

# FORMULÁRIO XII - ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE



PREFEITURA DE  
SÃO PAULO

## Utilizar esse formulário para as solicitações de:

- Licença de Funcionamento Inicial, apenas para as atividades descritas no Anexo I da Portaria SMS.G 266/2025.
- Cancelamento da Licença de Funcionamento Sanitária
- Ampliação e Redução de Atividades

[Clique aqui para verificar para quais atividades é necessário preencher esse formulário](#)

**Demais Solicitações utilizar o Formulário XI.** Maiores informações acessar:

[https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia\\_em\\_saude/cmvs/226958](https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/cmvs/226958)

**Nota: Os campos identificados com asterisco (\*) devem ser obrigatoriamente preenchidos.**

### I. SOLICITAÇÃO

**1. A solicitação refere-se a\*:** – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

- |                                                                                 |                                                         |                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estabelecimentos sob responsabilidade de Pessoa Física | <input type="checkbox"/> Estruturas albergadas próprias | <input type="checkbox"/> Fontes de radiação ionizante |
| <input type="checkbox"/> Unidades Públicas de Saúde                             | <input type="checkbox"/> Atividade Não Finalística      | <input type="checkbox"/> Nenhum dos itens anteriores  |

**2. Se a resposta anterior for “Nenhum dos itens anteriores”, registrar o número do Protocolo VRE/REDESIM** – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

**3. Objeto da Solicitação\*** – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

**4. Código CNAE\*** – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

**5. N° CMVS – Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde:**  
[Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

**6. Tipo de Solicitação\*** – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

**6.1. Tipo de Alteração**

### II. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

<b>7. Razão Social/Nome*:</b>	<input type="text"/>
<b>8. Nome Fantasia:</b>	<input type="text"/>
<b>9. Natureza Jurídica:</b>	<input type="text"/>
<b>10. CPF / CNPJ*:</b>	<input type="text"/>

### III. LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

<b>11. Logradouro*:</b> <input type="text"/>		<b>12. Número*:</b> <input type="text"/>		
<b>13. Complemento:</b> <input type="text"/>		<b>14. Bairro*:</b> <input type="text"/>	<b>15. Município: São Paulo/SP</b>	
<b>16. CEP*:</b> <input type="text"/>	<b>17. Telefone do estabelecimento*:</b> <input type="text"/>	<b>18. e-mail do estabelecimento*:</b> <input type="text"/>	<b>19. Telefone da assessoria ou contabilidade (se aplicável)</b> <input type="text"/>	<b>20. e-mail da assessoria ou contabilidade (se aplicável)</b> <input type="text"/>

\*os dados fornecidos devem possibilitar o contato direto com o responsável legal e/ou técnico do estabelecimento

### IV. CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

<b>21. Situação</b> – Escolha uma das opções e registre, se for o caso, a informação solicitada: <input type="text"/>	
*Informe CNPJ do albergante, no caso de albergado terceirizado: <input type="text"/>	
<b>22. Esfera Administrativa:</b> <input type="text"/>	<b>23. Natureza da Organização:</b> <input type="text"/>

# FORMULÁRIO XII - ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE



PREFEITURA DE  
SÃO PAULO

## V. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS – [Orientação de Preenchimento - Clique Aqui](#)

### > Responsável Legal\*

24. Nome do responsável legal:

CPF\*:

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:

### > Responsável Técnico

25. Nome do responsável técnico:

CPF:

Sigla do Conselho Profissional:

UF:

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO:

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:

### > Responsável Técnico - Substituto 1

26. Nome do responsável técnico:

CPF:

Sigla do Conselho Profissional:

UF:

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO:

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:

### > Responsável Técnico - Substituto 2

27. Nome do Responsável técnico:

CPF:

Sigla do Conselho Profissional:

UF:

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO:

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:

### > Responsável Técnico - Substituto 3

28. Nome do Responsável técnico:

CPF:

Sigla do Conselho Profissional:

UF:

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO:

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:

## VI. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE – [Orientação de Preenchimento - Clique Aqui](#)

29. Cód. CNES:

30. Autorização da ANVISA para transporte interestadual de amostra de sangue de doadores, bolsas de sangue e hemocomponentes

Número da autorização

Data da Publicação

31. Cód. e descrição do tipo de serviço de saúde objeto da solicitação\*

# FORMULÁRIO XII - ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE



PREFEITURA DE  
SÃO PAULO

## 32. Tipos de serviços de saúde albergados: – [Orientação de Preenchimento - Clique Aqui](#)

### 32.A. Próprios (Sob CMVS da estrutura albergante) – Registre os códigos:


### 32.B. Próprios (Com CMVS próprio) – Registre os códigos:


### 32.C Terceirizados – Registre os códigos e respectivos CNPJ:

Código:

--

CNPJ:

--

Código:

--

CNPJ:

--

Código:

--

CNPJ:

--

Código:

--

CNPJ:

--

## VII. ASSINATURAS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS – [Orientação de Preenchimento - Clique Aqui](#)

Declaramos cumprir à Legislação Vigente e assumimos, civil e criminalmente, inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas neste formulário e seu (s) anexos (s).

--

Local\*

--

Data\*

Assinatura do Responsável Legal\*

Assinatura do Responsável Técnico

Ass. Resp. Técn. Subst. 01

Ass. Resp. Técn. Subst. 02

Ass. Resp. Técn. Subst. 03

Obs: o documento pode ser assinado digitalmente, com a utilização de certificados do tipo e-CNPJ ou e-CPF, emitidos por autoridades certificadoras reconhecidas pela Infraestrutura de Chaves-Públicas Brasileira – ICP/Brasil.