

FORMULÁRIO XIII - EQUIPAMENTOS DE SAÚDE



PREFEITURA DE
SÃO PAULO

Utilizar esse formulário para as solicitações relacionadas a Equipamentos:

O envio deste formulário deve ser acompanhado pelo Formulário XI ou pelo Formulário XII

- Licença de Funcionamento Inicial, descritas no Anexo I da Portaria SMS.G 266/2025
- Renovação da Licença de Funcionamento de Equipamentos
- Assunção e Baixa de Responsabilidade Técnica do Equipamento
- Alteração de Endereço do Equipamento
- Cancelamento da Licença de Funcionamento Sanitária do Equipamento

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

1. Nome/Razão Social*:	<input type="text"/>
2. CPF / CNPJ*:	<input type="text"/>

II. EQUIPAMENTOS DE INTERESSE À SAÚDE - [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

EQ. 01	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CÓD.*		NÚMERO CMVS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CARACTERÍSTICA A - NÚMERO DE SÉRIE*	CARACTERÍSTICA B - MARCA / MODELO*	CARACTERÍSTICA C - kV mA*
EQ. 02	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CÓD.		NÚMERO CMVS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CARACTERÍSTICA A - NÚMERO DE SÉRIE	CARACTERÍSTICA B - MARCA / MODELO	CARACTERÍSTICA C - kV mA
EQ. 03	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CÓD.		NÚMERO CMVS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CARACTERÍSTICA A - NÚMERO DE SÉRIE	CARACTERÍSTICA B - MARCA / MODELO	CARACTERÍSTICA C - kV mA
EQ. 04	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CÓD.		NÚMERO CMVS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CARACTERÍSTICA A - NÚMERO DE SÉRIE	CARACTERÍSTICA B - MARCA / MODELO	CARACTERÍSTICA C - kV mA
EQ. 05	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CÓD.		NÚMERO CMVS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CARACTERÍSTICA A - NÚMERO DE SÉRIE	CARACTERÍSTICA B - MARCA / MODELO	CARACTERÍSTICA C - kV mA
EQ. 06	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CÓD.		NÚMERO CMVS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CARACTERÍSTICA A - NÚMERO DE SÉRIE	CARACTERÍSTICA B - MARCA / MODELO	CARACTERÍSTICA C - kV mA

III. RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO - [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

A.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RESPONSÁVEL TÉCNICO*		CPF*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONS. PROF.*	UF*	Nº INSCRIÇÃO*
Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO		
ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) CONSTANTES NO ITEM II, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S)*:	PRINCIPAL	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
	SUBSTITUTO	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>

FORMULÁRIO XIII - EQUIPAMENTOS DE SAÚDE



PREFEITURA DE
SÃO PAULO

III. RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO - Continuação

B. <input type="text"/>				<input type="text"/>
RESPONSÁVEL TÉCNICO				CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CONS. PROF.	UF	Nº INSCRIÇÃO	Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO	
ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) CONSTANTES NO ITEM II, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):				PRINCIPAL 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
				SUBSTITUTO 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>

C. <input type="text"/>				<input type="text"/>
RESPONSÁVEL TÉCNICO				CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CONS. PROF.	UF	Nº INSCRIÇÃO	Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO	
ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) CONSTANTES NO ITEM II, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):				PRINCIPAL 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
				SUBSTITUTO 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>

D. <input type="text"/>				<input type="text"/>
RESPONSÁVEL TÉCNICO				CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CONS. PROF.	UF	Nº INSCRIÇÃO	Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO	
ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) CONSTANTES NO ITEM II, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):				PRINCIPAL 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
				SUBSTITUTO 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>

E. <input type="text"/>				<input type="text"/>
RESPONSÁVEL TÉCNICO				CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CONS. PROF.	UF	Nº INSCRIÇÃO	Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO	
ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) CONSTANTES NO ITEM II, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):				PRINCIPAL 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
				SUBSTITUTO 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>

F. <input type="text"/>				<input type="text"/>
RESPONSÁVEL TÉCNICO				CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CONS. PROF.	UF	Nº INSCRIÇÃO	Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO	
ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) CONSTANTES NO ITEM II, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):				PRINCIPAL 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
				SUBSTITUTO 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>

IV. ASSINATURAS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICO - [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).

<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	_____
Local*	Data*	Assinatura do Responsável Legal*	Assinatura do Responsável Técnico do Estabelecimento*
_____	_____	_____	_____
Ass. Resp. Técn. A*	Ass. Resp. Técn. B	Ass. Resp. Técn. C	
_____	_____	_____	
Ass. Resp. Técn. D	Ass. Resp. Técn. E	Ass. Resp. Técn. F	

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.