



PREFEITURA DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Gerenciamento do Sistema da Qualidade da DVPSIS

Rua Dr. Siqueira Campos, 172, 7.º andar - Bairro Vila Buarque - São Paulo/SP - CEP 01509-020

Telefone: (11) 5465-9379

PROCESSO 6018.2023/0079543-6

Informação SMS/SEABEVS/COVISA/DVPSIS/SGQ N° 088540504

	Sistema Municipal de Vigilância Sanitária - SMVS	
	Procedimento Operacional Padrão	
	Número:	Revisão:
	Título: Recebimento e Análise Preliminar da Solicitação de Licenciamento Sanitário pelas Praças de Atendimento	

Elaborado	Mariana Nogueira Ferreira Vinícius Paccola Blanco
Revisado	Rafaella Alves de Oliveira
Aprovado	Manoel Bernardes de Lara Junior

Data da Vigência:

O documento segue assinado eletronicamente pelos responsáveis identificados nos campos acima.

1. INTRODUÇÃO

Este procedimento tem como objetivo estabelecer a padronização para a avaliação de documentos e formulários apresentados pelos usuários na Praça de Atendimento. A análise visa garantir que todas as solicitações estejam acompanhadas da documentação exigida, devidamente preenchida e em conformidade com os requisitos legais e administrativos vigentes.

A verificação inicial realizada pela equipe da Praça de Atendimento é essencial para assegurar a qualidade e a completude das informações antes da abertura de processos administrativos no Sistema Eletrônico de Informações (SEI) e do registro no Sistema de Vigilância Sanitária (SIVISA).

Este procedimento contribui para a padronização do atendimento, a redução de retrabalho e o aumento da eficiência na tramitação das solicitações.

2. OBJETIVO

- Garantir que os documentos e formulários apresentados estejam completos, legíveis e devidamente preenchidos.
- Verificar a conformidade dos documentos com os requisitos legais e normativos aplicáveis.
- Orientar o usuário quanto à correção ou complementação de informações, quando necessário.
- Assegurar que apenas solicitações aptas sigam para abertura de processo no SEI e registro no SIVISA.

3. ABRANGÊNCIA

Este procedimento aplica-se a todas as solicitações de licenciamento sanitário protocoladas na Praça de Atendimento, abrangendo a triagem e a análise preliminar da documentação exigida, conforme os critérios estabelecidos pela Portaria SMS.G nº 266/2025.

4. REFERÊNCIAS

Portaria SMS.G nº 266, de 6 de maio de 2025. Disciplina, no âmbito do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde de São Paulo, o licenciamento sanitário dos estabelecimentos e serviços de interesse da saúde e das fontes de radiação ionizante, e dá providências correlatas.

5. DEFINIÇÕES

- **E-mail Institucional:** endereço eletrônico fornecido Prefeitura de São Paulo aos setores, utilizado exclusivamente para fins de comunicação administrativa, envio e recebimento de documentos oficiais, notificações e demais interações relacionadas às atividades institucionais.

- **Formulário:** Documento padronizado, utilizado para coleta de informações essenciais à instrução dos protocolos de licenciamento sanitário.

- **Praça de Atendimento:** Unidade de atendimento responsável pelo acolhimento inicial para a recepção de documentos, orientação sobre procedimentos administrativos e triagem de solicitações. Atua como ponto de entrada para os processos de licenciamento sanitário, garantindo a verificação preliminar da documentação exigida antes da abertura de processos no Sistema Eletrônico de Informações (SEI) e registro no Sistema de Vigilância Sanitária (SIVISA).

- **Portaria:** Ato normativo expedido por autoridade competente, com força regulamentar, que estabelece diretrizes, critérios e procedimentos a serem observados no âmbito da administração pública. No presente procedimento, destaca-se a Portaria SMS.G nº 266/2025, da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, que disciplina o licenciamento sanitário no Sistema Municipal de Vigilância em Saúde.

- **Solicitação de Licenciamento Sanitário:** Requerimento formal apresentado por pessoa física ou jurídica com o objetivo de obter autorização da autoridade sanitária para o funcionamento de estabelecimentos e serviços de interesse da saúde. A solicitação deve ser acompanhada da documentação exigida e dos formulários específicos, conforme determinado na Portaria SMS.G nº 266/2025.

6. SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

- **SIVISA:** Sistema de Informação da Vigilância Sanitária – plataforma utilizada para o registro, acompanhamento e controle das ações de vigilância sanitária no município de São Paulo.

- **SEI:** Sistema Eletrônico de Informações – sistema oficial da Prefeitura de São Paulo para a gestão de processos administrativos digitais.

7. RESPONSABILIDADES

Equipe da Praça de Atendimento

- Receber e conferir a documentação apresentada pelo usuário.
- Avaliar se os formulários estão corretamente preenchidos e assinados.
- Identificar eventuais inconsistências ou pendências e orientar o usuário quanto à regularização.
- Registrar o atendimento conforme os procedimentos internos.
- Encaminhar a solicitação para abertura de processo SEI e registro no SIVISA.

Responsabilidade da Chefia Imediata

- Orientar e capacitar a equipe quanto aos critérios de análise documental e ao correto preenchimento dos formulários exigidos.
- Acompanhar a execução do procedimento, assegurando que as etapas sejam cumpridas conforme os padrões estabelecidos.
- Sanar dúvidas técnicas ou operacionais apresentadas pela equipe durante a triagem e análise dos documentos.
- Avaliar casos excepcionais ou não previstos no procedimento, decidindo sobre a continuidade ou devolução da solicitação.

8. PRINCIPAIS PASSOS

A solicitação de licenciamento sanitário pode ser rebida pelo e-mail institucional ou Portal 156.

Ao receber a solicitação a Praça de Atendimento deverá:

8.1. Conferir a competência fiscalizatória.

8.1.1. Conferir se a atividade é de fiscalização do Município de São Paulo.

Verificar no Anexo I da Portaria SMS.G nº 266/2025, se a atividade constante na solicitação é de competência do Município ou Estado. Algumas atividades são de competência fiscalizatória do GVS-1 Capital, sendo que essa informação consta na referida Portaria.

Se a atividade for de competência do GVS-1 Capital, enviar a resposta ao solicitante com o modelo abaixo:

"Prezado(a) [Nome],

Recebemos a solicitação de [tipo de solicitação] referente ao estabelecimento [nome do estabelecimento], inscrito no CNPJ [número], para a atividade CNAE [...].

Informamos que, conforme disposto no Anexo I da Portaria SMS.G nº 266/2025, essa atividade está sob competência fiscalizatória da Vigilância Sanitária Estadual.

Para mais informações, orientamos que acesse o site do Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo, por meio do seguinte link:

<https://cvs.saude.sp.gov.br/cvs.asp>

Atenciosamente,"

8.1.2. Conferir a competência fiscalizatória dentro do município de São Paulo.

Algumas atividades são de competência fiscalizatória da COVISA e outras das UVIS. Para conferir de quem é a competência fiscalizatória dentro do município de São Paulo, acessar o link: <https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/identificar-o-%C3%B3rg%C3%A3o-de-vigil%C3%A2ncia-em-sa%C3%BAde>

- Competência fiscalizatória de outra Unidade:

- Direcionar a demanda para a Unidade competente;
- Informar ao solicitante:

"Prezado(a) [Nome],

Recebemos a solicitação de [tipo de solicitação] referente ao estabelecimento [nome do estabelecimento], inscrito no CNPJ [número], para a atividade classificada sob o CNAE [...].

Informamos que foi direcionada a demanda para a unidade [...], que é a responsável pelo andamento dessa solicitação.

Para mais informações e orientações sobre o processo de licenciamento sanitário, acessar: https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/vigilancia_em_saude/cmv5

Atenciosamente,"

8.1.3. Solicitação de atividade classificada como de "Médio" Risco.

O licenciamento sanitário da atividade classificada como "Médio" Risco deve ocorrer através do Portal Integrador VRE/REDESIM. Ao receber uma solicitação de licenciamento sanitário para uma atividade de "médio" risco, comunicar ao solicitante.

"Prezado(a) [Nome],

Recebemos a solicitação de [tipo de solicitação] referente ao estabelecimento [nome do estabelecimento], inscrito no CNPJ [número], para a atividade classificada sob o CNAE [...].

Informamos que, conforme o Anexo I da Portaria SMS.G nº 266/2025, essa atividade é classificada como de Médio Risco. Assim, nos termos do §2º do artigo 7º da referida portaria, a solicitação de licenciamento sanitário deve ser realizada exclusivamente por meio do Portal Integrador VRE/REDESIM.

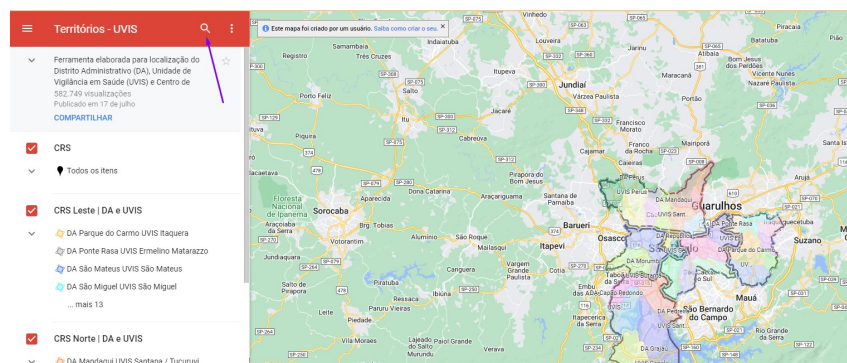
Para mais informações e orientações sobre o procedimento, acesse:
<https://vredesim.sp.gov.br/tutoriais>

Atenciosamente,"

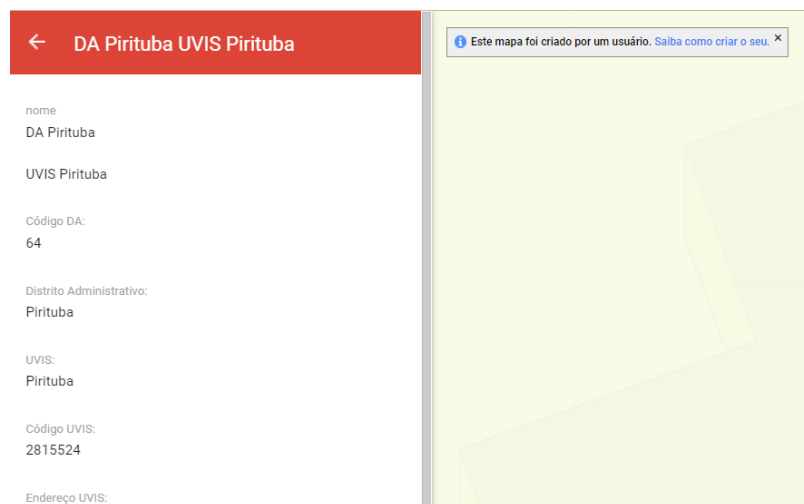
8.1.4. Identificar qual a UVIS de competência

Ao receber a solicitação conferir se o endereço corresponde a competência fiscalizatória da UVIS.

- Acessar o link: "https://www.google.com/maps/d/u/0/viewer?mid=1ZdzK_HpJS1xBTZbtGzHSq6y1OTzjW1XD&ll=-23.60225553763083%2C-46.661731863484945&z=10" e no canto superior esquerdo digitar o endereço do estabelecimento:



Ao clicar no mapa, aparecerá no canto esquerdo a UVIS de competência:



Se o endereço do solicitante não corresponder a competência fiscalizatória da UVIS, o servidor da praça de atendimento deverá encaminhar a solicitação para a UVIS de competência, para a continuidade.

8.2. Identificar a natureza da demanda.

O servidor da praça de atendimento deve identificar qual é o tipo de solicitação apresentada. As possíveis solicitações relacionadas ao licenciamento sanitário são:

- Licença de Funcionamento Inicial;
- Renovação de Licença de Funcionamento;
- Cancelamento de Licença de Funcionamento;
- Alteração de Dados Cadastrais:
- Endereço;
- Responsabilidade Legal;
- Razão Social;
- Fusão, Incorporação, Cisão ou Sucessão;
- Assunção ou Baixa de Responsabilidade Técnica;
- Ampliação ou Redução de Atividade, Classe ou Categoria de Produto;
- Inclusão ou Exclusão de Veículos;
- Alteração de Nome Fantasia (esta opção não conta em formulário, devendo ser seguidas as instruções constantes deste manual).

Os estabelecimentos, serviços e/ou equipamentos de interesse da saúde, públicos e privados, instalados no Município de São Paulo, que necessitam de Licença de Funcionamento Sanitária encontram-se descritos no Anexo I da Portaria SMS.G 266/25.

No caso de estabelecimentos que desenvolvam mais de uma atividade econômica descrita no Anexo I da Portaria 266/25, deve ser realizada uma solicitação de Licença para cada atividade.

8.3. Identificar os documentos e formulários necessários para a solicitação de licenciamento sanitário, considerando a Portaria SMS.G 266/25.

Conferir se a documentação apresentada é a mesma exigida pela Portaria SMS.G 266/2025.

8.3.1. Para as solicitações de Licença Sanitária Inicial, conferir o Anexo I da Portaria SMS.G 266/25.

4646-0/02 COMÉRCIO ATACADISTA DE PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL				
COMPREENDE	VALIDADE DA LICENÇA	NÍVEL DE RISCO	INSPEÇÃO PRÉVIA	DOCUMENTOS CLIQUE AQUI para acessar os formulários
Estabelecimento comercial atacadista de artigos de higiene bucal (fio, fita, escova dental).	3 ANOS	III ALTO	SIM	14F -FORMULÁRIO XIV.F – Comércio Atacadista de Cosméticos, Produtos de Higiene e Perfumes 21- Ato Constitutivo da Empresa 25- Comprovante De Responsabilidade Técnica (CRT, ART, RRT), quando emitido pelo Conselho Profissional competente - cópia simples 27- Documento de Comprovação de Vínculo do Responsável Técnico
Estabelecimento comercial atacadista de produtos de higiene pessoal.	3 ANOS	III ALTO	SIM	
Estabelecimento comercial atacadista de produtos para coleta e absorção de líquidos corporais (coleteiros menstruais, fraldas, absorventes e outros).	3 ANOS	III ALTO	SIM	
Estabelecimento comercial atacadista de lenços umedecidos e discos demaquilantes.	3 ANOS	III ALTO	SIM	
Estabelecimento comercial atacadista de hastes com extremidades envolvidas em algodão.	3 ANOS	III ALTO	SIM	
Estabelecimento comercial atacadista que contrata local de armazenamento para artigos de higiene bucal; e ou produtos de higiene pessoal, e ou produtos para absorção de líquidos corporais; e ou lenços umedecidos e discos demaquilantes; e ou hastes com extremidades envolvidas em algodão.	3 ANOS	III ALTO	SIM	14F -FORMULÁRIO XIV.F – Comércio Atacadista de Cosméticos, Produtos de Higiene e Perfumes 21- Ato Constitutivo Da Empresa
Depósito fechado no qual se armazenam artigos de higiene bucal; e ou produtos de higiene pessoal e ou produtos para absorção de líquidos corporais; e ou lenços umedecidos e discos demaquilantes; e ou hastes com extremidades envolvidas em algodão.	3 ANOS	III ALTO	SIM	

8.3.2. Para as demais solicitações, conferir o Anexo IV da Portaria SMS.G 266/25.

DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO, RENOVAÇÃO E CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO SANITÁRIA	
ALTERAÇÃO NA LICENÇA SANITÁRIA	
Tipos de Alterações	CÓDIGOS DOS DOCUMENTOS
Razão Social	
Cisão de empresa	11-Formulário XI - Informações em Vigilância Sanitária e
Fusão de empresa	21-Ato constitutivo da empresa
Incorporação de empresa	
Sucessão de empresa	
Responsabilidade legal	11-Formulário XI - Informações em Vigilância Sanitária e 21-Ato Constitutivo Da Empresa
Endereço	11-Formulário XI - Informações Em Vigilância Sanitária 13-Formulário XIII - Equipamentos de Saúde – para equipamentos de saúde 21-Ato constitutivo da Empresa e 24-Comprovante De Endereço

RESPONSABILIDADE TÉCNICA	
Assunção	11-Formulário XI - Informações Em Vigilância Sanitária, 26-Documento de comprovação de habilitação profissional do responsável técnico e 27-Documento De Comprovação De Vínculo Do Responsável Técnico (Físico Ou Digital) 25-Comprovante De Responsabilidade Técnica (Crt, Art, Rrt), 38-Certificado de especialização ou 42-Parecer da associação brasileira de ortopedia técnica (abotec) – para as atividades em que este documento é exigido no licenciamento inicial 13-Formulário XIII - Equipamentos de Saúde - para equipamentos de saúde
Baixa	11-Formulário XI - Informações Em Vigilância Sanitária 13-Formulário XIII - Equipamentos de Saúde - para equipamentos de saúde

EQUIPAMENTOS	
Solicitação Inicial ou Cancelamento	11-Formulário XI - Informações em Vigilância Sanitária e 13-Formulário XIII - Equipamentos De Saúde Nota: 1) para ampliação de número e ou tipo de equipamentos - solicitar licença de Funcionamento Sanitária Inicial para equipamento.

ALTERAÇÃO DAS ATIVIDADES, CLASSE OU PRODUTOS	
Ampliação	14-Formulário XIV - Atividade relacionada a produtos de interesse da saúde (selecionar o formulário específico para a atividade) 12 – Formulário XII -Atividade de Prestação de Serviço de Saúde
Redução	
VEÍCULOS – APENAS PARA AS CNAEs 3600-6/01 E 3600-6/02	
Inclusão de Veículos*	15-Formulário XV - Identificação de veículos e 29-Certificado de registro e licenciamento de veículo - CRLV
Exclusão de Veículos*	*apenas para empresas que realizam transporte de água potável - CNAE 3600-6/02
RENOVAÇÃO	
Renovação da Licença de Funcionamento Sanitária	11-Formulário XI - Informações em Vigilância Sanitária e/ou 13-Formulário XIII - Equipamentos de Saúde - para equipamentos de saúde Apenas para empresas que realizam transporte de água potável - CNAE 3600-6/02: 11-Formulário XI - Informações em Vigilância Sanitária, 15- Formulário XV - Identificação de Veículos, 29-Certificado de registro e Licenciamento de veículo - CRLV e 33-Cópia de documento expedido pelo órgão estadual gestor de recursos hídricos (com poço artesiano) ou 36-Comprovante da origem da água transportada (sem poço artesiano)
CANCELAMENTO	
Cancelamento da Licença de Funcionamento Sanitária	11-Formulário XI - Informações em vigilância sanitária e/ou 13-Formulário XIII - Equipamentos de Saúde - para equipamentos de saúde Declaração de Destinação de Produtos, Medicamentos e Equipamentos de Raios X (fontes emissoras de radiação ionizante), exceto para os CNAEs de Alimentos

8.4. Conferir os formulários da solicitação.

O servidor da praça de atendimento confere o preenchimento dos formulários, considerando as informações abaixo. Os campos descritos como obrigatórios serão utilizados como critério para recusa da solicitação, devendo sempre ser informado ao solicitante o motivo da recusa e a forma correta de preenchimento.

8.4.1. Informação dos campos quanto a obrigatoriedade do preenchimento:

- Campos em **Amarelo**: preenchimento obrigatório.
- Campos em **Begê**: preenchimento pode ser obrigatório, a depender das informações do formulário.
- Campos sem preenchimento: não obrigatórios.

- **Formulário XI quanto a obrigatoriedade do preenchimento:**

I. SOLICITAÇÃO	
1. A solicitação refere-se a: – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui ☐ Alteração de Responsável Técnico - Assunção ou Baixa Física ☐ Estabelecimentos sob responsabilidade de Pessoa Física ☐ Estruturas albergadas próprias ☐ Fontes de radiação ionizante ☐ Nenhuma das anteriores	
2. Se a resposta anterior for "Nenhuma das 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 – Escolha uma das opções abaixo:– Orientação de Preenchimento -Clique Aqui 	
6.1. Tipo de Alteração – Escolha uma das opções abaixo, caso tenha escolhido a opção de Alteração de Dados Cadastrais no item 6: 	

Itens a serem verificados:

Itens 1 e 2:

Preenchimento obrigatório. O campo 2 deve ser preenchido se a resposta do campo 1 for "Nenhuma das Anteriores". Verificar se essa regra foi atendida.

Itens 3 e 4:

Preenchimento obrigatório. Verificar o preenchimento, conforme lista suspensa existente.

Item 5:

Preenchimento não obrigatório.

Item 6:

Preenchimento obrigatório. Verificar o preenchimento, conforme lista suspensa existente.

Item 6.1:

Preenchimento dependente de informação. No campo 6 - Tipo de Solicitação, se for selecionado "Alteração de Dados Cadastrais", deverá ser preenchido o item 6.1, especificando qual é o tipo de alteração realizada.

II. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui	
7. Razão Social/Nome:	
8. Nome Fantasia:	
9. Natureza Jurídica:	
10. CNPJ/CPF:	

Itens a serem verificados:

Item 7:

Preenchimento obrigatório. Verificar se a razão social ou nome coincide com o ato constitutivo ou comprovante de endereço, respectivamente.

Itens 8 e 9:

Preenchimento não obrigatório.

Item 10:

Preenchimento obrigatório. Verificar se o CNPJ ou CPF coincide com o ato constitutivo ou comprovante de endereço, respectivamente.

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

Itens a serem verificados:

Itens 11 e 12:

Preenchimento obrigatório. Verificar se o logradouro ou número coincide com o ato constitutivo ou comprovante de endereço, respectivamente.

Itens 13 e 14:

Preenchimento não obrigatório.

Itens 16, 17 e 18:

Preenchimento obrigatório.

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

19. Esfera Administrativa:

20. Natureza da Organização:

Itens a serem verificados:

Itens 19 e 20:

Preenchimento não obrigatório.

V. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAIS E TÉCNICOS – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)**➤ Responsável Legal****21. Nome do responsável legal:****CPF:****Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:****➤ Responsável Técnico****22. 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****23. Nome do responsável técnico:****CPF:****Sigla do Conselho Profissional:****UF:****Nº INSCRIÇÃO CONSELHO:****Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:****Itens a serem verificados:****Item 21:**

Preenchimento obrigatório. Verificar se o nome e o CPF coincidem com o constante no ato constitutivo ou no CPF, no caso de pessoa física.

Item 22:

Preenchimento dependente de informação. Apenas quando o estabelecimento necessitar de RT. O nome do RT, CPF, Sigla do Conselho Profissional, UF, Número de inscrição no conselho, Código e descrição da Classificação Brasileira de Ocupações devem estar preenchidos.

Itens 23, 24 e 25:

Preenchimento não obrigatório.

VI. 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).

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.

Itens a serem verificados:

Local, Data e Assinatura do Responsável Legal: Preenchimento obrigatório. Verificar a assinatura. Se for assinado digitalmente, verificar se a assinatura foi emitida por uma autoridade certificadora reconhecida pela Infraestrutura de Chaves-Públicas Brasileira – ICP/Brasil.

Assinatura do Responsável Técnico. Preenchimento dependente de informação. Esse item apenas deverá ser assinado apenas quando o estabelecimento necessitar de RT.

- Formulário XII quanto a obrigatoriedade do preenchimento:

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	☐ Nenhum dos itens anteriores
2. Se a resposta anterior for "Nenhum dos itens anterior", 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	

Itens a serem verificados:

Itens 1 e 2:
Preenchimento obrigatório. O campo 2 deve ser preenchido se a resposta do campo 1 for "Nenhuma das Anteriores". Verificar se essa regra foi atendida.

Itens 3 e 4:
Preenchimento obrigatório. Verificar o preenchimento, conforme lista suspensa existente.

Item 5:
Preenchimento não obrigatório.

Item 6:
Preenchimento obrigatório. Verificar o preenchimento, conforme lista suspensa existente.

Item 6.1:
Preenchimento dependente de informação. No campo 6 - Tipo de Solicitação, se for selecionado "Alteração de Dados Cadastrais", deverá ser preenchido o item 6.1, especificando qual é o tipo de alteração realizada.

II. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui	
7. Razão Social/Nome:	
8. Nome Fantasia:	
9. Natureza Jurídica:	
10. CPF / CNPJ:	

Itens a serem verificados:

Item 7:
Preenchimento obrigatório. Verificar se a razão social ou nome coincide com o ato constitutivo ou comprovante de endereço, respectivamente.

Itens 8 e 9:
Preenchimento não obrigatório.

Item 10:
Preenchimento obrigatório. Verificar se o CNPJ ou CPF coincide com o ato constitutivo ou comprovante de endereço, respectivamente.

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			

Itens a serem verificados:

Itens 11 e 12:
Preenchimento obrigatório. Verificar se o logradouro ou número coincide com o ato constitutivo ou comprovante de endereço, respectivamente.

Itens 13 e 14:
Preenchimento não obrigatório.

Itens 16, 17 e 18:
Preenchimento obrigatório.

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:

Itens a serem verificados:

Itens 19, 20 e 21:
Preenchimento não obrigatório.

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:****Itens a serem verificados:****Item 22:**

Preenchimento obrigatório. Verificar se o nome e o CPF coincidem com o constante no ato constitutivo ou no CPF, no caso de pessoa física.

Item 23:

Preenchimento dependente de informação. Apenas quando o estabelecimento necessitar de RT. O nome do RT, CPF, Sigla do Conselho Profissional, UF, Número de inscrição no conselho, Código e descrição da Classificação Brasileira de Ocupações devem estar preenchidos.

Itens 23, 24 e 25:

Preenchimento não obrigatório.

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**Itens a serem verificados:****Itens 27 e 28:**

Preenchimento não obrigatório.

Item 29:

Preenchimento obrigatório. Verificar se foi selecionado o código constante na lista suspensa.

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:****Itens a serem verificados:****Itens 30 (A, B ou C):**

Preenchimento não obrigatório.

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.

Itens a serem verificados:**Local, Data e Assinatura do Responsável Legal:** Preenchimento obrigatório. Verificar a assinatura. Se for assinado digitalmente, verificar se a assinatura foi emitida por uma autoridade certificadora reconhecida pela Infraestrutura de Chaves-Públicas Brasileira – ICP/Brasil.**Assinatura do Responsável Técnico.** Preenchimento dependente de informação. Esse item apenas deverá ser assinado apenas quando o estabelecimento necessitar de RT.**- Formulário XIII quanto a obrigatoriedade do preenchimento:****I. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO** – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)**1. Nome/Razão Social:****2. CPF / CNPJ:****3. Solicitação:****Itens a serem verificados:****Itens 1, 2 e 3:**

Preenchimento obrigatório. Verificar se a Razão Social/Nome e o CPF/CNPJ coincidem com as informações constantes no Formulário XI ou Formulário XII, a depender da atividade.

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

EQ. 01

CÓD.

NÚMERO CMVS

CARACTERÍSTICA A – NÚMERO DE SÉRIE

CARACTERÍSTICA B – MARCA / MODELO

CARACTERÍSTICA C – kV mA

EQ. 02

CÓD.

NÚMERO CMVS

CARACTERÍSTICA A – NÚMERO DE SÉRIE

CARACTERÍSTICA B – MARCA / MODELO

CARACTERÍSTICA C – kV mA

Itens a serem verificados:

Verificar se os campos obrigatórios estão preenchidos.

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

A.

RESPONSÁVEL TÉCNICO

CPF

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 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐SUBSTITUTO 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐**III. RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO - Continuação**

B.

RESPONSÁVEL TÉCNICO

CPF

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 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐SUBSTITUTO 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐**Itens a serem verificados:**

Verificar se os campos obrigatórios estão preenchidos.

Verificar se todos os equipamentos registrados no formulário possuem responsável técnico principal vinculado.

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).

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.

Itens a serem verificados:

Local, Data, Assinatura do Responsável Legal, Assinatura do Responsável Técnico do Estabelecimento e Assinatura do Responsável Técnico A:
Preenchimento obrigatório. Verificar a assinatura. Se for assinado digitalmente, verificar se a assinatura foi emitida por uma autoridade certificadora reconhecida pela Infraestrutura de Chaves-Públicas Brasileira – ICP/Brasil.

Assinatura dos Responsáveis Técnicos B, C, D, E e F. Preenchimento dependente de informação. Esse item apenas deverá ser assinado quando forem registrados os equipamentos de 2 a 6.

- Formulários XIV (A ao K) quanto a obrigatoriedade do preenchimento:

I. SOLICITAÇÃO	
1. A solicitação envolve ampliação ou redução de atividade, classe ou categoria de produto? – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui	
☐ Sim	☐ Não
2. Se a resposta anterior for "Não", 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 – Escolha uma das opções abaixo, caso tenha escolhido a opção de Alteração de Dados Cadastrais no item 6:	

Itens a serem verificados:

Itens 1 e 2:

Preenchimento obrigatório. O campo 2 deve ser preenchido se a resposta do campo 1 for "Não". Verificar se essa regra foi atendida.

Itens 3 e 4:

Preenchimento obrigatório. Verificar o preenchimento, conforme lista suspensa existente.

Item 5:

Preenchimento não obrigatório.

Item 6:

Preenchimento obrigatório. Verificar o preenchimento, conforme lista suspensa existente.

Item 6.1:

Preenchimento dependente de informação. No campo 6 - Tipo de Solicitação, se for selecionado "Alteração de Dados Cadastrais", deverá ser preenchido o item 6.1, especificando qual é o tipo de alteração realizada.

II. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui	
7. Razão Social:	
8. Nome Fantasia:	
9. Natureza Jurídica:	
10. CPF / CNPJ:	

Itens a serem verificados:

Item 7:

Preenchimento obrigatório. Verificar se a razão social ou nome coincide com o ato constitutivo ou comprovante de endereço, respectivamente.

Itens 8 e 9:

Preenchimento não obrigatório.

Item 10:

Preenchimento obrigatório. Verificar se o CNPJ ou CPF coincide com o ato constitutivo ou comprovante de endereço, respectivamente.

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			
Itens a serem verificados: Itens 11 e 12: Preenchimento obrigatório. Verificar se o logradouro ou número coincide com o ato constitutivo ou comprovante de endereço, respectivamente. Itens 13 e 14: Preenchimento não obrigatório. Itens 16, 17 e 18: Preenchimento obrigatório.			

IV. CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui	
19. Esfera Administrativa:	20. Natureza da Organização:
Itens a serem verificados: Itens 19 e 20: Preenchimento não obrigatório.	

V. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAIS E TÉCNICOS – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui			
> Responsável Legal			
21. Nome do responsável legal:			
CPF:	Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:		
V. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAIS E TÉCNICOS - Continuação			
> Responsável Técnico			
22. Nome do responsável técnico		CPF:	
Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:	Sigla do Conselho Profissional:	UF:	Nº Inscrição Conselho:
Itens a serem verificados: Item 21: Preenchimento obrigatório. Verificar se o nome e o CPF coincidem com o constante no ato constitutivo ou no CPF, no caso de pessoa física. Item 22: Preenchimento dependente de informação. Apenas quando o estabelecimento necessitar de RT. O nome do RT, CPF, Sigla do Conselho Profissional, UF, Número de inscrição no conselho, Código e descrição da Classificação Brasileira de Ocupações devem estar preenchidos. Itens 23, 24 e 25: Preenchimento não obrigatório.			

VI. AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DA EMPRESA (AFE) – Informe os dados da AFE, se houver: – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui									
a) Número da AFE:					b) Data da Publicação da AFE:				
VII. ATIVIDADES PRÓPRIAS – Assinale uma ou mais alternativas de "a"; ou assinale a alternativa "b"; ou, "c". – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui									
a) ☐ DISTRIBUIR ☐ IMPORTAR ☐ EXPORTAR ☐ ARMAZENAR EM DEPÓSITO FECHADO ☐ TRANSPORTE PRÓPRIO									
b) ☐ ARMAZENAR EM ÁREA PRÓPRIA c) ☐ CONTROLE DE QUALIDADE PRÓPRIO									
VIII. CATEGORIA DE PRODUTO/GRAU DE RISCO – Assinale uma ou mais Categoria de Produto comercializado e os respectivos Graus de Risco, referente às Classes de Produto indicadas.									
	Grau de Risco					Grau de Risco			
	I	II	III	IV		I	II	III	IV
099 – Acessórios	☐	☐	☐	☐	106 – Material ou artigo líquido	☐	☐	☐	☐
100 – Aparelhos	☐	☐	☐	☐	107 – Material ou artigo semissólido	☐	☐	☐	☐
102 – Equipamentos	☐	☐	☐	☐	108 – Material ou artigo sólido	☐	☐	☐	☐
103 – Instrumentos	☐	☐	☐	☐	109 – Mobiliários (específicos da saúde)	☐	☐	☐	☐
104 – Material ou artigo descartável	☐	☐	☐	☐	110 – Outros produtos para saúde	☐	☐	☐	☐
105 – Material ou artigo implantável	☐	☐	☐	☐	112 – Produto para diagnóstico de uso "in vitro"	☐	☐	☐	☐
Itens a serem verificados: Após a identificação dos responsáveis, as informações mudam entre os formulários, sendo que esses campos não são obrigatórios.									

IX. 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).			
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.			
Itens a serem verificados: Local, Data e Assinatura do Responsável Legal: Preenchimento obrigatório. Verificar a assinatura. Se for assinado digitalmente, verificar se a assinatura foi emitida por uma autoridade certificadora reconhecida pela Infraestrutura de Chaves-Públicas Brasileira – ICP/Brasil. Assinatura do Responsável Técnico. Preenchimento dependente de informação. Esse item apenas deverá ser assinado apenas quando o estabelecimento necessitar de RT.			

8.5. Conferir os Documentos da Solicitação

Documento	Itens a serem conferidos
Declaração de Conformidade da Atividade - DCA	Verificar se o documento apresentado corresponde a atividade da solicitação e se existe a assinatura.
Ato Constitutivo da Empresa	Verificar no objeto social a atividade econômica constante na solicitação da licença.
CPF	Verificar se o documento confere com os dados constantes na identificação dos responsáveis legal e técnico(s).
Documento de Identidade com foto	Verificar se o documento confere com os dados constantes no formulário. Esse documento pode ser substituído pelo CPF.
Comprovante de Endereço	Verificar se o documento confere com o campo de logradouro constante no formulário.

Documento de Comprovação de Habilitação Profissional do Responsável Técnico	Verificar se o documento confere com os dados constantes na identificação do responsável técnico.
Documento de Comprovação de Vínculo do Responsável Técnico	Verificar se o documento confere com os dados constantes na identificação do responsável técnico.
Demais documentos	Verificar se consta o documento solicitado.

8.6. Documentos e Formulários adequados

Verificar se os documentos e formulários estão corretos. Em caso positivo, abrir o processo SEI da solicitação e registrar no SIVISA, conforme procedimento específico.

8.7. Caso a solicitação não esteja completa.

8.7.1. Solicitações recebidas pelo e-mail.

Responder o e-mail do solicitante, com o modelo abaixo:

Prezado(a) [Nome],

Recebemos a solicitação de [tipo de solicitação] referente ao estabelecimento [nome do estabelecimento], CNPJ [número].

Após análise da documentação enviada, foram identificadas as seguintes inconsistências:

[Listar as inconsistências de forma clara e objetiva]

Essas pendências impedem a continuidade do processo. Solicitamos, portanto, que as informações sejam complementadas no prazo de 3 (três) dias úteis, contados a partir do recebimento deste e-mail.

Informações sobre o processo de licenciamento sanitária no município de São Paulo podem ser obtidas no link: [...]

Caso haja dúvidas ou necessidade de esclarecimentos, estamos à disposição.

Atenciosamente,"

8.7.2. Solicitações recebidas pelo Portal 156.

Os modelos de respostas constantes nesse procedimento devem também ser utilizados para as solicitações recebidas pelo Portal 156, devendo ser utilizado no processo SEI o tipo de documento "SP-156: pedido de complemento", conforme o "Manual - Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde no Portal 156".

9. RECURSOS NECESSÁRIOS

- **Recursos Humanos:** Servidores capacitados para atendimento ao público e análise documental preliminar;
- **Recursos Materiais:** Computadores com acesso à internet e aos sistemas institucionais;
- **Recursos Tecnológicos:** Acesso ao SEI, SIVISA e e-mail institucional.

10. DESVIOS E AÇÕES NECESSÁRIAS

Qualquer situação que não esteja prevista neste procedimento deverá ser encaminhada à chefia imediata, que será responsável por analisar o caso e adotar as providências cabíveis.

11. ANEXOS

Fluxograma do processo.

12. HISTÓRICO DE REVISÃO

Nº da Revisão	Data	Item	Alterações
00		N/A	Emissão Inicial.