

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

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

I. SOLICITAÇÃO

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

☐ Estabelecimentos sob responsabilidade de Pessoa Física ☐ Estruturas albergadas próprias ☐ Fontes de radiação ionizante ☐ Unidades Públicas de Saúde ☐ 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. Nº 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](#)

7. Razão Social/Nome*:

8. Nome Fantasia:

9. Natureza Jurídica:

10. CPF / CNPJ*:

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

11. Logradouro*:

12. Número*:

13. Complemento:

14. Bairro*:

15. Município: São Paulo/SP

16. CEP*:

17. Telefone do estabelecimento*:

18. e-mail do estabelecimento*:

*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](#)

19. Situação – Escolha uma das opções e registre, se for o caso, a informação solicitada:

*Informe CNPJ do albergante, no caso de albergado terceirizado:

20. Esfera Administrativa:

21. Natureza da Organização:

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*

22. Nome do responsável legal:

CPF*:

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:

> Responsável Técnico

23. 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

24. 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

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 3

26. 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](#)

27. Cód. CNES:

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

Número da autorização

Data da Publicação

29. 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

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

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

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

30.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.