

Formulário de Solicitação da Vigilância Sanitária

1- uso da vigilância sanitária

2-IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

<input type="checkbox"/> Pessoa Física <input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica	CNPJ/CPF	Inscrição Estadual	CM	CNES
--	-----------------	---------------------------	-----------	-------------

Razão Social

Nome Fantasia

Endereço

Bairro	Telefone (s):
---------------	----------------------

Ponto de Referência	E-Mail:
----------------------------	----------------

Proprietário/Responsável Legal	CPF:
---------------------------------------	-------------

Responsável Técnico	CPF:	Nº do Conselho
----------------------------	-------------	-----------------------

3-ASSUNTO DA SOLICITAÇÃO

<input type="checkbox"/> Alvará Sanitário Inicial	<input type="checkbox"/> Licença sanitária para veículos	<input type="checkbox"/> Renovação do Alvará Sanitário
<input type="checkbox"/> Análise de Projeto Arquitetônico	<input type="checkbox"/> Segunda via documento	<input type="checkbox"/> Venda ou uso de Retinóicos
<input type="checkbox"/> Cancelamento licença/Desativação	<input type="checkbox"/> Defesa ou Recurso em processo administrativo auto de Infração nº _____ data do auto ____/____/____	

☐ Defesa e/ou impugnação de **INDEFERIMENTO** em Processo sob protocolo nº _____

Obs.: Anexar parecer do INDEFERIMENTO

<input type="checkbox"/> Alteração de dados	<input type="checkbox"/> Razão Social/Nome Fantasia	<input type="checkbox"/> Alteração de Endereço	<input type="checkbox"/> Baixa de R. T
	<input type="checkbox"/> Responsabilidade Legal	<input type="checkbox"/> Ampliação/Redução de Atividade	<input type="checkbox"/> Assunção de R.T.
	<input type="checkbox"/> Incorporação/ Fusão/ Sucessão/Cisão		

☐ outro: _____

20 – Assinaturas

Assinatura Responsável Legal

Assinatura Responsável Técnico

21 - Atividade para Licenciamento CNAE FISCAL:

22 – PRODUTOS

<input type="checkbox"/> Tratar <input type="checkbox"/> Armazenar <input type="checkbox"/> Transportar <input type="checkbox"/> Distribuir <input type="checkbox"/> Comercializar <input type="checkbox"/> Dispensar <input type="checkbox"/> Produzir <input type="checkbox"/> Manipular <input type="checkbox"/> Fracionar <input type="checkbox"/> Importar <input type="checkbox"/> Exportar <input type="checkbox"/> Embalar <input type="checkbox"/> Reembalar	Alimentos	<input type="checkbox"/> Suplementos Alimentares <input type="checkbox"/> Dispensado de Registro <input type="checkbox"/> Água potável (SAA/SAC/SAI) <input type="checkbox"/> Água mineral <input type="checkbox"/> Alimentos Prontos <input type="checkbox"/> Alimentos Autorizados pela ANVISA/MS <input type="checkbox"/> Óleo Vegetal <input type="checkbox"/> Aditivo para Alimento <input type="checkbox"/> Embalagem para Alimento
	Medicamentos	<input type="checkbox"/> Grupo I – Manipulação de Medicamentos a partir de insumos/ matérias primas, inclusive de origem vegetal; <input type="checkbox"/> Grupo II – Manipulação de substâncias de baixo índice terapêutico <input type="checkbox"/> Grupo III – Manipulação de Antibióticos, Hormônios, Citostáticos, substâncias sujeitas a controle especial; <input type="checkbox"/> Grupo V – Manipulação de medicamentos Homeopáticos <input type="checkbox"/> Retinóicos <input type="checkbox"/> Medicamentos Sujeitos a Controle Especial. <input type="checkbox"/> Medicamentos não Sujeitos a controle especial.
	Outros	<input type="checkbox"/> Agrotóxicos <input type="checkbox"/> Produtos Veterinários <input type="checkbox"/> Produtos para a Saúde <input type="checkbox"/> Cosméticos <input type="checkbox"/> Saneantes <input type="checkbox"/> Produtos para higiene pessoal <input type="checkbox"/> Químicos <input type="checkbox"/> Perfumaria <input type="checkbox"/> Outros: _____

23 SERVIÇOS FARMACEUTICOS

Prestação de Serviços Farmacêuticos	<input type="checkbox"/> Perfuração do Lóbulo Auricular <input type="checkbox"/> Administração de Injetáveis <input type="checkbox"/> Entrega Domiciliar <input type="checkbox"/> Atenção Farmacêutica Domiciliar <input type="checkbox"/> Administração de medicamento por Inalação <input type="checkbox"/> Aferição dos parâmetros Fisiológicos /Bioquímicos. QUAIS: _____
--	---

24 SERVIÇOS DE SAÚDE

Misoprostol	<input type="checkbox"/> Uso de Misoprostol		
Transporte Paciente	Transporte de Paciente/Ambulância – <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		
Laboratório	<input type="checkbox"/> Análise Citológica	<input type="checkbox"/> Análise Patológica	<input type="checkbox"/> Análise Clínica <input type="checkbox"/> Posto de coleta
Nutrição	<input type="checkbox"/> UAN	<input type="checkbox"/> Nutrição Enteral	<input type="checkbox"/> Nutrição Parenteral <input type="checkbox"/> Lactário
Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/> UTI adulto	<input type="checkbox"/> UTI Infantil	<input type="checkbox"/> UTI Neonatal
	<input type="checkbox"/> Unidade intermediária	<input type="checkbox"/> Unidade Intermediária Neo	<input type="checkbox"/> Unidade Isolamento
Clinica Médica	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Clínica Geral <input type="checkbox"/> Crônicos
	<input type="checkbox"/> Dermatologia	<input type="checkbox"/> Geriatria	<input type="checkbox"/> Hansenologia <input type="checkbox"/> Hematologia
	<input type="checkbox"/> Neonatologia	<input type="checkbox"/> Neurologia	<input type="checkbox"/> Obstetrícia <input type="checkbox"/> Oncologia
	<input type="checkbox"/> Oncologia	<input type="checkbox"/> Pediatria	<input type="checkbox"/> Pneumologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria
	<input type="checkbox"/> Reabilitação	<input type="checkbox"/> Tisiologia	<input type="checkbox"/> Nefrologia/Urologia <input type="checkbox"/> Leito/Dia
Leitos Cirurgicos	<input type="checkbox"/> Buco Maxilo Facial	<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Cirurgia Geral <input type="checkbox"/> Ginecologia
	<input type="checkbox"/> Endocrinologia	<input type="checkbox"/> Gastroenterologia	<input type="checkbox"/> Neurocirurgia <input type="checkbox"/> Obstetrícia
	<input type="checkbox"/> Oftalmologia	<input type="checkbox"/> Oncologia	<input type="checkbox"/> Ortopedia/Traumatologia <input type="checkbox"/> Plástica
	<input type="checkbox"/> Nefrologia/Urologia	<input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia	<input type="checkbox"/> Torácica <input type="checkbox"/> Leito/dia
Atividade ambulatorial	<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Nutrição	<input type="checkbox"/> Fonoaudiologia
	<input type="checkbox"/> Psicologia	<input type="checkbox"/> Médico s procedimento	<input type="checkbox"/> Médico com procedimento
	<input type="checkbox"/> Acupuntura	<input type="checkbox"/> Odontológico	<input type="checkbox"/> Odontológico c procedimento cirúrgico
Hemoterapia	<input type="checkbox"/> AT	<input type="checkbox"/> Banco de Sangue	<input type="checkbox"/> UCT
Terapia Renal	<input type="checkbox"/> Substitutiva	<input type="checkbox"/> Diálise	<input type="checkbox"/> Hemodiálise
Serviço de Apoio e Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Endoscopia	<input type="checkbox"/> Ressonancia Magnetica	<input type="checkbox"/> Ultrassonografia
		<input type="checkbox"/> Litotripsia	<input type="checkbox"/> Hemodinâmica
Outros	<input type="checkbox"/> HomeCare	<input type="checkbox"/> Banco de leite Humano	<input type="checkbox"/> Banco de Tecidos e órgãos <input type="checkbox"/> Hiperbarica
Radiodiagnostico	<input type="checkbox"/> Medico	<input type="checkbox"/> Odontologico	<input type="checkbox"/> Veterinario

25 - Serviços de Interesse a Saúde

<input type="checkbox"/> Lavanderia hospitalar	<input type="checkbox"/> Lavanderia Domestica	<input type="checkbox"/> Limpeza hospitalar	<input type="checkbox"/> Controle de pragas
<input type="checkbox"/> Limpeza de Ar – Condicionado	<input type="checkbox"/> Limpeza Caixa D'agua	<input type="checkbox"/> Limpa Fossa	<input type="checkbox"/> Laboratorio analítico
<input type="checkbox"/> Atividades Somato-conservação	<input type="checkbox"/> Tatuagem e Piercing	<input type="checkbox"/> Processamento Esterilização	<input type="checkbox"/> Medicina do Trabalho
<input type="checkbox"/> Inst. Longa Permanência para Idoso	<input type="checkbox"/> Albergue/Casa de apoio	<input type="checkbox"/> Atividades Veterinárias	<input type="checkbox"/> Salão de beleza
<input type="checkbox"/> Inst. Trat. Pessoas Depen. Quimica	<input type="checkbox"/> Clinica Estética	<input type="checkbox"/> SAC/ caminhão pipa	<input type="checkbox"/> SAA
Coleta, transporte, tratamento e destino final de resíduos			
<input type="checkbox"/> Grupo A (Potencialmente Infectantes) <input type="checkbox"/> Grupo B (Químicos) <input type="checkbox"/> Grupo C (Rejeitos Radioativos) <input type="checkbox"/> Grupo D (Resíduos comuns) <input type="checkbox"/> Grupo E (Perfurocortantes) <input type="checkbox"/> Industrial			