

ANEXO III – Modelo de Emissão da Licença de Funcionamento
(Folha 1 – Modelo exclusivo para Atividades Relacionadas a Produtos de Interesse da Saúde – Grupo I)



SIVISA - Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO – (0)^a via

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 DE INTERESSE À SAÚDE)	
DETALHE:	(TIPO DE ATIVIDADE / CARACTERÍSTICAS DO EQUIPAMENTO)	
RAZÃO SOCIAL:	(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
RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO:	(NOME)	
CPF:	000.000.000-00	CONSELHO PROF.: (SIGLA)
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	00.000-00	UF: SP

ANEXO III – Modelo de Emissão da Licença de Funcionamento
(Folha 2 – Modelo exclusivo para Atividades Relacionadas a Produtos de Interesse da Saúde – Grupo I)

N.º CEVS: 000000000-000-000000-0-0

DATA DE VALIDADE: 00 / 00 / 0000

Atividades Autorizadas e Respektivas 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) CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E OBSERVAR 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 DESTA DOCUMENTO.

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

ASSINATURA DA AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTE:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

DATA DE CIÊNCIA

ANEXO III – Modelo de Emissão da Licença de Funcionamento
(Folha 1 – Modelo exclusivo para Atividades de Prestação de Serviços de Saúde e de Equipamentos de Saúde – Grupo II)



SIVISA - Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO – (0)^a via

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 DE INTERESSE À SAÚDE)		
DETALHE:	(TIPO DE ATIVIDADE / CARACTERÍSTICAS DO EQUIPAMENTO)		
RAZÃO SOCIAL: (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

ANEXO III – Modelo de Emissão da Licença de Funcionamento
(Folha 2 – Modelo exclusivo para Atividades de Prestação de Serviços de Saúde e de Equipamentos de Saúde – Grupo II)

N.º CEVS: **0 0 0 0 0 0 0 0 0 - 0 0 0 - 0 0 0 0 0 0 - 0 - 0**

DATA DE VALIDADE: **00 / 00 / 0000**

Serviços Albergados

RELAÇÃO DOS SERVIÇOS ALBERGADOS SOB O Nº CEVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE - OBJETO DESTA LICENÇA:.

(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) CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E OBSERVAR 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.

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

ASSINATURA DA AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTE:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

DATA DE CIÊNCIA

ANEXO III – Modelo de Emissão da Licença de Funcionamento
(Folha única – Modelo exclusivo para Demais Atividades Relacionadas à Saúde – Grupo III)



SIVISA - Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO – (0)^a via

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 DE INTERESSE À SAÚDE)	
DETALHE:	(TIPO DE ATIVIDADE / CARACTERÍSTICAS DO EQUIPAMENTO)	
RAZÃO SOCIAL: (NOME)		
CNPJ / CPF:	000.000.000/0000-00	CNPJ Albergante: 000.000.000/0000-00
LOGRADOURO:	(TIPO E NOME)	Número: 000
COMPLEMENTO:	(TIPO)	
BARRIO:	(NOME)	
MUNICÍPIO:	(NOME)	
CEP:	00.000-00	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)

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 VIGENTE E OBSERVAR 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.

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

ASSINATURA DA AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTE: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

DATA DE CIÊNCIA