

Formulário de Solicitação da Vigilância Sanitária

1- uso da vigilância sanitária				
2-IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE				
<input type="checkbox"/> Pessoa Física	CNPJ/CPF	Inscrição Estadual	CM	CNES
<input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica				
Razão Social				
Nome Fantasia				
Endereço			CEP:	
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 de Retinóicos		
<input type="checkbox"/> Uso de Misoprostol	<input type="checkbox"/> Cadastro de alimentos (PRODIR)			
<input type="checkbox"/> Cancelamento licença/Desativação	<input type="checkbox"/> Defesa ou Recurso em processo administrativo auto de Infração			
	Nº _____ data do auto ____/____/____			
<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			
<input type="checkbox"/> outro: _____				

20 – Assinaturas	
Assinatura Responsável Legal	Assinatura Responsável Técnico

21 - Atividade para Licenciamento CNAE FISCAL:			
____.____.____-____/____			
____.____.____-____/____			
____.____.____-____/____			
____.____.____-____/____			
____.____.____-____/____			
____.____.____-____/____			
22 - 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"/> Laboratório 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"/> Centro Estética	<input type="checkbox"/> SAC/ caminhão pipa	<input type="checkbox"/> RX Veterinário
<input type="checkbox"/> Casa/lar	<input type="checkbox"/> Sistema/ETE	<input type="checkbox"/> Água potável (SAA/SAC/SAI) <input type="checkbox"/> outros _____	

23 – PRODUTOS

<input type="checkbox"/> Armazenar <input type="checkbox"/> Coletar <input type="checkbox"/> Comercializar <input type="checkbox"/> Destinar <input type="checkbox"/> Distribuir <input type="checkbox"/> Dispensar <input type="checkbox"/> Dispor <input type="checkbox"/> Embalar <input type="checkbox"/> Expedir <input type="checkbox"/> Exportar <input type="checkbox"/> Fracionar <input type="checkbox"/> Importar <input type="checkbox"/> Manipular <input type="checkbox"/> Produzir <input type="checkbox"/> Reembalar <input type="checkbox"/> Transportar <input type="checkbox"/> Tratar	Alimentos	<input type="checkbox"/> Aditivo para Alimento <input type="checkbox"/> Água mineral <input type="checkbox"/> Alimentos in natura <input type="checkbox"/> Alimentos Prontos <input type="checkbox"/> Alimentos Dispensado de Registro <input type="checkbox"/> Alimentos Autorizados pela ANVISA/MS <input type="checkbox"/> Suplementos Alimentares <input type="checkbox"/> Óleo Vegetal <input type="checkbox"/> Embalagem para Alimento
	Medicamentos	AFE nº _____ AE nº _____
		<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;		
<input type="checkbox"/> Grupo III – Manipulação Hormônios		
<input type="checkbox"/> Grupo III – Manipulação Citostáticos		
<input type="checkbox"/> Grupo III – Manipulação Substancias 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"/> Químicos <input type="checkbox"/> Produtos para a Saúde <input type="checkbox"/> Cosméticos <input type="checkbox"/> Saneantes <input type="checkbox"/> Perfumaria <input type="checkbox"/> Produtos Veterinários <input type="checkbox"/> Produtos para higiene pessoal <input type="checkbox"/> Materiais radioativos <input type="checkbox"/> Sangue e componentes <input type="checkbox"/> Material biológico humano <input type="checkbox"/> Outros: _____	
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	

24 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: _____
--	---

25SERVIÇOS 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"/> SND Nutrição e dietética	<input type="checkbox"/> Nutrição Enteral	<input type="checkbox"/> Nutrição Parenteral	<input type="checkbox"/> Lactário <input type="checkbox"/> Banco de leite
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"/> UPA Unidade de Pronto Atendimento	
Especialidades	<input type="checkbox"/> Acupuntura	<input type="checkbox"/> Buco Maxilo Facial	<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Cirurgia Plástica
	<input type="checkbox"/> Clínica Geral	<input type="checkbox"/> Crônicos	<input type="checkbox"/> Dermatologia	<input type="checkbox"/> Endocrinologia
	<input type="checkbox"/> Farmacêutico	<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Fonoaudiologia	<input type="checkbox"/> Gastroenterologia
	<input type="checkbox"/> Geriatria	<input type="checkbox"/> Ginecologia	<input type="checkbox"/> Hansenologia	<input type="checkbox"/> Hematologia
	<input type="checkbox"/> Infectologia	<input type="checkbox"/> Neonatologia	<input type="checkbox"/> Nefrologia/Urologia	<input type="checkbox"/> Neurocirurgia
	<input type="checkbox"/> Neurologia	<input type="checkbox"/> Nutrição	<input type="checkbox"/> Obstetria	<input type="checkbox"/> Odontológico
	<input type="checkbox"/> Oftalmologia	<input type="checkbox"/> Oncologia	<input type="checkbox"/> Ortopedia/Traumatologia	<input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia
	<input type="checkbox"/> Pediatria	<input type="checkbox"/> Pneumologia	<input type="checkbox"/> Psicologia	<input type="checkbox"/> Psiquiatria
	<input type="checkbox"/> Praticas integrativas e complementares em saude	<input type="checkbox"/> Reabilitação	<input type="checkbox"/> Reprodução humana	
	<input type="checkbox"/> Tisiologia	<input type="checkbox"/> Unidade móvel de saude	<input type="checkbox"/> outros:	
Hemoterapia	<input type="checkbox"/> Agencia Transfusional	<input type="checkbox"/> Banco de Sangue	<input type="checkbox"/> Unidade Coleta Transfusão	
Terapia	<input type="checkbox"/> Diálise	<input type="checkbox"/> Hemodiálise	<input type="checkbox"/> Renal Substitutiva	
	<input type="checkbox"/> Medicina nuclear	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Radioterapia	
Serviço de Apoio e Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Densitometria	<input type="checkbox"/> Endoscopia	<input type="checkbox"/> Eletrocardiograma	
	<input type="checkbox"/> Eletroencefalografia	<input type="checkbox"/> Eletroneuromiografia	<input type="checkbox"/> Fluoroscopias	
	<input type="checkbox"/> Hemodinâmica	<input type="checkbox"/> Litotripsia	<input type="checkbox"/> Mamografia	
	<input type="checkbox"/> Odontológico RX extra-oral	<input type="checkbox"/> Odontológico RX intra-oral	<input type="checkbox"/> Ressonancia Magnética	
Outros	<input type="checkbox"/> RX Medico	<input type="checkbox"/> Ultrassonografia	<input type="checkbox"/> Tomografia	
	<input type="checkbox"/> HomeCare	<input type="checkbox"/> Hiperbárica	<input type="checkbox"/> Banco de Tecidos e órgãos	