - ORIGINAL. |
| 30 | COMPROMISSO DE RECUPERAÇÃO (IMRE) OU EQUIVALENTE MUNICIPAL DA TAXA DE RUMORA DE LIVROS OU COMPROMISSO DE INSCRIÇÃO DE TAXA - ORIGINAL. |
| 31 | COMPROMISSO DE RECUPERAÇÃO (IMRE) OU EQUIVALENTE MUNICIPAL DA TAXA DE TOMBAMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA OU COMPROMISSO DE INSCRIÇÃO DE TAXA - ORIGINAL. |
| 32 | COMPROMISSO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA, QUANDO EMITIDA PELO CONSÓRCIO PROFISSIONAL CORRELATE - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL. |
| 33 | COMPROMISSO DE VENCÍVEL EMPREGATÍCIO - CÓPIA, OU COMPROMISSO DE VENCÍVEL EMPREGATÍCIO REGISTRADO EM CARTÓRIO QUANDO CARACTERIZAR PRESTAÇÃO DE SERVIÇO - CÓPIA. |
| 34 | CONCESSÃO DE LAJEA PARA AGUA MENSAL EMITIDA PELO DEPARTAMENTO NACIONAL DE PRODUÇÃO MENSAL (DNPM) - CÓPIA DA PAGINA DO HABILITACIONAL DA UNICOM COM A PUBLICAÇÃO. |
| 35 | CONTRATO DE ALUGUEL - CÓPIA. |
| 36 | CONTRATO DE ATIVIDADE DEPENDERIZADA - CÓPIA. |
| 37 | CONTRATO DE DISSIMETRIA - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL. |
| 38 | CONTRATO SOCIAL REGISTRADO EM CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE PESSOAS JURÍDICAS QUANDO SE TRATAR DE SOCIEDADE SIMPLES, ASSOCIAÇÕES E FUNDAÇÕES - CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL. |
| 39 | CONTRATO SOCIAL REGISTRADO NA JUCESP - EIREL, S.L. E.P., ENTRE OUTROS - CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL. |
| 40 | FOMENTÁRIO DE SUBSTITUIÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANEXO V DA PORTARIA CVS 12019. |
| 41 | FOMENTÁRIO DE ATIVIDADE RELACIONADA À PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE INTERESSE DA SAÚDE - S01ANEXO V 1 DA PORTARIA CVS 12019. |
| 42 | FOMENTÁRIO DE EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE - S01ANEXO V 2 DA PORTARIA CVS 12019. |
| 43 | FOMENTÁRIO DE ATIVIDADE RELACIONADA ÀS PROVIDÊNCIAS DE INTERESSE DA SAÚDE - S01ANEXO V 3 DA PORTARIA CVS 12019. |
| 44 | PADRÃO DA ASSOCIAÇÃO BLASFÊMICA DE ORTÓFONA TÉCNICA (AMTEC) QUE ENQUADRA O RESPONSÁVEL TÉCNICO COMO PROFISSIONAL ORTÓFONISTA, PROTESISTA, ORTÓFONISTA OU SAPIFONEADOR PROTESISTA. |

MA
JP



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO VI – PORTARIA CVS/DI/2019

DOCUMENTOS PARA LICENCIAMENTO POR TIPO DE SOLICITAÇÃO

| | |
|----|--|
| 45 | HABILITAÇÃO PROFISSIONAL, EMITIDA PELO CONSELHO DE CLASSE COMPETENTE - CÓPIA SIMPLIS DAS FOLHAS DE IDENTIFICAÇÃO, FOTO E HABILITAÇÃO DA CARTEIRA DO RESPECTIVO CONSELHO REGIONAL (CR) - CÓPIA FRENTE E VERSO DA CÉDULA DE LICENCIAMENTO PROFISSIONAL |
| 46 | LICENÇA DE FUNCIONAMENTO DAS ATIVIDADES CONTRATADAS (TERCEIRIZADAS) - CÓPIA |
| 47 | PLANO DE RADIOPROTEÇÃO - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL |
| 48 | PROGRAMA DE GARANTIA DE QUALIDADE - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL |
| 49 | REGISTRO DE ESPECIALIZAÇÃO COM RESPOSTA DO CENVISA À ATIVIDADE EXERCÍCIO, EMITIDA PELO ÓRGÃO COMPETENTE - CÓPIA |
| 50 | REGISTRO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO NO ÓRGÃO REGIONAL DO MINISTÉRIO DO TRABALHO - CÓPIA |
| 51 | NORMAS PARA LICENCIAMENTO DE EMPRESAS PÚBLICAS RESPONSÁVEIS (ANEXO I DA RESOLUÇÃO MS 11/2011 (R) A QUE VIGOR A SUBSTITUIÇÃO) - CÓPIA |
| 52 | LTA – LAUDO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO DE PROJETO DE EDIFICAÇÃO - CÓPIA DA PÁGINA DO DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO OU DO MUNICÍPIO OU EM OUTRO MEIO OFICIAL QUE COMUNIQUE A DECISÃO DO LICENCIAMENTO DO LTA |
| 53 | LICENÇA DE INSTALAÇÃO OU DE OPERAÇÃO EMITIDA PELA CETESB - CÓPIA OU, COMPROVANTE DE REQUISIÇÃO DE REGULARIZAÇÃO JUNTO À CETESB (DOCUMENTO VÁLIDO ATÉ A REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO TÉCNICA COM TUBOS DE SAMPLING) - CÓPIA |
| 54 | OUTUBRA BARR - CÓPIA DA PUBLICAÇÃO EM DOU OU DOCUMENTO ESPÉCIFICADO PELO ÓRGÃO LICENCIANTE |
| 55 | CONTRATO FIRMADO ENTRE A EMPRESA FABRICANTE DE IMPORTADORA E A EMPRESA FRACIONADORA DE FARMACUTÉUTICOS E DE FORMA FÍSICA - CÓPIA |
| 56 | LAUDO LABORATORIAL QUE ATENDA AOS PADRÕES MICROBIOLÓGICOS, TURBIDEZ, POTABILIDADE PARA SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS, RADIOATIVIDADE E ORGANOLEPTICO DE POTABILIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO, CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL |
| 57 | DECLARANTE DA EMPRESA QUE DECLARA A IDENTIFICAÇÃO DA RESPONSABILIDADE TÉCNICA - ORIGINAL |
| 99 | DOCUMENTOS EM LEGISLAÇÃO MUNICIPAL |



Quadro 25 – DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO, RENOVACÃO E CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO


| TIPO | MOTIVO | RELAÇÃO DOCUMENTOS (CÓD.) |
|--|--|--|
| ALTERAÇÃO | ESTRUTURA FÍSICA – AMPLIAÇÃO, REFORMA ou ADAPTAÇÃO | 29, 40, 41 e ou 42 e ou 43, e 52 VER NOTA 1 |
| | REGIÃO SOCIAL | 23, 29, 38 ou 39 e 40 |
| | CISÃO DE EMPRESA | 23, 29, 38 ou 39 e 40 |
| | FUSÃO DE EMPRESA | 23, 29, 38 ou 39 e 40 |
| | INCORPORAÇÃO DE EMPRESA | 23, 29, 38 ou 39 e 40 |
| | SUCESÃO DE EMPRESA | 23, 29, 38 ou 39 e 40 |
| | RESPONSABILIDADE LEGAL | 11, 26 e 27, 29, 38 ou 39 e 40 |
| | RESPONSABILIDADE TÉCNICA – ASSUNÇÃO | 31, 32 e ou 33, 40, 41 e ou 42 e ou 43 e 45 |
| | RESPONSABILIDADE TÉCNICA – BAIXA | 40, 41 e ou 42 e ou 43 e 57 |
| | NÚMERO DE LEITOS AMPLIAÇÃO ou REDUÇÃO | 29, 40 e 41 – VER NOTA 4 |
| | EQUIPAMENTOS – AMPLIAÇÃO | 28, 29, 40 e 42 – VER NOTAS 2 e 4 |
| | EQUIPAMENTOS – REDUÇÃO | 40 e 42 – VER NOTAS 3 e 4 |
| ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTOS – AMPLIAÇÃO | 29, 40 e 43 – VER NOTA 4 | |
| ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTOS – REDUÇÃO | 29, 40 e 43 – VER NOTA 4 | |
| RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO | 28 e ou 29, 40, 41 e ou 42 e ou 43 | |
| CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO | 40 e 42 | |

NOTAS:

- 1. ESTRUTURA FÍSICA** Apresentar demais documentos solicitados no Anexo I para o respectivo CNAE (AN 13 - 217)
- 2. AMPLIAÇÃO DE NÚMERO E OU TIPO DE EQUIPAMENTOS** Solicitar LF para cada equipamento.
- 3. REDUÇÃO DE NÚMERO E OU TIPO DE EQUIPAMENTOS** Solicitar cancelamento da LF respectiva de cada equipamento.
- 4. QUALQUER ALTERAÇÃO QUE IMPLIQUE EM ADEQUAÇÃO DO AMBIENTE CONSTRUÍDO** Solicitar também a alteração da estrutura física.



ANEXO II – EXEMPLO DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO V PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA INICIAL DE FUNCIONAMENTO

|  SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA | |
|---|-------------------|
| ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2019 | |
| SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA | |
| I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA | |
| 1. N° PROTOCOLO | 2. DATA PROTOCOLO |
| 3. N° PROCESSO DE ORIGEM | |
| II – SOLICITAÇÃO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE | |
| 4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO <input checked="" type="radio"/> ESTABELECIMENTO <input type="radio"/> EQUIPAMENTO <input type="radio"/> ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO | |
| 5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA CÓDIGO DA ATIVIDADE: 8610-1/01 DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR | |
| 6. ATRIBUTO DA ATIVIDADE ECONÔMICA - Assinale <u>uma</u> das alternativas abaixo e informe o solicitado: <input checked="" type="radio"/> ALBERGANTE - Cod: <input type="radio"/> ALBERGADO PRÓPRIO - CEVS PRÓPRIO - Cod: 073 <input type="radio"/> ALBERGADO TERCEIRIZADO - CNPJ Albergante: | |
| 7. N° CEVS | |
| 8. TIPO DE SOLICITAÇÃO - Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: <input checked="" type="radio"/> LICENÇA DE FUNCIONAMENTO INICIAL <input type="radio"/> CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO <input type="radio"/> RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO <input type="radio"/> ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS - Assinale no item 9, as alterações correspondentes a esta solicitação. | |
| 9. TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS - Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: a. ENDEREÇO g. N° E OU TIPO DE EQUIPAMENTO b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA h. N° DE LEITOS c. BANDA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA i. AMPLIAÇÃO/REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO d. RESPONSABILIDADE LEGAL e. RAZÃO SOCIAL f1. FUSÃO ou f2. INCORPORAÇÃO ou f3. CISÃO ou f4. SUCESSÃO REGISTRE O CNPJ ANTERIOR: | |
| III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE | |
| 10. NATUREZA JURÍDICA - Assinale <u>uma</u> das opções: <input checked="" type="radio"/> PESSOA JURÍDICA <input type="radio"/> PESSOA FÍSICA | |
| 11. CNPJ / CPF 24.082.016/0001-59 | |
| 12. RAZÃO SOCIAL / NOME HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA | |
| 13. NOME FANTASIA HCFAMEMA - SERVIÇO DE RADIOTERAPIA - ESTRÔNCIO 90 OFTALMO | |
| 14. INSCRIÇÃO MUNICIPAL | |
| 15. INSCRIÇÃO ESTADUAL | |
| 16. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL | |



IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

| | |
|--|-------------------------|
| 17. CEP 17510-080 | 18. TIPO LOGRADOURO RUA |
| 19. LOGRADOURO DOUTOR REINALDO MACHADO | |
| 20. Nº 255 | 21. COMPLEMENTO |
| 22. BAIRRO FRAGATA | |
| 23. MUNICÍPIO MARÍLIA | |
| UF: SP | 24. DISTRITO |
| 25. COORDENADAS GEOGRÁFICAS: LONGITUDE: " ' " N " ' " S | |
| 26. TELEFONE 14 3402-1744 | 27. CELULAR |
| 28. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail) superintendencia@hc.famema.br | |
| 29. ENDEREÇO PÁGINA WEB www.hc.famema.br | |

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

| |
|--|
| 30. TIPO – Assinale uma das opções abaixo: <input checked="" type="radio"/> MATRIZ / MANTENEDORA <input type="radio"/> FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora. |
| 31. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale uma das opções abaixo: <input type="radio"/> PRIVADO <input type="radio"/> FEDERAL <input checked="" type="radio"/> ESTADUAL <input type="radio"/> MUNICIPAL |
| 32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale uma das opções: <input type="radio"/> PESSOA FÍSICA <input type="radio"/> EMPRESA PRIVADA <input type="radio"/> EMPRESA DE ECONOMIA MISTA <input type="radio"/> COOPERATIVA <input type="radio"/> SINDICATO <input type="radio"/> FUNDAÇÃO PRIVADA <input type="radio"/> ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS <input type="radio"/> SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA |
| 33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA – Assinale uma das opções: <input type="radio"/> UNIVERSITÁRIA <input checked="" type="radio"/> ESCOLA SUPERIOR ISOLADA <input type="radio"/> AUXILIAR DE ENSINO <input type="radio"/> NÃO SE APLICA |
| 34. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS OU PROFISSIONAIS - Registre o número total de funcionários com formação superior, técnico, médio e elemental, segundo as condições apresentadas: PRÓPRIOS COM VÍNCULO: 26 PRÓPRIOS AUTÔNOMOS: TERCEIRIZADOS: |
| 35. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Refira-se somente ao CNAE 8640-2/99. Assinale uma das opções ao lado, se houver serviço de radiometria / teste de qualidade. <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO |
| 36. PISCINA DE USO COLETIVO – Assinale uma das opções: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO |
| 37. TRANSPORTE DE ÁGUA – Refira-se somente ao CNAE 3600-6/02: <input type="radio"/> CONSUMO HUMANO <input checked="" type="radio"/> REUSO |
| 38. TRANSPORTADORA – Refere-se somente aos CNAE 4930-2/01 e 4930-2/02 do Agrupamento 30, Subgrupo D, Grupo I. – Assinale uma ou mais alternativas referentes ao tipo de produto objeto de transporte <input checked="" type="checkbox"/> ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES <input type="checkbox"/> MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO <input type="checkbox"/> SANGUE E HEMOCOMPONENTES - AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES <input type="checkbox"/> PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE – Assinale um ou mais códigos das Classes de Produtos referentes aos tipos de produtos transportados (Quadro 3) <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 26 |

M
D



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2019

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

VI – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

39. RESPONSÁVEL LEGAL: PALOMA APARECIDA LIBANIO NUNES

CPF: XXX

CBO – Registre código e descrição: 123105 SUPERINTENDENTE

40. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL EDUARDO JOSÉ STEFANO

CPF: XXX

CONSELHO PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: XXX

CBO – Registre código e descrição: 225330 MÉDICO RADIOTERAPEUTA

41. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01 YURI BONICELLI CREMPE

CPF: XXX

CONSELHO PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: XXX

CBO – Registre código e descrição: 225330 MÉDICO RADIOTERAPEUTA

42. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL: UF: Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

43. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL: UF: Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

VII – ANEXOS

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

44. TOTAL DE PÁGINAS – Registre o número total de páginas dos Subanexos utilizados para complementação deste formulário:

Subanexo V.1. ATIVIDADES

RELACIONADAS A PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE:

Subanexo V.2. FONTES DE RADIAÇÃO
IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE
INTERESSE DA SAÚDE: 2

Subanexo V.3. ATIVIDADES

RELACIONADAS A PRODUTOS DE
INTERESSE DA SAÚDE:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, INTEIRA
RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO E SEUS
ANEXOS.

MARÍLIA/SP

26/09/2019

LOCAL

DATA

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL


ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 03



ANEXO III – EXEMPLO DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO V PARA ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS (BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA)

| | | | |
|---|--|--|--|
|  | | SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE | |
| | | COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS | |
| | | CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA | |
| ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2019 | | | |
| SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA | | | |
| I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA | | | |
| 1. Nº PROTOCOLO | | 2. DATA PROTOCOLO | |
| 3. Nº PROCESSO DE ORIGEM | | | |
| II – SOLICITAÇÃO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE | | | |
| 4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO <input checked="" type="radio"/> ESTABELECIMENTO <input checked="" type="radio"/> EQUIPAMENTO <input type="radio"/> ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO | | | |
| 5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA | | CODIGO DA ATIVIDADE: 8610-1/01 | |
| DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR | | | |
| 6. ATRIBUTO DA ATIVIDADE ECONÔMICA - Assinale uma das alternativas abaixo e informe o solicitado: <input checked="" type="radio"/> ALBERGANTE - Cod.: 000 <input type="radio"/> ALBERGADO PRÓPRIO - CEVS PRÓPRIO - Cod.: <input type="radio"/> ALBERGADO TERCEIRIZADO - CNPJ Albergaria: | | | |
| 7. Nº CEVS | | 352900598 061 000182 1 0 | |
| 8. TIPO DE SOLICITAÇÃO - Assinale uma das opções abaixo: <input type="radio"/> LICENÇA DE FUNCIONAMENTO INICIAL <input type="radio"/> CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO <input checked="" type="radio"/> RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO <input checked="" type="radio"/> ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS - Assinale no item 9, as alterações correspondentes a esta solicitação. | | | |
| 9. TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS - Assinale uma das opções abaixo: <input type="radio"/> a. ENDEREÇO <input type="radio"/> g. Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO <input type="radio"/> b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA <input type="radio"/> h. Nº DE LEITOS <input type="radio"/> c. RAÍZ DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA <input type="radio"/> i. AMPLIAÇÃO/REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO <input type="radio"/> d. RESPONSABILIDADE LEGAL <input type="radio"/> e. RAZÃO SOCIAL <input type="radio"/> f1. FUSÃO ou <input type="radio"/> f2. INCORPORAÇÃO ou <input type="radio"/> f3. CISÃO ou <input type="radio"/> f4. SUCESSÃO REGISTRE O CNPJ ANTERIOR: | | | |
| III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE | | | |
| 10. NATUREZA JURÍDICA - Assinale uma das opções: | | <input checked="" type="radio"/> PESSOA JURÍDICA <input type="radio"/> PESSOA FÍSICA | |
| 11. CNPJ / CPF | | 24.082.016/0001-50 | |
| 12. RAZÃO SOCIAL / NOME | | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA | |
| 13. NOME FANTASIA | | HCFAMEMA - HCl - UNIDADE CLÍNICO CIRÚRGICO | |
| 14. INSCRIÇÃO MUNICIPAL | | | |
| 15. INSCRIÇÃO ESTADUAL | | | |
| 16. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL | | | |

M
J



IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

| | |
|---|-------------------------|
| 17. CEP 17519-080 | 18. TIPO LOGRADOURO RUA |
| 19. LOGRADOURO DOUTOR REINALDO MACHADO | |
| 20. n.º 255 | 21. COMPLEMENTO |
| 22. BAIRRO FRAGATA | |
| 23. MUNICÍPIO MARÍLIA | |
| UF: SP | 24. DISTRITO |
| 25. COORDENADAS GEOGRÁFICAS: LONGITUDE N | |
| 26. TELEFONE 14 3402-1744 | 27. CELULAR |
| 28. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail) superintendencia@hc.famema.br | |
| 29. ENDEREÇO PÁGINA WEB www.hc.famema.br | |

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

| |
|---|
| 30. TIPO – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: <input checked="" type="radio"/> MATRIZ / MANTENEDORA <input type="radio"/> FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora. |
| 31. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: <input checked="" type="radio"/> PRIVADO <input type="radio"/> FEDERAL <input type="radio"/> ESTADUAL <input type="radio"/> MUNICIPAL |
| 32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale <u>uma</u> das opções: <input type="radio"/> PESSOA FÍSICA <input type="radio"/> EMPRESA PRIVADA <input type="radio"/> EMPRESA DE ECONOMIA MISTA <input type="radio"/> COOPERATIVA <input checked="" type="radio"/> SINDICATO <input type="radio"/> FUNDAÇÃO PRIVADA <input type="radio"/> ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS <input type="radio"/> SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA |
| 33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA – Assinale <u>uma</u> das opções: <input type="radio"/> UNIVERSITÁRIA <input checked="" type="radio"/> ESCOLA SUPERIOR ISOLADA <input type="radio"/> AUXILIAR DE ENSINO <input type="radio"/> NÃO SE APLICA |
| 34. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS OU PROFISSIONAIS – Registre o número total de funcionários com formação superior, técnica, médio e elementar, segundo as condições apresentadas: PRÓPRIOS COM VENCIMENTO 1.000 PRÓPRIOS AUTÔNOMOS TERCEIRIZADOS |
| 35. SERVIÇO DE RADIODIAGNÓSTICO / TESTE DE QUALIDADE – Refere-se somente ao CNAE 8640-2/99 Assinale <u>uma</u> das opções na tabela, se houver serviço de radiodiagnóstico / teste de qualidade <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO |
| 36. PISCINA DE USO COLETIVO – Assinale <u>uma</u> das opções <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO |
| 37. TRANSPORTE DE ÁGUA – Refere-se somente ao CNAE 3600-6/02: <input checked="" type="radio"/> CONSUMO HUMANO <input type="radio"/> REIUSO |
| 38. TRANSPORTADORA – Refere-se somente aos CNAE 4930-2/01 e 4930-2/02 do Anexoamento 50, Subgrupo D, Grupo I. – Assinale <u>uma</u> das opções alternativas referentes ao tipo de produto objeto de transporte: <input type="checkbox"/> ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES <input type="checkbox"/> MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO <input type="checkbox"/> SANGUE E HEMOCOMPONENTES – AMOSTRA EM SANGUE DE DOADORES, UNIDADES DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES <input type="checkbox"/> PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE – Assinale <u>uma</u> ou mais opções das C. Quando se listados referem-se aos tipos de produtos transportados (Quadro 3) <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 |

M
AP



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2019

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

VI – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

39. RESPONSÁVEL LEGAL: PALOMA APARECIDA LIBANIO NUNES

CPF: XXX

CBO – Registre código e descrição: 123105 SUPERINTENDENTE

40. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL LUCIANO ROBERTO DE FREITAS VISENTIN

CPF: 245.902.558-04

CONSELHO PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: 98.722 D

CBO – Registre código e descrição: 223109 MÉDICO CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO

41. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01 GUILHERME GENTA DOS SANTOS

CPF: 268.292.938-98

CONSELHO PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: 117.679 RT

CBO – Registre código e descrição: 225180 MÉDICO GERIATRA

42. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL: UF: Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

43. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL: UF: Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

VII – ANEXOS

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

44. TOTAL DE PÁGINAS – Registre o número total de páginas dos Subanexos utilizados para complementação deste formulário:

Subanexo V.1. ATIVIDADES
RELACIONADAS A PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE: 2

Subanexo V.2. FONTES DE RADIAÇÃO
IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE
INTERESSE DA SAÚDE:

Subanexo V.3. ATIVIDADES
RELACIONADAS A PRODUTOS DE
INTERESSE DA SAÚDE:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO E SEUS ANEXOS

MARÍLIA/SP

18/07/2019

LOCAL

DATA

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL


ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 03



ANEXO IV – EXEMPLO DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO V PARA ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS (ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA)

|  SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA | |
|--|-------------------|
| ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2019 | |
| SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA | |
| I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA | |
| 1. N° PROTOCOLO | 2. DATA PROTOCOLO |
| 3. N° PROCESSO DE ORIGEM | |
| II – SOLICITAÇÃO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE | |
| 4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO <input checked="" type="radio"/> ESTABELECIMENTO <input type="radio"/> EQUIPAMENTO <input type="radio"/> ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO | |
| 5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA CÓDIGO DA ATIVIDADE: 8610-1/01 DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR | |
| 6. ATRIBUTO DA ATIVIDADE ECONÔMICA – Assinale uma das alternativas abaixo e informe o solicitado: <input checked="" type="radio"/> ALBERGANTE - Cod.: 000 <input type="radio"/> ALBERGADO PRÓPRIO - CEVS PRÓPRIO - Cod.: <input type="radio"/> ALBERGADO TERCEIRIZADO - CNPJ Albergante: | |
| 7. N° CEVS 35290069D 861 000182 1 0 | |
| 8. TIPO DE SOLICITAÇÃO – Assinale uma das opções abaixo: <input type="radio"/> LICENÇA DE FUNCIONAMENTO INICIAL <input type="radio"/> CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO <input checked="" type="radio"/> RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO <input type="radio"/> ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale no item 9, as alterações correspondentes a esta solicitação. | |
| 9. TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale uma das opções abaixo: <input type="radio"/> a. ENDEREÇO <input type="radio"/> g. N° E OU TIPO DE EQUIPAMENTO <input checked="" type="radio"/> b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA <input type="radio"/> h. N° DE LEITOS <input type="radio"/> c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA <input type="radio"/> i. AMPLIAÇÃO, REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO <input type="radio"/> d. RESPONSABILIDADE LEGAL <input type="radio"/> e. RAZÃO SOCIAL <input type="radio"/> f1. FUSÃO ou <input type="radio"/> f2. INCORPORAÇÃO ou <input type="radio"/> f3. CISÃO ou <input type="radio"/> f4. SUCESSÃO REGISTRE O CNPJ ANTERIOR: | |
| III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE | |
| 10. NATUREZA JURÍDICA – Assinale uma das opções: <input checked="" type="radio"/> PESSOA JURÍDICA <input type="radio"/> PESSOA FÍSICA | |
| 11. CNPJ / CPF 24.082.016/0001-59 | |
| 12. RAZÃO SOCIAL / NOME HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA | |
| 13. NOME FANTASIA HCFAMEMA - HC I - UNIDADE CLÍNICO CIRÚRGICO | |
| 14. INSCRIÇÃO MUNICIPAL | |
| 15. INSCRIÇÃO ESTADUAL | |
| 16. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL | |



IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

| | |
|---|-------------------------|
| 17. CEP 17519-080 | 18. TIPO LOGRADOURO RUA |
| 19. LOGRADOURO DOUTOR REINALDO MACHADO | |
| 20. nº 255 | 21. COMPLEMENTO |
| 22. BAIRRO FRAGATA | |
| 23. MUNICIPIO MARÍLIA | |
| UF: SP | 24. DISTRITO |
| 25. COORDENADAS GEOGRÁFICAS: LONGITUDE N | |
| 26. TELEFONE 14 3402-1744 | 27. CELULAR |
| 28. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail) superintendencia@hc.famema.br | |
| 29. ENDEREÇO PÁGINA WEB www.hc.famema.br | |

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

| |
|--|
| 30. TIPO – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: <input checked="" type="radio"/> MATRIZ / MANTENEDORA <input type="radio"/> FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora |
| 31. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: <input checked="" type="radio"/> PRIVADO <input type="radio"/> FEDERAL <input type="radio"/> ESTADUAL <input type="radio"/> MUNICIPAL |
| 32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale <u>uma</u> das opções: <input checked="" type="radio"/> PESSOA FÍSICA <input type="radio"/> EMPRESA PRIVADA <input type="radio"/> EMPRESA DE ECONOMIA MISTA <input type="radio"/> COOPERATIVA <input type="radio"/> SINDICATO <input type="radio"/> FUNDAÇÃO PRIVADA <input type="radio"/> ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS <input type="radio"/> SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA |
| 33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA – Assinale <u>uma</u> das opções: <input type="radio"/> UNIVERSITÁRIA <input checked="" type="radio"/> ESCOLA SUPERIOR ISOLADA <input type="radio"/> AUXILIAR DE ENSINO <input type="radio"/> NÃO SE APLICA |
| 34. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS OU PROFISSIONAIS - Registre o número total de funcionários com formação superior, técnico, médio e elementar, segundo as condições apresentadas: PRÓPRIOS COM VENCULO: 1.080 PRÓPRIOS AUTÔNOMOS: TERCEIRIZADOS: |
| 35. SERVIÇO DE RADIMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Refira-se somente ao CNAE 8640-099. Assinale <u>uma</u> das opções na tabela, se houver serviço de radiometria / teste de qualidade <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO |
| 36. PISCINA DE USO COLETIVO – Assinale <u>uma</u> das opções <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO |
| 37. TRANSPORTE DE ÁGUA – Refira-se somente ao CNAE 3600-6/02: <input checked="" type="radio"/> CONSUMO PRÓPRIO <input type="radio"/> RESSO |
| 38. TRANSPORTADORA – Refira-se somente aos CNAE 4930-2/01 e 4930-2/02 do Agrupamento 50, Subgrupo D, Grupo 1. – Assinale <u>uma</u> das opções a seguir, de acordo com o tipo de produto oferecido: <input type="checkbox"/> ALIMENTO E ÁGUA PARA HABILITANDOS <input type="checkbox"/> MATERIAL EDUCACIONAL HUMANO <input type="checkbox"/> SAÚDE E BEM-ESTAR COMPONENTES - ALIMENTAÇÃO SANITÁRIA, DEBILIDADE, HIGIENE DE SAÚDE E BEM-ESTAR COMPONENTES <input checked="" type="checkbox"/> PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE – Assinale <u>um</u> ou mais códigos das Classes de Produtos relativos aos tipos de produtos transportados (Quadro 3): <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 |

M
R



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V - PORTARIA CVS 01/2019

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

VI - IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

39. RESPONSÁVEL LEGAL: PALOMA APARECIDA LIBANIO NUNES

CPF: XXX

CBO - Registro código e descrição: 123105 SUPERINTENDENTE

40. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL LUCIANO ROBERTO DE FREITAS VISENTIN

CPF: 245.002.568-04

CONSELHO PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: 08.722 D

CBO - Registro código e descrição: 223109 MÉDICO CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO

41. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01 GUILHERME GENTA DOS SANTOS

CPF: 268.292.938-98

CONSELHO PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: 117.079 RT

CBO - Registro código e descrição: 225180 MÉDICO GERIATRA

42. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL: UF: Nº INSCRIÇÃO:

CBO - Registro código e descrição:

43. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL: UF: Nº INSCRIÇÃO:

CBO - Registro código e descrição:

VII - ANEXOS

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

44. TOTAL DE PÁGINAS - Registro o número total de páginas dos Subanexos utilizados para complementação deste formulário:

Subanexo V.1. ATIVIDADES
RELACIONADAS A PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE: 2

Subanexo V.2. FONTES DE RADIAÇÃO
IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE
INTERESSE DA SAÚDE:

Subanexo V.3. ATIVIDADES
RELACIONADAS A PRODUTOS DE
INTERESSE DA SAÚDE:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, INTEIRA
RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO E SEUS
ANEXOS

MARÍLIA/SP

16/09/2019

LOCAL

DATA

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL


ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 03



ANEXO V – EXEMPLO DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO V PARA RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

|  | | SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE | |
|--|--|--------------------------------------|------------|
| | | COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS | |
| | | CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA | |
| ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2019 | | | |
| SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA | | | |
| I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA | | | |
| 1. N° PROTOCOLO | 2. DATA PROTOCOLO | | |
| 3. N° PROCESSO DE ORIGEM | | | |
| II – SOLICITAÇÃO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE | | | |
| 4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO | <input checked="" type="radio"/> ESTABELECIMENTO <input type="radio"/> EQUIPAMENTO <input type="radio"/> ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO | | |
| 5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA | CODIGO DA ATIVIDADE: 8810-1/01 | | |
| DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR | | | |
| 6. ATRIBUTO DA ATIVIDADE ECONÔMICA – Assinale uma das alternativas abaixo e informe o solicitado: <input type="radio"/> ALBERGANTE - Cod: <input checked="" type="radio"/> ALBERGADO PRÓPRIO – CEVS PRÓPRIO - Cod: 071 <input type="radio"/> ALBERGADO TERCEIRIZADO - CNPJ Albergante: | | | |
| 7. N° CEVS | 352900690 | 861 | 000197 1 2 |
| 8. TIPO DE SOLICITAÇÃO – Assinale uma das opções abaixo: <input checked="" type="radio"/> LICENÇA DE FUNCIONAMENTO INICIAL <input type="radio"/> CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO <input checked="" type="radio"/> RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO <input type="radio"/> ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale no item 9, as alterações correspondentes a esta solicitação. | | | |
| 9. TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale uma das opções abaixo: a. ENDEREÇO g. N° E OU TIPO DE EQUIPAMENTO b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA h. N° DE LETOS c. RADICA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA i. AMPLIAÇÃO-REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO d. RESPONSABILIDADE LEGAL e. RAZÃO SOCIAL e.1. FUSÃO ou e.2. INCORPORAÇÃO ou e.3. CISÃO ou e.4. SUCESSÃO REGISTRE O CNPJ ANTERIOR: | | | |
| III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE | | | |
| 10. NATUREZA JURÍDICA – Assinale uma das opções: | <input checked="" type="radio"/> PESSOA JURÍDICA <input type="radio"/> PESSOA FÍSICA | | |
| 11. CNPJ / CFP | 24.082.016/0001-59 | | |
| 12. RAZÃO SOCIAL / NOME | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA | | |
| 13. NOME FANTASIA | HCFAMEMA - HC I - SERVIÇO DE RADIOLOGIA MÉDICA | | |
| 14. INSCRIÇÃO MUNICIPAL | | | |
| 15. INSCRIÇÃO ESTADUAL | | | |
| 16. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL | | | |



IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

| | |
|--|-------------------------|
| 17. CEP 17519-080 | 18. TIPO LOGRADOURO RUA |
| 19. LOGRADOURO DOUTOR REINALDO MACHADO | |
| 20. Nº 255 | 21. COMPLEMENTO |
| 22. BAIRRO FRAGATA | |
| 23. MUNICÍPIO MARÍLIA | |
| UF: SP | 24. DISTRITO |
| 25. COORDENADAS GEOGRÁFICAS: LONGITUDE " " " N " " " S | |
| 26. TELEFONE 14 3402-1744 | 27. CELULAR |
| 28. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail) superintendencia@hc.famema.br | |
| 29. ENDEREÇO PÁGINA WEB www.hc.famema.br | |

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

| |
|--|
| 30. TIPO - Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: <input checked="" type="radio"/> MATRIZ / MANTENEDORA <input type="radio"/> FILIAL / MANTIDO - Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora. |
| 31. ESFERA ADMINISTRATIVA - Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: <input checked="" type="radio"/> PRIVADO <input type="radio"/> FEDERAL <input type="radio"/> ESTADUAL <input type="radio"/> MUNICIPAL |
| 32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO - Assinale <u>uma</u> das opções: <input checked="" type="radio"/> PESSOA FÍSICA <input type="radio"/> EMPRESA PRIVADA <input type="radio"/> EMPRESA DE ECONOMIA MISTA <input type="radio"/> COOPERATIVA <input type="radio"/> SINDICATO <input type="radio"/> FUNDAÇÃO PRIVADA <input type="radio"/> ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS <input type="radio"/> SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA - SAÚDE <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - ORGAN. SOCIAL PÚBLICA <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA - OUTRO ÓRGÃO <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - EMPRESA PÚBLICA <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - AUTARQUIA <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - FUNDAÇÃO PÚBLICA |
| 33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA - Assinale <u>uma</u> das opções: <input type="radio"/> UNIVERSITÁRIA <input checked="" type="radio"/> ESCOLA SUPERIOR ISOLADA <input type="radio"/> AUXILIAR DE ENSINO <input type="radio"/> NÃO SE APLICA |
| 34. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS OU PROFISSIONAIS - Registre o número total de funcionários com formação superior, técnico, médio e elementar, segundo as condições apresentadas: PRÓPRIOS COM VÍNCULO: 39 PRÓPRIOS AUTÔNOMOS: TERCEIRIZADOS: |
| 35. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE - Refere-se somente ao CNAE 8640-2/99. Assinale <u>uma</u> das opções ao lado, se houver serviço de radiometria / teste de qualidade. <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO |
| 36. PISCINA DE USO COLETIVO - Assinale <u>uma</u> das opções: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO |
| 37. TRANSPORTE DE ÁGUA - Refere-se somente ao CNAE 3600-0/01: <input checked="" type="radio"/> CONSUMO HUMANO <input type="radio"/> REUSO |
| 38. TRANSPORTADORA - Refere-se somente aos CNAE 4930-2/01 e 4930-2/02 do Agrupamento 30, Subgrupo D, Grupo I. - Assinale <u>uma</u> ou mais alternativas referentes ao tipo de produtos objeto de transporte: <input checked="" type="checkbox"/> ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES <input checked="" type="checkbox"/> MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO <input checked="" type="checkbox"/> SANGUE E HEMOCOMPONENTES - AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, ROUSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES <input checked="" type="checkbox"/> PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE - Assinale as opções obrigadas das Classes de Produtos conforme seu tipo de produto transportado (Quadro 3) <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 |

M
A



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2019

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

VI – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

| | |
|--|-----------------------------|
| 39. RESPONSÁVEL LEGAL: PALOMA APARECIDA LIBANIO NUNES | CPF: XXXX |
| CBO – Registre código e descrição: 123105 SUPERINTENDENTE | |
| 40. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL PAULO CEZAR LEAL ECCLISSATO | CPF: XXXX |
| CONSELHO PROFISSIONAL: CRM | UF: SP N° INSCRIÇÃO: 24.537 |
| CBO – Registre código e descrição: 225320 MÉDICO RADIOLOGISTA | |
| 41. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01 RENATO ANTÔNIO DE CARVALHO GONÇALVES | CPF: 044.905.718-00 |
| CONSELHO PROFISSIONAL: CRM | UF: SP N° INSCRIÇÃO: 41.616 |
| CBO – Registre código e descrição: 225320 MÉDICO RADIOLOGISTA | |
| 42. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02 | CPF: |
| CONSELHO PROFISSIONAL: | UF: N° INSCRIÇÃO: |
| CBO – Registre código e descrição: | |
| 43. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03 | CPF: |
| CONSELHO PROFISSIONAL: | UF: N° INSCRIÇÃO: |
| CBO – Registre código e descrição: | |

VII – ANEXOS
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

| | | |
|--|--|---|
| 44. TOTAL DE PÁGINAS – Registre o número total de páginas dos Subanexos utilizados para complementação deste formulário: | | |
| Subanexo V.1. ATIVIDADES RELACIONADAS A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: 2 | Subanexo V.2. FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE: | Subanexo V.3. ATIVIDADES RELACIONADAS A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE: |


DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE
PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO E SEUS ANEXOS.

| | | |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| MARÍLIA/SP | 18/07/2019 | |
| LOCAL | DATA | ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL |
| ASSIN. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL | ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01 | ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02 |
| ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 03 | | |



ANEXO VI – EXEMPLO DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO V.1

 **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO V.1 – PORTARIA CVS 01/2019

ATIVIDADE RELACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS
PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

| | |
|-----------------------|-------------------|
| 1. N° PROTOCOLO | 2. DATA PROTOCOLO |
| 3. N° PROCESSO ORIGEM | |

II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

| | | | | | | | |
|------------------------|--|-----|-----|---|---|-------------|--------------------|
| 4. N° CEVS | 352900590 | 661 | 184 | 1 | 4 | 5. CNPJ/CPF | 24.082.016/0001-50 |
| 6. RAZÃO SOCIAL / NOME | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA | | | | | | |
| 7. NOME FANTASIA | HCFAMEMA - HC II - UNIDADE MATERNO INFANTIL | | | | | | |

III - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

| | | |
|---|-----------------|--------|
| 8. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE | CODIGO CNES: | 202550 |
| 9. TIPO DE SERVIÇO | CODIGO SERVIÇO: | 090 |

10. TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ALBERGADOS

A. PROPRIOS SOB N° CEVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE - Registre os códigos correspondentes:

| | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 110 | 026 | 036 | 051 | 102 | 053 | 054 | 055 |
| 062 | 096 | 076 | 162 | 206 | 207 | 009 | 081 |
| 090 | 181 | | | | | | |

B. PROPRIOS COM N° CEVS PROPRIO - Registre os códigos correspondentes:

| | | | | | | | |
|-----|-----|-----|--|--|--|--|--|
| 001 | 041 | 071 | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

C. TERCEIRIZADOS - Registre os códigos correspondentes e respectivos CNPJ:

| | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|
| | | | | | |
| COD. | CNPJ | COD. | CNPJ | COD. | CNPJ |
| | | | | | |
| COD. | CNPJ | COD. | CNPJ | COD. | CNPJ |
| | | | | | |
| COD. | CNPJ | COD. | CNPJ | COD. | CNPJ |
| | | | | | |
| COD. | CNPJ | COD. | CNPJ | COD. | CNPJ |
| | | | | | |

11. TRANSPORTE – Refere-se somente aos CNAE 8640-2/01 ou 8640-2/02 ou 8640-2/12 do Agrupamento 70, Grupo II, Anexo I

– Assinale uma das alternativas relacionadas ao material que será transportado:

A. SANGUE E HEMOCOMPONENTES – AUTORIZAÇÃO ANVISA:
 B. MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO

M
[Handwritten signature]



IV - ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------|----------|------------------------------|---|-----------|---|------------|--------|-------------------|---|
| 12. CONSULTÓRIOS MÉDICOS | | | | 13. CONSULTÓRIOS | | | | | | | |
| PEDIÁTRICO | 0 | FEMININO | 6 | MASCULINO | 0 | OUTROS | 0 | OUTROS | | 4 | |
| 14. SALAS E LEITOS DE REPOUSO / OBSERVAÇÃO | | | | | | | | | | | |
| PEDIÁTRICO | 0 | 0 | FEMININO | 0 | 0 | MASCULINO | 0 | 0 | OUTROS | 0 | 0 |
| SALAS | | LEITOS | | SALAS | | LEITOS | | SALAS | | LEITOS | |
| 15. CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS | | | | EQUIPOS ODONTOLÓGICOS | | | | | | | |
| 0 | | | | 0 | | | | | | | |
| 16. SALAS, POLTRONAS E MÁQUINAS DE PROCEDIMENTOS | | | | | | | | | | | |
| CIRURGIA AMBULAT. | 0 | CURATIVO | 0 | ENFERMAGEM | 1 | GESSO | 0 | IMUNIZAÇÃO | 1 | NEBULIZAÇÃO | 0 |
| SALAS | | SALAS | | SALAS | | SALAS | | SALAS | | SALAS | |
| PEQUENAS CIRURGIAS | 0 | QUIMIOTERAPIA | 0 | POLTRONAS | | DIALESE | 0 | POLTRONAS | | MÁQUINAS CRÔNICAS | |
| SALAS | | SALAS | | | | SALAS | | | | | |

V - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

| | | | | |
|---|---------------------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------|
| 17. XXX NOME PROFISSIONAL XXX CPF | CRM CONSELHO PROFISSIONAL | SP UF | XXX Nº INSCRIÇÃO | 225124 CBO |
| 18. XXX NOME PROFISSIONAL XXX CPF | CRM CONSELHO PROFISSIONAL | SP UF | XXX Nº INSCRIÇÃO | 225180 CBO |
| 19. XXX NOME PROFISSIONAL XXX CPF | COREN CONSELHO PROFISSIONAL | SP UF | XXX Nº INSCRIÇÃO | 223505 CBO |
| 20. XXX NOME PROFISSIONAL XXX CPF | COREN CONSELHO PROFISSIONAL | SP UF | XXX Nº INSCRIÇÃO | 223505 CBO |
| 21. XXX NOME PROFISSIONAL XXX CPF | COREN CONSELHO PROFISSIONAL | SP UF | XXX Nº INSCRIÇÃO | 223505 CBO |

VI - LEITOS - UNIDADES DE INTERNAÇÃO E DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------|----|--------------------------------|----|-------------------------|----|--------------|---|--|--|
| 22. UNIDADE DE INTERNAÇÃO - Registre o número de leitos existentes, segundo a especialidade: | | | | | | | | | | | |
| A. CIRÚRGICA: | | | | | | | | | | | |
| BUCO MAXILO FACIAL | 0 | GASTROENTEROLOGIA | 0 | NEUROCIRURGIA | 1 | ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA | 1 | | | | |
| CARDIOLOGIA | 0 | GINECOLOGIA | 10 | OBSTETRÍCIA | 8 | OTORRINOLARINGOLOGIA | 1 | | | | |
| CIRURGIA GERAL | 0 | LEITO / DIA | 0 | OFTALMOLOGIA | 0 | PLÁSTICA | 0 | | | | |
| PEDIÁTRICA | 3 | NEFRO-UROLOGIA | 0 | ONCOLOGIA | 0 | TORÁCICA | 0 | | | | |
| B. CLÍNICA: | | | | | | | | | | | |
| AIDS | 0 | ENDOCRINOLOGIA | 0 | MOL INFECCIOSAS | 0 | ONCOLOGIA | 0 | REABILITAÇÃO | 0 | | |
| CARDIOLOGIA | 0 | GERIATRIA | 0 | NEFRO-UROLOGIA | 0 | PEDIÁTRIA | 14 | TISSIOLOGIA | 0 | | |
| CLÍNICA GERAL | 0 | HANSENOLOGIA | 0 | NEONATOLOGIA | 0 | PNEUMOLOGIA | 0 | | | | |
| CRÔNICOS | 0 | HEMATOLOGIA | 4 | NEUROLOGIA | 0 | PSIQUIATRIA | 0 | | | | |
| DERMATOLOGIA | 0 | LEITO / DIA | 0 | OBSTETRÍCIA | 20 | | | | | | |
| 23. UNIDADE DE INTERNAÇÃO COM LEITO COMPLEMENTAR - Registre o número de leitos complementares existentes: | | | | | | | | | | | |
| UTI ADULTO | 0 | UTI NEONATAL | 8 | UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL | 8 | | | | | | |
| UTI INFANTIL | 7 | UNIDADE INTERMEDIÁRIA | 0 | UNIDADE DE ISOLAMENTO | 0 | | | | | | |
| 24. UNIDADE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (PRONTO-SOCORRO) Nº LEITOS OBSERVAÇÃO: _____ | | | | | | | | | | | |
| VII - EQUIPAMENTOS / FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE | | | | | | | | | | | |
| 25. Registre o número de equipamentos e ou fontes de radiação ionizante existentes e informados no subanexo V.2: _____ 4 | | | | | | | | | | | |
| VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS: _____ | | | | | | | | | | | |



ANEXO VII – EXEMPLO DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO V.2

| SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE | |
|---|----------------------------------|
| COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA | |
| SUBANEXO V.2 – PORTARIA CVS 01/2019 | |
| FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE | |
| I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA | |
| 1. N° PROTOCOLO | 2. DATA PROTOCOLO |
| 3. N° PROCESSO DE ORIGEM | |
| II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE <small>CONFORME REGISTRADO NO ANEXO V QUE ACOMPANHA ESTE FORMULÁRIO</small> | |
| 4. N° CEVS | 5. CNPJ / CPF 24.082.016/0001-59 |
| 6. RAZÃO SOCIAL / NOME HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA | |
| 7. NOME FANTASIA HCFAMEMA - SERVIÇO DE RADIOTERAPIA - ESTRÔNCIO 90 OFTALMO | |
| III – CARACTERIZAÇÃO DAS FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE <small>CONSULTAR ANEXO II – FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO</small> | |
| EQ.1. COD.: <u>402</u> N° CEVS: _____ | |
| CARACTERÍSTICAS: A: <u>ESTRÔNCIO 90</u> C: <u>55,00 mCi</u> | |
| B: <u>01</u> D: <u>40 anos</u> | |
| EQ.2. COD.: _____ N° CEVS: _____ | |
| CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____ | |
| B: _____ D: _____ | |
| EQ.3. COD.: _____ N° CEVS: _____ | |
| CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____ | |
| B: _____ D: _____ | |
| EQ.4. COD.: _____ N° CEVS: _____ | |
| CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____ | |
| B: _____ D: _____ | |
| EQ.5. COD.: _____ N° CEVS: _____ | |
| CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____ | |
| B: _____ D: _____ | |
| EQ.6. COD.: _____ N° CEVS: _____ | |
| CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____ | |
| B: _____ D: _____ | |



IV – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

RT.A. NOME: EDUARDO JOSÉ STEFANO
CPF: XXX 225330 CONS. PROFISSIONAL: CRM MÉDICO RADIOTERAPEUTA UF: SP Nº INSCRIÇÃO: 31.889
RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

RT.B. NOME: YURI BONICELLI CREMPE
CPF: XXX 225330 CONS. PROFISSIONAL: CRM MÉDICO RADIOTERAPEUTA UF: SP Nº INSCRIÇÃO: 164.282
RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

RT.C. NOME: _____
CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO: _____
RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

RT.D. NOME: _____
CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO: _____
RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

RT.E. NOME: _____
CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO: _____
RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

RT.F. NOME: _____
CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO: _____
RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

V – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE
PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS.

MARÍLIA/SP 26/09/2019
Local Data Assin. RESP. LEGAL Assin. RESP. TECN. ESTAB.

Assinatura RESP. TECN. A Assinatura RESP. TECN. B Assinatura RESP. TECN. C

Assinatura RESP. TECN. D Assinatura RESP. TECN. E Assinatura RESP. TECN. F



11 CONTROLE DE QUALIDADE

11.1 HISTÓRICO DE REVISÕES

| | |
|----------------------------------|-------------------|
| Data de Aprovação Inicial | 06/12/2019 |
|----------------------------------|-------------------|

| Nº da Revisão | Data | Item | Alteração |
|---------------|------------|-----------------------|---|
| 1 | 10/02/2020 | 3 Responsabilidade | • Inclusão de Informação: Departamento de Infraestrutura e Logística. |

11.2 ORGANIZAÇÃO DE ARQUIVO

| Documentos (Código) | Prazos de Guarda (em anos) | | Destinação | | Observações |
|------------------------|--|------------------------------------|------------|-------------------|--------------------------------|
| | Unidade Produtora | Unidade com Atribuições de Arquivo | Eliminação | Guarda Permanente | |
| HCF-GGPA-POP-1 | Até aprovação da Tabela de Temporalidade | A definir | A definir | | Instruções na OS HCF nº36/2019 |

11.3 ELABORAÇÃO


| Setor | Nome |
|--|-----------------------------------|
| Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação | Andréia Scorsafava Marques Vilela |

11.4 CONFERÊNCIA


| Setor | Nome |
|---|----------------------------------|
| Departamento de Atenção a Saúde de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica | Enfa. Cristina T. Macedo Kuabara |
| Departamento de Atenção a Saúde de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica | Enfa. Juliana da Silva Pirenetti |

11.5 APROVAÇÃO

Marília, 10 de fevereiro de 2020.



Marcos Henrique de Jesus
Diretor da Gerência de Gestão,
Planejamento e Avaliação
HCFAMEMA



Dra. Paloma Aparecida Libanio Nunes
Superintendente
HCFAMEMA