



ORDEM DE SERVIÇO N ° 09, DE 04 DE FEVEREIRO DE 2020

Estabelece a responsabilidade sobre a guarda, controle e renovação das Licenças de Funcionamento HCFAMEMA

A Superintendência do Hospital das Clínicas de Marília – HCFAMEMA, no uso das atribuições legais e regulamentares, e

CONSIDERANDO a necessidade de organizar os documentos relacionados aos órgãos de controle externos como a Vigilância Sanitária;

CONSIDERANDO o trabalho realizado pela Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação (GGPA) referente à guarda e controle das Licenças de Funcionamento HCFAMEMA até a estruturação dos Departamentos do HCFAMEMA; e

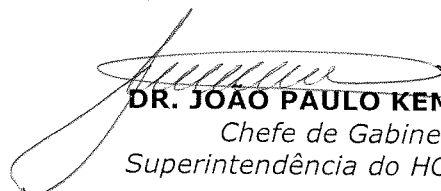
CONSIDERANDO que os Departamentos supracitados já se encontram estruturados, conforme Organograma Institucional.

DETERMINA:

1. As Licenças de Funcionamento dos Departamentos de Atenção à Saúde e Administrativos do HCFAMEMA devem ter sua guarda, controle e renovação por seus respectivos Departamentos.
2. As Licenças de Funcionamento de todos os Equipamentos do HCFAMEMA devem ficar sob responsabilidade do Núcleo de Equipamentos e Materiais Hospitalares, incluindo também sua guarda, controle e renovação.
3. Para o desenvolvimento deste trabalho, a Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação (GGPA) encaminhará aos Departamentos e Núcleo as pastas contendo os originais das Licenças de Funcionamento dos Estabelecimentos e/ou Equipamentos de suas responsabilidades (vigência 2019 a 2020).
4. Os Departamentos de Atenção à Saúde e Administrativos bem como o Núcleo de Equipamentos e Materiais Hospitalares do HCFAMEMA terão por referência o Procedimento Operacional Padrão (POP) de código HCF-GGPA-POP-1 e título "**Instrutivo para Solicitação de Licença de Funcionamento Vigilância Sanitária**" (anexo) para o desenvolvimento dos trabalhos.

Esta Ordem de Serviço entra em vigor na data de sua publicação.

Marília, 04 de fevereiro de 2020.


DR. JOÃO PAULO KEMP LIMA
Chefe de Gabinete
Superintendência do HCFAMEMA



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: 0	Vigência: dezembro/2022

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

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
- 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;

O formulário é dividido em três partes principais:

- I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS:** Campos para número de processo, número de protocolo, nome do estabelecimento e endereço.
- II - SOLICITAÇÃO:** Seção com múltiplas opções de seleção para definir o tipo de licença (sanitária, sanitária e ambiental), o tipo de estabelecimento (hospitalar, ambulatorial, etc.), o tipo de atividade (atendimento ambulatorial, etc.), o tipo de licença (sanitária, sanitária e ambiental) e o tipo de estabelecimento (hospitalar, ambulatorial, etc.).
- III - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO:** Campos para nome do estabelecimento, endereço, cidade, estado e CEP.



- 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;



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

SECRETARIA DE SAÚDE - PORTARIA Nº 51/2017
ATIVIDADE RELACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS
PRÉVIA DE LICENCIAMENTO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PRÉVIA DE LICENCIAMENTO DE ESTABELECIMENTO

III - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2. LOCAL DO ESTABELECIMENTO

3. TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE

4. PROFISSIONAIS E EQUIPE DE SAÚDE

5. PROFISSIONAIS E EQUIPE DE SAÚDE

6. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

7. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

8. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

9. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

10. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

11. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

12. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

13. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

14. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

15. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

16. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

17. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

18. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

19. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

20. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

21. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

22. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

23. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

24. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

25. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

26. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

27. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

28. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

29. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

30. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

31. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

32. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

33. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

34. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

35. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

36. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

37. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

38. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

39. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

40. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

41. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

42. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

43. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

44. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

45. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

46. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

47. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

48. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

49. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

50. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

51. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

52. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

53. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

54. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

55. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

56. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

57. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

58. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

59. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

60. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

61. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

62. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

63. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

64. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

65. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

66. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

67. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

68. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

69. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

70. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

71. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

72. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

73. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

74. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

75. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

76. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

77. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

78. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

79. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

80. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

81. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

82. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

83. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

84. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

85. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

86. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

87. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

88. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

89. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

90. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

91. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

92. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

93. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

94. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

95. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

96. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

97. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

98. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

99. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

100. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

IV - ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

4. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

5. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

6. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

7. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

8. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

9. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

10. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

11. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

12. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

13. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

14. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

15. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

16. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

17. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

18. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

19. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

20. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

21. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

22. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

23. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

24. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

25. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

26. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

27. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

28. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

29. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

30. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

31. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

32. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

33. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

34. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

35. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

36. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

37. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

38. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

39. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

40. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

41. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

42. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

43. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

44. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

45. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

46. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

47. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

48. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

49. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

50. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

51. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

52. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

53. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

54. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

55. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

56. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

57. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

58. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

59. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

60. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

61. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

62. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

63. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

64. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

65. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

66. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

67. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

68. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

69. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

70. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

71. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

72. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

73. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

74. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

75. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

76. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

77. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

78. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

79. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

80. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

81. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

82. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

83. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

84. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

85. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

86. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

87. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

88. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

89. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

90. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

91. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

92. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

93. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

94. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

95. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

96. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

97. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

98. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

99. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

100. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

- 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 V.2 - SUBANEXO V.2
FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE
SUBJETAS À LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

1. ESTABELECIMENTO E IDENTIFICAÇÃO DE RADIAÇÃO IONIZANTE	
CODIGO	DESCRICOES
010	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
110	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
117	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
120	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
121	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
122	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
123	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
124	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
125	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
126	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
127	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
128	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
129	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
130	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
131	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
132	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
133	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
134	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
135	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
136	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
137	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
138	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
139	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
140	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
141	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
142	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
143	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
144	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
145	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
146	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
147	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
148	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
149	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
150	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
151	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
152	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
153	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
154	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
155	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
156	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
157	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
158	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
159	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
160	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
161	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
162	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
163	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
164	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
165	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
166	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
167	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
168	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
169	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
170	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
171	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
172	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
173	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
174	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
175	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
176	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
177	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
178	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
179	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
180	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
181	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
182	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
183	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
184	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
185	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
186	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
187	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
188	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
189	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
190	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
191	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
192	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
193	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
194	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
195	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
196	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
197	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
198	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
199	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
200	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
201	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
202	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
203	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
204	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
205	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
206	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
207	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
208	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
209	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
210	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
211	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
212	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
213	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
214	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
215	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
216	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
217	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
218	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
219	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
220	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
221	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
222	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
223	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
224	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
225	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
226	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
227	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
228	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
229	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
230	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
231	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
232	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
233	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
234	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
235	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
236	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
237	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
238	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
239	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
240	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
241	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
242	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
243	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
244	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
245	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
246	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
247	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
248	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
249	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
250	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
251	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
252	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
253	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
254	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
255	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
256	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
257	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
258	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
259	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
260	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
261	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
262	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
263	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
264	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
265	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
266	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
267	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
268	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
269	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
270	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
271	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
272	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
273	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
274	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
275	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
276	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
277	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
278	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
279	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
280	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
281	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
282	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
283	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
284	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
285	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
286	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
287	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
288	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
289	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
290	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
291	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
292	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
293	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
294	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
295	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
296	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
297	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
298	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
299	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
300	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
301	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
302	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
303	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
304	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
305	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
306	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
307	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
308	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
309	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
310	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
311	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
312	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
313	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
314	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
315	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
316	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
317	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
318	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
319	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
320	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
321	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
322	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
323	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
324	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
325	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
326	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
327	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
328	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
329	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
330	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
331	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
332	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
333	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
334	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
335	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
336	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
337	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
338	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
339	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
340	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
341	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
342	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
343	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
344	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
345	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
346	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
347	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
348	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
349	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
350	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
351	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
352	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
353	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
354	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
355	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
356	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
357	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
358	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
359	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
360	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
361	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
362	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
363	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
364	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
365	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
366	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
367	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
368	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
369	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
370	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
371	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
372	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
373	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
374	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
375	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
376	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
377	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
378	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
379	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
380	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
381	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
382	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
383	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
384	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
385	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
386	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
387	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
388	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
389	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
390	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
391	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
392	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
393	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
394	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
395	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
396	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
397	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
398	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
399	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA
400	SE FERRAMENTAS PARA RADIOLOGIA

139



- 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 Nº 10.111/2011
FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

1. Nº PROCESSO: _____ 2. DATA DE RECEBIMENTO: _____

3. Nº FOLHA: _____ 4. Nº DE FOLHAS: _____

II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

5. NOME: _____ 6. ENDEREÇO: _____

7. NOME DO ESTABELECIMENTO: _____

III - CARACTERIZAÇÃO DAS FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

Nº	TIPO	ATIVIDADE	DATA DE AQUISIÇÃO	DATA DE VENCIMENTO	STATUS
1101	1	1	1	1	1
1102	1	1	1	1	1
1103	1	1	1	1	1
1104	1	1	1	1	1
1105	1	1	1	1	1
1106	1	1	1	1	1
1107	1	1	1	1	1
1108	1	1	1	1	1
1109	1	1	1	1	1
1110	1	1	1	1	1

IV - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO

8.1. Nome: _____ 8.2. Endereço: _____

8.3. Nome: _____ 8.4. Endereço: _____

8.5. Nome: _____ 8.6. Endereço: _____

8.7. Nome: _____ 8.8. Endereço: _____

8.9. Nome: _____ 8.10. Endereço: _____

8.11. Nome: _____ 8.12. Endereço: _____

8.13. Nome: _____ 8.14. Endereço: _____

8.15. Nome: _____ 8.16. Endereço: _____

8.17. Nome: _____ 8.18. Endereço: _____

8.19. Nome: _____ 8.20. Endereço: _____

8.21. Nome: _____ 8.22. Endereço: _____

8.23. Nome: _____ 8.24. Endereço: _____

8.25. Nome: _____ 8.26. Endereço: _____

8.27. Nome: _____ 8.28. Endereço: _____

8.29. Nome: _____ 8.30. Endereço: _____

8.31. Nome: _____ 8.32. Endereço: _____

8.33. Nome: _____ 8.34. Endereço: _____

8.35. Nome: _____ 8.36. Endereço: _____

8.37. Nome: _____ 8.38. Endereço: _____

8.39. Nome: _____ 8.40. Endereço: _____

8.41. Nome: _____ 8.42. Endereço: _____

8.43. Nome: _____ 8.44. Endereço: _____

8.45. Nome: _____ 8.46. Endereço: _____

8.47. Nome: _____ 8.48. Endereço: _____

8.49. Nome: _____ 8.50. Endereço: _____

8.51. Nome: _____ 8.52. Endereço: _____

8.53. Nome: _____ 8.54. Endereço: _____

8.55. Nome: _____ 8.56. Endereço: _____

8.57. Nome: _____ 8.58. Endereço: _____

8.59. Nome: _____ 8.60. Endereço: _____

8.61. Nome: _____ 8.62. Endereço: _____

8.63. Nome: _____ 8.64. Endereço: _____

8.65. Nome: _____ 8.66. Endereço: _____

8.67. Nome: _____ 8.68. Endereço: _____

8.69. Nome: _____ 8.70. Endereço: _____

8.71. Nome: _____ 8.72. Endereço: _____

8.73. Nome: _____ 8.74. Endereço: _____

8.75. Nome: _____ 8.76. Endereço: _____

8.77. Nome: _____ 8.78. Endereço: _____

8.79. Nome: _____ 8.80. Endereço: _____

8.81. Nome: _____ 8.82. Endereço: _____

8.83. Nome: _____ 8.84. Endereço: _____

8.85. Nome: _____ 8.86. Endereço: _____

8.87. Nome: _____ 8.88. Endereço: _____

8.89. Nome: _____ 8.90. Endereço: _____

8.91. Nome: _____ 8.92. Endereço: _____

8.93. Nome: _____ 8.94. Endereço: _____

8.95. Nome: _____ 8.96. Endereço: _____

8.97. Nome: _____ 8.98. Endereço: _____

8.99. Nome: _____ 8.100. Endereço: _____

V - DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIR, CIVIL E CRIMINALMENTE, A RESPONSABILIDADE PELO VERACÍMULO DAS INFORMAÇÕES AQUETORNADAS.

Assinatura: _____ Nome: _____

Assinatura: _____ Nome: _____

Assinatura: _____ Nome: _____

Assinatura: _____ Nome: _____

- 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 01/2015, segue anexo ao presente processo de atos da 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 DOCSIMETRIA - 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 PAGINA 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	INCLUIÇÃO 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

Andréa Mendes
Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação - GGPA
HCFAMEMA

Renata Feres
Coordenadora de Vigilância Sanitária
Drs. Saúde
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 04/2010, 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 and their status (e.g., autarquia, OK, não se aplica).

Table with columns: CODIGO, TIPO. Rows 21 and 27 listing 'CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF)' and 'COMPROVANTE DE IDENTIDADE'.

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

NAOR - MARÍLIA, Recebido em 16/08/2019, Assinatura

Marília/SP, 16 de agosto de 2019

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA, Rua Doutor Reinaldo Machado, 255 - Bairro Fragata | Marília, SP | CEP 17519-080

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 04/2010, segue anexo ao presente processo de atos de vigilância sanitária:

DOCUMENTOS PARA RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

- ESTABELECIDAMENTOS - 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 28, 29, 40, 41, 42, 43 with descriptions of documents and their status.

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

NAOR - MARÍLIA, Recebido em 23/07/2019, Assinatura

Marília/SP, 23 de julho 2019

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA, Rua Doutor Reinaldo Machado, 255 - Bairro Fragata | Marília, SP | CEP 17519-080



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 NAOR)

Finalidade:

- Finalidade options: Conocer, Manifestar-se, Arquivar, Providenciar, Divulgar, Deferido, Indeferido

Considerações:

Devolução de uma das vias das licenças de funcionamento, já assinadas, dos seguintes estabelecimentos:

- List of establishments: UNIDADE MATERNO INFANTIL HC II, FARMÁCIA HC II, FARMÁCIA HC I, ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOLÓGICA HC I, BANCO DE TECIDO OCULAR HC I, AGÊNCIA TRANSFUSIONAL HC I, AGÊNCIA TRANSFUSIONAL HC II, ARCO CIRÚRGICO GE 91928628 HC I, ARCO CIRÚRGICO GE 91927935 HC I, BAIO X LOTUS MP0084-000 HC II, AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES HC III, FARMÁCIA HC III, HEMOCENTRO, ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA HEMOCENTRO, TERAPIA ANTINEOPLÁSICA HEMOCENTRO

Devolver: Sim / X Não

Urgente: Sim / X Não

Handwritten signature and notes: Ana, Marília, 14/07/2019, DRS Marília

Data: 12/07/2019

Andréia S. Marques Vilela 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: 24.082.016/0001-59



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



De: Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação – GGPA

Para: Oncolítica – a/c Isabel

Finalidade:

- Conhecer Manifestar-se Arquivar
 Providenciar Divulgar
 Defender Indefender

Considerações:

Estamos encaminhando cópia da nova Licença de Funcionamento da Vigilância Sanitária (verborrente 10/07/2020), conforme descrito abaixo:

NP CEVS: 352900590-001-000213-1-B SERVIÇO DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA

Solicitamos que a cópia da licença seja colocada 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 a esclarecimento de dúvidas.

Devolver: Sim Não

Urgente: Sim Não

Data: 22/08/2019

Andréia S. Marques Vitela
GGPA / HCFAMEMA

Recebido em 22/08/19
Isabel
Isabel D. Siqueira
GGPA
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: ggpa@hc.famema.br | CNPJ: 24.082.016/0001-59
ASHV - Produto 27 213/2019 - Página 1 de 1



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, emite-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 (L.F.) – Quadro 21.
- No momento da solicitação inicial da L.F. 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 EXIGIDOS À SOLICITAÇÃO INICIAL DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO	
CÓDIGO	TIPO
1	ATENDIMENTO DE CONSULTA EMISSÃO PELA COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR (CENEA) – CÓPIA
2	COMPROMISSO DE RECUPERAÇÃO QUANTO À QUALIDADE AMBIENTAL DA ÁREA DE ATIVIDADE TECNICA DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE LÍQUIDO AÇÚCAR – ORIGINAL
3	COMPROMISSO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA – ATE – APLICAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA DE LÍQUIDO AÇÚCAR – ORIGINAL DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA – CÓPIA
4	RESPONSABILIDADE TÉCNICA DE ATIVIDADES – CÓPIA
5	RESPONSABILIDADE TÉCNICA DE PROJETOS DE AQUEDUTO E DE EDIFICAÇÃO – CÓPIA
6	PROJETO ARQUITETÔNICO DE EDIFICAÇÃO (DESCRIÇÃO DE PLANTAS, CORTES) – CÓPIA
7	PROJETO DE TRATAMENTO DE ÁGUA DESTINADO ÀS USINAS DE AFINAMENTO DE BARRIL ENFES (COMBUSTÍVEL EMPREGADO) (BARRIL ENFES, AÇÚCAR) – ORIGINAL – CÓPIA
8	PROJETO DE TRATAMENTO DE ÁGUA DESTINADO ÀS USINAS DE AFINAMENTO DE BARRIL ENFES (COMBUSTÍVEL EMPREGADO) (BARRIL ENFES, AÇÚCAR) – ORIGINAL DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA – CÓPIA
9	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO FÍSIO-FUNCCIONAL DE PROJETOS DE EDIFICAÇÃO DE ESTABELECI- MENTO DE INTERESSE DA SAÚDE DE ACORDO COM A PORTARIA CVS 18/2017



Quadro 22 - DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO INICIAL DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO	
CÓDIGO	TÍTULO
20	AUTORIZAÇÃO PARA PREPARAR E COMPLETAR FONTES RADIOATIVAS NÃO SELADAS, EMITIDA PELA COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR (CENEA) - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO ORIGINAL
21	CARTÃO DE PRESENÇA FÍSICA (CPEF) - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO ORIGINAL
22	DECLARAÇÃO DA EMPRESA QUE IDENTIFICA O ESTABELECIMENTO EMPRESARIAL LEGAL - ORIGINAL
23	CARTÃO NACIONAL DE PRESENÇA FÍSICA (CNPFA) - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO ORIGINAL
25	AUTORIZAÇÃO PARA OPERAÇÃO E ABERTURA PARA A COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR (CENEA) - CÓPIA
26	COMPROMISSO DE RESPONSABILIDADE EMPRESARIAL QUANTO À ATIVIDADE POR EXERCER O CARGO FÍSICA - CÓPIA
27	COMPROMISSO DE RESPONSABILIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL - DO ESTABELECIMENTO DE IDENTIDADE DE PESSOA FÍSICA, COM FÉRMEN - CÉDULA DE IDENTIDADE EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA OU PELAS FORÇAS ARMADAS OU PELAS MINISTÉRIOS DAS RELAÇÕES EXTERIORES OU DA INDÚSTRIA, MÚLTIPLO; OU CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO (CNP) - ORIGINAL; E/OU CÉDULA DE IDENTIDADE EXPEDIDA PELO MINISTÉRIO DA DEFESA OU DO EXERCÍCIO PÚBLICO OU PELO EXERCÍCIO PÚBLICO FEDERAL VÁLIDA COM IDENTIDADE - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO ORIGINAL
28	COMPROMISSO DE RESPONSABILIDADE DO DOUTOR EM UNIDADE BÁSICA DE EQUIPAMENTO DE SAÚDE OU COMPROMISSO DE IDENTIDADE - CÓPIA - ORIGINAL
29	COMPROMISSO DE RESPONSABILIDADE DO EQUIVALENTE MUNICIPAL DA TÁXA DE INSPECÇÃO SANITÁRIA OU COMPROMISSO DE IDENTIDADE - TÁXA - ORIGINAL
30	COMPROMISSO DE RESPONSABILIDADE DO EQUIVALENTE MUNICIPAL DA TÁXA DE IDENTIFICAÇÃO DO EQUIVALENTE DE IDENTIDADE - TÁXA - ORIGINAL
31	COMPROMISSO DE RESPONSABILIDADE DO EQUIVALENTE MUNICIPAL DA TÁXA DE FORTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA OU COMPROMISSO DE IDENTIDADE - TÁXA - ORIGINAL
32	COMPROMISSO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA, QUANDO EXISTIR PELO CONSELHO PROFSSIONAL COMPETENTE - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO ORIGINAL
33	COMPROMISSO DE VINCULO EMPREGATÍCIO - CÓPIA OU COMPROMISSO DE VINCULO EMPREGATÍCIO QUANDO EXISTIR QUANDO CUMPRIMENTAR PRESENTAÇÃO DE RESCISÃO - CÓPIA
34	CONCESSÃO DE LAVRA PARA ÁGUA MINERAL EMITIDA PELO DEPARTAMENTO NACIONAL DE PRODUÇÃO MINERAL (DNPM) - CÓPIA DA PÁGINA DO DIÁRIO OFICIAL DA UNIAO COM A PUBLICAÇÃO
35	CONTRATO DE ALUGUEL - CÓPIA
36	CONTRATO DE ATIVIDADE ECONÔMICA - CÓPIA
37	CONTRATO DE EMPREHEITADA - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO ORIGINAL
38	CONTRATO SOCIAL REGISTRO EM CARTEIRO DE REGISTRO CIVIL DE PESSOAS FÍSICAS (CARTEIRO DE REGISTRO DE EMPRESAS SIMPLES, ASSOCIAÇÕES E EMPREENDIMENTOS) - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO ORIGINAL
39	CONTRATO SOCIAL REGISTRO NA JUCESP - EMPRESA DE RESPONSABILIDADE LIMITADA - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO ORIGINAL
40	FÓRMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANEXO DA PORTARIA CVS 1.2019
41	FÓRMULÁRIO DE ATIVIDADE DE LICENÇA E PRESENTAÇÃO DE RESCISÃO DE CONTRATO DE RESPONSABILIDADE - SOLICITAÇÃO DA PORTARIA CVS 1.2019
42	FÓRMULÁRIO DE RESPONSABILIDADE DE INTERESSE DA SAÚDE - SOLICITAÇÃO DA PORTARIA CVS 1.2019
43	FÓRMULÁRIO DE ATIVIDADE DE LICENÇA E PRESENTAÇÃO DE RESCISÃO DE CONTRATO DE RESPONSABILIDADE - SOLICITAÇÃO DA PORTARIA CVS 1.2019
44	PARCELA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBTENTORES DE PATENTES (ABIPAT) QUE RESPONSABILIDADE TÉCNICA COM PROFISSIONALIDADE, PROFISSIONAL, RESPONSABILIDADE SANITÁRIA E/OU PROFISSIONAL



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DEBÊNCIAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO VI - PORTARIA CVS 01/2012

**DOCUMENTOS PARA LICENCIAMENTO
POR TIPO DE SOLICITAÇÃO**

45	HABILITAÇÃO PROFISSIONAL, ENTIEMPRE PRECISANDO SEU NÍVEL DE CLASSE COMPETENTE. - Cópia simples das folhas de identificação, foto e habilitação da carteira do profissional registrado regionalmente; - Cópia frente e verso da carteira de identidade profissional.
46	LICENÇA DE EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES CONTRATADAS (REGULAMENTAÇÃO) - Cópia
47	PLANO DE MELHORIA DE QUALIDADE - Cópia com apresentação original
48	PROGRAMA DE GARANTIA DE QUALIDADE - Cópia com apresentação original
49	REGISTRO DE ESPECIALIZAÇÃO CORRESPONDENTE À ATIVIDADE EXERCIDA, ENTIEMPRE PRECISANDO SEU NÍVEL DE CLASSE COMPETENTE - Cópia
50	REGISTRO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA DO TRABALHO NO CÂMPUS REGIONAL DO MINISTÉRIO DO TRABALHO - Cópia
51	FÓRmula para licenciamento de empresas para as dispensadoras (ANEXO I DA RESOLUÇÃO Nº 11/2011 DA COREVIG) (VER ANEXO III/2012) - Cópia
52	LTA - LAUDO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO DE PROPOSTA DE REGULAÇÃO - Cópia da página em branco anexada ao Edital de São Paulo (em branco) e cópia em papel sulfite que deverá conter a especificação de itens necessários.
53	LICENÇA DE INSTALAÇÃO DE OPERAÇÃO EMITIDA PELA CETESB - Cópia OU, CORRESPONDENTE DE REQUISIÇÃO DE REGULABILIZAÇÃO JUNTO À CETESB (DOCUMENTO VÁLIDO 60 DIAS A PARTIR DA DATA DE EMISSÃO) EM SEUS SERVIÇOS - Cópia
54	CRÉDITOS BANCÁRIOS - Cópia da publicação em dor do documento emitido pelo Banco Central do Brasil.
55	CONTRATO FUNDADO ENTRE A EMPRESA FABRICANTE DE INPELTOABRIL E A EMPRESA FARMACÊUTICA DE FARMACÊUTICOS DE FARMACÊUTICA - Cópia
56	LAUDO LABORATORIAL QUE ATENDA AOS PARÂMETROS DE QUALIDADE, IDENTIDADE, ESTABILIDADE PARA SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS, RAÍZES VEGETAIS E ÓLEOS ESSENCIAIS DE PLANTAS MEDICINAIS PARA USO ORAL PARA USO ORAL, CONFORME RESOLUÇÃO VIGENTE - Cópia com apresentação original
57	DOCUMENTOS DA EMPRESA QUE DETERMINA A DESTINAÇÃO DA RESPOSTA TÉCNICA - Cópia
99	DEPENDENCIAS EM LICENCIAMENTO MUNICIPAL.



Quadro 23 - DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO, RENOVACÃO E CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO		
TIPO	MOTIVO	RELAÇÃO DOCUMENTOS (N.º)
ALTERAÇÃO	ESTRUTURA FÍSICA - AMPLIAÇÃO, REFORMA ou ADAPTAÇÃO	29, 40, 41 e ou 42 e ou 43, e 52 VER NOTA 1
	RAZÃO SOCIAL	23, 29, 38 ou 39 e 40
	TIPO DE EMPRESA	23, 29, 38 ou 39 e 40
	TIPO 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	23, 26 e 27, 29, 38 ou 39 e 40
	RESPONSABILIDADE TÉCNICA - ANUNCIAÇÃO	31, 32 e ou 33, 40, 41 e ou 42 e ou 43 e 45
	RESPONSABILIDADE TÉCNICA - RAÇA	40, 41 e ou 42 e ou 43 e 52
	NÚMERO DE LEITOS	29, 40 e 41 - VER NOTA 4
	AMPLIAÇÃO DE 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 1 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:

- ESTRUTURA FÍSICA** - Apresentar demais documentos solicitados no Anexo I para o respectivo CNAE (Art. 11 - 217)
- AMPLIAÇÃO DE NÚMERO E OU TIPO DE EQUIPAMENTOS** - Solicitar LI para cada equipamento
- REDUÇÃO DE NÚMERO E OU TIPO DE EQUIPAMENTOS** - Solicitar cancelamento da LI vigente de cada equipamento
- QUALQUER ALTERAÇÃO DE IDENTIQUE EM ADEQUAÇÃO DO AMBIENTE CONSTRUIDO** - Solicitar também a alteração de 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 OBRIGATÓRIO 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 type="radio"/> ESTABELECIMENTO <input checked="" type="radio"/> EQUIPAMENTO <input type="radio"/> ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO	
5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA CODIGO DA ATIVIDADE: 8610-101 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 PROPRIO - CEVS PROPRIO - Cod: 073 <input type="radio"/> ALBERGADO TERCEIRIZADO - CNPJ Albergado:	
7. N° CEVS	
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 type="radio"/> RENOVACÃO 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 LEITOS c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA i. AMPLIAÇÃO/REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO d. RESPONSABILIDADE LEGAL e. RAZÃO SOCIAL e1. FUSÃO ou e2. INCORPORAÇÃO ou e3. CISAÇÃO ou 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 - 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 17519-080	18. TIPO LOGRADOURO RUA
19. LOGRADOURO DOUTOR REINALDO MACHADO	
20. N° 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 ORGÃO <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - EMPRESA PÚBLICA <input checked="" 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 RADIONOMETRIA - TESTE DE QUALIDADE - Refere-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 - Refere-se somente ao CNAE 3600-6/02: <input type="radio"/> CONSUMO HUMANO <input type="radio"/> REUSO	
38. TRANSPORTADORA - Refere-se somente aos CNAE 4930-2/01 e 4930-2/02 do Agrupamento 50, Subgrupo D, Grupo 1 - Assinale uma ou mais alternativas referentes ao tipo de produto objeto do transporte: <input 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"/> 20	



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 LOCAL	26/09/2019 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. 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: 8010-1/01 DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR	
6. ATRIBUTO DA ATIVIDADE ECONÔMICA - Assinale uma das alternativas abaixo e informe o solicitação: <input checked="" type="radio"/> ALBERGANTE - Cod: 000 <input type="radio"/> ALBERGADO PRÓPRIO - CEVS PRÓPRIO - Cod. <input type="radio"/> ALBERGADO TERCEIRIZADO - CNPJ Albergado:	
7. N° CEVS 352900590 051 00182 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 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. N° E OU TIPO DE EQUIPAMENTO <input 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 24.082.010/0001-59	
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. 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 de Matriz / Mantenedora
31. ESFERA ADMINISTRATIVA - Assinale <u>uma</u> das opções abaixo <input type="radio"/> PRIVADO <input type="radio"/> FEDERAL <input type="radio"/> ESTADUAL <input checked="" 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 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 AJUDAÇÃO <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA FUNDAÇÃO PÚBLICA
33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA - Assinale <u>uma</u> das opções <input type="radio"/> UNIVERSITÁRIA <input 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, técnicos superiores e elementares, registrados na unidade apresentada PRÓPRIOS COM VENCULO 1.080 <input type="checkbox"/> PRÓPRIOS AUTÔNOMOS <input type="checkbox"/> TERCEIRIZADOS <input type="checkbox"/>
35. SERVIÇO DE RADIONOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE - Refere-se somente ao CNAE 8640-2999 Assinale <u>uma</u> das opções ao lado, se houver serviço de radionometria / 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 3600-602Z <input type="radio"/> CONSUMO HUMANO <input checked="" type="radio"/> RESÍDUO
38. TRANSPORTADORA - Refere-se somente aos CNAE 4930-201 e 4930-202 do Aparentamento 50, Subgrupo D, Grupo 1 - Assinale <u>uma</u> das alternativas referentes ao tipo de produto objeto de transporte <input type="checkbox"/> ALIMENTOS E ÁGUA PARA TRABALHADORES <input type="checkbox"/> MATERIAL DOMÉSTICO DE MANO <input type="checkbox"/> SANGUE E SEUS COMPONENTES - AMBULADOR SANGUE DE TRANSFUSÃO DE CASAS DE SAÚDE E OUTROS EMPREGADOS <input type="checkbox"/> PRODUTOS RELACIONADOS A SAÚDE - Assinale <u>uma</u> ou mais opções das Categorias 01 a 30 de produtos relacionados ao tipo de produto transportado (1 a 30) <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"/> 30



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: 245.202.656-04 CONSELHO PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: 08.722 D CBO - Registre código e descrição: 223108 MÉDICO CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO
41. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01 GUILHERME GENTA DOS SANTOS CPF: 288.282.938-98 CONSELHO PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: 117.879 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 PAGINAS - Registre o numero total de paginas dos Subanexos utilizados para preenchimento 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 18/07/2010

LOCAL	RUA	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 <small>PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA</small>	
1. N° PROTOCOLO	2. DATA PROTOCOLO
3. N° PROCESSO DE ORIGEM	
II – SOLICITAÇÃO <small>PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE</small>	
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: 090 <input type="radio"/> ALBERGADO PRÓPRIO - CVS PRÓPRIO - Cod: <input type="radio"/> ALBERGADO TERCEIRIZADO - CNPJ Albergadora:	
7. N° CVS 352906590 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 LETOS <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"/> f. FUSÃO ou <input type="radio"/> l. INCORPORAÇÃO ou <input type="radio"/> j. CISÃO ou <input type="radio"/> k. SUCESSÃO REGISTRE O CNPJ ANTERIOR.	
III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO <small>PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE</small>	
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. 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 checked="" type="radio"/> PRIVADO <input type="radio"/> FEDERAL <input 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 ÓRGÃO 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 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, média e elementar, segundo as unidades apreacionadas. PRÓPRIOS COM VENCÍLIO 1.080 PRÓPRIOS AUTÔNOMOS TERCERIZADOS	
35. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE - Refere-se somente ao CNAE 8640-209 Assinale uma das opções em todos os campos 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 - Refere-se somente ao CNAE 3600-602. <input type="radio"/> CONSÓCIO HUMANO <input checked="" type="radio"/> REFIÇO	
38. TRANSPORTADORA - Refere-se somente aos CNAE 4930-201 e 4930-202 do Agendamento 50, Subgrupo D, Grupo I Assinale uma das opções observando referir-se 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 DERIVADOS COMPONENTES - AMBULADORIA: SANGUE DE DOADORES, HEMAS E DERIVADOS E HEMAS IMPUREZAS <input type="checkbox"/> PERMITSÕES MELACROMÁTICAS A SAÚDE - Assinale um ou mais códigos das Classes de Produtos autorizados pelo tipo de produto transportado (Anexo 5) <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	



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: 245.002.558-04
CONSELHO PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: 08.722 D	
CBO - Registre código e descrição: 223109 MÉDICO CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO	
41. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01 GUILHERME GENTA DOS SANTOS	CPF: 288.292.038-88
CONSELHO PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: 117.879 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 PAGINAS - Registre o numero total de paginas dos Subanexos utilizados para complementação desta 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. 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 type="radio"/> EQUIPAMENTO <input type="radio"/> ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO	
5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA CÓDIGO DA ATIVIDADE: 8610-10/1 DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR	
6. ATRIBUTO DA ATIVIDADE ECONÔMICA – Assinale uma das alternativas abaixo e indique o solicitado: <input type="radio"/> ALBERGANTE - Cod: <input checked="" type="radio"/> ALBERGADO PRÓPRIO – CEVS PRÓPRIO - Cod. 071 <input type="radio"/> ALBERGADO TERCEIRIZADO - CNPJ Albergadora:	
7. Nº CEVS 35290890 951 001197 1 2	
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: a. ENDEREÇO g. Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA h. Nº DE LETOS c. BAIXA 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 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 - 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. N° 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. ESPERA ADMINISTRATIVA – Assinale <u>uma</u> 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 <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 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 checked="" 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 auxiliar, segundo as condições apresentadas: PRÓPRIOS COM VÍNCULO: 39 PRÓPRIOS AUTÔNOMOS: TERCEIRIZADOS:
35. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Refere-se somente ao CNAE 8640-1/99. 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 3608-4/01: <input type="radio"/> CONSUMO HUMANO <input checked="" type="radio"/> REUSO
38. TRANSPORTADORA – Refere-se somente aos CNAE 4938-1/01 e 4930-1/01 do Agrupamento 30, Subgrupo D, Grupo I. – Assinale <u>uma</u> ou <u>mais</u> 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 DE SANGUE DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES <input type="checkbox"/> PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE - Assinale <u>uma</u> ou <u>mais</u> opções das Classes de Produtos referidas ao tipo de produtos transportados (Anexo 1): <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



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 ECLUISSATO CPF: XXXX CONSELHO PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: 24.537 CBO – Registre código e descrição: 225320 MÉDICO RADIOLOGISTA
41. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01: RENATO ANTÔNIO DE CARVALHO GONÇALVES CPF: 044.005.718-00 CONSELHO PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: 41.616 CBO – Registre código e descrição: 225320 MÉDICO RADIOLOGISTA
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 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 OBRIGATORIO 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 352900890 061 184 1 4 5. CNPJ/CPP 24.082.016/0001-59
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 202660
9. TIPO DE SERVIÇO CODIGO SERVIÇO: 090

10. TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ALBERGADOS

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

110	028	036	051	102	053	054	056
052	086	076	162	200	207	009	081
080	181						

B. PRÓPRIOS COM N° CEVS PRÓPRIO - 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

11. TRANSPORTE - Refere-se somente aos CNAE 8640-2/01 ou 8640-2/02 ou 8640-2/12 do Agrandamento 70, Grupo D, Anexo I.
- Atividade uma das alternativas relacionadas ao material que está transportado:
 A. SANGUE E HEMOCOMPONENTES – AUTORIZAÇÃO ANTERIOR.
 B. MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO



IV - ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL

12. CONSULTÓRIOS MÉDICOS		13. CONSULTÓRIOS	
PEDIÁTRICO <u>0</u>	FEMININO <u>6</u>	MASCULINO <u>0</u>	OUTROS <u>0</u>
14. SALAS E LEITOS DE REPOUSO / OBSERVAÇÃO			
PEDIÁTRICO <u>0</u>	FEMININO <u>0</u>	MASCULINO <u>0</u>	OUTROS <u>0</u>
SALAS <u>0</u>	LEITOS <u>0</u>	SALAS <u>0</u>	LEITOS <u>0</u>
15. CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS <u>0</u>		EQUIPOS ODONTOLÓGICOS <u>0</u>	
16. SALAS, POLTRONAS E MÁQUINAS DE PROCEDIMENTOS			
CIRURGIA AMBULAT. <u>0</u>	CURATIVO <u>0</u>	ENFERMAGEM <u>1</u>	LEASO <u>0</u>
SALAS <u>0</u>	SALAS <u>0</u>	SALAS <u>0</u>	SALAS <u>0</u>
PROFENAS CIRURGICAS <u>0</u>	QUIMIOTERAPIA <u>0</u>	IMÁGENS <u>0</u>	NEBULIZAÇÃO <u>0</u>
SALAS <u>0</u>	SALAS <u>0</u>	SALAS <u>0</u>	SALAS <u>0</u>

V - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

17. XXX NOME PROFISSIONAL XXX CPF	CRM CONSELHO PROFISSIONAL	SP	XXX Nº INSCRIÇÃO	225124 CUIH
18. XXX NOME PROFISSIONAL XXX CPF	CRM CONSELHO PROFISSIONAL	SP	XXX Nº INSCRIÇÃO	225180 CUIH
19. XXX NOME PROFISSIONAL XXX CPF	COREN CONSELHO PROFISSIONAL	SP	XXX Nº INSCRIÇÃO	223505 CUIH
20. XXX NOME PROFISSIONAL XXX CPF	COREN CONSELHO PROFISSIONAL	SP	XXX Nº INSCRIÇÃO	223505 CUIH
21. XXX NOME PROFISSIONAL XXX CPF	COREN CONSELHO PROFISSIONAL	SP	XXX Nº INSCRIÇÃO	223505 CUIH

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:				
BUÇO MAXILO FACIAL <u>0</u>	GASTROENTEROLOGIA <u>0</u>	NEUROCIRURGIA <u>1</u>	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA <u>1</u>	
CARDIOLOGIA <u>0</u>	GINECOLOGIA <u>10</u>	OBSTETRICIA <u>0</u>	OTORRINOLARINGOLOGIA <u>1</u>	
CIRURGIA GERAL <u>0</u>	LEITO / DIA <u>0</u>	OFTALMOLOGIA <u>0</u>	PLASTICA <u>0</u>	
PEDIÁTRICA <u>3</u>	NEFRO-URROLOGIA <u>0</u>	ONCOLOGIA <u>0</u>	TORACICA <u>0</u>	
B. CLÍNICA:				
AIDS <u>0</u>	ENDOCRINOLOGIA <u>0</u>	MOL-INFECIOSAS <u>0</u>	ONCOLOGIA <u>0</u>	REABILITAÇÃO <u>0</u>
CARDIOLOGIA <u>0</u>	GERIATRIA <u>0</u>	NEFRO-URROLOGIA <u>0</u>	PEDIÁTRIA <u>14</u>	ITS/SIDOLOGIA <u>0</u>
CLÍNICA GERAL <u>0</u>	HANSENIOLOGIA <u>0</u>	NEONATOLOGIA <u>0</u>	PNEUMOLOGIA <u>0</u>	
CRÔNICOS <u>0</u>	HEMATOLOGIA <u>4</u>	NEUROLOGIA <u>0</u>	PSIQUIATRIA <u>0</u>	
DERMATOLOGIA <u>0</u>	LEITO / DIA <u>0</u>	OBSTETRICIA <u>20</u>		
23. UNIDADE DE INTERNAÇÃO COM LEITO COMPLEMENTAR - Registre o número de leitos complementares existentes:				
UTI ADULTO <u>0</u>	UTI NEONATAL <u>6</u>	UNIDADE INTERMEDIARIA NEONATAL <u>0</u>		
UTI INFANTIL <u>7</u>	UNIDADE INTERMEDIARIA <u>0</u>	UNIDADE DE ISOLAMENTO <u>0</u>		
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 subapexo V.2 <u>4</u>
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 OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA			
1. N° PROTOCOLO		2. DATA PROTOCOLO	
3. N° PROCESSO DE ORIGEM			
II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE CONFIRME REGISTRO NO ADEMI V QUE ACOMPANHA ESTE FORMULÁRIO			
4. N° CEVS		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 - SERVIÇO DE RADIOTERAPIA - ESTRÔNCIO 90 OFTALMO			
III – CARACTERIZAÇÃO DAS FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE CONSULTAR ANEXO II – SÍMBOLOS DE RADIAÇÃO IONIZANTE. II. INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO			
EQ.1.	COD.: 412	N° CEVS:	
CARACTERÍSTICAS: A: ESTRÔNCIO 90		C:	SS,08 mg
B:	01	D:	43 anos
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 REQUERENTE

RT.A. NOME: EDUARDO JOSÉ STEFANO
CPF: XXX CONS. PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: 31.589
CBO: 225330 MÉDICO RADIOTERAPEUTA
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 CONS. PROFISSIONAL: CRM UF: SP Nº INSCRIÇÃO: 164.282
CBO: 225330 MÉDICO RADIOTERAPEUTA
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

Nº da Revisão	Data	Item	Alteração
0			

11.2 ORGANIZAÇÃO DE ARQUIVO

Documentos (Código)	Prazos de Guarda (em anos)		Destinação		Observações
	Unidade Produtora	Unidade com Atribuições de Arquivo	Elimina- ção	Guarda Perma- nente	
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, 06 de dezembro de 2019.

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

Dra. Paloma Aparecida Libanio Nunes
Superintendente
HCFAMEMA