



Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB
Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA
Diretoria de Vigilância Sanitária e em Saúde Ambiental – DIVISA

Formulário de Requerimento
Vigilância Sanitária

Código:
F.SGQ.002

Emissão:
04/07/2022

Coordenação:
NGPD

Revisão: 01
26/02/2024

I – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO (preenchido pelo requisitante)

NATUREZA JURÍDICA		RAZÃO SOCIAL / NOME (se PF)			
<input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica (PJ)					
<input type="checkbox"/> Pessoa Física (PF)		NOME FANTASIA			
CNPJ / CPF (se PF)	TIPO	MATRIZ MANTENEDORA	FILIAL / MANTIDO (informe o CNPJ da Matriz):		
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL		INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL		
ESFERA ADMINISTRATIVA	<input type="checkbox"/> PRIVADO	<input type="checkbox"/> FEDERAL	<input type="checkbox"/> ESTADUAL	<input type="checkbox"/> MUNICIPAL	
NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO					
<input type="checkbox"/> EMPRESA PRIVADA	<input type="checkbox"/> EMPRESA DE ECONOMIA MISTA	<input type="checkbox"/> COOPERATIVA	<input type="checkbox"/> SINDICATO	<input type="checkbox"/> FUNDAÇÃO PRIVADA	
<input type="checkbox"/> ADM. DIRETA – SAÚDE	<input type="checkbox"/> ADM. DIRETA – OUTRO ÓRGÃO	<input type="checkbox"/> ADM. INDIRETA – AUTARQUIA	<input type="checkbox"/> ADM. INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> ADM. INDIRETA – ORGANIZAÇÃO SOCIAL PÚBLICA	
<input type="checkbox"/> ENTIDADE BENEFICENTE	<input type="checkbox"/> SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO				
UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA	UNIVERSITÁRIA	ESCOLA SUP. ISOLADA	AUXILIAR DE ENSINO	NÃO SE APLICA	
SERVIÇOS PRÓPRIOS – citar todos					

SERVIÇOS TERCEIRIZADOS – citar todos e informar CNPJ

II – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO (preenchido pelo requisitante)

ENDEREÇO			
BAIRRO	MUNICÍPIO	ESTADO	CEP
PONTO DE REFERÊNCIA			
E-MAIL	TELEFONE ()	CELULAR ()	

III – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS (preenchido pelo requisitante)

RESPONSÁVEL LEGAL			
NOME COMPLETO			
CPF	RG	ORG. EXP.	DATA EXP.
GRADUAÇÃO/ ESPECIALIZAÇÃO	CONSELHO PROFISSIONAL	UF	Nº DE INSCRIÇÃO
E-MAIL		TELEFONE	
RESPONSÁVEL TÉCNICO			
NOME COMPLETO			
CPF	RG	ORG. EXP.	DATA EXP.
CONSELHO PROFISSIONAL	UF		Nº DE INSCRIÇÃO
GRADUAÇÃO/ ESPECIALIZAÇÃO			
RESPONSABILIDADE TÉCNICA			
<input type="checkbox"/> PRINCIPAL		<input type="checkbox"/> SETOR/SERVIÇO	
E-MAIL		TELEFONE	



Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB
Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA
Diretoria de Vigilância Sanitária e em Saúde Ambiental – DIVISA

Formulário de Requerimento
Vigilância Sanitária

Código:
F.SGQ.002
Emissão:
04/07/2022
Coordenação:
NGPD
Revisão: 01
26/02/2024

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO

NOME COMPLETO

CPF	RG	ORG. EXP.	DATA EXP.
CONSELHO PROFISSIONAL		UF	Nº DE INSCRIÇÃO
GRADUAÇÃO/ ESPECIALIZAÇÃO			
RESPONSABILIDADE TÉCNICA	<input type="checkbox"/> PRINCIPAL	<input type="checkbox"/> SETOR/SERVIÇO	
E-MAIL	TELEFONE		

IV – SOLICITAÇÃO (preenchido pelo requisitante)

TIPO DE SOLICITAÇÃO

ANÁLISE DE PROJETO	ANÁLISE DE PGRSS	ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS (marcar qual(is) no próximo tópico)
COMPATIBILIZAÇÃO	ABERTURA DE LIVROS	ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
LICENÇA INICIAL	ENCERRAMENTO DE LIVROS	BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
RENOVAÇÃO DE LICENÇA	DEFESA OU RECURSO DE AUTO INFRAÇÃO	OUTROS (informar)
ENCERRAMENTO DE ATIVIDADES	SEGUNDA VIA DE DOCUMENTOS (informar)	

SE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS

ENDEREÇO (requer análise de projeto)	RESPONSÁVEL TÉCNICO
RAZÃO SOCIAL	AMPLIAÇÃO /REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE OU CATEGORIA DE PRODUTO
OBJETO	FUSÃO OU INCORPORAÇÃO OU CISÃO OU SUCESSÃO (citar e informar o CNPJ anterior)
Nº E/OU TIPO DE EQUIPAMENTO	Nº DE LEITOS
RESPONSÁVEL LEGAL	OUTROS (informar)

V – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE (preenchido pelos responsáveis legal e técnico)

Declaramos cumprir a legislação vigente e assumimos, civil e criminalmente, inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas neste formulário e seus anexos.

Local / Data

Assinatura do Respável Legal

Assinatura do Responsável Técnico

VI – USO EXCLUSIVO DO NAC/ DIVISA (não preencher)

NÚMERO DO PROCESSO SEI	
ASSINATURA DO SERVIDOR	
NÚMERO DO DAE	VALOR DO DAE EMITIDO
OBJETO DO REQUERIMENTO QUE FOI LIBERADO	
DATA DE RECEBIMENTO / /	ASSINATURA DE RECEBIMENTO