



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Portaria CVS 1/2019

Anexo IV

Modelos de licença de funcionamento

MODELO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO ATIVIDADES RELACIONADAS A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

FOLHA 1 – REFERENTE AO GRUPO I DO ANEXO I



SISTEMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA GRUPO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – GVS (Nº NOME)

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

N.º CEVS: 000000000-000-000000-0-0		DATA DE VALIDADE: 00/00/0000	
N.º PROCESSO:	00000000000000000000		
N.º PROTOCOLO:	00000000000000000000	DATA DO PROTOCOLO: 00/00/0000	
SUBGRUPO:	(DESCRIÇÃO)		
AGRUPAMENTO:	(DESCRIÇÃO)		
ATIVIDADE ECONÔMICA - CNAE	0000-0/00 (DESCRIÇÃO)		
OBJETO LICENCIADO:	(ESTABELECIMENTO/EQUIPAMENTO)		
DETALHE:	(TIPO DE ATIVIDADE/EQUIPAMENTO)		
RAZÃO SOCIAL:	(NOME)		
NOME FANTASIA:	(NOME)		
CNPJ / CPF:	000.000.000/0000-00	CNPJ Albergante: 000.000.000/0000-00	
LOGRADOURO:	(TIPO E NOME)	Número: 000	
COMPLEMENTO:	(TIPO)		
BAIRRO:	(NOME)		
MUNICÍPIO:	(NOME)		
CEP:	00.000-000	UF: SP	
RESPONSÁVEL LEGAL:	(NOME)		
CPF:	000.000.000-00		
RESPONSÁVEL TÉCNICO:	(NOME)		
CPF:	000.000.000-00	CONSELHO PROF.:	(SIGLA)
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	00.000-00	UF:	SP
RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO:	(NOME)		
CPF:	000.000.000-00	CONSELHO PROF.:	(SIGLA)
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	00.000-00	UF:	SP
RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO:	(NOME)		
CPF:	000.000.000-00	CONSELHO PROF.:	(SIGLA)
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	00.000-00	UF:	SP
RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO:	(NOME)		
CPF:	000.000.000-00	CONSELHO PROF.:	(SIGLA)
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	00.000-00	UF:	SP

NOTA: ESTE DOCUMENTO CONTÉM ____ PÁGINA (S)

N.º CEVS: 00000000-000-000000-0-0

DATA DE VALIDADE: 00/00/0000

Atividades Autorizadas e Respectivas Classes de Produtos

ATIVIDADES: (DESCRIÇÕES)

CLASSE DE PRODUTO: (DESCRIÇÃO)

CATEGORIA DE PRODUTO (DESCRIÇÃO)

LINHAS DE PRODUÇÃO (DESCRIÇÕES)

ATIVIDADES: (DESCRIÇÕES)

CLASSE DE PRODUTO: (DESCRIÇÃO)

CATEGORIA DE PRODUTO (DESCRIÇÃO)

LINHAS DE PRODUÇÃO (DESCRIÇÕES)

ATIVIDADES: (DESCRIÇÕES)

CLASSE DE PRODUTO: (DESCRIÇÃO)

CATEGORIA DE PRODUTO (DESCRIÇÃO)

LINHAS DE PRODUÇÃO (DESCRIÇÕES)

ATIVIDADES: (DESCRIÇÕES)

CLASSE DE PRODUTO: (DESCRIÇÃO)

CATEGORIA DE PRODUTO (DESCRIÇÃO)

LINHAS DE PRODUÇÃO (DESCRIÇÕES)

ATIVIDADES: (DESCRIÇÕES)

CLASSE DE PRODUTO: (DESCRIÇÃO)

CATEGORIA DE PRODUTO (DESCRIÇÃO)

LINHAS DE PRODUÇÃO (DESCRIÇÕES)

O (A) _____ DO (A) _____
CARGO DA AUTORIDADE SANITÁRIA IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL (S) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.

ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

ASSINATURA DA AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTES: _____
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL

DATA DE CIÊNCIA

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

DATA DE CIÊNCIA

**MODELO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO
ATIVIDADES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
E DE FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE**

FOLHA 1 – REFERENTE AO GRUPO II DO ANEXO I



**SISTEMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
GRUPO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – GVS (Nº NOME)**

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

N.º CEVS:	000000000-000-000000-0-0	DATA DE VALIDADE:	00/00/0000
N.º PROCESSO:	00000000000000000000	N.º PROTOCOLO:	00000000000000000000
SUBGRUPO:	(DESCRIÇÃO)	DATA DO PROTOCOLO:	00/00/0000
AGRUPAMENTO:	(DESCRIÇÃO)		
ATIVIDADE ECONÔMICA - CNAE	0000-0/00 (DESCRIÇÃO)		
OBJETO LICENCIADO:	(ESTABELECIMENTO/EQUIPAMENTO)		
DETALHE:	(TIPO DE ATIVIDADE/EQUIPAMENTO)		
RAZÃO SOCIAL:	(NOME)		
NOME FANTASIA:	(NOME)		
CNPJ / CPF:	000.000.000/0000-00	CNPJ Albergante:	000.000.000/0000-00
LOGRADOURO:	(TIPO E NOME)	Número:	000
COMPLEMENTO:	(TIPO)		
BAIRRO:	(NOME)		
MUNICÍPIO:	(NOME)		
CEP:	00.000-000	UF:	SP
RESPONSÁVEL LEGAL:	(NOME)		
CPF:	000.000.000-00		
RESPONSÁVEL TÉCNICO:	(NOME)	CONSELHO PROF.:	(SIGLA)
CPF:	000.000.000-00	UF:	SP
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	00.000-00		
RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO:	(NOME)	CONSELHO PROF.:	(SIGLA)
CPF:	000.000.000-00	UF:	SP
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	00.000-00		
RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO:	(NOME)	CONSELHO PROF.:	(SIGLA)
CPF:	000.000.000-00	UF:	SP
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	00.000-00		
RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO:	(NOME)	CONSELHO PROF.:	(SIGLA)
CPF:	000.000.000-00	UF:	SP
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	00.000-00		

NOTA: ESTE DOCUMENTO CONTÉM ____ PÁGINA (S)

N.º CEVS: 00000000-000-000000-0-0

DATA DE VALIDADE: 00/00/0000

Serviços Albergados

RELAÇÃO DOS SERVIÇOS ALBERGADOS SOB O Nº CEVS DO ESTABELECIMENTO AO QUAL ESTÁ VINCULADO

(DESCRIÇÃO)

MODELO
Atividades Grupo II

O (A) _____ DO (A) _____
CARGO DA AUTORIDADE SANITÁRIA IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL (S) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.

ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

ASSINATURA DA AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTES: _____
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL

_____ DATA DE CIÊNCIA

_____ ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

_____ DATA DE CIÊNCIA

MODELO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO DEMAIS ATIVIDADES RELACIONADAS À SAÚDE

FOLHA 1 – REFERENTE AO GRUPO III DO ANEXO I



SISTEMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA GRUPO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – GVS (Nº NOME)

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

N.º CEVS: 000000000-000-000000-0-0		DATA DE VALIDADE: 00/00/0000	
N.º PROCESSO:	00000000000000000000		
N.º PROTOCOLO:	00000000000000000000	DATA DO PROTOCOLO: 00/00/0000	
SUBGRUPO:	(DESCRIÇÃO)		
AGRUPAMENTO:	(DESCRIÇÃO)		
ATIVIDADE ECONÔMICA - CNAE	0000-0/00 (DESCRIÇÃO)		
OBJETO LICENCIADO:	(ESTABELECIMENTO/EQUIPAMENTO)		
DETALHE:	(TIPO DE ATIVIDADE/EQUIPAMENTO)		
RAZÃO SOCIAL:	(NOME)		
NOME FANTASIA:	(NOME)		
CNPJ / CPF:	000.000.000/0000-00	CNPJ Albergante:	000.000.000/0000-00
LOGRADOURO:	(TIPO E NOME)	Número:	000
COMPLEMENTO:	(TIPO)		
BAIRRO:	(NOME)		
MUNICÍPIO:	(NOME)		
CEP:	00.000-000	UF: SP	
RESPONSÁVEL LEGAL:	(NOME)		
CPF:	000.000.000-00		
RESPONSÁVEL TÉCNICO:	(NOME)		
CPF:	000.000.000-00	CONSELHO PROF.:	(SIGLA)
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	00.000-00	UF:	SP
RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO:	(NOME)		
CPF:	000.000.000-00	CONSELHO PROF.:	(SIGLA)
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	00.000-00	UF:	SP

NOTA: ESTE DOCUMENTO CONTÉM ____ PÁGINA (S)

O (A) _____ DO (A) _____
CARGO DA AUTORIDADE SANITÁRIA IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL (S) ASSUME (M) CUMPRIR A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.

ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO	ASSINATURA DA AUTORIDADE SANITÁRIA
CIENTES: _____	_____	_____
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL		DATA DE CIÊNCIA
_____	_____	_____
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO		DATA DE CIÊNCIA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Portaria CVS 1/2019

Anexo V

Solicitação de atos de vigilância sanitária

