



Carro _____

_____/_____/_____/

Nº 8255

Secretaria de Saúde

Saúde para todos

QUANT.	DISCRIMINAÇÃO
	LITROS DE GASOLINA
	LITROS DE ÓLEO DIESEL
	LITROS DE ÁLCOOL

REQUISITANTE

RESPONSÁVEL



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Presidente Vargas, 398 - 1° andar - Centro - CEP 17690-000 - Bastos-SP



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Presidente Vargas, 398 - 1º andar - Centro - CEP 17690-000 - Bastos-SP

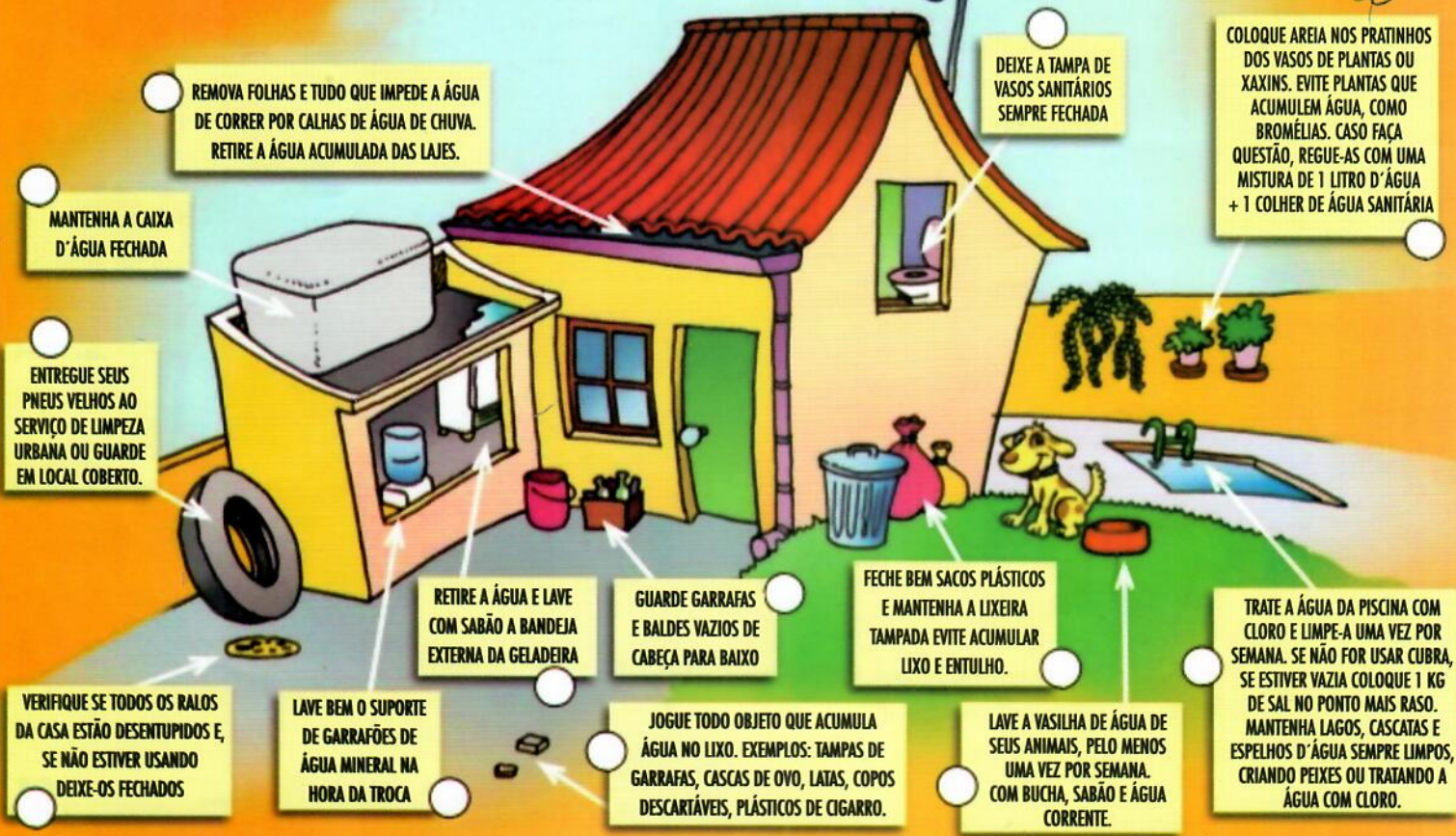
4

Conheça aqui os principais cuidados que você deve ter para manter o mosquito da dengue longe de sua casa e da vizinhança.



Prefeitura de Bastos
Secretaria Municipal de Saúde

06



REMOVA FOLHAS E TUDO QUE IMPEDIR A ÁGUA DE CORRER POR CALHAS DE ÁGUA DE CHUVA. RETIRE A ÁGUA ACUMULADA DAS LAJES.

MANTENHA A CAIXA D'ÁGUA FECHADA

ENTREGUE SEUS PNEUS VELHOS AO SERVIÇO DE LIMPEZA URBANA OU GUARDE EM LOCAL COBERTO.

DEIXE A TAMPA DE VASOS SANITÁRIOS SEMPRE FECHADA

COLOQUE AREIA NOS PRATINHOS DOS VASOS DE PLANTAS OU XAXINS. EVITE PLANTAS QUE ACUMULEM ÁGUA, COMO BROMÉLIAS. CASO FAÇA QUESTÃO, REGUE-AS COM UMA MISTURA DE 1 LITRO D'ÁGUA + 1 COLHER DE ÁGUA SANITÁRIA

RETIRE A ÁGUA E LAVE COM SABÃO A BANDEJA EXTERNA DA GELADEIRA

GUARDE GARRAFAS E BALDES VAZIOS DE CABEÇA PARA BAIXO

FECHE BEM SACOS PLÁSTICOS E MANTENHA A LIXEIRA TAMPADA EVITE ACUMULAR LIXO E ENTULHO.

TRATE A ÁGUA DA PISCINA COM CLORO E LIMPE-A UMA VEZ POR SEMANA. SE NÃO FOR USAR CUBRA, SE ESTIVER VAZIA COLOQUE 1 KG DE SAL NO PONTO MAIS RASO. MANTENHA LAGOS, CASCATAS E ESPELHOS D'ÁGUA SEMPRE LIMPOS, CRIANDO PEIXES OU TRATANDO A ÁGUA COM CLORO.

VERIFIQUE SE TODOS OS RALOS DA CASA ESTÃO DESENTUPIDOS E, SE NÃO ESTIVER USANDO DEIXE-OS FECHADOS

LAVE BEM O SUPORTE DE GARRAFÕES DE ÁGUA MINERAL NA HORA DA TROCA

JOGUE TODO OBJETO QUE ACUMULA ÁGUA NO LIXO. EXEMPLOS: TAMPAS DE GARRAFAS, CASCAS DE OVO, LATAS, COPOS DESCARTÁVEIS, PLÁSTICOS DE CIGARRO.

LAVE A VASILHA DE ÁGUA DE SEUS ANIMAIS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA. COM BUCHA, SABÃO E ÁGUA CORRENTE.

[Handwritten signature]

UF	19-	BASTOS
SP		

Notificação de Receita

UF	19-	BASTOS
SP		

B

Identificação do Emitente
Secretaria Municipal de Saúde de Bastos
Dr. Luiz Carlos Barufatti
 Rua Presidente Vargas, 398 - 1º Andar - Centro
 C.R.M. 38.617
 CEP 17690-000 - BASTOS - SP

Data _____

Paciente _____

Medicamento _____

_____ de _____ de _____

Paciente - Nome _____

Endereço _____

Ass. Carimbo do Emitente _____

Medicamento ou Substância
Quantidade e Forma Farmacêutica
Dose por Unidade Posológica
Posologia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____

Endereço _____

Telefone _____

Identidade N° _____

Orgão Emissor _____

Carimbo do Fornecedor _____

Nome do Vendedor _____

Data _____

GRÁFICA MULTI COGES - Gráfica Multi Cores de Bastos Ltda - ME - R. 7 de Setembro, 199 - Bastos - SP - Fone: (14) 3478-3555 CNPJ: 07.193.000/0001-44 - I.E. 237.603.303.116 150 Tis. de 19-128.251 à 19-135.750 - A.I. 73/2022 - 06/01/2022



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BASTOS

BOLETIM DE ATIVIDADES DE VIGILÂNCIA E CONTROLE

ROTINA PENDÊNCIA

FOLHA _____

MUNICÍPIO _____ CÓDIGO _____

ÁREA _____ SETOR _____ SETOR CENSTÁRIO _____

QUART. _____ EXECUÇÃO _____ DATA _____

ATIVIDADES

1 - PONTO ESTRATÉGICO
 2 - PESQ. DE ARMADILHAS
 3 - DELIMITAÇÃO DE FOCO (CAD.)
 4 - BLOQUEIO - CONTR. CRIAD
 5 - BLOQUEIO - NEBULIZAÇÃO
 6 - ARRASTÃO

7 - MÓVEIS ESPECIAIS

8 - CRIAD. ESPECÍFICOS
 9 - CASA A CASA ROTINA
 10 - CASA A CASA INTENSIFICAÇÃO
 11 - OUTROS
 12 - ADL

- TIPO DE RECIPIENTES**
- A - DEPÓSITO ELEVADO**
- 1 - LIGADO À REDE
 - 2 - NÃO LIGADO À REDE
 - 3 - DEPÓSITO NÃO ELEVADO
 - 4 - LIGADO À REDE
 - 5 - MÓVIL LIGADO À REDE
 - 6 - VASO DE PLANTAS/ÁGUA
 - 7 - PRATO / PINGADEIRA
 - 8 - CONSUMO ANIMAL
 - 9 - CONSUMO
 - 10 - DEPÓSITO P/ HORTICULTURA
 - 11 - LATA FRASCO PLÁSTICO UTILIZÁVEIS
 - 12 - LATA FRASCO PLÁSTICO UTILIZÁVEIS
 - 13 - GARRAFAS PET/PLÁSTICO
 - 14 - BALDE / REGADOR
 - 15 - BANDEJA GELADEIRA / AR COND.
 - 16 - MATERIAL DE CONSTRUÇÃO
 - 17 - OUTROS
- D - FIOS**
- 18 - RALO INTERNO
 - 19 - RALO EXTERNO
 - 20 - LIXE
 - 21 - CALHA
 - 22 - VASO SANITÁRIO / CX DESCARGA
 - 23 - PISCINA
 - 24 - DEPÓSITO P/ CONSTRUÇÃO
 - 25 - DEPÓSITO P/ HORTICULTURA
 - 26 - CONSUMO ANIMAL
 - 27 - OUTROS
- E - REFRIGER**
- 28 - PNEU
 - 29 - OUTROS CORRELATOS
- F - PASSÍVEIS REMOÇÃO / ALTERAÇÃO**
- 30 - LATA FRASCO PLÁSTICO
 - 31 - GARRAFA DESCARTÁVEL
 - 32 - LONA ENGRUADADO PLÁSTICO
 - 33 - ENTULHO DE CONSTRUÇÃO
 - 34 - LIXE / LIXA
 - 35 - MASSERA
 - 36 - BARCO
 - 37 - OUTROS
- G - NATRANS**
- 38 - COO DE ARVORE E BAMBU
 - 39 - BROMÉLIAS
 - 40 - OUTROS

CAMPO _____

RESPONSÁVEL _____

VISTO _____

LABORATÓRIO _____

DATA _____

RESPONSÁVEL _____

NÚMERO DE MÓVEIS POSITIVOS

Aedes aegypti _____

Aedes albopictus _____

AMBOS _____

CAD. OU Nº ORDEM	ENDEREÇO	NÚMERO COMPLEM.	SITUAÇÃO DO IMÓVEL		RECIPIENTES			C M O C O T R O N O E	TRATAMENTO QUÍMICO				A A O S T I A	LARVAS		P R E F O R M O		
			TRAB. FECH. REC.	REC. REC.	TIPO EXIST.	COM ÁGUA	COM LARVA		PROD. ALTER.	FOCAL.	FOCAL.	NEBULIZAÇÃO		Exam	Ae aeg		Ae ab	
																		PERI. FOCAL.
	RUA, AVENIDA																	
TOTAL																		

Sobler

09



ATENDIMENTO BÁSICO

Nº ORDEM	Nº PRONTUÁRIO	NOME DO PACIENTE / ENDEREÇO	PROCEDIMENTO		ASSINATURA
			IDADE	DESCRIÇÃO	
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					



Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Bastos

FICHA DE NOTIFICAÇÃO RÁPIDA DE SUSPEITA DE AGRAVOS À SAÚDE DO TRABALHADOR

Nome do Acidentado: _____

Data de Nascimento: ___ / ___ / ___ Nome da Mãe: _____

Endereço (Rua/Av.nº): _____

Bairro: _____ Telefone: _____ Município: _____

Data de Ocorrência: ___ / ___ / ___ Descrição do Agravado: _____

Empresa/Local onde Trabalha: _____

_____ Ocupação: _____

Unidade de saúde que pertence: _____

Responsável pelo Preenchimento: _____ Data: ___ / ___ / ___

J. H. M. 11

30/1/2011

“IDENIFICAR ESTE IMPRESSO COM O CARIMBO DA UNIDADE NOTIFICANTE”

Nome do Acidentado: nome do trabalhador acidentado.

Data de Nascimento: do trabalhador.

Nome da mãe: do trabalhador.

Endereço (Rua/Av.nº), bairro, município e telefone: residência do trabalhador.

Data da ocorrência: dia da ocorrência do agravo.

Descrição do Agravo: descrever as lesões (local do corpo, bem como esmagamento, amputações queimaduras...) e o que causou (maquinas, quedas, transporte, intoxicações/ produtos químicos).

Empresa/Local onde Trabalha: informar os dados que possui, bem como, razão social, nome fantasia e outros

Ocupação: atividade profissional que estava desenvolvendo no momento do agravo.

Unidade de saúde que pertence: nome da Unidade de Saúde e/ou referência mais próxima de sua residência.

Responsável pelo Preenchimento: nome de quem realizou o preenchimento desta ficha.

Data: dia do registro do agravo.

**ATENÇÃO: “EM CASO DE ACIDENTE GRAVE OU FATAL COMUNICAR
RAPIDAMENTE”**

SVE- 01 NOTIFICAO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS ____/____/____

() CSII BASTOS () PSF I () PSF II () PSF III () P.SOC

Nº do prontuário ou Ficha de atendimento ambulatorial : _____

Nome da doença : _____

Nome do doente: _____

Idade _____ Sexo _____ Ocupação: _____

Nome da mãe ou responsável: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Município: _____

Outros endereços:(Local de trabalho, escola,etc.): _____

Local onde se encontra o doente: _____

Referência que facilite a localização do endereço : _____

Nome do notificante: _____

Ocupação do notificante: _____

Endereço do notificante: _____

Assinatura e carimbo do responsável pelo preenchimento

SVE- 01 NOTIFICAO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS ____/____/____

() CSII BASTOS () PSF I () PSF II () PSF III () P.SOC

Nº do prontuário ou Ficha de atendimento ambulatorial : _____

Nome da doença : _____

Nome do doente: _____

Idade _____ Sexo _____ Ocupação: _____

Nome da mãe ou responsável: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Município: _____

Outros endereços:(Local de trabalho, escola,etc.): _____

Local onde se encontra o doente: _____

Referência que facilite a localização do endereço : _____

Nome do notificante: _____

Ocupação do notificante: _____

Endereço do notificante: _____

Assinatura e carimbo do responsável pelo preenchimento

Blank lined paper with horizontal ruling lines.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Anexo Comunicado CVS - 101, de 05/10/2011

ROTEIRO DE INSPEÇÃO
AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA PARA CONTROLE DA DENGUE

Grupo de Vigilância Sanitária (GVS): _____

Município: _____

Dados do local inspecionado:

Razão Social: _____ CNPJ _____

Representante Legal: _____ CPF _____

Ramo de Atividade: _____

End: _____ nº _____

Bairro: _____ Tel: _____ Cidade: _____

Inspeção Sanitária Rotina Denúncia Outra _____

Situações de Risco: Estruturas, equipamentos, recipientes e outros objetos sem proteção ou com acúmulo de água.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Pratos de vasos com plantas | <input type="checkbox"/> 15. Caixas-d'água, tonéis, depósitos d' água em geral |
| <input type="checkbox"/> 2. Plantas em vasos d' água para enraizar | <input type="checkbox"/> 16. Poços cacimba |
| <input type="checkbox"/> 3. Vasos de água com plantas | <input type="checkbox"/> 17. Filtros e recipientes para água de consumo humano |
| <input type="checkbox"/> 4. Vasos vazios, baldes, regadores etc. | <input type="checkbox"/> 18. Caixas de descarga, vasos sanitários com pouco uso e trilho de box dos banheiros |
| <input type="checkbox"/> 5. Materiais inservíveis dispostos a céu aberto (latas, garrafas, tampas, brinquedos, copos plásticos, recipientes e outros objetos que acumulam água) | <input type="checkbox"/> 19. Lixeiras externas |
| <input type="checkbox"/> 6. Recipientes de água mineral retornável | <input type="checkbox"/> 20. Lixo doméstico |
| <input type="checkbox"/> 7. Pneus | <input type="checkbox"/> 21. Áreas externas em geral (terrenos baldios, jardins, quintais, etc) |
| <input type="checkbox"/> 8. Calhas, coletores de água pluviais, caixas de inspeção, drenos etc. | <input type="checkbox"/> 22. Bandeja de coleta de água da geladeira |
| <input type="checkbox"/> 9. Ralos com pouco uso | <input type="checkbox"/> 23. Obras de construção civil |
| <input type="checkbox"/> 10. Condicionadores de ar | <input type="checkbox"/> 24. Lajes |
| <input type="checkbox"/> 11. Piscinas | <input type="checkbox"/> 25. Aquários de peixes |
| <input type="checkbox"/> 12. Chafarizes, fontes, espelhos d' água, cascatas, lagos e outros | <input type="checkbox"/> 26. Bebedouros de animais domésticos |
| <input type="checkbox"/> 13. Bromélias e outras plantas que acumulam água entre as folhas | <input type="checkbox"/> 27. Barcos, canoas, caiaques e outras embarcações |
| <input type="checkbox"/> 14. Muros com cacos de vidros, cercas, tocos de madeira ou outras superfícies que acumulem água | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| | <input type="checkbox"/> NÃO IDENTIFICADA NENHUMA SITUAÇÃO DE RISCO NA PROPRIEDADE/ESTABELECIMENTO INSPECIONADO. |

Medidas Adotadas

- Orientação Técnica
- Termo de Notificação
- Termo de Intimação
- Auto de Infração nº _____
- Prazo _____ para sanar as irregularidades de forma alternativa ou definitiva.
- Comunicação à equipe de controle de vetores ou de outros setores.
- Outras _____

Outras informações

- Os dados constantes da inspeção devem ser registrados no Sistema de Informação em Vigilância Sanitária (SIVISA), nos termos da Portaria CVS – 4, de 21/03/2011.

- Considerar para as ações, dentre outros, os seguintes dispositivos legais de referência:

Lei estadual nº 10.083 de 23 de setembro de 1998- Artigos 2º (inciso II, V e VI); 12, 14, 15, 18, 24, 27, 92, 93, 95, 110, 111, 112 (inciso I, III, V e XIII); 122 (inciso III, VII, VIII, XIX e XX) e 145

Decreto Estadual nº 12.342 de 27 de setembro de 1978- Artigos 9, 11, 355 e 539

Resolução SS-16, de 28 de janeiro de 1991

Observação: Verificar a existência de outras legislações municipais.

Inspeção sanitária realizada em ____/____/____, ____:____h

Responsável pelo local

CPF ou RG _____

Autoridade Sanitária

Nome Legível _____

Credencial Nº _____

Assinatura _____

Carimbo

Retorno programado para ____/____/____.

Outras informações:



Secretaria Municipal de Saúde

RELATÓRIO VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE BASTOS

2031

Do	Número	Ano	Rubrica
VISA DE BASTOS			

INTERESSADO:-

ASSUNTO:-



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

PROCEDIMENTOS EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

I - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE EXECUTORA

1. NOME DA UNIDADE

II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

2. RAZÃO SOCIAL / NOME

3. NOME FANTASIA

4. CNPJ / CPF

5. NATUREZA JURÍDICA: PESSOA FÍSICA OU PESSOA JURÍDICA

6. CÓDIGO CNAE

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE À SAÚDE DO ESTABELECIMENTO

7. Nº CEVS - CADASTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

III - LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

8. LOGRADOURO

9. NÚMERO

10. COMPLEMENTO

11. BAIRRO

12. UF

13. NOME MUNICÍPIO

14. CEP

15. DDD

16. TELEFONE

17. FAX

18. ENDEREÇO ELETRÔNICO

IV - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO / LOCAL ALVO DO PROCEDIMENTO

19. SITUAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, A INFORMAÇÃO SOLICITADA:

ALBERGANTE

ALBERGADO - INFORME CNPJ DO ALBERGANTE, NO CASO DE ALBERGADO TERCEIRIZADO:

20. REGISTRAR O CÓDIGO DO LOCAL, NO CASO DESTA SER ISENTA DO CADASTRO

ESPECIFIQUE:

V - CARACTERIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

21. A. ORIGEM COD

21. B. FINALIDADE COD

22. AÇÃO COMPARTILHADA MUNICIPAL ESTADUAL FEDERAL

23. PERÍODO DE EXECUÇÃO DATA INÍCIO

A DATA TÉRMINO

24. PROCEDIMENTOS EXECUTADOS: INSPEÇÃO SANITÁRIA COLHEITA AMOSTRA EDUCAÇÃO e COMUNICAÇÃO VIGILÂNCIA SANITÁRIA

25. AGENTE DE RISCOS DO AMBIENTE DE TRABALHO E PROCESSO PRODUTIVO - ASSINALE CONFORME AS ALTERNATIVAS PRESENTES: RESPECTIVO GRAU DE RISCO.

AGENTES: QUÍMICOS FÍSICOS BIOLÓGICOS ERGONÔMICOS MECÂNICOS

26. OBJETIVO DOS PROCEDIMENTOS



SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE EDIFICAÇÕES, INSTALAÇÕES E EMPREENDIMENTOS DE INTERESSE À SAÚDE

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

1. Nº DO PROTOCOLO

2. DATA DO PROTOCOLO

3. Nº DO PROCESSO MÃE

II - OBJETO DA SOLICITAÇÃO

4. TIPO DO PROJETO A SER AVALIADO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

EDIFICAÇÃO NOVA

AMPLIAÇÃO DE EDIFICAÇÃO

REFORMA E ADAPTAÇÃO EM EDIFICAÇÃO EXISTENTE

INSTALAÇÃO

OUTROS

4A. REGISTRE A ATIVIDADE ECONÔMICA EXERCIDA OU A SER EXERCIDA NO LOCAL DO PROJETO:

CÓDIGO CNAE DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE À SAÚDE DO ESTABELECIMENTO

4B. REGISTRE O SOLICITADO NO CASO DE ESTABELECIMENTO CADASTRADO NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA:

Nº CEVS - CADASTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

III - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO / EMPREENDIMENTO

7. RAZÃO SOCIAL / NOME

8. NOME FANTASIA

9. CNPJ / CPF 10. NATUREZA JURÍDICA: PESSOA FÍSICA OU PESSOA JURÍDICA

IV - LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO / EMPREENDIMENTO

11. LOGRADOURO 12. NÚMERO

13. COMPLEMENTO 14. BAIRRO

15. UF 16. MUNICÍPIO

17. CEP 18. DDD 19. TELEFONE 20. FAX

21. ENDEREÇO ELETRÔNICO

V - DOCUMENTOS ANEXOS

22. REGISTRE AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS REFERENTES AOS DOCUMENTOS ANEXADOS AO PROJETO:

A. JOGOS DE PLANTAS Nº DE FOLHAS _____

B. MEMORIAL DE PROJETO Nº DE FOLHAS _____

C. MEMORIAL DE ATIVIDADES Nº DE FOLHAS _____

D. ART Nº: _____

E. OUTROS - Especifique _____

VI - IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS

29. NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL

A. CPF

B. ENDEREÇO ELETRÔNICO

C. LOGRADOURO

D. NÚMERO

E. COMPLEMENTO

F. BAIRRO

G. UF

H. MUNICÍPIO

I. CEP

J. DDD

L. TELEFONE

M. FAX

30. NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO PROJETO

A. CPF

B. SIGLA CONS. PROF. **C R E A**

C. UF D. Nº INSCRIÇÃO CONSELHO PROFISSIONAL

E. CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

F. LOGRADOURO

G. NÚMERO

H. COMPLEMENTO

I. BAIRRO

J. UF

L. MUNICÍPIO

M. CEP

N. DDD

O. TELEFONE

P. FAX

Q. ENDEREÇO ELETRÔNICO

Declaramos que a edificação ou o empreendimento, objeto dessa solicitação de avaliação, será construída (reformada/adaptada) de acordo com o definido no presente projeto, de forma a garantir as condições de salubridade em todos os ambientes internos e seu entorno, conforme a legislação sanitária vigente e demais normas legais pertinentes.

Estamos cientes de que o não cumprimento do acima declarado acarretará na impossibilidade de efetivação do cadastramento do objeto de interesse à saúde, ora solicitado, no órgão de vigilância sanitária competente.

Por ser verdade, firmamos a presente declaração.

Local

Data

Assinatura. Responsável Legal

Assinatura. Responsável Técnico

V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO (CONT.)

23. SITUAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, A INFORMAÇÃO SOLICITADA:

ALBERGANTE ALBERGADO - INFORMTE CNPJ DO ALBERGANTE, NO CASO DE ALBERGADO TERCEIRIZADO: _____

24. TIPO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, A INFORMAÇÃO SOLICITADA:

MATRIZ MANTENEDORA FILIAL / MANTIDO - INFORMTE CNPJ MATRIZ /MANTENEDORA, NO CASO DE FILIAL: _____

25. ESFERA ADMINISTRATIVA - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

PRIVADO FEDERAL ESTADUAL MUNICIPAL

26. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

SINDICATO SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - AUTARQUIAS
 COOPERATIVA ADMINISTRAÇÃO DIRETA - SAÚDE ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - FUNDAÇÃO PÚBLICA
 FUNDAÇÃO PRIVADA ADMINISTRAÇÃO DIRETA - OUTROS ÓRGÃOS ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - EMPRESA PÚBLICA
 EMPRESA ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - ORGANIZAÇÃO SOCIAL PÚBLICA
 EMPRESA DE ECONOMIA MISTA ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS

27. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

UNIVERSITÁRIA ESCOLA SUPERIOR ISOLADA AUXILIAR DE ENSINO NÃO POSSUI UNIDADE DESSE TIPO

28. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS / PROFISSIONAIS - CONSIDERE TODOS OS NÍVEIS DE FORMAÇÃO: SUPERIOR, TÉCNICO, MÉDIO E ELEMENTAR.

PRÓPRIOS _____ C/ VÍNCULO _____ AUTÔNOMOS _____ TERCEIRIZADOS _____ TOTAL _____

VI - IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS

29. NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL _____

CPF _____ CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO _____

30. RESPONSÁVEL TÉCNICO _____

CPF _____ SIGLA CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO CONSELHO _____

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO _____

31. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01 _____

CPF _____ SIGLA CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO CONSELHO _____

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO _____

32. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02 _____

CPF _____ SIGLA CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO CONSELHO _____

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO _____

33. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03 _____

CPF _____ SIGLA CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO CONSELHO _____

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO _____

VII - ANEXOS

34. REGISTRE O NÚMERO DE FOLHAS, SEGUNDO OS ANEXOS UTILIZADOS PARA COMPLEMENTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DESTE FORMULÁRIO:

____ ATIVIDADE RELACIONADA A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE _____ ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE _____ EQUIPAMENTOS DE SAÚDE _____

Declaramos cumprir à legislação vigente e assumimos, civil e criminalmente, inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas neste formulário e seu(s) anexo(s).

BASTOS ____/____/____
Data

Assinatura do Responsável Legal

Assinatura do Responsável Técnico

Assinatura do Responsável Técnico Subst. 01

Assinatura do Responsável Técnico Subst. 02

Assinatura do Responsável Técnico Subst. 03



SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE EDIFICAÇÕES, INSTALAÇÕES E EMPREENDIMENTOS DE INTERESSE À SAÚDE

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

1. N.º DO PROTOCOLO

2. DATA DO PROTOCOLO

3. N.º DO PROCESSO MÃE

II - OBJETO DA SOLICITAÇÃO

4. TIPO DO PROJETO A SER AVALIADO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

EDIFICAÇÃO NOVA

AMPLIAÇÃO DE EDIFICAÇÃO

REFORMA E ADAPTAÇÃO EM EDIFICAÇÃO EXISTENTE

INSTALAÇÃO

OUTROS

4A. REGISTRE A ATIVIDADE ECONÔMICA EXERCIDA OU A SER EXERCIDA NO LOCAL DO PROJETO:

CÓDIGO CNAE DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE À SAÚDE DO ESTABELECIMENTO

4B. REGISTRE O SOLICITADO NO CASO DE ESTABELECIMENTO CADASTRADO NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA:

N.º CEVS - CADASTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

III - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO / EMPREENDIMENTO

7. RAZÃO SOCIAL / NOME

8. NOME FANTASIA

9. CNPJ / CPF

10. NATUREZA JURÍDICA: PESSOA FÍSICA OU PESSOA JURÍDICA

IV - LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO / EMPREENDIMENTO

11. LOGRADOURO 12. NÚMERO

13. COMPLEMENTO 14. BAIRRO

15. UF 16. MUNICÍPIO

17. CEP 18. DDD 19. TELEFONE 20. FAX

21. ENDEREÇO ELETRÔNICO

V - DOCUMENTOS ANEXOS

22. REGISTRE AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS REFERENTES AOS DOCUMENTOS ANEXADOS AO PROJETO:

A. JOGOS DE PLANTAS Nº DE FOLHAS _____ B. MEMORIAL DE PROJETO Nº DE FOLHAS _____

C. MEMORIAL DE ATIVIDADES Nº DE FOLHAS _____ D. ART Nº: _____

E. OUTROS - Especifique _____

VI - IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS

29. NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL

A. C P F B. ENDEREÇO ELETRÔNICO

C. LOGRADOURO D. NÚMERO

E. COMPLEMENTO F. BAIRRO

G. UF H. MUNICÍPIO

I. CEP J. DDD L. TELEFONE M. FAX

30. NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO PROJETO

A. C P F B. SIGLA CONS. PROF. C. UF D. Nº INSCRIÇÃO CONSELHO PROFISSIONAL

E. CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

F. LOGRADOURO G. NÚMERO

H. COMPLEMENTO I. BAIRRO

J. UF L. MUNICÍPIO

M. CEP N. DDD O. TELEFONE P. FAX

Q. ENDEREÇO ELETRÔNICO

Declaramos que a edificação ou o empreendimento, objeto dessa solicitação de avaliação, será construída (reformada/adaptada) de acordo com o definido no presente projeto, de forma a garantir as condições de salubridade em todos os ambientes internos e seu entorno, conforme a legislação sanitária vigente e demais normas legais pertinentes.

Estamos cientes de que o não cumprimento do acima declarado acarretará na impossibilidade de efetivação do cadastramento do objeto de interesse à saúde, ora solicitado, no órgão de vigilância sanitária competente.

Por ser verdade, firmamos a presente declaração.

Local _____

Data ____/____/____

Assinatura. Responsável Legal

Assinatura. Responsável Técnico

PREFEITURA MUNICIPAL DE BASTOS
ATENDIMENTO OFTALMOLÓGICO

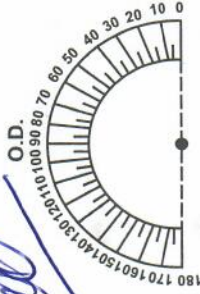
Para o Sr. (a) _____

Observações: _____

Bastos, _____ de _____ de _____

_____ Assinatura

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]
 29/12/18 R 1800

[Handwritten signature]

EXAME DE REFRAÇÃO

LONGE	ESF.	CIL.	EIXO
O.D.			
O.E.			DP=
			m/m

PERTO	ESF.	CIL.	EIXO
O.D.			
O.E.			DP=
			m/m

[Handwritten signature]