



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – FORMULÁRIO

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

O preenchimento deste formulário tem por finalidade dar entrada a algum tipo de solicitação de atos para o Serviço de Vigilância Sanitária competente, tais como:

- Licença de Funcionamento de estabelecimentos e de equipamentos de interesse da saúde;
- Renovação ou emissão de 2.^a via ou cancelamento da Licença de Funcionamento;
- Alteração de dados cadastrais, como: número de leitos hospitalares, número e tipo de equipamentos de saúde, ampliação ou redução de atividade, classe ou categoria de produto; responsabilidade legal e técnica (assunção e baixa) e, razão social (fusão, incorporação, cisão ou sucessão).

O responsável pelo estabelecimento e ou equipamento, pode dar entrada a uma ou mais solicitações, concomitantemente, porém, para cada tipo de peticionamento é necessário preencher um formulário de “Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária”, podendo, conforme o objeto da solicitação, estar acompanhado de um ou mais de seus Subanexos.

Em todos os casos, o formulário e seus subanexos devem ser preenchidos, datados e assinados pelo responsável legal e pelos responsáveis técnicos pelo estabelecimento de interesse da saúde e pelos equipamentos de saúde, quando for o caso.

CRITÉRIOS PARA USO DO FORMULÁRIO E SEUS SUBANEXOS:

Existem quatro formulários, que devem ser utilizados, conforme os critérios correspondentes:

Anexo V. SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - Preenchimento obrigatório para todos os tipos de estabelecimentos e equipamentos relacionados nos Anexos I e II da presente Portaria, seguido de um ou mais sub-anexos específicos, conforme disposto:

Subanexo V.1. ATIVIDADE RELACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE - Preenchimento obrigatório para qualquer estabelecimento que presta serviço de atendimento, internação e diagnóstico de saúde, entre outros constantes no Grupo II do Anexo I desta portaria.

Subanexo V.2. EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE - Preenchimento obrigatório para todo equipamento gerador de radiação ionizante, com fonte selada, com radiação ionizante de uso veterinário e, as fontes seladas, sujeitos à Licença de Funcionamento (Anexo II). Assim como para os equipamentos de interesse da saúde desobrigados de licenciamento relacionados nas Tabelas de 5 a 12 (Instruções de preenchimento do Subanexo V.2).

Subanexo V.3. ATIVIDADE RELACIONADA AOS PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE - Preenchimento obrigatório para os estabelecimentos industriais, comerciais atacadistas, distribuidoras, importadoras, depósitos fechados e de prestação de serviços, que exerçam atividades relacionadas com produtos de interesse à saúde. Estes estabelecimentos compõem o Grupo I do Anexo I desta portaria.

NOTA: Estão dispensados de preenchimento deste formulário, os estabelecimentos comerciais varejistas (Grupo I, Subgrupo C do Anexo I da presente Portaria) e, os estabelecimentos no qual se exercem atividades de controle de vetores e pragas urbanas.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO E SEUS SUBANEXOS:

Seu preenchimento varia de acordo com as características do objeto da solicitação e segundo alguns conceitos pré-estabelecidos para uso da vigilância sanitária, entre eles:

Estabelecimento de interesse da saúde – Para cada estabelecimento corresponde um Número CEVS e, conseqüentemente, o preenchimento deste formulário de “Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária”. A depender de suas características, seus dados serão complementados no Subanexo correspondente à atividade nele exercida.

De acordo com as legislações vigentes, alguns estabelecimentos podem abrigar atividades que também são passíveis de licenciamento, ou não. Neste caso, à estrutura que as abriga denomina-se “ALBERGANTE”, e às atividades abrigadas, “ALBERGADO”.

Para cada estabelecimento “ALBERGANTE” e para cada tipo de atividade “ALBERGADO” obrigada à Licença de Funcionamento, corresponde um N.º CEVS e, conseqüentemente, para cada um deles é necessário o preenchimento de um formulário Anexo V e de um Subanexo V.1 ou V.2, quando pertinente.

Nota - No caso da solicitação referir-se a:

Estrutura Albergante - o subanexo *V.1 Atividade de Prestação de Serviço de Saúde* prevê o registro de todos os serviços albergados, sejam eles próprios – com ou sem licença de funcionamento - e terceirizados. Esse fato não dispensa a entrada de solicitação específica para cada um dos serviços albergados, próprios e terceirizados, sujeitos à licença de funcionamento.

Estabelecimento (albergante ou albergado) que possui um ou mais equipamentos de saúde - o subanexo *V.2 Equipamentos de Saúde* também deve ser utilizado, pois prevê o registro de todos os tipos de equipamentos, sujeitos ou não ao Número CEVS. Esse fato não isenta a entrada de solicitação específica para cada um dos equipamentos sujeitos ao cadastramento ou à licença de funcionamento.

Demais Atividades de Interesse da Saúde – São aquelas desenvolvidas em estabelecimentos industriais, comerciais ou de prestação de serviços, geralmente destinadas à coletividade, cujo cunho social é de interesse da saúde. Encontram-se relacionadas no Grupo III do Anexo I desta portaria.

Para cada estabelecimento corresponde um Número CEVS e, conseqüentemente, o preenchimento de um formulário (Anexo V) para as solicitações pertinentes. Essas atividades estão dispensadas de preencherem quaisquer dos subanexos desse formulário.

Equipamentos de saúde – São os equipamentos de interesse à saúde utilizados nos diversos serviços de saúde e que atualmente são objetos de ação e de licenciamento pela vigilância sanitária.

Para cada equipamento sujeito a licença de funcionamento, corresponde um Número CEVS.

Quando a solicitação referir-se somente ao equipamento de saúde é preciso preencher um único Anexo V e quantas folhas forem necessárias para a totalidade das informações solicitadas no subanexo V.2.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. **Nº DO PROTOCOLO** – Informe o número do protocolo do serviço competente ao qual se refere à entrada da solicitação do presente documento.
2. **DATA DO PROTOCOLO** – Informe o dia, mês e ano (dd/mm/aaaa) do protocolo do serviço competente ao qual se refere à entrada da solicitação do presente documento.
3. **Nº PROCESSO DE ORIGEM** – Informe o dia, mês e ano (dd/mm/aaaa) do protocolo do serviço competente ao qual se refere à entrada da solicitação do presente documento.

II – SOLICITAÇÃO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. **OBJETO DA SOLICITAÇÃO** – Assinale a alternativa correspondente à identificação do objeto de solicitação de atos da vigilância sanitária, considerando:
 - **ESTABELECIMENTO** - Assinale no caso da solicitação referir-se a um estabelecimento de interesse à saúde sujeito ao Nº CEVS de licença de funcionamento – consulte o Anexo I desta Portaria.
 - **EQUIPAMENTO** - Assinale no caso da solicitação referir-se a um ou mais equipamento de saúde ao Nº CEVS (cadastro ou licença de funcionamento) – consulte as Tabelas na instrução de preenchimento do Subanexo V.2.
 - **ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO** - Assinale no caso da solicitação referir-se a um ou mais equipamento de saúde sujeito ao Nº CEVS de licença de funcionamento.
5. **Nº CEVS** – Informe o Número CEVS somente no caso de solicitação de renovação de licença de funcionamento ou de alteração de dados cadastrais de estabelecimento já licenciado. No caso de solicitação inicial preencher com “000” (zeros).
6. **TIPO DE SOLICITAÇÃO** – Assinale uma das opções abaixo:
 - **LICENÇA DE FUNCIONAMENTO INICIAL** - Assinale no caso de primeira solicitação de licença de funcionamento.
 - **RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO** - Assinale no caso da solicitação referir-se a renovação da licença de funcionamento, desde que prevista em legislação sanitária vigente (federal, estadual ou municipal).
 - **SEGUNDA VIA DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO** - Assinale no caso da solicitação referir-se a uma segunda via de licença de funcionamento.
 - **CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO** - Assinale no caso da solicitação referir-se ao encerramento definitivo das atividades do estabelecimento ou do uso de equipamento de saúde, conforme previsto no artigo 16 da presente Portaria.
 - **ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS** – Assinale obrigatoriamente no item 7, as alterações correspondentes à esta solicitação.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

7. TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale uma das opções abaixo:

7.a. ENDEREÇO - Assinale no caso de mudança de endereço do estabelecimento ou equipamento. Esta opção implica no cancelamento da LF vigente e em nova solicitação de licenciamento para o atual endereço.

7.b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - Utilize um formulário por profissional que estiver informando a assunção de responsabilidade. Não utilize o mesmo formulário para informar a assunção de responsabilidade do profissional de um estabelecimento ou equipamento e sua baixa em outro estabelecimento ou equipamento.

7.c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - Utilize um formulário por profissional que estiver informando a baixa de responsabilidade. Não utilize o mesmo formulário para informar a baixa de responsabilidade do profissional de um estabelecimento ou equipamento e sua assunção em outro estabelecimento ou equipamento.

7.d. RESPONSABILIDADE LEGAL - Assinale no caso de mudança de responsável legal, desde que essa alteração conste no contrato social da empresa.

7.e.1. FUSÃO ou - Operação pela qual se unem duas ou mais pessoas jurídicas para formar uma terceira, que lhes sucederá em todos os direitos e obrigações, extinguindo-se as originárias. Utilizar um formulário para a referida situação, fornecendo somente os dados cadastrais da solicitante (sucessora), de forma a registrar a nova configuração da empresa.

REGISTRE O CNPJ ANTERIOR - da empresa originária que está sendo extinta.

7.e.2. INCORPORAÇÃO ou - Operação pela qual uma ou mais pessoas jurídicas são absorvidas por outra, que lhes sucede em todos os direitos e obrigações, extinguindo-se as incorporadas. Utilizar um formulário para a referida situação, fornecendo somente os dados cadastrais da solicitante (sucessora), de forma a registrar a nova configuração da empresa.

REGISTRE O CNPJ ANTERIOR - da empresa que está sendo incorporada pela solicitante.

7.e.3. CISÃO ou - Operação pela qual uma pessoa jurídica transfere seu patrimônio para uma ou mais pessoas jurídicas, constituídas para esse fim ou já existentes, extinguindo-se a companhia cindida. Utilizar um formulário para a referida situação, fornecendo somente os dados cadastrais da solicitante (sucessora), de forma a registrar a nova configuração da empresa.

REGISTRE O CNPJ ANTERIOR - da empresa que está sendo absorvida pela solicitante.

7.e.4. SUCESSÃO - Operação pela qual uma pessoa jurídica é adquirida por outra, assumindo o adquirente seu ativo e passivo, extinguindo-se a empresa sucedida. Utilizar um formulário para a referida situação, fornecendo somente os dados cadastrais da solicitante (sucessora), de forma a registrar a nova configuração da empresa.

REGISTRE O CNPJ ANTERIOR - da empresa que está sendo adquirida pela solicitante.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- 7.f. ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO** - Assinale nos casos de: ampliação de atividade ou, ampliação de classe e ou categoria de produto ou, redução de atividade ou, redução de classe e ou categoria de produto.
- 7.g. Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO** - Assinale no caso de aumento ou diminuição de equipamentos de saúde, dispensados de licença de funcionamento (Ver relação deles nas instruções do subanexo V.2). Para os equipamentos sujeitos à LF, solicitar o licenciamento ou seu cancelamento, conforme o caso.
- 7.h. Nº DE LEITOS** - Assinale no caso de aumento ou diminuição de leitos de internação e de cuidados intensivos (UTI).
- 7.i. RAZÃO SOCIAL / NOME FANTASIA** - Assinale no caso de alteração do nome comercial da pessoa jurídica, ou da razão social e ou do nome fantasia.

III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

- 8. NATUREZA JURÍDICA** – Assinale uma das opções abaixo:
- **PESSOA JURÍDICA** - No caso de tratar-se de empresa jurídica (CNPJ).
 - **PESSOA FÍSICA** - No caso de tratar-se de pessoa física (CPF)
- 9. CNPJ / CPF** – Informe o número do CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica ou o número do CPF – Cadastro de Pessoa Física, do solicitante.
- 10. RAZÃO SOCIAL / NOME** – Informe a razão social, no caso de pessoa jurídica, ou o nome do responsável legal, no caso de pessoa física, correspondente ao número de cadastro informado anteriormente.
- 11. NOME FANTASIA** – Informe o nome fantasia da empresa correspondente à razão social e ao número de CNPJ informados anteriormente.
- 12. INSCRIÇÃO MUNICIPAL** – Informe o número da inscrição municipal emitida pela Secretaria Municipal da Fazenda, quando houver.
- 13. INSCRIÇÃO ESTADUAL** – Informe o número da inscrição estadual emitida pela Secretaria de Estado da Fazenda de São Paulo, quando houver.
- Nota:** Informação obrigatória nos casos de renovação e alteração de Licença de Funcionamento, quando o estabelecimento estiver sujeito à fiscalização fazendária estadual.
- 14. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL** – Informe o número da inscrição de produtor rural emitida pela Secretaria de Estado da Fazenda de São Paulo, quando houver.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

15. **CEP** – Registre o código de endereçamento postal do local sede do objeto da solicitação.
16. **TIPO DE LOGRADOURO** – Registre o tipo do logradouro no qual se situa o objeto da solicitação informado no campo 4. Exemplos: Rua, Avenida, Praça, Estrada, Rodovia, etc.
17. **LOGRADOURO** – Registre o nome do logradouro no qual se situa o referido objeto da solicitação. Exemplos: Presidente Wilson, Dona Veridiana, Doutor Arnaldo, etc.
18. **Nº** – Registre o número do respectivo logradouro no qual se situa o objeto da solicitação.
19. **COMPLEMENTO** – Registre, se pertinente, o complemento do respectivo logradouro. Exemplos: Sala 121, Mezzanino, Anexo III, Fundos, Sobreloja, Bloco B, etc.
20. **BAIRRO** – Registre o nome do bairro referente ao logradouro informado. Exemplos: Jardim das Flores, Vila Celeste, Pacaembu, etc.
21. **MUNICÍPIO** – Registre o nome do município no qual se situa o referido objeto da solicitação.
22. **DISTRITO** – Registre, quando couber, o nome do respectivo distrito municipal.
23. **COORDENADAS GEOGRÁFICAS** – Registre a coordenada geográfica referente ao endereço do objeto da solicitação. Exemplo: $46^{\circ} 40' 8.413''$ O $23^{\circ} 33' 21.354''$ S
24. **TELEFONE** – Registre o número do telefone de contato do solicitante precedido pelo código de discagem direta do objeto da solicitação. Exemplo: (011) 98765.4321.
25. **FAX** – Registre o número do fac-símile do estabelecimento solicitante precedido pelo código de discagem direta do objeto da solicitação. Exemplo: (011) 3210.4567.
26. **ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-MAIL)** – Registre o endereço eletrônico de contato do solicitante ou do estabelecimento referido no objeto da solicitação.
27. **ENDEREÇO PÁGINA WEB** – Registre, quando couber, o endereço do sítio eletrônico do estabelecimento objeto da solicitação.

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

28. **IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA** – Informe a classificação nacional de atividade econômica (CNAE) correspondente ao estabelecimento objeto da solicitação, conforme Anexo I da Portaria CVS 1, de 5 de agosto de 2017.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- **CÓDIGO DA ATIVIDADE** - Registre o código da classificação nacional de atividade econômica (CNAE).
- **DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE** - Registre a descrição correspondente ao código CNAE informado.

29. SITUAÇÃO – Assinale uma das opções abaixo:

- **ALBERGANTE** – Assinale esta alternativa quando o estabelecimento objeto de solicitação abrigar atividades que prestam um ou mais tipos de serviços de saúde ou de interesse da saúde, próprias e ou terceirizadas, numa mesma estrutura. Exemplos: hospital, clínica especializada, policlínica, indústria, escola, etc..
- **ALBERGADO** - Assinale esta alternativa quando a atividade objeto de solicitação situar-se dentro de uma estrutura albergante e ou estiver vinculada a ela pelo mesmo CNPJ.
 - **CNPJ** – No caso de “ALBERGADO TERCEIRIZADO” registre o número do CNPJ do estabelecimento que o alberga.

30. TIPO – Assinale uma das opções abaixo:

- **MATRIZ / MANTENEDORA** – Assinale quando referir-se a um estabelecimento matriz da empresa ou a uma mantenedora do estabelecimento.
- **FILIAL / MANTIDO** – Assinale quando referir-se a um estabelecimento filial de empresa ou mantido por uma mantenedora.
 - **CNPJ** – No caso de “Filial / Mantido” registre o número do CNPJ da sua Matriz ou Mantenedora.

31. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale uma das opções abaixo:

- **PRIVADO** - Quando o estabelecimento for da esfera privada.
- **FEDERAL** - Quando o estabelecimento pertencer à esfera pública e for vinculado à Administração Pública Federal
- **ESTADUAL** - Quando o estabelecimento pertencer à esfera pública e for vinculado à Administração Pública Estadual.
- **MUNICIPAL** - Quando o estabelecimento pertencer à esfera pública e for vinculado à Administração Pública Municipal.

32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale uma das seguintes opções, referente ao registrado no campo 10 deste formulário: PESSOA FÍSICA / EMPRESA PRIVADA / EMPRESA DE ECONOMIA MISTA / COOPERATIVA / SINDICATO / FUNDAÇÃO PRIVADA / ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS / SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO / ADMINISTRAÇÃO DIRETA - SAÚDE / ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO / ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - AUTARQUIA / ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA / ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA / ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA.

Nota: No caso de pessoa jurídica, consulte o contrato social para informar corretamente.

33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA – Assinale uma das opções abaixo:

Notas:

- a. Estabelecimento de Ensino é a denominação aplicável ao conjunto dos estabelecimentos universitários ou que se destinam a ser campos de estágio tipo hospitais escola e assemelhados; e,
- b. Estabelecimento Auxiliar de Ensino é a denominação aplicável aos hospitais auxiliares de ensino e assemelhados.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- **UNIVERSITÁRIA** - Estabelecimento que se caracteriza como hospital universitário e assemelhado, de propriedade ou gestão de universidade pública ou privada, ou a elas vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados
- **ESCOLA SUPERIOR ISOLADA** - Estabelecimento que se caracteriza como hospital-escola e assemelhado, de propriedade ou gestão das Escolas Isoladas, públicas ou privadas, ou a elas vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados.
- **AUXILIAR DE ENSINO** - Estabelecimento que se caracteriza como hospital auxiliar de ensino e assemelhado que, não sendo de propriedade ou gestão de Universidade ou Escola Isolada, nele são desenvolvidos programas de treinamento em serviço de curso de graduação ou pós-graduação da área de saúde, ou não, devidamente conveniado com uma instituição de Ensino Superior.
- **NÃO SE APLICA** - Assinale essa alternativa quando não se tratar de unidade de ensino e pesquisa.

34. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS OU PROFISSIONAIS – Registre o número total de funcionários, independente do grau de formação: superior, técnico, médio ou elementar.

- **PRÓPRIOS COM VÍNCULO** – Registre aqui o número de profissionais que possuem vínculo trabalhista com o estabelecimento, que compõem o total informado.
- **PRÓPRIOS AUTÔNOMOS** - Registre aqui o número de profissionais autônomos que trabalham no estabelecimento e compõem o total informado.
- **TERCEIRIZADOS** - Registre aqui o número de profissionais contratados como terceiros que trabalham no estabelecimento e compõem o total informado.

Nota: O total informado deve ser o resultado da somatória de profissionais ou profissionais com vínculo, autônomos e terceirizados.

35. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Assinale uma das opções abaixo:

- **SIM** – Assinale esta alternativa caso haja a prestação de serviço de radiometria, ou se realize teste de qualidade, no estabelecimento objeto da solicitação de atos da vigilância sanitária.
- **NÃO** – Assinale esta alternativa, caso não se realize nem serviço de radiometria e nem teste de qualidade no estabelecimento objeto da solicitação de atos da vigilância sanitária.

36. PISCINA DE USO COLETIVO – Assinale uma das opções abaixo:

- **SIM** – Assinale esta alternativa se no local sede do estabelecimento houver piscina de uso coletivo.
- **NÃO** – Assinale esta alternativa se no local sede do estabelecimento não houver piscina de uso coletivo.

VI – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

37. RESPONSÁVEL LEGAL – Registre o nome completo do responsável legal pelo estabelecimento ou equipamento, objeto da solicitação.

- **CPF** – Registre o respectivo número do Cadastro de Pessoa Física.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- CBO - Registre o código e a descrição da categoria profissional do referido responsável, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego.

Notas:

1 – A Tabela CBO abaixo corresponde a versão resumida da atual Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego publicada em 2002 (CBO-2002). Caso sua ocupação não esteja aqui representada, registre-a na forma como é reconhecida no campo “descrição” dos formulários (Anexos V; V.1; V.2 ou V.3), deixando em branco o campo referente ao “código”.

2 - O Sivisa - Sistema de Informação em Vigilância Sanitária disponibiliza a tabela completa da CBO 2002.

TABELA CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
848510	Açougueiro	251105	Antropólogo
322105	Acupunturista	251110	Arqueólogo
252105	Administrador	214105	Arquiteto de edificações
252105	Administrador hospitalar	214120	Arquiteto paisagista
252105	Administrador público	214125	Arquiteto urbanista
241005	Advogado	818105	Assistente de laboratório industrial
241015	Advogado (direito civil)	251605	Assistente social
241035	Advogado (direito do trabalho)	515110	Atendente de enfermagem
241025	Advogado (direito penal)	521120	Atendente de farmácia- balconista
241010	Advogado de empresa	252205	Auditor (contadores e afins)
241020	Advogado fiscal (direito fiscal)	51505	Auxiliar de banco de sangue
515105	Agente comunitário de saúde	322230	Auxiliar de enfermagem
515140	Agente de controle de dengue	613110	Criador de bovinos (corte)
515140	Agente de controle de vetores	613115	Criador de bovinos (leite)
352205	Agente de defesa florestal	613005	Criador em pecuária polivalente
352205	Agente de inspeção de pesca	262410	Desenhista industrial gráfico (designer gráfico)
352210	Agente de saneamento	318005	Desenhista técnico
352210	Agente de saúde pública	342210	Despachante aduaneiro
516505	Agente funerário	223705	Dietista
841705	Alambiqueiro	412110	Digitador
212410	Analista de comunicação (teleprocessamento)	111410	Dirigente do serviço público estadual e distrital
212405	Analista de sistemas (informática)	111405	Dirigente do serviço público federal
212420	Analista de suporte de sistema	111415	Dirigente do serviço público municipal
322250	Auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família	811810	Drageador (medicamentos)
322235	Auxiliar de enfermagem do trabalho	251205	Economista
515210	Auxiliar de farmácia de manipulação	251610	Economista doméstico
515215	Auxiliar de laboratório de análises clínicas	313105	Eletrotécnico
818110	Auxiliar de laboratório de análises físico-químicas	328105	Embalsamador
		223505	Enfermeiro
		223520	Enfermeiro de centro cirúrgico



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

TABELA CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO (cont.)

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
324210	Auxiliar técnico em patologia clínica	22355	Enfermeiro de terapia intensiva
613305	Avicultor	223530	Enfermeiro do trabalho
203015	Bacteriologista	223545	Enfermeiro obstétrico
516105	Barbeiro	223550	Enfermeiro psiquiátrico
261205	Bibliotecário	223555	Enfermeiro puericultor e pediátrico
221105	Biólogo	223560	Enfermeiro sanitarista
221205	Biomédico	214425	Engenheiro aeronáutico
203025	Botânico	214805	Engenheiro agrimensor
516110	Cabeleireiro	222110	Engenheiro agrônomo
516140	Calista	214205	Engenheiro civil
251115	Cientista político	214210	Engenheiro civil (aeroportos)
223208	Cirurgião dentista - clínico geral	214215	Engenheiro civil (edificações)
223236	Cirurgião dentista - odontopediatria	214225	Engenheiro civil (ferrovias e metrovias)
223240	Cirurgião dentista - ortopedista e ortodontista	214230	Engenheiro civil (geotecnia)
223244	Cirurgião dentista - patologista bucal	214240	Engenheiro civil (hidráulica)
223248	Cirurgião dentista - periodontista	214245	Engenheiro civil (pontes e viadutos)
223256	Cirurgião dentista - protesista	214255	Engenheiro civil (rodovias)
223260	Cirurgião dentista - radiologista	214260	Engenheiro civil (saneamento)
223268	Cirurgião dentista - traumatologista bucomaxilofacial	214265	Engenheiro civil (túneis)
223272	Cirurgião dentista de saúde coletiva	214910	Engenheiro de controle de qualidade
223212	Cirurgião dentista- endodontista	214605	Engenheiro de materiais
613010	Criador de animais domésticos	214705	Engenheiro de minas
241040	Consultor jurídico	222115	Engenheiro de pesca
214915	Engenheiro de segurança do trabalho	214905	Engenheiro de produção
214340	Engenheiro de telecomunicações	516130	Maquiador de caracterização
214925	Engenheiro de tempos e movimentos	322120	Massoterapeuta
214305	Engenheiro eletrícista	211115	Matemático
214325	Engenheiro eletrônico de manutenção	225105	Médico acupunturista
222120	Engenheiro florestal	225110	Médico alergista / imunologista
214405	Engenheiro mecânico	223103	Médico anatomopatologista
214415	Engenheiro mecânico (energia nuclear)	223104	Médico anesthesiologista
214410	Engenheiro mecânico automotivo	223105	Médico angiologista
214610	Engenheiro metalurgista	223106	Médico cardiologista
214430	Engenheiro naval	223110	Médico cirurgião geral
214505	Engenheiro químico	223112	Médico cirurgião plástico
214510	Engenheiro químico (indústria química)	223115	Médico clínico
214520	Engenheiro químico (papel e celulose)	223117	Médico dermatologista
214525	Engenheiro químico (petróleo e borracha)	223118	Médico do trabalho
424125	Escriturário em estatística	223120	Médico em endoscopia
211205	Estatístico	223124	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
322130	Esteticista	223125	Médico endocrinologista e metabologista
		223126	Médico fisiatra



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

TABELA CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO (cont.)

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
223405	Farmacêutico	225165	Médico gastroenterologista
223410	Farmacêutico bioquímico	223132	Médico ginecologista e obstetra
524205	Feirante	223134	Médico hemoterapeuta
261405	Filólogo	223135	Médico homeopata
213105	Físico	225103	Médico infectologista
213110	Físico (acústica)	223137	Médico legista
213150	Físico (medicina)	223139	Médico nefrologista
213155	Físico (nuclear e reatores)	223142	Médico neurologista
213160	Físico (óptica)	223144	Médico oftalmologista
213175	Físico (térmica)	223146	Médico ortopedista e traumatologista
223605	Fisioterapeuta geral	223147	Médico otorrinolaringologista
223810	Fonoaudiólogo geral	223149	Médico pediatra
261805	Fotógrafo	223150	Médico perito
213415	Geofísico	223151	Médico pneumologista
251305	Geógrafo	223152	Médico proctologista
213405	Geólogo	223153	Médico psiquiatra
351725	Inspetor de risco	223154	Médico radioterapeuta
322225	Instrumentador cirúrgico	223156	Médico sanitarista
622010	Jardineiro	223157	Médico urologista
261125	Jornalista	223305	Médico veterinário
516120	Manicure	223305	Médico veterinário
516125	Maquiador	711130	Mineiro
223710	Nutricionista	251120	Sociólogo
811120	Operador de concentração	515135	Socorrista (exceto médicos e enfermeiros)
711410	Operador de salina (sal marinho)	321110	Técnico agropecuário
239410	Orientador educacional	314705	Técnico de acabamento em siderurgia
223910	Ortoptista	314710	Técnico de aciaria em siderurgia
351815	Papiloscopista policial	325205	Técnico de alimentos
515115	Pateira leiga	322205	Técnico de enfermagem
239415	Pedagogo	322210	Técnico de enfermagem de terapia intensiva
516140	Pedicure	322215	Técnico de enfermagem do trabalho
631105	Pescador artesanal de água	322220	Técnico de enfermagem psiquiátrica
631205	Pescador industrial	312205	Técnico de estradas
203210	Pesquisador de engenharia e tecnologia (outras áreas da engenharia)	314715	Técnico de fundição em siderurgia
203015	Pesquisador de micro-organismos e parasitas	301110	Técnico de laboratório de análises físico-químicas (materiais de construção)
203005	Pesquisador em biologia ambiental	301105	Técnico de laboratório industrial
203010	Pesquisador em biologia animal	314720	Técnico de laminação em siderurgia
203020	Pesquisador em biologia humana	313120	Técnico de manutenção elétrica
203520	Pesquisador em história	313125	Técnico de manutenção elétrica de máquina
224120	Preparador físico	313205	Técnico de manutenção eletrônica



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

TABELA CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO (cont.)

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
612005	Produtor agrícola polivalente	313210	Técnico de manutenção eletrônica (circuitos de máquinas com comando numérico)
611005	Produtor agropecuário, em geral	316305	Técnico de mineração
262105	Produtor cultural	316310	Técnico de mineração (óleo e petróleo)
612305	Produtor da olericultura de legumes	312105	Técnico de obras civis
612505	Produtor de árvores frutíferas	322505	Técnico de ortopedia
612405	Produtor de flores de corte	314725	Técnico de redução na siderurgia (1ª fusão)
239205	Professor de alunos com deficiência auditiva e surdos	314730	Técnico de refratário em siderurgia
239215	Professor de alunos com deficiência mental	312210	Técnico de saneamento
239225	Professor de alunos com deficiência visual	313315	Técnico de telecomunicações (telefonia)
239420	Professor de técnicas e recursos audiovisuais	313320	Técnico de transmissão (telecomunicações)
317110	Programador de sistemas de informação	311515	Técnico de utilidade (produção e distribuição de vapor, gases, óleos, combustíveis, energia)
251510	Psicólogo clínico	313215	Técnico eletrônico
251540	Psicólogo do trabalho	312305	Técnico em agrimensura
251505	Psicólogo educacional	300305	Técnico em eletromecânica
251530	Psicólogo social	325115	Técnico em farmácia
213205	Químico	313505	Técnico em fotônica
213210	Químico industrial	316110	Técnico em geologia
261135	Repórter (exclusive rádio e televisão)	322315	Técnico em hidrografia
261730	Repórter de rádio e televisão	324105	Técnico em métodos eletrográficos em encefalografia
766410	Revelador de filmes fotográficos em preto e branco	314110	Técnico mecânico
324110	Técnico em métodos gráficos em cardiologia	311105	Técnico químico
322305	Técnico em óptica e optometria	214365	Tecnólogo em eletrônica
324205	Técnico em patologia clínica	223905	Terapeuta ocupacional
323105	Técnico em pecuária	312320	Topógrafo
321305	Técnico em piscicultura	622015	Trabalhador na produção de mudas e sementes
322115	Técnico em quiropraxia	623020	Tratador de animais
324115	Técnico em radiologia	524305	Vendedor ambulante
324115	Técnico em radiologia e imagenologia	524105	Vendedor em domicílio
322405	Técnico em saúde bucal	515120	Visitador sanitário
351605	Técnico em segurança do trabalho	632015	Viveirista florestal
314620	Técnico em soldagem	223310	Zootecnista

38. a 41. – Os campos de número 38 a 41 são padronizados e referem-se aos dados de identificação dos responsáveis técnicos pelas atividades exercidas ou pelos equipamentos utilizados no estabelecimento objeto da solicitação.

- **RESPONSÁVEL TÉCNICO** – Registre o nome completo do responsável técnico.
- **CPF** – Registre o respectivo número do Cadastro de Pessoa Física.
- **CONSELHO PROFISSIONAL** - Registre a sigla do Conselho Profissional onde está inscrito o referido responsável.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- **UF** - Registre a sigla da unidade federada do respectivo conselho profissional. Para São Paulo, informe “SP”.
- **Nº INSCRIÇÃO** - Registre o número da inscrição do referido responsável no respectivo conselho profissional.
- **CBO** - Registre o código e a descrição da categoria profissional do referido responsável, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego.

Notas:

1 – A Tabela CBO acima corresponde a versão resumida da atual Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego publicada em 2002 (CBO-2002). Caso sua ocupação não esteja aqui representada, registre-a na forma como é reconhecida no campo “descrição” dos formulários (Anexos V; V.1; V.2 ou V.3), deixando em branco o campo referente ao “código”.

2 - O Sivisa - Sistema de Informação em Vigilância Sanitária disponibiliza a tabela completa da CBO 2002.

VII – ANEXOS

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

42. TOTAL DE PÁGINAS – Registre o número total de páginas, segundo os subanexos utilizados para complementação deste formulário:

- **Subanexo V.1. ATIVIDADE RELACIONADA À PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE INTERESSE DA SAÚDE** – Registre o número total de folhas preenchidas que integram o referido subanexo e que acompanham este formulário.
- **Subanexo V.2. FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE** – Registre o número total de folhas preenchidas que integram o referido subanexo e que acompanham este formulário.
- **Subanexo V.3. ATIVIDADE RELACIONADA À PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE** – Registre o número total de folhas preenchidas que integram o referido subanexo e que acompanham este formulário.

VIII – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

Esta declaração tem preenchimento obrigatório e deve ser assinada pelo solicitante - responsável legal e, quando for o caso, em conjunto com os responsáveis técnicos.

LOCAL - Registre o nome do município onde o objeto da solicitação está sediado.

DATA - Registre a data (DD/MM/AAAA) em que está sendo efetuada a solicitação.

ASSINATURA RESP. LEGAL - Após ler e concordar com o declarado, o responsável legal que teve seus dados informados no formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária (Anexo V), que acompanha o presente formulário (Subanexo V.2), deve assinar na respectiva linha.

ASSINATURA RESP. TÉCN. - Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico principal que teve seus dados informados no formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária (Anexo V), que acompanha o presente formulário (Subanexo V.2), deve assinar na respectiva linha.

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO - 01 - Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico que informou seus dados no campo RT.A. (item IV do presente formulário) deve assinar na respectiva linha.

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO - 02 e 03 - Preencher conforme instrução anterior (Assin. Resp. Téc. 01), considerando as informações correspondentes aos campos com mesma letra:
B, C, D, E e F.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**ATIVIDADE RELACIONADA A
PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE**
FORMULÁRIO

SUBANEXO V.1 – PORTARIA CVS 01/2017

I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

43. Nº PROTOCOLO

44. DATA PROTOCOLO

45. Nº PROCESSO ORIGEM

II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

46. Nº CEVS

47. CNPJ/CPF

48. RAZÃO SOCIAL / NOME

49. NOME FANTASIA

III – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

50. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

CÓDIGO CNES: _____

51. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA

CÓDIGO DA ATIVIDADE: _____ - ____ / ____

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

52. TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ALBERGADOS

A. PRÓPRIOS SOB Nº CEVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE – Registre os códigos correspondentes:

____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _
____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _

B. PRÓPRIOS COM Nº CEVS PRÓPRIO – Registre os códigos correspondentes:

____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _
____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _

C. TERCEIRIZADOS – Registre os códigos correspondentes e respectivos CNPJ:

CÓD. CNPJ _____ _____ CÓD. CNPJ _____ _____
CÓD. CNPJ _____ _____ CÓD. CNPJ _____ _____
CÓD. CNPJ _____ _____ CÓD. CNPJ _____ _____

IV – ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL

53. CONSULTÓRIOS MÉDICOS

PEDIÁTRICO ____ FEMININO ____ MASCULINO ____ OUTROS ____

54. OUTROS CONSULTÓRIOS

55. SALAS E LEITOS DE REPOUSO / OBSERVAÇÃO

PEDIÁTRICO FEMININO MASCULINO OUTROS
SALAS LEITOS SALAS LEITOS SALAS LEITOS SALAS LEITOS



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

56. CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS ___ EQUIPOS ODONTOLÓGICOS ___

57. CIRURGIA AMBULATORIAL - SALAS ___ ENFERMAGEM - SALAS ___ CURATIVO - SALAS ___
PEQUENAS CIRURGIAS- SALAS ___ NEBULIZAÇÃO - SALAS ___ IMUNIZAÇÃO - SALAS ___
GESSO - SALAS ___ QUIMIOTERAPIA - SALAS ___ POLTRONAS ___ DIÁLISE - SALAS ___ POLTRONAS ___

V – COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

58. _____
NOME PROFISSIONAL _____
CPF _____ CONSELHO PROFISSIONAL _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CBO _____

59. _____
NOME PROFISSIONAL _____
CPF _____ CONSELHO PROFISSIONAL _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CBO _____

60. _____
NOME PROFISSIONAL _____
CPF _____ CONSELHO PROFISSIONAL _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CBO _____

61. _____
NOME PROFISSIONAL _____
CPF _____ CONSELHO PROFISSIONAL _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CBO _____

62. _____
NOME PROFISSIONAL _____
CPF _____ CONSELHO PROFISSIONAL _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CBO _____

VI – LEITOS – UNIDADES DE INTERNAÇÃO E DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

63. UNIDADE DE INTERNAÇÃO – Registre o número de leitos existentes, segundo a especialidade:

A. CIRÚRGICA:

BUCO MAXILO FACIAL ___ GASTROENTEROLOGIA ___ NEUROCIRURGIA ___ ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA ___
CARDIOLOGIA ___ GINECOLOGIA ___ OBSTETRÍCIA ___ OTORRINOLARINGOLOGIA ___
CIRURGIA GERAL ___ LEITO / DIA ___ OFTALMOLOGIA ___ PLÁSTICA ___
ENDOCRINOLOGIA ___ NEFRO/UROLOGIA ___ ONCOLOGIA ___ TORÁCICA ___

B. CLÍNICA:

AIDS ___ GERIATRIA ___ NEONATOLOGIA ___ PNEUMOLOGIA ___
CARDIOLOGIA ___ HANSENOLOGIA ___ NEUROLOGIA ___ PSIQUIATRIA ___
CLÍNICA GERAL ___ HEMATOLOGIA ___ OBSTETRÍCIA ___ REABILITAÇÃO ___
CRÔNICOS ___ LEITO / DIA ___ ONCOLOGIA ___ TISIOLOGIA ___
DERMATOLOGIA ___ NEFRO/UROLOGIA ___ PEDIATRIA ___

64. UNIDADE DE INTERNAÇÃO COM LEITO COMPLEMENTAR – Registre o número de leitos complementares existentes:

UTI ADULTO ___ UTI NEONATAL ___ UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL ___
UTI INFANTIL ___ UNIDADE INTERMEDIÁRIA ___ UNIDADE DE ISOLAMENTO ___

65. UNIDADE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (PRONTO-SOCORRO) - Nº LEITOS OBSERVAÇÃO: ___

VII – EQUIPAMENTOS / FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE

66. Registre o número de equipamentos e ou fontes de radiação ionizante existentes e informados no subanexo V.2.: ___

VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS: _____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ATIVIDADE RELACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

SUBANEXO V.1 - FORMULÁRIO

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

O preenchimento deste formulário visa complementar as informações do Anexo V – Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária, no que diz respeito às atividades de prestação de serviços de saúde, com a finalidade de dar entrada às seguintes requisições:

- Licença de Funcionamento de estabelecimentos e de equipamentos de interesse da saúde;
- Renovação ou emissão de 2.^a via ou cancelamento da Licença de Funcionamento;
- Alteração de dados cadastrais, como: número de leitos hospitalares, número e tipo de equipamentos de saúde,

O responsável pelo estabelecimento e ou equipamento, pode dar entrada a uma ou mais solicitações, concomitantemente, porém, para cada tipo é necessário preencher um formulário de “Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária” (Anexo V), podendo, conforme o objeto da solicitação, estar acompanhado de um ou mais de seus Subanexos (V.1 e ou V.2), todos preenchidos, datados e assinados pelo responsável legal e pelos responsáveis técnicos, quando for o caso.

CRITÉRIOS PARA USO DESTE FORMULÁRIO:

Subanexo V.1. ATIVIDADE RELACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE - Preenchimento obrigatório para qualquer estabelecimento que presta serviço de atendimento, internação e diagnóstico de saúde, entre outros constantes no Grupo II do Anexo I desta portaria.

PREENCHIMENTO DESTE FORMULÁRIO:

Estabelecimento no qual se presta serviço de saúde – Para cada estabelecimento corresponde um Número CEVS e, conseqüentemente, o preenchimento do formulário de “Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária” (Anexo V), mais o presente formulário (Subanexo V.1).

De acordo com as legislações vigentes, alguns estabelecimentos podem abrigar atividades que também são passíveis de licenciamento, ou não. Neste caso, à estrutura que as abriga denomina-se “ALBERGANTE”, e às atividades abrigadas, “ALBERGADO”.

Para cada estabelecimento “ALBERGANTE” e para cada tipo de atividade “ALBERGADO” obrigada à Licença de Funcionamento, corresponde um N.º CEVS e, conseqüentemente, para cada um deles é necessário o preenchimento de um formulário Anexo V e de um Subanexo V.1.

Nota - No caso da solicitação referir-se a:

- **Estrutura Albergante** - o subanexo *V.1 Atividade de Prestação de Serviço de Saúde* prevê o registro de todos os serviços albergados, sejam eles próprios – com ou sem licença de funcionamento - e terceirizados.
- **Serviços Albergados** – É obrigatória a entrada de solicitação específica para cada um dos serviços albergados, próprios e terceirizados, sujeitos à licença de funcionamento.
- **Estabelecimento** (estrutura albergante ou serviço albergado) **que possui um ou mais equipamentos de saúde** - o subanexo *V.2 Equipamentos de Saúde* também deve ser utilizado, pois prevê o registro de todos os tipos de equipamentos, sujeitos ou não ao Número CEVS. Esse fato não isenta a entrada de solicitação específica para cada um dos equipamentos sujeitos à licença de funcionamento.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

39. **Nº DO PROTOCOLO** – Informe o número do protocolo do serviço competente ao qual se refere à entrada da solicitação do presente documento.
40. **DATA DO PROTOCOLO** – Informe o dia, mês e ano (dd/mm/aaaa) do protocolo do serviço competente ao qual se refere à entrada da solicitação do presente documento.
41. **Nº PROCESSO DE ORIGEM** – Informe o dia, mês e ano (dd/mm/aaaa) do protocolo do serviço competente ao qual se refere à entrada da solicitação do presente documento.

III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

42. **Nº CEVS** – Informe o Número CEVS somente no caso de solicitação de renovação de licença de funcionamento ou de alteração de dados cadastrais de estabelecimento já licenciado. No caso de solicitação inicial preencher com “000” (zeros).
43. **CNPJ / CPF** – Informe o número do CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica ou o número do CPF – Cadastro de Pessoa Física, do solicitante.
44. **RAZÃO SOCIAL / NOME** – Informe a razão social, no caso de pessoa jurídica, ou o nome do responsável legal, no caso de pessoa física, correspondente ao número de cadastro informado anteriormente.
45. **NOME FANTASIA** – Informe o nome fantasia da empresa correspondente à razão social e ao número de CNPJ informados anteriormente.

III – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

46. **CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE – CÓDIGO CNES** - Informe o código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) correspondente ao estabelecimento objeto da solicitação.
47. **IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA** – Informe a classificação nacional de atividade econômica (CNAE) correspondente ao estabelecimento objeto da solicitação, conforme Anexo I da Portaria CVS 1, de 5 de agosto de 2017.
- **CÓDIGO DA ATIVIDADE** - Registre o código da classificação nacional de atividade econômica (CNAE).
 - **DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE** - Registre a descrição correspondente ao código CNAE informado.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

48. TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ALBERGADOS

A. PRÓPRIOS SOB Nº CEVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE - Registre os códigos correspondentes das atividades de prestação de serviços de saúde que são albergadas no estabelecimento (estrutura albergante). Ver Tabela 1, abaixo.

1 - ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE ALBERGADA SOB Nº CEVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
122	ANÁLISE DE ÁGUA TRATADA PARA DIÁLISE	055	LACTÁRIO
175	ATIVIDADE AMBULATORIAL MÓVEL	056	LAVANDERIA - SERVIÇO DE PROCESSAMENTO DE ROUPA HOSPITALAR
151	ATIVIDADE DE ACUPUNTURA	058	MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE INFRAESTRUTURA
176	ATIVIDADE DE CRIOPRESERVAÇÃO	059	MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS
163	ATIVIDADE DE TERAPIA OCUPACIONAL	062	MÉTODOS GRÁFICOS EM CARDIOLOGIA
180	BIOLOGIA MOLECULAR	066	NECROTÉRIO
181	BRINQUEDOTECA	196	NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
184	CENTRO DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA	096	PREPARO DE NUTRIÇÃO ENTERAL
185	CENTRO DE INFORMAÇÃO TOXICOLÓGICA	140	PRONTO ATENDIMENTO
186	CENTRO DE INFORMAÇÃO, ANÁLISE E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA	116	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO
112	CENTRO DE PARTO NORMAL	115	PRONTO SOCORRO GERAL
017	CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL	048	SERVIÇO DE HEMODINÂMICA
089	CITOLOGIA	030	SERVIÇO DE AERONAVE DE TRANSPORTE MÉDICO - TIPO "E"
160	CLÍNICA - UNIDADE AMBULATORIAL TIPO II	201	SERVIÇO DE AMBULÂNCIA DE RESGATE- TIPO "C"
110	CLÍNICA / UNIDADE AMBULATORIAL TIPO I	108	SERVIÇO DE AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO - TIPO "D"
136	CLÍNICAS E SERVIÇOS DE MEDICINA DO TRABALHO	202	SERVIÇO DE AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO - TIPO "B"
022	COLETA NÃO DOMICILIAR DE MATERIAL HUMANO	107	SERVIÇO DE AMBULÂNCIA DE TRANSPORTE - TIPO "A"
026	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS)	109	SERVIÇO DE EMBARCAÇÃO DE TRANSPORTE MÉDICO - TIPO "F"
036	ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL POR VAPOR SATURADO SOB PRESSÃO, CALOR SECO E OUTROS	033	SERVIÇO DE ENDOSCOPIA
113	HOSPITAL DIA	044	SERVIÇO DE FISIOTERAPIA
051	INTERNAÇÃO - ADULTO	093	SERVIÇO DE FONOAUDIOLOGIA
192	INTERNAÇÃO - ALOJAMENTO CONJUNTO	165	SERVIÇO DE HISTOCOMPATIBILIDADE E IMUNOGENÉTICA
053	INTERNAÇÃO - OBSTÉTRICA (MATERNIDADE)	171	SERVIÇO DE MEDICINA HIPERBÁRICA
054	INTERNAÇÃO - PEDIÁTRICA	076	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA - SND
100	INTERNAÇÃO - PSIQUIÁTRICA	092	SERVIÇO DE PSICOLOGIA
043	LABORATÓRIO DE ANÁLISES TOXICOLÓGICAS	162	SERVIÇO DE VACINAÇÃO (HOSPITALAR)
087	SERVIÇO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	009	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL
101	TOXICOLOGIA CLÍNICA	004	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
172	TRANSPORTE AMOSTRA SANGUE DOADOR, BOLSA DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	079	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - ADULTO
173	TRANSPORTE DE MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO PARA FINS DIAGNÓSTICO	081	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - NEONATAL



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1 - ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE ALBERGADA SOB Nº CEVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE (cont.)

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
206	UNIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO	080	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - PEDIÁTRICA
207	UNIDADE DE CENTRO OBSTÉTRICO	161	UNIDADE MÉDICO CIRÚRGICA DE CURTA PERMANÊNCIA - UNID. AMBUL. TIPO III

B. **PRÓPRIOS COM Nº CEVS PRÓPRIO** - Registre os códigos correspondentes das atividades de prestação de serviços de saúde que estão albergadas no estabelecimento (estrutura albergante), que por força legal estão obrigadas a licença de funcionamento própria. Ver Tabela 2, abaixo.

2 - ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE ALBERGADA COM Nº CEVS PRÓPRIO

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
001	AGENCIA TRANSFUSIONAL	148	POSTO DE COLETA DE LEITE HUMANO
088	ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA CLÍNICA	023	POSTO DE COLETA DE SANGUE DE DOADOR
005	ANATOMIA PATOLÓGICA	139	POSTO DE COLETA PARA ANÁLISES CLÍNICAS
177	BANCO DE CÉLULAS E TECIDOS GERMINATIVOS	198	SALA DE ESTABILIZAÇÃO
178	BANCO DE CÉLULAS E TECIDOS HUMANOS	200	SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO (RESTAURANTE/LANCHONETE)
121	BANCO DE LEITE HUMANO	075	SERVIÇO DE DIÁLISE
146	BANCO DE PELE	057	SERVIÇO DE LITOTRIPSIA
145	BANCO DE TECIDO MÚSCULOESQUELÉTICO	203	SERVIÇO DE MAMOGRAFIA
144	BANCO DE TECIDO OCULAR HUMANO	060	SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR "IN VITRO" (RADIOIMUNOENSAIO)
147	BANCO DE VALVAS (VÁLVULAS)	061	SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR "IN VIVO"
134	CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA	138	SERVIÇO DE PODÓLOGO
189	CENTRO DE TRANSPLANTE DE CPH	031	DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS
039	CLÍNICA DE ESTÉTICA II	035	ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS POR ÓXIDO DE ETILENO (ETO)
019	CLÍNICA ODONTOLÓGICA MODULAR	041	FARMÁCIA
020	CLÍNICA ODONTOLÓGICA TIPO I	190	FARMÁCIA PARA PRODUÇÃO DE CONCENTRADO POLIELETROLÍTICO PARA HEMODIÁLISE
021	CLÍNICA ODONTOLÓGICA TIPO II	153	SERVIÇO DE PROTESE DENTÁRIA
028	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO TIPO I	071	SERVIÇO DE RADIOLOGIA MÉDICA
029	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO TIPO II	073	SERVIÇO DE RADIOTERAPIA
090	HOSPITAL GERAL	074	SERVIÇO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
032	INSTITUTO DE DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA	070	SERVIÇO DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA
072	INSTITUTO DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA	082	SERVIÇO DE TOMOGRAFIA MÉDICA
193	IRRADIAÇÃO DE BOLSA DE SANGUE HUMANO	091	SERVIÇO DE VACINAÇÃO
194	LABORATÓRIO DE FERTILIZAÇÃO HUMANA	152	SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO
167	LABORATÓRIO PROCESSAMENTO CPH DE MEDULA ÓSSEA E SANGUE PERIFÉRICO	111	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA - SADT
049	NÚCLEO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA - HEMONUCLEO	141	UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

C. **TERCEIRIZADOS** - Registre os códigos correspondentes e respectivos CNPJ.

- **CÓDIGO** - Registre o código da atividade de prestação de serviço de saúde terceirizada (contratada pela estrutura albergante). Ver Tabelas 2 e 3.
- **CNPJ** - Registre o número do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do serviço terceirizado correspondente ao código informado.

3 - ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE – ESTRUTURA ALBERGANTE

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
001	AGENCIA TRANSFUSIONAL	046	HEMOCENTRO
006	ASSISTÊNCIA AO IDOSO	048	SERVIÇO DE HEMODINÂMICA
007	SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	049	NÚCLEO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA - HEMONUCLEO
019	CLÍNICA ODONTOLÓGICA MODULAR	057	SERVIÇO DE LITOTRIPSIA
020	CLÍNICA ODONTOLÓGICA TIPO I	060	SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR "IN VITRO" (RADIOIMUNOENSAIO)
021	CLÍNICA ODONTOLÓGICA TIPO II	061	SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR "IN VIVO"
023	POSTO DE COLETA DE SANGUE DE DOADOR	068	POLICLÍNICA ODONTOLÓGICA
028	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO TIPO I	070	SERVIÇO DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA
029	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO TIPO II	071	SERVIÇO DE RADIOLOGIA MÉDICA
030	SERVIÇO DE AERONAVE DE TRANSPORTE MÉDICO - TIPO "E"	073	SERVIÇO DE RADIOTERAPIA
032	INSTITUTO DE DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA	074	SERVIÇO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
033	SERVIÇO DE ENDOSCOPIA	075	SERVIÇO DE DIÁLISE
038	CLÍNICA DE ESTÉTICA I	082	SERVIÇO DE TOMOGRAFIA MÉDICA
039	CLÍNICA DE ESTÉTICA II	088	ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA CLÍNICA
040	CLÍNICA DE ESTÉTICA III	090	HOSPITAL GERAL
041	FARMÁCIA	091	SERVIÇO DE VACINAÇÃO
043	LABORATÓRIO DE ANÁLISES TOXICOLÓGICAS	095	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR
103	POSTO DE SAÚDE	147	BANCO DE VALVAS (VÁLVULAS)
104	CENTRO DE SAÚDE/ UNIDADE BÁSICA	148	POSTO DE COLETA DE LEITE HUMANO
105	POLICLÍNICA	151	ATIVIDADE DE ACUPUNTURA
106	CONSULTÓRIO ISOLADO	154	MATERNIDADE
108	SERVIÇO DE AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO - TIPO "D"	155	HOSPITAL PEDIÁTRICO
109	SERVIÇO DE EMBARCAÇÃO DE TRANSPORTE MÉDICO - TIPO "F"	156	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
110	CLÍNICA / UNIDADE AMBULATORIAL TIPO I	160	CLÍNICA - UNIDADE AMBULATORIAL TIPO II
111	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA - SADT	161	UNIDADE MÉDICO CIRÚRGICA DE CURTA PERMANÊNCIA - UNID. AMBUL. TIPO III
112	CENTRO DE PARTO NORMAL	166	BANCO DE MULTITECIDOS
113	HOSPITAL DIA	167	LABORATÓRIO PROCESSAMENTO CPH DE MEDULA ÓSSEA E SANGUE PERIFÉRICO
114	UNIDADE MISTA DE SAÚDE	174	AMBULATÓRIOS MÉDICOS DE ESPECIALIDADES
115	PRONTO SOCORRO GERAL	176	ATIVIDADE DE CRIOPRESERVAÇÃO
116	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	177	BANCO DE CÉLULAS E TECIDOS GERMINATIVOS
117	HOSPITAL ESPECIALIZADO	179	BANCO DE SEMEM HUMANO
118	CASA DE APOIO A PORTADORES DE HIV/AIDS - TIPO II	182	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALCOOL E DROGAS
121	BANCO DE LEITE HUMANO	183	CENTRO DE CONVIVÊNCIA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

3 - ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE – ESTRUTURA ALBERGANTE (cont.)

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
133	BANCO DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTÁRIO	187	CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA
134	CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA	188	CENTRO DE TECNOLOGIA CELULAR
136	CLÍNICAS E SERVIÇOS DE MEDICINA DO TRABALHO	191	INSTITUIÇÃO PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS
137	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	195	NAVIO HOSPITAL
139	POSTO DE COLETA PARA ANÁLISES CLÍNICAS	197	POLICLÍNICA DE ENSINO ODONTOLÓGICO
140	PRONTO ATENDIMENTO	199	SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR REGISTRO GRÁFICO
141	UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO	201	SERVIÇO DE AMBULÂNCIA DE RESGATE- TIPO "C"
142	SERVIÇO DE AMBULÂNCIA DE TRANSPORTE - TIPO "A"	202	SERVIÇO DE AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO - TIPO "B"
143	CENTRAL DE TRIAGEM LABORATORIAL DE DOADORES	203	SERVIÇO DE MAMOGRAFIA
144	BANCO DE TECIDO OCULAR HUMANO	204	SERVIÇO DE TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA
145	BANCO DE TECIDO MÚSCULOESQUELÉTICO	205	SERVIÇO DE VACINAÇÃO EXTRAMURO
146	BANCO DE PELE	208	UNIDADE MÓVEL

49. CONSULTÓRIOS MÉDICOS – Registre o número total de consultórios médicos existentes no estabelecimento (próprios e terceirizados), conforme o tipo de atendimento: PEDIÁTRICO / FEMININO / MASCULINO / OUTROS.

50. OUTROS CONSULTÓRIOS – Registre o número total de consultórios existentes no estabelecimento (próprios e terceirizados), independentemente da especialidade, excetuando os consultórios médicos informados no campo 11.

51. SALAS E LEITOS DE REPOUSO / OBSERVAÇÃO – Registre o número total de salas e leitos de repouso ou observação existentes no estabelecimento, conforme o tipo de atendimento: PEDIÁTRICO / FEMININO / MASCULINO / OUTROS.

52. CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS / EQUIPOS ODONTOLÓGICOS – Registre o número total de consultórios odontológicos e de equipos existentes (próprios e terceirizados), nos respectivos campos.

53. Registre o número total do solicitado por tipo de atendimento, existentes:

- **CIRURGIA AMBULATORIAL** – Número de salas.
- **ENFERMAGEM** - Número de salas.
- **CURATIVO** - Número de salas.
- **PEUENAS CIRURGIAS** - Número de salas.
- **NEBULIZAÇÃO** - Número de salas.
- **IMUNIZAÇÃO** - Número de salas.
- **GESSO** - Número de salas.
- **QUIMIOTERAPIA** - Número de salas e de poltronas.
- **DIÁLISE** - Número de salas e de poltronas.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

V – COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

54. a 20. – Os campos de número **15 a 19** são padronizados e referem-se aos dados de identificação dos profissionais de saúde que integram a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

NOME PROFISSIONAL – Registre o nome completo do profissional de saúde.

CPF – Registre o respectivo número do Cadastro de Pessoa Física.

CONSELHO PROFISSIONAL - Registre a sigla do Conselho Profissional onde está inscrito o referido profissional.

UF - Registre a sigla da unidade federada do respectivo conselho profissional. Para São Paulo, informe “SP”.

Nº INSCRIÇÃO - Registre o número da inscrição do referido profissional no respectivo conselho de classe.

CBO - Registre o código e a descrição da respectiva categoria profissional, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego.

Notas:

1 – A Tabela CBO abaixo corresponde a versão resumida da atual Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego publicada em 2002 (CBO-2002). Caso sua ocupação não esteja aqui representada, registre-a na forma como é reconhecida no campo “descrição” dos formulários (Anexos V; V.1; V.2 ou V.3), deixando em branco o campo referente ao “código”.

2 - O Sivisa - Sistema de Informação em Vigilância Sanitária disponibiliza a tabela completa da CBO 2002.

TABELA CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
848510	AÇOUGUEIRO	251105	ANTROPÓLOGO
322105	ACUPUNTURISTA	251110	ARQUEÓLOGO
252105	ADMINISTRADOR	214105	ARQUITETO DE EDIFICAÇÕES
252105	ADMINISTRADOR HOSPITALAR	214120	ARQUITETO PAISAGISTA
252105	ADMINISTRADOR PÚBLICO	214125	ARQUITETO URBANISTA
241005	ADVOGADO	818105	ASSISTENTE DE LABORATÓRIO INDUSTRIAL
241015	ADVOGADO (DIREITO CIVIL)	251605	ASSISTENTE SOCIAL
241035	ADVOGADO (DIREITO DO TRABALHO)	515110	ATENDENTE DE ENFERMAGEM
241025	ADVOGADO (DIREITO PENAL)	521120	ATENDENTE DE FARMÁCIA- BALCONISTA
241010	ADVOGADO DE EMPRESA	252205	AUDITOR (CONTADORES E AFINS)
241020	ADVOGADO FISCAL (DIREITO FISCAL)	51505	AUXILIAR DE BANCO DE SANGUE
515105	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM
515140	AGENTE DE CONTROLE DE DENGUE	613110	CRIADOR DE BOVINOS (CORTE)
515140	AGENTE DE CONTROLE DE VETORES	613115	CRIADOR DE BOVINOS (LEITE)
352205	AGENTE DE DEFESA FLORESTAL	613005	CRIADOR EM PECUÁRIA POLIVALENTE



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

TABELA CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO (CONT.)

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
352205	AGENTE DE INSPEÇÃO DE PESCA	262410	DESENHISTA INDUSTRIAL GRÁFICO (DESIGNER GRÁFICO)
352210	AGENTE DE SANEAMENTO	318005	DESENHISTA TÉCNICO
352210	AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA	342210	DESPACHANTE ADUANEIRO
516505	AGENTE FUNERÁRIO	223705	DIETISTA
841705	ALAMBIQUEIRO	412110	DIGITADOR
212410	ANALISTA DE COMUNICAÇÃO (TELEPROCESSAMENTO)	111410	DIRIGENTE DO SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL E DISTRITAL
212405	ANALISTA DE SISTEMAS (INFORMÁTICA)	111405	DIRIGENTE DO SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
212420	ANALISTA DE SUPORTE DE SISTEMA	111415	DIRIGENTE DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL
322250	AUXILIAR DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	811810	DRAGADOR (MEDICAMENTOS)
322235	AUXILIAR DE ENFERMAGEM DO TRABALHO	251205	ECONOMISTA
515210	AUXILIAR DE FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO	251610	ECONOMISTA DOMÉSTICO
515215	AUXILIAR DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	313105	ELETROTÉCNICO
818110	AUXILIAR DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES FÍSICO-QUÍMICAS	328105	EMBALSAMADOR
324210	AUXILIAR TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA	223505	ENFERMEIRO
613305	AVICULTOR	223520	ENFERMEIRO DE CENTRO CIRÚRGICO
203015	BACTERIOLOGISTA	223550	ENFERMEIRO DE TERAPIA INTENSIVA
516105	BARBEIRO	223530	ENFERMEIRO DO TRABALHO
261205	BIBLIOTECÁRIO	223545	ENFERMEIRO OBSTÉTRICO
221105	BIÓLOGO	223550	ENFERMEIRO PSIQUIÁTRICO
221205	BIOMÉDICO	223555	ENFERMEIRO PUERICULTOR E PEDIÁTRICO
203025	BOTÂNICO	223560	ENFERMEIRO SANITARISTA
516110	CABELEIREIRO	214425	ENGENHEIRO AERONÁUTICO
516140	CALISTA	214805	ENGENHEIRO AGRIMENSOR
251115	CIENTISTA POLÍTICO	222110	ENGENHEIRO AGRÔNOMO
223208	CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL	214205	ENGENHEIRO CIVIL
223236	CIRURGIÃO DENTISTA - ODONTOPEDIATRIA	214210	ENGENHEIRO CIVIL (AEROPORTOS)
223240	CIRURGIÃO DENTISTA - ORTOPEDISTA E ORTODONTISTA	214215	ENGENHEIRO CIVIL (EDIFICAÇÕES)
223244	CIRURGIÃO DENTISTA - PATOLOGISTA BUCAL	214225	ENGENHEIRO CIVIL (FERROVIAS E METROVIAS)
223248	CIRURGIÃO DENTISTA - PERIODONTISTA	214230	ENGENHEIRO CIVIL (GEOTECNIA)
223256	CIRURGIÃO DENTISTA - PROTESISTA	214240	ENGENHEIRO CIVIL (HIDRÁULICA)
223260	CIRURGIÃO DENTISTA - RADIOLOGISTA	214245	ENGENHEIRO CIVIL (PONTES E VIADUTOS)
223268	CIRURGIÃO DENTISTA - TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL	214255	ENGENHEIRO CIVIL (RODOVIAS)
223272	CIRURGIÃO DENTISTA DE SAÚDE COLETIVA	214260	ENGENHEIRO CIVIL (SANEAMENTO)
223212	CIRURGIÃO DENTISTA - ENDODONTISTA	214265	ENGENHEIRO CIVIL (TÚNEIS)
613010	CRIADOR DE ANIMAIS DOMÉSTICOS	214910	ENGENHEIRO DE CONTROLE DE QUALIDADE
241040	CONSULTOR JURÍDICO	214605	ENGENHEIRO DE MATERIAIS
214915	ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	214705	ENGENHEIRO DE MINAS
214340	ENGENHEIRO DE TELECOMUNICAÇÕES	222115	ENGENHEIRO DE PESCA
		214905	ENGENHEIRO DE PRODUÇÃO
		516130	MAQUIADOR DE CARACTERIZAÇÃO
		322120	MASSOTERAPEUTA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

TABELA CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO (CONT.)

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
214925	ENGENHEIRO DE TEMPOS E MOVIMENTOS	211115	MATEMÁTICO
214305	ENGENHEIRO ELETRICISTA	225105	MÉDICO ACUPUNTURISTA
214325	ENGENHEIRO ELETRÔNICO DE MANUTENÇÃO	225110	MÉDICO ALERGISTA / IMUNOLOGISTA
222120	ENGENHEIRO FLORESTAL	223103	MÉDICO ANATOMOPATOLOGISTA
214405	ENGENHEIRO MECÂNICO	223104	MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
214415	ENGENHEIRO MECÂNICO (ENERGIA NUCLEAR)	223105	MÉDICO ANGIOLOGISTA
214410	ENGENHEIRO MECÂNICO AUTOMOTIVO	223106	MÉDICO CARDIOLOGISTA
214610	ENGENHEIRO METALURGISTA	223110	MÉDICO CIRURGIÃO GERAL
214430	ENGENHEIRO NAVAL	223112	MÉDICO CIRURGIÃO PLÁSTICO
214505	ENGENHEIRO QUÍMICO	223115	MÉDICO CLÍNICO
214510	ENGENHEIRO QUÍMICO (INDÚSTRIA QUÍMICA)	223117	MÉDICO DERMATOLOGISTA
214520	ENGENHEIRO QUÍMICO (PAPEL E CELULOSE)	223118	MÉDICO DO TRABALHO
214525	ENGENHEIRO QUÍMICO (PETRÓLEO E BORRACHA)	223120	MÉDICO EM ENDOSCOPIA
424125	ESCRITURÁRIO EM ESTATÍSTICA	223124	MÉDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
211205	ESTATÍSTICO	223125	MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA E METABOLOGISTA
322130	ESTETICISTA	223126	MÉDICO FISIATRA
223405	FARMACÊUTICO	225165	MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA
223410	FARMACÊUTICO BIOQUÍMICO	223132	MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA
524205	FEIRANTE	223134	MÉDICO HEMOTERAPEUTA
261405	FILÓLOGO	223135	MÉDICO HOMEOPATA
213105	FÍSICO	225103	MÉDICO INFECTOLOGISTA
213110	FÍSICO (ACÚSTICA)	223137	MÉDICO LEGISTA
213150	FÍSICO (MEDICINA)	223139	MÉDICO NEFROLOGISTA
213155	FÍSICO (NUCLEAR E REATORES)	223142	MÉDICO NEUROLOGISTA
213160	FÍSICO (ÓPTICA)	223144	MÉDICO OFTALMOLOGISTA
213175	FÍSICO (TÉRMICA)	223146	MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	223147	MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA
223810	FONOAUDIÓLOGO GERAL	223149	MÉDICO PEDIATRA
261805	FOTÓGRAFO	223150	MÉDICO PERITO
213415	GEOFÍSICO	223151	MÉDICO PNEUMOLOGISTA
251305	GEÓGRAFO	223152	MÉDICO PROCTOLOGISTA
213405	GEÓLOGO	223153	MÉDICO PSIQUIATRA
351725	INSPEÇÃO DE RISCO	223154	MÉDICO RADIOTERAPEUTA
322225	INSTRUMENTADOR CIRÚRGICO	223156	MÉDICO SANITARISTA
622010	JARDINEIRO	223157	MÉDICO UROLOGISTA
261125	JORNALISTA	223305	MÉDICO VETERINÁRIO
516120	MANICURE	223305	MÉDICO VETERINÁRIO
516125	MAQUIADOR	711130	MINEIRO
223710	NUTRICIONISTA	251120	SOCIÓLOGO
811120	OPERADOR DE CONCENTRAÇÃO	515135	SOCORRISTA (EXCETO MÉDICOS E ENFERMEIROS)
711410	OPERADOR DE SALINA (SAL MARINHO)	321110	TÉCNICO AGROPECUÁRIO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

TABELA CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO (CONT.)

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
239410	ORIENTADOR EDUCACIONAL	314705	TÉCNICO DE ACABAMENTO EM SIDERURGIA
223910	ORTOPTISTA	314710	TÉCNICO DE ACIARIA EM SIDERURGIA
351815	PAPIESCOPISTA POLICIAL	325205	TÉCNICO DE ALIMENTOS
515115	PATEIRA LEIGA	322205	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
239415	PEDAGOGO	322210	TÉCNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTENSIVA
516140	PEDICURE	322215	TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO TRABALHO
631105	PESCADOR ARTESANAL DE ÁGUA	322220	TÉCNICO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA
631205	PESCADOR INDUSTRIAL	312205	TÉCNICO DE ESTRADAS
203210	PESQUISADOR DE ENGENHARIA E TECNOLOGIA (OUTRAS ÁREAS DA ENGENHARIA)	314715	TÉCNICO DE FUNDIÇÃO EM SIDERURGIA
203015	PESQUISADOR DE MICRO-ORGANISMOS E PARASITAS	301110	TÉCNICO DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES FÍSICO-QUÍMICAS (MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO)
203005	PESQUISADOR EM BIOLOGIA AMBIENTAL	301105	TÉCNICO DE LABORATÓRIO INDUSTRIAL
203010	PESQUISADOR EM BIOLOGIA ANIMAL	314720	TÉCNICO DE LAMINAÇÃO EM SIDERURGIA
203020	PESQUISADOR EM BIOLOGIA HUMANA	313120	TÉCNICO DE MANUTENÇÃO ELÉTRICA
203520	PESQUISADOR EM HISTÓRIA	313125	TÉCNICO DE MANUTENÇÃO ELÉTRICA DE MÁQUINA
224120	PREPARADOR FÍSICO	313205	TÉCNICO DE MANUTENÇÃO ELETRÔNICA
612005	PRODUTOR AGRÍCOLA POLIVALENTE	313210	TÉCNICO DE MANUTENÇÃO ELETRÔNICA (CIRCUITOS DE MÁQUINAS COM COMANDO NUMÉRICO)
611005	PRODUTOR AGROPECUÁRIO, EM GERAL	316305	TÉCNICO DE MINERAÇÃO
262105	PRODUTOR CULTURAL	316310	TÉCNICO DE MINERAÇÃO (ÓLEO E PETRÓLEO)
612305	PRODUTOR DA OLERICULTURA DE LEGUMES	312105	TÉCNICO DE OBRAS CIVIS
612505	PRODUTOR DE ÁRVORES FRUTÍFERAS	322505	TÉCNICO DE ORTOPEDIA
612405	PRODUTOR DE FLORES DE CORTE	314725	TÉCNICO DE REDUÇÃO NA SIDERURGIA (1ª FUSÃO)
239205	PROFESSOR DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA E SURDOS	314730	TÉCNICO DE REFRAATÓRIO EM SIDERURGIA
239215	PROFESSOR DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA MENTAL	312210	TÉCNICO DE SANEAMENTO
239225	PROFESSOR DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL	313315	TÉCNICO DE TELECOMUNICAÇÕES (TELEFONIA)
239420	PROFESSOR DE TÉCNICAS E RECURSOS AUDIOVISUAIS	313320	TÉCNICO DE TRANSMISSÃO (TELECOMUNICAÇÕES)
317110	PROGRAMADOR DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	311515	TÉCNICO DE UTILIDADE (PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE VAPOR, GASES, ÓLEOS, COMBUSTÍVEIS, ENERGIA)
251510	PSICÓLOGO CLÍNICO	313215	TÉCNICO ELETRÔNICO
251540	PSICÓLOGO DO TRABALHO	312305	TÉCNICO EM AGRIMENSURA
251505	PSICÓLOGO EDUCACIONAL	300305	TÉCNICO EM ELETROMECÂNICA
251530	PSICÓLOGO SOCIAL	325115	TÉCNICO EM FARMÁCIA
213205	QUÍMICO	313505	TÉCNICO EM FOTÔNICA
213210	QUÍMICO INDUSTRIAL	316110	TÉCNICO EM GEOLOGIA
261135	REPÓRTER (EXCLUSIVE RÁDIO E TELEVISÃO)	322315	TÉCNICO EM HIDROGRAFIA
261730	REPÓRTER DE RÁDIO E TELEVISÃO	324105	TÉCNICO EM MÉTODOS ELETROGRÁFICOS EM ENCEFALOGRAFIA
766410	REVELADOR DE FILMES FOTOGRÁFICOS EM PRETO E BRANCO	314110	TÉCNICO MECÂNICO
324110	TÉCNICO EM MÉTODOS GRÁFICOS EM CARDIOLOGIA	311105	TÉCNICO QUÍMICO
322305	TÉCNICO EM ÓPTICA E OPTOMETRIA	214365	TECNÓLOGO EM ELETRÔNICA
324205	TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA	223905	TERAPEUTA OCUPACIONAL
323105	TÉCNICO EM PECUÁRIA		



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

TABELA CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO (CONT.)

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
321305	TÉCNICO EM PISCICULTURA	312320	TOPÓGRAFO
322115	TÉCNICO EM QUIROPRAXIA	622015	TRABALHADOR NA PRODUÇÃO DE MUDAS E SEMENTES
324115	TÉCNICO EM RADIOLOGIA	623020	TRATADOR DE ANIMAIS
324115	TÉCNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	524305	VENDEDOR AMBULANTE
322405	TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL	524105	VENDEDOR EM DOMICÍLIO
351605	TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	515120	VISITADOR SANITÁRIO
314620	TÉCNICO EM SOLDAGEM	632015	VIVEIRISTA FLORESTAL
		223310	ZOOTECNISTA

VI – LEITOS – UNIDADES DE INTERNAÇÃO E DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

21. UNIDADE DE INTERNAÇÃO – Registre o número total de leitos existentes, segundo a especialidade:

- **CIRÚRGICA** – BUCOMAXILOFACIAL; CARDIOLOGIA; CIRURGIA GERAL; ENDOCRINOLOGIA; GASTROENTEROLOGIA; GINECOLOGIA; LEITO/DIA; NEFRO/UROLOGIA; NEUROCIRURGIA; OBSTETRÍCIA; OFTALMOLOGIA; ONCOLOGIA; ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA; OTORRINOLARINGOLOGIA; PLÁSTICA; TORÁCICA; e,

- **CLÍNICA** – AIDS; CARDIOLOGIA; CLÍNICA GERAL; CRÔNICOS; DERMATOLOGIA; GERIATRIA; HANSENOLOGIA; HEMATOLOGIA; LEITO/DIA; NEFRO/UROLOGIA; NEONATOLOGIA; NEUROLOGIA; OBSTETRÍCIA; ONCOLOGIA; PEDIATRIA; PNEUMOLOGIA; PSIQUIATRIA; REABILITAÇÃO; TISIOLOGIA.

22. UNIDADE DE INTERNAÇÃO COM LEITO COMPLEMENTAR – Registre o número total de leitos complementares existentes: UTI ADULTO; UTI INFANTIL; UTI NEONATAL; UNIDADE INTERMEDIÁRIA; UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL; UNIDADE DE ISOLAMENTO.

23. UNIDADE DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA (PRONTO-SOCORRO) – Nº LEITOS OBSERVAÇÃO – Registre o número total de leitos de observação existente na unidade de urgência ou emergência.

VII – EQUIPAMENTOS / FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE

24. Registre o número de equipamentos e ou fontes de radiação ionizante existente e informado no Subanexo V.2. – Considere a somatória dos equipamentos e fontes resultante de todos os formulários complementares.

VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS - Após ler e concordar com o declarado, o responsável legal e os responsáveis técnicos que tiveram seus dados informados no formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária (Anexo V), devem registrar seus vistos neste campo.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

FORMULÁRIO

SUBANEXO V.2 – PORTARIA CVS 01/2017

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

67. Nº PROTOCOLO

68. DATA PROTOCOLO

69. Nº PROCESSO DE ORIGEM

II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

CONFORME REGISTRADO NO ANEXO V QUE ACOMPANHA ESTE FORMULÁRIO

70. Nº CEVS

71. CNPJ / CPF

72. RAZÃO SOCIAL / NOME

73. NOME FANTASIA

III – CARACTERIZAÇÃO DAS FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

CONSULTAR ANEXO II – FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

EQ.1. Cód.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.2. Cód.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.3. Cód.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.4. Cód.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.5. Cód.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.6. Cód.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

IV – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

RT.A. NOME.: _____
CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO: _____
RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 SUBSTITUTO

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

RT.B. NOME.: _____
CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO: _____
RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 SUBSTITUTO

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

RT.C. NOME.: _____
CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO: _____
RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 SUBSTITUTO

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

RT.D. NOME.: _____
CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO: _____
RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 SUBSTITUTO

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

RT.E. NOME.: _____
CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO: _____
RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 SUBSTITUTO

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

RT.F. NOME.: _____
CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO: _____
RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 SUBSTITUTO

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

V – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS.

Local _____ Data ____/____/____ Assin. RESP. LEGAL _____ Assin. RESP. TÉCN. ESTAB. _____

Assinatura RESP. TECN. A _____ Assinatura RESP. TECN. B _____ Assinatura RESP. TECN. C _____

Assinatura RESP. TECN. D _____ Assinatura RESP. TECN. E _____ Assinatura RESP. TECN. F _____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

SUBANEXO V.2 DO FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

- 55. N° DO PROTOCOLO** – Informe o número do protocolo do serviço competente ao qual se refere à entrada da solicitação do presente documento.
- 56. DATA DO PROTOCOLO** – Informe o dia, mês e ano (dd/mm/aaaa) do protocolo do serviço competente ao qual se refere à entrada da solicitação do presente documento.
- 57. N° PROCESSO DE ORIGEM** – Informe o dia, mês e ano (dd/mm/aaaa) do protocolo do serviço competente ao qual se refere à entrada da solicitação do presente documento.

II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

CONFORME REGISTRADO NO ANEXO V QUE ACOMPANHA ESTE FORMULÁRIO

- 58. N° CEVS** – Informe o Número CEVS somente no caso de solicitação de renovação de licença de funcionamento ou de alteração de dados cadastrais de estabelecimento já licenciado. No caso de solicitação inicial preencher com “000” (zeros).
- 59. CNPJ / CPF** – Informe o número do cadastro de pessoa jurídica - CNPJ ou de pessoa física - CPF registrado no campo correspondente do *Anexo V – Formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária*.
- 60. RAZÃO SOCIAL / NOME** – Informe a mesma razão social ou nome registrado no campo correspondente do *Anexo V – Formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária*.
- 61. NOME FANTASIA** – Informe, se pertinente, o nome fantasia registrado no campo correspondente do *Anexo V – Formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária*.

III – CARACTERIZAÇÃO DAS FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

CONSULTAR ANEXO II – FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

As fontes de radiação ionizante obrigadas à licença de funcionamento encontram-se no Anexo II da presente portaria.

Os equipamentos de interesse da saúde desobrigados de licença de funcionamento encontram-se no presente instrutivo.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Os campos “EQ” são padronizados e, cada número (1 a 6) refere-se a somente um tipo de fonte de radiação ionizante ou equipamento de interesse da saúde, obrigados ou não ao licenciamento pelo serviço de vigilância sanitária competente. Seu preenchimento varia de acordo com o tipo de fonte ou equipamento, conforme identificados a seguir:

1. EQUIPAMENTOS GERADORES DE RADIAÇÃO IONIZANTE (Anexo II)

1 - EQUIPAMENTO GERADOR DE RADIAÇÃO IONIZANTE			
CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
215	ACELERADOR LINEAR COM ELÉTRONS	214	RAIOS X PARA DENSITOMETRIA ÓSSEA
216	ACELERADOR LINEAR SEM ELÉTRONS	205	RAIOS X PARA HEMODINAMICA
209	RADIOTERAPIA DE ORTOVOLTAGEM	213	RAIOS X PARA LITOTRIPTOR EXTRACORPÓREO
201	RAIOS X MÉDICO ATÉ 100 MA	210	RAIOS X PARA MAMÓGRAFO COM ESTÉREOTAXIA
204	RAIOS X MÉDICO COM FLUOROSCOPIA	211	RAIOS X PARA MAMÓGRAFO SEM ESTÉREOTAXIA
202	RAIOS X MÉDICO DE 100 MA A 500 MA	208	RAIOS X PARA SIMULAÇÃO
203	RAIOS X MÉDICO DE MAIS DE 500 MA	219	RAIOS X PARA TOMÓGRAFO DO PET CT
206	RAIOS X MÉDICO MÓVEL	212	RAIOS X PARA TOMÓGRAFO MÉDICO
218	RAIOS X ODONTOLÓGICO EXTRA-ORAL	221	RAIOS X PARA TOMÓGRAFO ODONTOLÓGICO
207	RAIOS X ODONTOLÓGICO INTRA-ORAL		

CÓD. – Informe o código correspondente ao equipamento para o qual se solicita a licença de funcionamento ou sua alteração.

Nº CEVS – Informe o número do Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária no caso de solicitação de alteração de dados cadastrais relacionados ao equipamento licenciado. Registre “zeros” no caso de solicitação inicial de licença de funcionamento para o referido equipamento.

CARACTERÍSTICA A - Registre o número de série do equipamento.

CARACTERÍSTICA B - Registre a marca e o modelo do equipamento.

CARACTERÍSTICA C - Registre o valor da corrente máxima (mA - miliampere) e da tensão máxima (kV - quilovolt) do equipamento.

NOTA: No caso de “ACELERADOR LINEAR”, informar o valor da energia máxima de fótons (MV - megavoltagem) e da energia máxima de elétrons (MeV - megaelétron-volt)

CARACTERÍSTICA D – Não se aplica. Registre: “000” (zeros).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

2. EQUIPAMENTOS COM FONTES SELADAS (Anexo II)

2 - EQUIPAMENTO COM FONTES SELADAS

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
301	UNIDADE DE BRAQUITERAPIA COM FONTES DE ALTA TAXA DE DOSE	303	UNIDADE DE TELETERAPIA
302	UNIDADE DE BRAQUITERAPIA COM FONTES DE MÉDIA TAXA DE DOSE	220	IRRADIADOR DE BOLSA DE SANGUE HUMANO COM FONTE DE RADIAÇÃO GAMA

CÓD. – Informe o código correspondente ao equipamento para o qual se solicita a licença de funcionamento ou sua alteração.

Nº CEVS – Informe o número do Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária no caso de solicitação de alteração de dados cadastrais relacionados ao equipamento licenciado. Registre “zeros” no caso de solicitação inicial de licença de funcionamento para o referido equipamento.

CARACTERÍSTICA A - Registre o tipo de fonte.

Exemplos: Césio-137, Cobalto-60, Iridio-192, entre outros.

CARACTERÍSTICA B - Registre o número de série, a marca e o modelo da fonte.

CARACTERÍSTICA C - Registre a atividade nominal (Ci - Curie) na data de fabricação da fonte.

CARACTERÍSTICA D – Registre a frequência de troca de fontes.

3. EQUIPAMENTOS COM RADIAÇÃO IONIZANTE – USO VETERINÁRIO (Anexo II)

3 - EQUIPAMENTO COM RADIAÇÃO IONIZANTE – USO VETERINÁRIO

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
605	ACELERADOR LINEAR COM OU SEM ELÉTRONS	604	RAIOS X PARA ODONTOLOGIA
602	RAIOS X CONVENCIONAL	603	RAIOS X PARA TOMOGRAFIA
601	RAIOS X MÓVEL		

CÓD. – Informe o código correspondente ao equipamento para o qual se solicita a licença de funcionamento ou sua alteração.

Nº CEVS – Informe o número do Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária no caso de solicitação de alteração de dados cadastrais relacionados ao equipamento licenciado. Registre “zeros” no caso de solicitação inicial de licença de funcionamento para o referido equipamento.

CARACTERÍSTICA A - Registre o número de série do equipamento.

CARACTERÍSTICA B - Registre a marca e o modelo do equipamento.

CARACTERÍSTICA C - Registre o valor da corrente máxima (mA - miliampere) e da tensão máxima (kV - quilovolt) do equipamento.

NOTA: No caso de “ACELERADOR LINEAR”, informar o valor da energia máxima de fótons (MV - megavoltagem) e da energia máxima de elétrons (MeV - megaelétron-volt)

CARACTERÍSTICA D – Não se aplica. Registre: “000” (zeros).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

4. FONTES SELADAS (Anexo II)

4 – FONTES SELADAS

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
401	CONJUNTO DE FONTES PARA BRAQUITERAPIA DE BAIXA TAXA DE DOSE	402	CONJUNTO DE FONTES PARA TERAPIA DE CONTATO
403	CONJUNTO DE FONTES PARA CALIBRAÇÃO EM MEDICINA NUCLEAR	404	FONTE DE REFERÊNCIA PARA RADIOTERAPIA

CÓD. – Informe o código correspondente ao equipamento para o qual se solicita a licença de funcionamento ou sua alteração.

Nº CEVS – Informe o número do Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária no caso de solicitação de alteração de dados cadastrais relacionados ao equipamento licenciado. Registre “zeros” no caso de solicitação inicial de licença de funcionamento para o referido equipamento.

CARACTERÍSTICA A - Registre o tipo de fonte. ExemploS: Césio-137, Cobalto-60, etc.

CARACTERÍSTICA B - Registre o número de fontes existentes no local.

CARACTERÍSTICA C - Registre a atividade nominal (Ci - Curie) na data de fabricação da fonte.

CARACTERÍSTICA D – Registre a freqüência de troca de fontes.

5. EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE - DESOBRIGADOS DE LF

5 - EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
217	CÂMARA DE BRONZEAMENTO ARTIFICIAL	138	MÁQUINA AUTOMATIZADA PARA REPROCESSAMENTO DE DIALISADORES
113	CÂMARA HIPERBÁRICA	139	MÁQUINA DE AFERESE
112	CENTRAL DE GASES MEDICINAIS	140	MÁQUINA PARA HEMODIÁLISE – CRÔNICO
137	CENTRÍFUGA REFRIGERADA	101	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
103	CINTILÓGRAFO LINEAR	109	EQUIPAMENTO DE IONIZADOR TRATAMENTO DE ÁGUA PARA DIÁLISE
136	EQUIPAMENTO DE PET	108	EQUIPAMENTO DE OSMOSE REVERSA - TRATAMENTO DE ÁGUA PARA DIÁLISE
114	EQUIPAMENTO DE SEDAÇÃO CONSCIENTE COM ÓXIDO NITROSO	107	ULTRASSOM COM DOPPLER COLORIDO
102	GAMA-CÂMARA	105	ULTRASSOM COM ECÓGRAFO
110	GERADOR DE ENERGIA ELÉTRICA	106	ULTRASSOM COMUM
104	LITOTRIPTOR EXTRACORPÓREO COM ULTRA-SOM	111	USINA DE OXIGÊNIO

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento a instalar ou instalado no estabelecimento prestador de serviço de saúde ou de interesse da saúde (Anexo I da Portaria CVS 1/2017), informado no item II, tanto do Anexo V, quanto do presente Subanexo V.2.

Nº CEVS – Não se aplica. Registre “000” (zeros).

CARACTERÍSTICA A - Registre a quantidade de equipamentos do respectivo código, existentes no local.

CARACTERÍSTICAS B, C e D – Não se aplica. Registre: “000” (zeros).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

6. EQUIPAMENTOS PARA MEDIÇÃO DE RAIOS X - DESOBRIGADOS DE LF

6 - EQUIPAMENTOS PARA MEDIÇÃO DE RAIOS X

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
118	CÂMARA DE IONIZAÇÃO	123	MEDIDOR DE TEMPO DE IRRADIAÇÃO
120	DENSITÔMETRO	122	MEDIDOR DE TENSÃO
119	ELETRÔMETRO	117	MEDIDOR MULTIFUNÇÃO
121	FOTÔMETRO	124	SENSITÔMETRO
115	MEDIDOR DE DOSE	125	TERMÔMETRO DE IMERSÃO
116	MEDIDOR DE TAXA DE DOSE		

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento a instalar ou instalado no estabelecimento prestador de serviço de saúde ou de interesse da saúde (Anexo I da Portaria CVS 1/2017), informado no item II, tanto do Anexo V, quanto do presente Subanexo V.2.

Nº CEVS – Não se aplica. Registre “000” (zeros).

CARACTERÍSTICA A - Registre o número de série do equipamento.

CARACTERÍSTICA B - Registre a marca e o modelo do equipamento.

CARACTERÍSTICA C - Registre a sensibilidade do equipamento.

CARACTERÍSTICA D – Registre a letra correspondente ao tipo de medição que o equipamento realiza:

A – Medição de raios X odontológico **intra**-oral.

B – Medição de raios X odontológico **extra**-oral.

C – Medição de raios X médico convencional **sem** fluoroscopia.

D – Medição de raios X médico convencional **com** fluoroscopia.

E – Medição de raios X de mamógrafo.

F – Medição de raios X de tomógrafo.

7. EQUIPAMENTOS AUXILIARES - DESOBRIGADOS DE LF

7 - EQUIPAMENTOS AUXILIARES PARA RADIOMETRIA E TESTE DE QUALIDADE EM RADIODIAGNÓSTICO

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
130	AVALIADOR DA COINCIDÊNCIA DO CAMPO DE LUZ COM O FEIXE DE RADIAÇÃO	133	MEDIDOR DE RESOLUÇÃO ESPACIAL DE BAIXO CONTRASTE
129	AVALIADOR DO ALINHAMENTO DE GRADES	132	MEDIDOR DE RESOLUÇÃO ESPACIAL EM ALTO CONTRASTE
128	AVALIADOR DO ALINHAMENTO DO FEIXE CENTRAL	134	MEDIDOR DE TAMANHO DE CAMPO ODONTOLÓGICO
131	AVALIADOR DO CONTATO TELA-FILME	135	MEDIDOR DE TAMANHO DE PONTO FOCAL
126	FILTROS DE ALUMÍNIO	127	OBJETO SIMULADOR DE PARTES DO CORPO HUMANO

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento a instalar ou instalado no estabelecimento prestador de serviço de saúde ou de interesse da saúde (Anexo I da Portaria CVS 1/2017), informado no item II, tanto do Anexo V, quanto do presente Subanexo V.2.

Nº CEVS – Não se aplica. Registre “000” (zeros).

CARACTERÍSTICA A - Registre o nome do material de que é feito o equipamento.

CARACTERÍSTICA B - Registre as dimensões aproximadas do equipamento.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

CARACTERÍSTICA C - Registre o número de série ou de patrimônio do equipamento.

CARACTERÍSTICA D – Registre a letra correspondente ao tipo de medição que o equipamento realiza:

A – Medição de raios X odontológico **intra**-oral.

B – Medição de raios X odontológico **extra**-oral.

C – Medição de raios X médico convencional **sem** fluoroscopia.

D – Medição de raios X médico convencional **com** fluoroscopia.

E – Medição de raios X de mamógrafo.

F – Medição de raios X de tomógrafo.

8. EQUIPAMENTOS PARA SERVIÇOS DE DIÁLISE - DESOBRIGADOS DE LF

8 - EQUIPAMENTOS PARA SERVIÇOS DE DIÁLISE

CÓD.	TIPO
110	GERADOR DE ENERGIA ELÉTRICA
140	MÁQUINA PARA HEMODIÁLISE – CRÔNICO
138	MÁQUINA AUTOMATIZADA PARA REPROCESSAMENTO DE DIALISADORES

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento a instalar ou instalado no estabelecimento prestador de serviço de saúde ou de interesse da saúde (Anexo I da Portaria CVS 1/2017), informado no item II, tanto do Anexo V, quanto do presente Subanexo V.2.

Nº CEVS – Não se aplica. Registre “000” (zeros).

CARACTERÍSTICA A - Registre o número de série do equipamento.

CARACTERÍSTICA B - Registre a marca e o modelo do equipamento.

CARACTERÍSTICAS C e D – Não se aplica. Registre: “000” (zeros).

9. EQUIPAMENTOS PARA TRATAMENTO DE ÁGUA PARA DIÁLISE - DESOBRIGADOS DE LF

9 - EQUIPAMENTOS PARA TRATAMENTO DE ÁGUA PARA DIÁLISE

CÓD.	TIPO
109	EQUIPAMENTO DEIONIZADOR -TRATAMENTO DE ÁGUA PARA DIÁLISE
108	EQUIPAMENTO DE OSMOSE REVERSA - TRATAMENTO DE ÁGUA PARA DIÁLISE

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento a instalar ou instalado no estabelecimento prestador de serviço de saúde ou de interesse da saúde (Anexo I da Portaria CVS 1/2017), informado no item II, tanto do Anexo V, quanto do presente Subanexo V.2.

Nº CEVS – Não se aplica. Registre “000” (zeros).

CARACTERÍSTICA A - Registre a quantidade de equipamentos do respectivo código, existentes no local.

CARACTERÍSTICAS B, C e D – Não se aplica. Registre: “000” (zeros).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

10. EQUIPAMENTOS PARA SERVIÇO DE HEMOTERAPIA - DESOBRIGADOS DE LF

10 - EQUIPAMENTOS PARA SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
137	CENTRÍFUGA REFRIGERADA	110	GERADOR DE ENERGIA ELÉTRICA	139	MÁQUINA DE AFÊRESE

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento a instalar ou instalado no estabelecimento prestador de serviço de saúde ou de interesse da saúde (Anexo I da Portaria CVS 1/2017), informado no item II, tanto do Anexo V, quanto do presente Subanexo V.2.

Nº CEVS – Não se aplica. Registre “000” (zeros).

CARACTERÍSTICA A - Registre o número de série do equipamento.

CARACTERÍSTICA B - Registre a marca e o modelo do equipamento.

CARACTERÍSTICAS C e D – Não se aplica. Registre: “000” (zeros).

11. EQUIPAMENTOS PARA MEDICINA HIPERBÁRICA - DESOBRIGADOS DE LF

11 - EQUIPAMENTOS PARA MEDICINA HIPERBÁRICA

CÓD.	TIPO
113	CÂMARA HIPERBÁRICA
110	GERADOR DE ENERGIA ELÉTRICA

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento a instalar ou instalado no estabelecimento prestador de serviço de saúde ou de interesse da saúde (Anexo I da Portaria CVS 1/2017), informado no item II, tanto do Anexo V, quanto do presente Subanexo V.2.

Nº CEVS – Não se aplica. Registre “000” (zeros).

CARACTERÍSTICA A - Registre o número de série do equipamento.

CARACTERÍSTICA B - Registre a marca e o modelo do equipamento.

CARACTERÍSTICA C - Registre a Tensão (V) e a Amperagem (A) do equipamento.

CARACTERÍSTICA D - Registre a número de registro do equipamento na Anvisa (após 2001).

12. EQUIPAMENTOS PARA SEDAÇÃO - DESOBRIGADOS DE LF

12 - EQUIPAMENTOS PARA SEDAÇÃO

CÓD.	TIPO
114	EQUIPAMENTO DE SEDAÇÃO CONSCIENTE COM ÓXIDO NITROSO

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento a instalar ou instalado no estabelecimento prestador de serviço de saúde ou de interesse da saúde (Anexo I da Portaria CVS 1/2017), informado no item II, tanto do Anexo V, quanto do presente Subanexo V.2.

Nº CEVS – Não se aplica. Registre “000” (zeros).

CARACTERÍSTICA A - Registre o número de série do equipamento.

CARACTERÍSTICA B - Registre a marca e o modelo do equipamento.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

CARACTERÍSTICA C - Não se aplica. Registre “000” (zeros).

CARACTERÍSTICA D - Registre a número de registro do equipamento na Anvisa (após 2001).

IV – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

Os campos “RT” são padronizados e cada letra (A a F) refere-se aos dados de identificação de somente um responsável técnico. Seu preenchimento se dá em função dos equipamentos aos quais ele responde ou como responsável técnico principal ou como substituto, como segue:

NOME – Registre o nome completo do responsável técnico.

CPF – Registre o respectivo número do Cadastro de Pessoa Física.

CONS. PROFISSIONAL - Registre a sigla do Conselho Profissional onde está inscrito o referido responsável.

UF - Registre a unidade federada do respectivo conselho profissional. No caso de São Paulo: “SP”.

Nº INSCRIÇÃO - Registre o número da inscrição do referido responsável no respectivo conselho profissional.

CBO - Registre o código e a descrição da categoria profissional do referido responsável, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego.

Notas:

1 – A Tabela CBO abaixo corresponde a versão resumida da atual Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego publicada em 2002 (CBO-2002). Caso sua ocupação não esteja aqui representada, registre-a na forma como é reconhecida no campo “descrição” dos formulários (Anexos V; V.1; V.2 ou V.3), deixando em branco o campo referente ao “código”.

2 - O Sivisa - Sistema de Informação em Vigilância Sanitária disponibiliza a tabela completa da CBO 2002.

TABELA CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
848510	AÇOUGUEIRO	251105	ANTROPÓLOGO
322105	ACUPUNTURISTA	251110	ARQUEÓLOGO
252105	ADMINISTRADOR	214105	ARQUITETO DE EDIFICAÇÕES
252105	ADMINISTRADOR HOSPITALAR	214120	ARQUITETO PAISAGISTA
252105	ADMINISTRADOR PÚBLICO	214125	ARQUITETO URBANISTA
241005	ADVOGADO	818105	ASSISTENTE DE LABORATÓRIO INDUSTRIAL
241015	ADVOGADO (DIREITO CIVIL)	251605	ASSISTENTE SOCIAL
241035	ADVOGADO (DIREITO DO TRABALHO)	515110	ATENDENTE DE ENFERMAGEM
241025	ADVOGADO (DIREITO PENAL)	521120	ATENDENTE DE FARMÁCIA- BALCONISTA
241010	ADVOGADO DE EMPRESA	252205	AUDITOR (CONTADORES E AFINS)
241020	ADVOGADO FISCAL (DIREITO FISCAL)	51505	AUXILIAR DE BANCO DE SANGUE
515105	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM
515140	AGENTE DE CONTROLE DE DENGUE	322250	AUXILIAR DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

TABELA CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
515140	AGENTE DE CONTROLE DE VETORES		
352205	AGENTE DE DEFESA FLORESTAL	322235	AUXILIAR DE ENFERMAGEM DO TRABALHO
352205	AGENTE DE INSPEÇÃO DE PESCA	515210	AUXILIAR DE FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO
352210	AGENTE DE SANEAMENTO	515215	AUXILIAR DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
352210	AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA	818110	AUXILIAR DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES FÍSICO-QUÍMICAS
516505	AGENTE FUNERÁRIO	324210	AUXILIAR TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA
841705	ALAMBIQUEIRO	613305	AVICULTOR
212410	ANALISTA DE COMUNICAÇÃO (TELEPROCESSAMENTO)	203015	BACTERIOLOGISTA
212405	ANALISTA DE SISTEMAS (INFORMÁTICA)	516105	BARBEIRO
212420	ANALISTA DE SUPORTE DE SISTEMA	223545	ENFERMEIRO OBSTÉTRICO
261205	BIBLIOTECÁRIO	223550	ENFERMEIRO PSIQUIÁTRICO
221105	BIÓLOGO	223555	ENFERMEIRO PUERICULTOR E PEDIÁTRICO
221205	BIOMÉDICO	223560	ENFERMEIRO SANITARISTA
203025	BOTÂNICO	214425	ENGENHEIRO AERONÁUTICO
516110	CABELEIREIRO	214805	ENGENHEIRO AGRIMENSOR
516140	CALISTA	222110	ENGENHEIRO AGRÔNOMO
251115	CIENTISTA POLÍTICO	214205	ENGENHEIRO CIVIL
223208	CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL	214210	ENGENHEIRO CIVIL (AEROPORTOS)
223236	CIRURGIÃO DENTISTA - ODONTOPEDIATRIA	214215	ENGENHEIRO CIVIL (EDIFICAÇÕES)
223240	CIRURGIÃO DENTISTA - ORTOPEDISTA E ORTODONTISTA	214225	ENGENHEIRO CIVIL (FERROVIAS E METROVIAS)
223244	CIRURGIÃO DENTISTA - PATOLOGISTA BUCAL	214230	ENGENHEIRO CIVIL (GEOTECNIA)
223248	CIRURGIÃO DENTISTA - PERIODONTISTA	214240	ENGENHEIRO CIVIL (HIDRÁULICA)
223256	CIRURGIÃO DENTISTA - PROTESISTA	214245	ENGENHEIRO CIVIL (PONTES E VIADUTOS)
223260	CIRURGIÃO DENTISTA - RADIOLOGISTA	214255	ENGENHEIRO CIVIL (RODOVIAS)
223268	CIRURGIÃO DENTISTA - TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL	214260	ENGENHEIRO CIVIL (SANEAMENTO)
223272	CIRURGIÃO DENTISTA DE SAÚDE COLETIVA	214265	ENGENHEIRO CIVIL (TÚNEIS)
223212	CIRURGIÃO DENTISTA- ENDODONTISTA	214910	ENGENHEIRO DE CONTROLE DE QUALIDADE
613010	CRIADOR DE ANIMAIS DOMÉSTICOS	214605	ENGENHEIRO DE MATERIAIS
241040	CONSULTOR JURÍDICO	214705	ENGENHEIRO DE MINAS
613110	CRIADOR DE BOVINOS (CORTE)	222115	ENGENHEIRO DE PESCA
613115	CRIADOR DE BOVINOS (LEITE)	214905	ENGENHEIRO DE PRODUÇÃO
613005	CRIADOR EM PECUÁRIA POLIVALENTE	214915	ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO
262410	DESENHISTA INDUSTRIAL GRÁFICO (DESIGNER GRÁFICO)	214340	ENGENHEIRO DE TELECOMUNICAÇÕES
318005	DESENHISTA TÉCNICO	214925	ENGENHEIRO DE TEMPOS E MOVIMENTOS
342210	DESPACHANTE ADUANEIRO	214305	ENGENHEIRO ELETRICISTA
223705	DIETISTA	214325	ENGENHEIRO ELETRÔNICO DE MANUTENÇÃO
412110	DIGITADOR	222120	ENGENHEIRO FLORESTAL
111410	DIRIGENTE DO SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL E DISTRITAL	214405	ENGENHEIRO MECÂNICO
111405	DIRIGENTE DO SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL	214415	ENGENHEIRO MECÂNICO (ENERGIA NUCLEAR)
111415	DIRIGENTE DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL	214410	ENGENHEIRO MECÂNICO AUTOMOTIVO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

TABELA CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
811810	DRAGEADOR (MEDICAMENTOS)	214610	ENGENHEIRO METALURGISTA
251205	ECONOMISTA	214430	ENGENHEIRO NAVAL
251610	ECONOMISTA DOMÉSTICO	214505	ENGENHEIRO QUÍMICO
313105	ELETROTÉCNICO	214510	ENGENHEIRO QUÍMICO (INDÚSTRIA QUÍMICA)
328105	EMBALSAMADOR	214520	ENGENHEIRO QUÍMICO (PAPEL E CELULOSE)
223505	ENFERMEIRO	214525	ENGENHEIRO QUÍMICO (PETRÓLEO E BORRACHA)
223520	ENFERMEIRO DE CENTRO CIRÚRGICO	424125	ESCRITURÁRIO EM ESTATÍSTICA
22355	ENFERMEIRO DE TERAPIA INTENSIVA	211205	ESTATÍSTICO
223530	ENFERMEIRO DO TRABALHO	322130	ESTETICISTA
223405	FARMACÊUTICO	223132	MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA
223410	FARMACÊUTICO BIOQUÍMICO	223134	MÉDICO HEMOTERAPEUTA
524205	FEIRANTE	223135	MÉDICO HOMEOPATA
261405	FILÓLOGO	225103	MÉDICO INFECTOLOGISTA
213105	FÍSICO	223137	MÉDICO LEGISTA
213110	FÍSICO (ACÚSTICA)	223139	MÉDICO NEFROLOGISTA
213150	FÍSICO (MEDICINA)	223142	MÉDICO NEUROLOGISTA
213155	FÍSICO (NUCLEAR E REATORES)	223144	MÉDICO OFTALMOLOGISTA
213160	FÍSICO (ÓPTICA)	223146	MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
213175	FÍSICO (TÉRMICA)	223147	MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA
223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	223149	MÉDICO PEDIATRA
223810	FONOAUDIÓLOGO GERAL	223150	MÉDICO PERITO
261805	FOTÓGRAFO	223151	MÉDICO PNEUMOLOGISTA
213415	GEOFÍSICO	223152	MÉDICO PROCTOLOGISTA
251305	GEÓGRAFO	223153	MÉDICO PSIQUIATRA
213405	GEÓLOGO	223154	MÉDICO RADIOTERAPEUTA
351725	INSPEÇÃO DE RISCO	223156	MÉDICO SANITARISTA
322225	INSTRUMENTADOR CIRÚRGICO	223157	MÉDICO UROLOGISTA
622010	JARDINEIRO	223305	MÉDICO VETERINÁRIO
261125	JORNALISTA	223305	MÉDICO VETERINÁRIO
516120	MANICURE	711130	MINEIRO
516125	MAQUIADOR	223710	NUTRICIONISTA
516130	MAQUIADOR DE CARACTERIZAÇÃO	811120	OPERADOR DE CONCENTRAÇÃO
322120	MASSOTERAPEUTA	711410	OPERADOR DE SALINA (SAL MARINHO)
211115	MATEMÁTICO	239410	ORIENTADOR EDUCACIONAL
225105	MÉDICO ACUPUNTURISTA	223910	ORTOPTISTA
225110	MÉDICO ALERGISTA / IMUNOLOGISTA	351815	PAPILOSCOPISTA POLICIAL
223103	MÉDICO ANATOMOPATOLOGISTA	515115	PATEIRA LEIGA
223104	MÉDICO ANESTESIOLOGISTA	239415	PEDAGOGO
223105	MÉDICO ANGIOLOGISTA	516140	PEDICURE
223106	MÉDICO CARDIOLOGISTA	631105	PESCADOR ARTESANAL DE ÁGUA
223110	MÉDICO CIRURGIÃO GERAL	631205	PESCADOR INDUSTRIAL
223112	MÉDICO CIRURGIÃO PLÁSTICO	203210	PESQUISADOR DE ENGENHARIA E TECNOLOGIA (OUTRAS ÁREAS DA ENGENHARIA)



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

TABELA CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
223115	MÉDICO CLÍNICO		
223117	MÉDICO DERMATOLOGISTA	203015	PESQUISADOR DE MICRO-ORGANISMOS E PARASITAS
223118	MÉDICO DO TRABALHO	203005	PESQUISADOR EM BIOLOGIA AMBIENTAL
223120	MÉDICO EM ENDOSCOPIA	203010	PESQUISADOR EM BIOLOGIA ANIMAL
223124	MÉDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	203020	PESQUISADOR EM BIOLOGIA HUMANA
223125	MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA E METABOLOGISTA	203520	PESQUISADOR EM HISTÓRIA
223126	MÉDICO FISIATRA	224120	PREPARADOR FÍSICO
225165	MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA	612005	PRODUTOR AGRÍCOLA POLIVALENTE
611005	PRODUTOR AGROPECUÁRIO, EM GERAL	313210	TÉCNICO DE MANUTENÇÃO ELETRÔNICA (CIRCUITOS DE MÁQUINAS COM COMANDO NUMÉRICO)
262105	PRODUTOR CULTURAL	316305	TÉCNICO DE MINERAÇÃO
612305	PRODUTOR DA OLERICULTURA DE LEGUMES	316310	TÉCNICO DE MINERAÇÃO (ÓLEO E PETRÓLEO)
612505	PRODUTOR DE ÁRVORES FRUTÍFERAS	312105	TÉCNICO DE OBRAS CIVIS
612405	PRODUTOR DE FLORES DE CORTE	322505	TÉCNICO DE ORTOPEDIA
239205	PROFESSOR DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA E SURDOS	314725	TÉCNICO DE REDUÇÃO NA SIDERURGIA (1ª FUSÃO)
239215	PROFESSOR DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA MENTAL	314730	TÉCNICO DE REFRAATÓRIO EM SIDERURGIA
239225	PROFESSOR DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL	312210	TÉCNICO DE SANEAMENTO
239420	PROFESSOR DE TÉCNICAS E RECURSOS AUDIOVISUAIS	313315	TÉCNICO DE TELECOMUNICAÇÕES (TELEFONIA)
317110	PROGRAMADOR DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	313320	TÉCNICO DE TRANSMISSÃO (TELECOMUNICAÇÕES)
251510	PSICÓLOGO CLÍNICO	311515	TÉCNICO DE UTILIDADE (PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE VAPOR, GASES, ÓLEOS, COMBUSTÍVEIS, ENERGIA)
251540	PSICÓLOGO DO TRABALHO	313215	TÉCNICO ELETRÔNICO
251505	PSICÓLOGO EDUCACIONAL	312305	TÉCNICO EM AGRIMENSURA
251530	PSICÓLOGO SOCIAL	300305	TÉCNICO EM ELETROMECÂNICA
213205	QUÍMICO	325115	TÉCNICO EM FARMÁCIA
213210	QUÍMICO INDUSTRIAL	313505	TÉCNICO EM FOTÔNICA
261135	REPÓRTER (EXCLUSIVE RÁDIO E TELEVISÃO)	316110	TÉCNICO EM GEOLOGIA
261730	REPÓRTER DE RÁDIO E TELEVISÃO	322315	TÉCNICO EM HIDROGRAFIA
766410	REVELADOR DE FILMES FOTOGRÁFICOS EM PRETO E BRANCO	324105	TÉCNICO EM MÉTODOS ELETROGRÁFICOS EM ENCEFALOGRAFIA
251120	SOCIÓLOGO	324110	TÉCNICO EM MÉTODOS GRÁFICOS EM CARDIOLOGIA
515135	SOCORRISTA (EXCETO MÉDICOS E ENFERMEIROS)	322305	TÉCNICO EM ÓPTICA E OPTOMETRIA
321110	TÉCNICO AGROPECUÁRIO	324205	TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA
314705	TÉCNICO DE ACABAMENTO EM SIDERURGIA	323105	TÉCNICO EM PECUÁRIA
314710	TÉCNICO DE ACIARIA EM SIDERURGIA	321305	TÉCNICO EM PISCICULTURA
325205	TÉCNICO DE ALIMENTOS	322115	TÉCNICO EM QUIROPRAXIA
322205	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	324115	TÉCNICO EM RADIOLOGIA
322210	TÉCNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTENSIVA	324115	TÉCNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA
322215	TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO TRABALHO	322405	TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL
322220	TÉCNICO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA	351605	TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO
312205	TÉCNICO DE ESTRADAS		
314715	TÉCNICO DE FUNDIÇÃO EM SIDERURGIA		



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

TABELA CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
301110	TÉCNICO DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES FÍSICO-QUÍMICAS (MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO)	314620	TÉCNICO EM SOLDAGEM
301105	TÉCNICO DE LABORATÓRIO INDUSTRIAL	314110	TÉCNICO MECÂNICO
314720	TÉCNICO DE LAMINAÇÃO EM SIDERURGIA	311105	TÉCNICO QUÍMICO
313120	TÉCNICO DE MANUTENÇÃO ELÉTRICA	214365	TECNOLOGO EM ELETRÔNICA
313125	TÉCNICO DE MANUTENÇÃO ELÉTRICA DE MÁQUINA	223905	TERAPEUTA OCUPACIONAL
313205	TÉCNICO DE MANUTENÇÃO ELETRÔNICA	312320	TOPÓGRAFO
623020	TRATADOR DE ANIMAIS	622015	TRABALHADOR NA PRODUÇÃO DE MUDAS E SEMENTES
524305	VENDEDOR AMBULANTE	515120	VISITADOR SANITÁRIO
524105	VENDEDOR EM DOMICÍLIO	632015	VIVEIRISTA FLORESTAL
		223310	ZOOTECNISTA

RT x EQUIPAMENTO – Este padrão permite informar a relação existente entre o responsável técnico (RT) e os vários equipamentos pelos quais ele responde tecnicamente, assim como, o tipo – PRINCIPAL ou SUBSTITUTO - que pode ser diferente para cada um dos equipamentos.

Nota: Um técnico pode ser responsável principal por um ou mais equipamentos e substituto por outro ou mais equipamentos, observada a legislação vigente. Portanto, podem ser assinalados quantos números corresponderem a essa necessidade.

- **PRINCIPAL** - Assinale com um “X” sobre os números correspondentes aos Equipamentos descritos no anverso da folha (EQ.1 a EQ.6), cujo responsável técnico principal seja o registrado neste campo.
- **SUBSTITUTO** - Assinale com um “X” sobre os números correspondentes aos Equipamentos descritos no anverso da folha (EQ.1 a EQ.6), cujo responsável técnico substituto seja o registrado neste campo.

V – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

Esta declaração tem preenchimento obrigatório e deve ser assinada pelo solicitante - responsável legal e, quando for o caso, em conjunto com os responsáveis técnicos.

LOCAL - Registre o nome do município onde o objeto da solicitação está sediado.

DATA - Registre a data (DD/MM/AAAA) em que está sendo efetuada a solicitação.

ASSIN. RESP. LEGAL - Após ler e concordar com o declarado, o responsável legal que teve seus dados informados no formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária (Anexo V), que acompanha o presente formulário (Subanexo V.2), deve assinar na respectiva linha.

ASSIN. RESP. TÉCN. ESTAB. - Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico principal que teve seus dados informados no formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária (Anexo V), que acompanha o presente formulário (Subanexo V.2), deve assinar na respectiva linha.

ASSIN. RESP. TÉCN. A - Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico que informou seus dados no campo RT.A. (item IV do presente formulário) deve assinar na respectiva linha.

ASSIN. RESP. TÉCN. B, C, D, E e F - Preencher conforme instrução anterior (Assin. Resp. Técn. A), considerando as informações correspondentes aos campos com mesma letra: B, C, D, E e F.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**ATIVIDADE RELACIONADA A
PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE**
FORMULÁRIO

SUBANEXO V.3 – PORTARIA CVS 01/2017

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº PROTOCOLO

2. DATA PROTOCOLO

3. Nº PROCESSO DE ORIGEM

II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. Nº CEVS

5. CNPJ / CPF

6. RAZÃO SOCIAL / NOME

7. NOME FANTASIA

III – CARACTERIZAÇÃO DA ATIVIDADE

8. CNAE – Assinale a alternativa correspondente ao agrupamento, grupo ou subgrupo do Anexo I da presente Portaria, ao qual pertence o CNAE declarado no formulário SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anexo V) que acompanha o presente formulário. Siga a respectiva orientação para preenchimento:
- DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA POR CAMINHÕES** – Somente CNAE 3600-6/02 do Agrupamento 83 / Subgrupo C / Grupo III – Preencher somente o Item III.1.
- DISPENSACÃO E ARMAZENAMENTO PÚBLICO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAÚDE** – Somente CNAE 8412-4/00 do Agrupamento 81 / Subgrupo A / Grupo III – Preencher somente o Item III.2.
- FABRIL** – Todos CNAE do Subgrupo A / Grupo I - Preencher somente o Item III.3.
- DISTRIBUIDORA / IMPORTADORA** – Todos CNAE do Subgrupo B / Grupo I - Preencher somente o Item III.4.
- COMÉRCIO VAREJISTA** – Todos CNAE do Subgrupo C / Grupo I – Preencher somente o Item III.5.
- PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COM PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE** – Todos CNAE dos Agrupamentos 40, 50 e 60 do Subgrupo D / Grupo I – Preencher somente o Item III.6.
- NÃO IDENTIFICADO** – Dispensado do preenchimento deste formulário.

III.1 – DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA POR CAMINHÕES

9. Refere-se ao CNAE 3600-6/02 do Agrupamento 83 / Subgrupo C / Grupo III.

a. Atividade exclusiva de distribuição de água para consumo humano por meio de caminhão-pipa ou outro veículo similar de transporte.

b. Atividade de captação e tratamento de água para consumo humano, com distribuição exclusiva por caminhão-pipa ou outro veículo similar de transporte.

**III.2 - DISPENSACÃO E ARMAZENAMENTO PÚBLICO DE
MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE**

10. Refere-se ao CNAE 8412-4/00 do Agrupamento 24 / Subgrupo A / Grupo III - Assinale a atividade realizada.

ARMAZENAMENTO
E EXPEDIÇÃO

DISPENSACÃO
JUDICIAL

DISPENSACÃO
PAF/SUS

UPDT

VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS: _____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

III.3 - FABRIL

11. Refere-se a todos CNAE do Subgrupo A / Grupo I.

- a. **ALIMENTO ARTESANAL** – Refere-se aos CNAE: 1031-7/00, 1032-5/99, 1053-8/00, 1063-5/00, 1064-3/00, 1065-1/01, 1069-4/00, 1071-6/00, 1081-3/02, 1091-1/02, 1092-9/00, 1093-7/01, 1093-7/02, 1094-5/00, 1095-3/00, 1096-1/00 ou 1099-6/05, do Agrupamento 01

SIM NÃO

- b. **ATIVIDADES** - Refere-se a todos CNAE do Subgrupo A / Grupo I

b.1.	CLASSE PRODUTO _____	CATEGORIA _____	RISCO _____	FORMA FARMACEUTICA _____
	EMPRESA RESPONSÁVEL: <input type="checkbox"/> PRÓPRIA - TODOS AGRUPAMENTOS		<input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA - AGRUPAMENTOS 01 ou 08	
	RAZÃO SOCIAL _____		CNPJ _____	
	<input type="checkbox"/> 1. DEPÓSITO FECHADO	<input type="checkbox"/> 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM	<input type="checkbox"/> 8. EMBALAGEM	
	<input type="checkbox"/> 2. TRANSPORTAR	<input type="checkbox"/> 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA	<input type="checkbox"/> 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO	
	<input type="checkbox"/> 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE	<input type="checkbox"/> 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO	<input type="checkbox"/> 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA	
		<input type="checkbox"/> 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM		
b.2.	CLASSE PRODUTO _____	CATEGORIA _____	RISCO _____	FORMA FARMACEUTICA _____
	EMPRESA RESPONSÁVEL: <input type="checkbox"/> PRÓPRIA - TODOS AGRUPAMENTOS		<input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA - AGRUPAMENTOS 01 ou 08	
	RAZÃO SOCIAL _____		CNPJ _____	
	<input type="checkbox"/> 1. DEPÓSITO FECHADO	<input type="checkbox"/> 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM	<input type="checkbox"/> 8. EMBALAGEM	
	<input type="checkbox"/> 2. TRANSPORTAR	<input type="checkbox"/> 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA	<input type="checkbox"/> 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO	
	<input type="checkbox"/> 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE	<input type="checkbox"/> 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO	<input type="checkbox"/> 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA	
		<input type="checkbox"/> 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM		
b.3.	CLASSE PRODUTO _____	CATEGORIA _____	RISCO _____	FORMA FARMACEUTICA _____
	EMPRESA RESPONSÁVEL: <input type="checkbox"/> PRÓPRIA - TODOS AGRUPAMENTOS		<input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA - AGRUPAMENTOS 01 ou 08	
	RAZÃO SOCIAL _____		CNPJ _____	
	<input type="checkbox"/> 1. DEPÓSITO FECHADO	<input type="checkbox"/> 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM	<input type="checkbox"/> 8. EMBALAGEM	
	<input type="checkbox"/> 2. TRANSPORTAR	<input type="checkbox"/> 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA	<input type="checkbox"/> 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO	
	<input type="checkbox"/> 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE	<input type="checkbox"/> 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO	<input type="checkbox"/> 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA	
		<input type="checkbox"/> 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM		
b.4.	CLASSE PRODUTO _____	CATEGORIA _____	RISCO _____	FORMA FARMACEUTICA _____
	EMPRESA RESPONSÁVEL: <input type="checkbox"/> PRÓPRIA - TODOS AGRUPAMENTOS		<input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA - AGRUPAMENTOS 01 ou 08	
	RAZÃO SOCIAL _____		CNPJ _____	
	<input type="checkbox"/> 1. DEPÓSITO FECHADO	<input type="checkbox"/> 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM	<input type="checkbox"/> 8. EMBALAGEM	
	<input type="checkbox"/> 2. TRANSPORTAR	<input type="checkbox"/> 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA	<input type="checkbox"/> 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO	
	<input type="checkbox"/> 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE	<input type="checkbox"/> 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO	<input type="checkbox"/> 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA	
		<input type="checkbox"/> 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM		
b.5.	CLASSE PRODUTO _____	CATEGORIA _____	RISCO _____	FORMA FARMACEUTICA _____
	EMPRESA RESPONSÁVEL: <input type="checkbox"/> PRÓPRIA - TODOS AGRUPAMENTOS		<input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA - AGRUPAMENTOS 01 ou 08	
	RAZÃO SOCIAL _____		CNPJ _____	
	<input type="checkbox"/> 1. DEPÓSITO FECHADO	<input type="checkbox"/> 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM	<input type="checkbox"/> 8. EMBALAGEM	
	<input type="checkbox"/> 2. TRANSPORTAR	<input type="checkbox"/> 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA	<input type="checkbox"/> 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO	
	<input type="checkbox"/> 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE	<input type="checkbox"/> 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO	<input type="checkbox"/> 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA	
		<input type="checkbox"/> 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM		



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

b.6. CLASSE PRODUTO _____ CATEGORIA _____ RISCO _____ FORMA FARMACEUTICA _____
EMPRESA RESPONSÁVEL: PRÓPRIA - TODOS AGRUPAMENTOS TERCEIRIZADA - AGRUPAMENTOS 01 ou 08
RAZÃO SOCIAL _____ CNPJ _____
 1. DEPÓSITO FECHADO 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM 8. EMBALAGEM
 2. TRANSPORTAR 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO
 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA
 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM

b.7. CLASSE PRODUTO _____ CATEGORIA _____ RISCO _____ FORMA FARMACEUTICA _____
EMPRESA RESPONSÁVEL: PRÓPRIA - TODOS AGRUPAMENTOS TERCEIRIZADA - AGRUPAMENTOS 01 ou 08
RAZÃO SOCIAL _____ CNPJ _____
 1. DEPÓSITO FECHADO 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM 8. EMBALAGEM
 2. TRANSPORTAR 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO
 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA
 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM

b.8. CLASSE PRODUTO _____ CATEGORIA _____ RISCO _____ FORMA FARMACEUTICA _____
EMPRESA RESPONSÁVEL: PRÓPRIA - TODOS AGRUPAMENTOS TERCEIRIZADA - AGRUPAMENTOS 01 ou 08
RAZÃO SOCIAL _____ CNPJ _____
 1. DEPÓSITO FECHADO 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM 8. EMBALAGEM
 2. TRANSPORTAR 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO
 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA
 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM

b.9. CLASSE PRODUTO _____ CATEGORIA _____ RISCO _____ FORMA FARMACEUTICA _____
EMPRESA RESPONSÁVEL: PRÓPRIA - TODOS AGRUPAMENTOS TERCEIRIZADA - AGRUPAMENTOS 01 ou 08
RAZÃO SOCIAL _____ CNPJ _____
 1. DEPÓSITO FECHADO 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM 8. EMBALAGEM
 2. TRANSPORTAR 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO
 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA
 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM

b.10. CLASSE PRODUTO _____ CATEGORIA _____ RISCO _____ FORMA FARMACEUTICA _____
EMPRESA RESPONSÁVEL: PRÓPRIA - TODOS AGRUPAMENTOS TERCEIRIZADA - AGRUPAMENTOS 01 ou 08
RAZÃO SOCIAL _____ CNPJ _____
 1. DEPÓSITO FECHADO 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM 8. EMBALAGEM
 2. TRANSPORTAR 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO
 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA
 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM

b.11. CLASSE PRODUTO _____ CATEGORIA _____ RISCO _____ FORMA FARMACEUTICA _____
EMPRESA RESPONSÁVEL: PRÓPRIA - TODOS AGRUPAMENTOS TERCEIRIZADA - AGRUPAMENTOS 01 ou 08
RAZÃO SOCIAL _____ CNPJ _____
 1. DEPÓSITO FECHADO 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM 8. EMBALAGEM
 2. TRANSPORTAR 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO
 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA
 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

b.12. CLASSE PRODUTO _____ CATEGORIA _____ RISCO _____ FORMA FARMACEUTICA _____
EMPRESA RESPONSÁVEL: PRÓPRIA - TODOS AGRUPAMENTOS TERCEIRIZADA - AGRUPAMENTOS 01 ou 08
RAZÃO SOCIAL _____ CNPJ _____
 1. DEPÓSITO FECHADO 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM 8. EMBALAGEM
 2. TRANSPORTAR 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO
 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA
 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM

b.13. CLASSE PRODUTO _____ CATEGORIA _____ RISCO _____ FORMA FARMACEUTICA _____
EMPRESA RESPONSÁVEL: PRÓPRIA - TODOS AGRUPAMENTOS TERCEIRIZADA - AGRUPAMENTOS 01 ou 08
RAZÃO SOCIAL _____ CNPJ _____
 1. DEPÓSITO FECHADO 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM 8. EMBALAGEM
 2. TRANSPORTAR 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO
 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA
 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM

b.14. CLASSE PRODUTO _____ CATEGORIA _____ RISCO _____ FORMA FARMACEUTICA _____
EMPRESA RESPONSÁVEL: PRÓPRIA - TODOS AGRUPAMENTOS TERCEIRIZADA - AGRUPAMENTOS 01 ou 08
RAZÃO SOCIAL _____ CNPJ _____
 1. DEPÓSITO FECHADO 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM 8. EMBALAGEM
 2. TRANSPORTAR 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO
 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA
 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM

b.15. CLASSE PRODUTO _____ CATEGORIA _____ RISCO _____ FORMA FARMACEUTICA _____
EMPRESA RESPONSÁVEL: PRÓPRIA - TODOS AGRUPAMENTOS TERCEIRIZADA - AGRUPAMENTOS 01 ou 08
RAZÃO SOCIAL _____ CNPJ _____
 1. DEPÓSITO FECHADO 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM 8. EMBALAGEM
 2. TRANSPORTAR 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO
 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA
 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM

b.16. CLASSE PRODUTO _____ CATEGORIA _____ RISCO _____ FORMA FARMACEUTICA _____
EMPRESA RESPONSÁVEL: PRÓPRIA - TODOS AGRUPAMENTOS TERCEIRIZADA - AGRUPAMENTOS 01 ou 08
RAZÃO SOCIAL _____ CNPJ _____
 1. DEPÓSITO FECHADO 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM 8. EMBALAGEM
 2. TRANSPORTAR 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO
 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA
 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM

b.17. CLASSE PRODUTO _____ CATEGORIA _____ RISCO _____ FORMA FARMACEUTICA _____
EMPRESA RESPONSÁVEL: PRÓPRIA - TODOS AGRUPAMENTOS TERCEIRIZADA - AGRUPAMENTOS 01 ou 08
RAZÃO SOCIAL _____ CNPJ _____
 1. DEPÓSITO FECHADO 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM 8. EMBALAGEM
 2. TRANSPORTAR 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO
 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA
 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

c. CONTROLE DE QUALIDADE

c.1.	CLASSE PRODUTO _____	EMPRESA RESPONSÁVEL: <input type="checkbox"/> PRÓPRIA <input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA
	RAZÃO SOCIAL _____	CNPJ _____
	TIPO DE CONTROLE: <input type="checkbox"/> BIOLÓGICO <input type="checkbox"/> FÍSICO-QUÍMICO <input type="checkbox"/> MICROBIOLÓGICO <input type="checkbox"/> QUÍMICO	
c.2.	CLASSE PRODUTO _____	EMPRESA RESPONSÁVEL: <input type="checkbox"/> PRÓPRIA <input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA
	RAZÃO SOCIAL _____	CNPJ _____
	TIPO DE CONTROLE: <input type="checkbox"/> BIOLÓGICO <input type="checkbox"/> FÍSICO-QUÍMICO <input type="checkbox"/> MICROBIOLÓGICO <input type="checkbox"/> QUÍMICO	
c.3.	CLASSE PRODUTO _____	EMPRESA RESPONSÁVEL: <input type="checkbox"/> PRÓPRIA <input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA
	RAZÃO SOCIAL _____	CNPJ _____
	TIPO DE CONTROLE: <input type="checkbox"/> BIOLÓGICO <input type="checkbox"/> FÍSICO-QUÍMICO <input type="checkbox"/> MICROBIOLÓGICO <input type="checkbox"/> QUÍMICO	
c.4.	CLASSE PRODUTO _____	EMPRESA RESPONSÁVEL: <input type="checkbox"/> PRÓPRIA <input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA
	RAZÃO SOCIAL _____	CNPJ _____
	TIPO DE CONTROLE: <input type="checkbox"/> BIOLÓGICO <input type="checkbox"/> FÍSICO-QUÍMICO <input type="checkbox"/> MICROBIOLÓGICO <input type="checkbox"/> QUÍMICO	
c.5.	CLASSE PRODUTO _____	EMPRESA RESPONSÁVEL: <input type="checkbox"/> PRÓPRIA <input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA
	RAZÃO SOCIAL _____	CNPJ _____
	TIPO DE CONTROLE: <input type="checkbox"/> BIOLÓGICO <input type="checkbox"/> FÍSICO-QUÍMICO <input type="checkbox"/> MICROBIOLÓGICO <input type="checkbox"/> QUÍMICO	
c.6.	CLASSE PRODUTO _____	EMPRESA RESPONSÁVEL: <input type="checkbox"/> PRÓPRIA <input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA
	RAZÃO SOCIAL _____	CNPJ _____
	TIPO DE CONTROLE: <input type="checkbox"/> BIOLÓGICO <input type="checkbox"/> FÍSICO-QUÍMICO <input type="checkbox"/> MICROBIOLÓGICO <input type="checkbox"/> QUÍMICO	
c.7.	CLASSE PRODUTO _____	EMPRESA RESPONSÁVEL: <input type="checkbox"/> PRÓPRIA <input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA
	RAZÃO SOCIAL _____	CNPJ _____
	TIPO DE CONTROLE: <input type="checkbox"/> BIOLÓGICO <input type="checkbox"/> FÍSICO-QUÍMICO <input type="checkbox"/> MICROBIOLÓGICO <input type="checkbox"/> QUÍMICO	
c.8.	CLASSE PRODUTO _____	EMPRESA RESPONSÁVEL: <input type="checkbox"/> PRÓPRIA <input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA
	RAZÃO SOCIAL _____	CNPJ _____
	TIPO DE CONTROLE: <input type="checkbox"/> BIOLÓGICO <input type="checkbox"/> FÍSICO-QUÍMICO <input type="checkbox"/> MICROBIOLÓGICO <input type="checkbox"/> QUÍMICO	
c.9.	CLASSE PRODUTO _____	EMPRESA RESPONSÁVEL: <input type="checkbox"/> PRÓPRIA <input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA
	RAZÃO SOCIAL _____	CNPJ _____
	TIPO DE CONTROLE: <input type="checkbox"/> BIOLÓGICO <input type="checkbox"/> FÍSICO-QUÍMICO <input type="checkbox"/> MICROBIOLÓGICO <input type="checkbox"/> QUÍMICO	
c.10.	CLASSE PRODUTO _____	EMPRESA RESPONSÁVEL: <input type="checkbox"/> PRÓPRIA <input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA
	RAZÃO SOCIAL _____	CNPJ _____
	TIPO DE CONTROLE: <input type="checkbox"/> BIOLÓGICO <input type="checkbox"/> FÍSICO-QUÍMICO <input type="checkbox"/> MICROBIOLÓGICO <input type="checkbox"/> QUÍMICO	
c.11.	CLASSE PRODUTO _____	EMPRESA RESPONSÁVEL: <input type="checkbox"/> PRÓPRIA <input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA
	RAZÃO SOCIAL _____	CNPJ _____
	TIPO DE CONTROLE: <input type="checkbox"/> BIOLÓGICO <input type="checkbox"/> FÍSICO-QUÍMICO <input type="checkbox"/> MICROBIOLÓGICO <input type="checkbox"/> QUÍMICO	
c.12.	CLASSE PRODUTO _____	EMPRESA RESPONSÁVEL: <input type="checkbox"/> PRÓPRIA <input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA
	RAZÃO SOCIAL _____	CNPJ _____
	TIPO DE CONTROLE: <input type="checkbox"/> BIOLÓGICO <input type="checkbox"/> FÍSICO-QUÍMICO <input type="checkbox"/> MICROBIOLÓGICO <input type="checkbox"/> QUÍMICO	

VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS: _____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

III.4 – DISTRIBUIDORA / IMPORTADORA

12. Refere-se a todos CNAE dos Agrupamentos 10, 11, 15, 16, 17 e 18 do Subgrupo B / Grupo I.

a. IMPORTAÇÃO

SIM NÃO

b. FRACIONAMENTO – Refere-se somente ao CNAE 4632-0/03 ou 4633-8/01 do Agrupamento 11, ou 4644-3/01 do Agrupamento 18.

SIM NÃO

c. CARACTERIZAÇÃO DE PRODUTOS – Refere-se ao CNAE 4691-5/00 ou 4693-1/00 - Agrupamento 10.

CLASSE ____ CLASSE ____ CLASSE ____ CLASSE ____
CLASSE ____ CLASSE ____ CLASSE ____ CLASSE ____
CLASSE ____ CLASSE ____ CLASSE ____ CLASSE ____
CLASSE ____ CLASSE ____ CLASSE ____ CLASSE ____

d. ATIVIDADES

d.1. CLASSE PRODUTO ____ CATEGORIA ____ RISCO ____ FORMA FARMACEUTICA ____
EMPRESA RESPONSÁVEL: PRÓPRIA TERCEIRIZADA
RAZÃO SOCIAL ____ CNPJ ____
 1. DEPÓSITO FECHADO 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM 8. EMBALAGEM
 2. TRANSPORTAR 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO
 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA
 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM

d.2. CLASSE PRODUTO ____ CATEGORIA ____ RISCO ____ FORMA FARMACEUTICA ____
EMPRESA RESPONSÁVEL: PRÓPRIA TERCEIRIZADA
RAZÃO SOCIAL ____ CNPJ ____
 1. DEPÓSITO FECHADO 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM 8. EMBALAGEM
 2. TRANSPORTAR 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO
 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA
 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM

d.3. CLASSE PRODUTO ____ CATEGORIA ____ RISCO ____ FORMA FARMACEUTICA ____
EMPRESA RESPONSÁVEL: PRÓPRIA TERCEIRIZADA
RAZÃO SOCIAL ____ CNPJ ____
 1. DEPÓSITO FECHADO 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM 8. EMBALAGEM
 2. TRANSPORTAR 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO
 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA
 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM

d.4. CLASSE PRODUTO ____ CATEGORIA ____ RISCO ____ FORMA FARMACEUTICA ____
EMPRESA RESPONSÁVEL: PRÓPRIA TERCEIRIZADA
RAZÃO SOCIAL ____ CNPJ ____
 1. DEPÓSITO FECHADO 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM 8. EMBALAGEM
 2. TRANSPORTAR 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO
 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA
 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

d.5.	CLASSE PRODUTO _____	CATEGORIA _____	RISCO _____	FORMA FARMACEUTICA _____
	EMPRESA RESPONSÁVEL:	<input type="checkbox"/> PRÓPRIA		<input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA
	RAZÃO SOCIAL _____			CNPJ _____
	<input type="checkbox"/> 1. DEPÓSITO FECHADO	<input type="checkbox"/> 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM	<input type="checkbox"/> 8. EMBALAGEM	
	<input type="checkbox"/> 2. TRANSPORTAR	<input type="checkbox"/> 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA	<input type="checkbox"/> 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO	
	<input type="checkbox"/> 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE	<input type="checkbox"/> 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO	<input type="checkbox"/> 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA	
		<input type="checkbox"/> 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM		
d.6.	CLASSE PRODUTO _____	CATEGORIA _____	RISCO _____	FORMA FARMACEUTICA _____
	EMPRESA RESPONSÁVEL:	<input type="checkbox"/> PRÓPRIA		<input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA
	RAZÃO SOCIAL _____			CNPJ _____
	<input type="checkbox"/> 1. DEPÓSITO FECHADO	<input type="checkbox"/> 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM	<input type="checkbox"/> 8. EMBALAGEM	
	<input type="checkbox"/> 2. TRANSPORTAR	<input type="checkbox"/> 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA	<input type="checkbox"/> 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO	
	<input type="checkbox"/> 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE	<input type="checkbox"/> 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO	<input type="checkbox"/> 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA	
		<input type="checkbox"/> 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM		
d.7.	CLASSE PRODUTO _____	CATEGORIA _____	RISCO _____	FORMA FARMACEUTICA _____
	EMPRESA RESPONSÁVEL:	<input type="checkbox"/> PRÓPRIA		<input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA
	RAZÃO SOCIAL _____			CNPJ _____
	<input type="checkbox"/> 1. DEPÓSITO FECHADO	<input type="checkbox"/> 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM	<input type="checkbox"/> 8. EMBALAGEM	
	<input type="checkbox"/> 2. TRANSPORTAR	<input type="checkbox"/> 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA	<input type="checkbox"/> 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO	
	<input type="checkbox"/> 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE	<input type="checkbox"/> 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO	<input type="checkbox"/> 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA	
		<input type="checkbox"/> 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM		
d.8.	CLASSE PRODUTO _____	CATEGORIA _____	RISCO _____	FORMA FARMACEUTICA _____
	EMPRESA RESPONSÁVEL:	<input type="checkbox"/> PRÓPRIA		<input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA
	RAZÃO SOCIAL _____			CNPJ _____
	<input type="checkbox"/> 1. DEPÓSITO FECHADO	<input type="checkbox"/> 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM	<input type="checkbox"/> 8. EMBALAGEM	
	<input type="checkbox"/> 2. TRANSPORTAR	<input type="checkbox"/> 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA	<input type="checkbox"/> 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO	
	<input type="checkbox"/> 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE	<input type="checkbox"/> 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO	<input type="checkbox"/> 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA	
		<input type="checkbox"/> 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM		
d.9.	CLASSE PRODUTO _____	CATEGORIA _____	RISCO _____	FORMA FARMACEUTICA _____
	EMPRESA RESPONSÁVEL:	<input type="checkbox"/> PRÓPRIA		<input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA
	RAZÃO SOCIAL _____			CNPJ _____
	<input type="checkbox"/> 1. DEPÓSITO FECHADO	<input type="checkbox"/> 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM	<input type="checkbox"/> 8. EMBALAGEM	
	<input type="checkbox"/> 2. TRANSPORTAR	<input type="checkbox"/> 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA	<input type="checkbox"/> 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO	
	<input type="checkbox"/> 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE	<input type="checkbox"/> 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO	<input type="checkbox"/> 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA	
		<input type="checkbox"/> 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM		
d.10.	CLASSE PRODUTO _____	CATEGORIA _____	RISCO _____	FORMA FARMACEUTICA _____
	EMPRESA RESPONSÁVEL:	<input type="checkbox"/> PRÓPRIA		<input type="checkbox"/> TERCEIRIZADA
	RAZÃO SOCIAL _____			CNPJ _____
	<input type="checkbox"/> 1. DEPÓSITO FECHADO	<input type="checkbox"/> 4. ARMAZENAR MATERIAL EMBALAGEM	<input type="checkbox"/> 8. EMBALAGEM	
	<input type="checkbox"/> 2. TRANSPORTAR	<input type="checkbox"/> 5. ARMAZENAR MATÉRIA PRIMA	<input type="checkbox"/> 9. ETAPA DE FABRICAÇÃO	
	<input type="checkbox"/> 3. ATENDIMENTO AO CLIENTE	<input type="checkbox"/> 6. ARMAZENAR PRODUTO ACABADO	<input type="checkbox"/> 10. ASSISTÊNCIA TÉCNICA	
		<input type="checkbox"/> 7. ADEQUAÇÃO ROTULAGEM		

VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS: _____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

III.5 – COMÉRCIO VAREJISTA

13. Refere-se a todos CNAE do Subgrupo C / Grupo I

a. **MEDICAMENTOS** – Refere-se somente ao CNAE 4771-7/01 ou 4771-7/02 ou 4771-7/03.

– Assinale o CNAE declarado na Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária (Anexo V) que acompanha este formulário e, abaixo, as atividades exercidas no estabelecimento:

4771-7/01

4771-7/02

4771-7/03

Administrar ou aplicar medicamentos
(4771-7/01 ou 4771-7/02)

Aferir parâmetros fisiológicos e bioquímicos
(4771-7/01 ou 4771-7/02)

Comercializar por meio remoto
(4771-7/01 ou 4771-7/02 ou 4771-7/03)

Comercializar produtos farmacêuticos homeopáticos, fitoterápicos e ou da flora medicinal
(4771-7/03)

Dispensar Isotretinoína
(4771-7/01 ou 4771-7/02)

Dispensar medicamentos sujeitos ao controle especial
(4771-7/01 ou 4771-7/02)

Ervanária
(4771-7/03)

Fracionar medicamentos
(4771-7/01 ou 4771-7/02)

Manipular antibióticos, hormônios, citostáticos e substâncias sujeitas ao controle especial
(4771-7/02)

Manipular produtos estéreis
(4771-7/02 ou 4771-7/03)

Manipular medicamentos homeopáticos
(4771-7/02)

Manipular medicamentos a partir de insumos ou matérias primas, inclusive de origem vegetal
(4771-7/02 ou 4771-7/03)

Manipular substâncias de baixo índice terapêutico
(4771-7/02)

Perfurar lóbulo auricular
(4771-7/01 ou 4771-7/02)

Prestar atenção farmacêutica
(4771-7/01 ou 4771-7/02)

Prestar atenção farmacêutica domiciliar
(4771-7/01 ou 4771-7/02)

b. **COSMÉTICOS** - Refere-se ao CNAE 4772-5/00 -

– Assinale se haverá, ou não, o **fracionamento e embalagem de produtos na forma definitiva ao consumidor.**

SIM

NÃO

VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS: _____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

III.6 – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COM PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE

14. Refere-se a todos CNAE do Subgrupo D / Grupo I.

a. **TRANSPORTE PRÓPRIO** – Refere-se ao CNAE 8292-0/00 do Agrupamento 30, ou 8122-2/00 ou 8129-0/00 do Agrupamento 60.

SIM NÃO

b. **TRANSPORTADORA** – Refere-se ao CNAE 4930-2/01 ou 4930-2/02 - Agrupamento 50

SIM NÃO

– Se SIM, registre as classes de produto transportadas:

CLASSE __ __	CLASSE __ __	CLASSE __ __	CLASSE __ __
CLASSE __ __	CLASSE __ __	CLASSE __ __	CLASSE __ __
CLASSE __ __	CLASSE __ __	CLASSE __ __	CLASSE __ __
	CLASSE __ __	CLASSE __ __	

c. **DEPÓSITO TERCEIRIZADO** – Refere-se ao CNAE 5211-7/01 ou 5211-7/09 - Agrupamento 40

SIM NÃO

– Se SIM, registre as classes de produto armazenadas:

CLASSE __ __	CLASSE __ __	CLASSE __ __	CLASSE __ __
CLASSE __ __	CLASSE __ __	CLASSE __ __	CLASSE __ __
CLASSE __ __	CLASSE __ __	CLASSE __ __	CLASSE __ __
	CLASSE __ __	CLASSE __ __	

d. **CONTROLE DE PRAGAS URBANAS** – Refere-se ao CNAE: 8122-2/00 - Agrupamento 60

SIM NÃO

e. **PROCESSAMENTO DE PRODUTO PARA SAÚDE** – Refere-se ao CNAE 8129-0/00 - Agrupamento 60

SIM NÃO

g. **ESTERILIZAÇÃO DE PRODUTO PARA SAÚDE** – Refere-se ao CNAE 8129-0/00 - Agrupamento 60

SIM NÃO

h. **UNIDADE DE ESTERILIZAÇÃO**

SIM NÃO

– Se SIM, assinale o CNAE declarado e, ao lado, o método de esterilização a ser utilizado:

<input type="checkbox"/> 3250-7/01	<input type="checkbox"/> E.T.O.
<input type="checkbox"/> 3250-7/05		<input type="checkbox"/> Radiação Ionizante
<input type="checkbox"/> 3250-7/07		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> 3292-2/02		

VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS: _____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ATIVIDADE RELACIONADA A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

SUBANEXO V.3 DO FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

1. **Nº DO PROTOCOLO** – Informe o número do protocolo do serviço competente ao qual se refere à entrada da solicitação do presente documento.
2. **DATA DO PROTOCOLO** – Informe o dia, mês e ano (dd/mm/aaaa) do protocolo do serviço competente ao qual se refere à entrada da solicitação do presente documento.
3. **Nº PROCESSO DE ORIGEM** – Informe o dia, mês e ano (dd/mm/aaaa) do protocolo do serviço competente ao qual se refere à entrada da solicitação do presente documento.

II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. **Nº CEVS** – Informe o Número CEVS somente no caso de solicitação de renovação de licença de funcionamento ou de alteração de dados cadastrais de estabelecimento já licenciado.
5. **CNPJ / CPF** – Informe o número do cadastro de pessoa jurídica - CNPJ ou de pessoa física - CPF registrado no campo correspondente do *Anexo V – Formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária*.
6. **RAZÃO SOCIAL / NOME** – Informe a mesma razão social ou nome registrado no campo correspondente do *Anexo V – Formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária*.
7. **NOME FANTASIA** – Informe, se pertinente, o nome fantasia registrado no campo correspondente do *Anexo V – Formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária*.

III – CARACTERIZAÇÃO DA ATIVIDADE

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

8. **CNAE** – Assinale a alternativa correspondente ao agrupamento, grupo ou subgrupo do Anexo I da presente Portaria, ao qual pertence o CNAE declarado no formulário SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anexo V) que acompanha o presente formulário. Siga a respectiva orientação para preenchimento:
 - **DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA POR CAMINHÕES** – Somente CNAE 3600-6/02 do Agrupamento 83 / Subgrupo C / Grupo III – Preencher somente o Item III.1.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- **DISPENSAÇÃO E ARMAZENAMENTO PÚBLICO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAÚDE** – Somente CNAE 8412-4/00 do Agrupamento 81 / Subgrupo A / Grupo III – Preencher somente o Item III.2.
- **FABRIL** – Todos CNAE do Subgrupo A / Grupo I - Preencher somente o Item III.3
- **DISTRIBUIDORA / IMPORTADORA** – Todos CNAE do Subgrupo B / Grupo I - Preencher somente o Item III.4.
- **COMÉRCIO VAREJISTA** – Todos CNAE do Subgrupo C / Grupo I – Preencher somente o Item III.5
- **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COM PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE** – Todos CNAE dos Agrupamentos 40, 50 e 60 do Subgrupo D / Grupo I – Preencher somente o Item III.6.
- **NÃO IDENTIFICADO** – Dispensado do preenchimento deste formulário.

III.1 – DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA POR CAMINHÕES

9. Refere-se ao CNAE **3600-6/02** do Agrupamento 83 / Subgrupo C / Grupo III – Assinale uma das seguintes alternativas, quando tratar-se de estabelecimento na qual se exerce:
- a. Atividade exclusiva de distribuição de água para consumo humano por meio de caminhão-pipa ou outro veículo similar de transporte.
 - b. Atividade de captação e tratamento de água para consumo humano, com distribuição exclusiva por meio de caminhão-pipa ou outro veículo similar de transporte.

III.2 – DISPENSAÇÃO E ARMAZENAMENTO PÚBLICO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE

10. Refere-se ao CNAE **8412-4/00** do Agrupamento 24 / Subgrupo A / Grupo III - Assinale uma das alternativas abaixo para distinguir a atividade realizada no estabelecimento público de dispensação e ou armazenamento e ou distribuição de medicamentos e outros produtos regulados pela Vigilância Sanitária.

ARMAZENAMENTO E EXPEDIÇÃO - Assinale esta alternativa somente no caso de estabelecimento (almoxarifado ou depósito) no qual se armazenam e se expedem produtos sujeitos à atuação de Vigilância Sanitária para Unidades de Saúde do SUS.

DISPENSAÇÃO JUDICIAL - Assinale esta alternativa somente no caso de estabelecimento no qual se dispensam produtos sujeitos à atuação da Vigilância Sanitária que são entregues pelo SUS ao usuário, por meio de determinação judicial..

DISPENSAÇÃO PAF/SUS - Assinale esta alternativa somente no caso de estabelecimento no qual se dispensa medicamentos dos Programas de Assistência Farmacêutica (PAF) do Sistema Único de Saúde (SUS).

UPDT - Assinale esta alternativa quando tratar-se de estabelecimento público de dispensação controlada do medicamento talidomida.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

III.3 - FABRIL

11. Refere-se a **todos** os CNAE do Subgrupo A / Grupo I.

- a. **ALIMENTO ARTESANAL** – Refere-se somente aos CNAE: 1031-7/00, 1032-5/99, 1053-8/00, 1063-5/00, 1064-3/00, 1065-1/01, 1069-4/00, 1071-6/00, 1081-3/02, 1091-1/02, 1092-9/00, 1093-7/01, 1093-7/02, 1094-5/00, 1095-3/00, 1096-1/00 ou 1099-6/05, do Agrupamento 01 – Subgrupo A, Grupo I.

SIM - Assinale esta alternativa quando tratar-se de fabricação de alimento sob forma artesanal.

NÃO - Assinale esta alternativa quando a fabricação de alimento não ocorrer de forma artesanal.

- b. **ATIVIDADES** - Refere-se aos CNAE do Subgrupo A, Grupo I.

Os campos **b.1** a **b.17** são padronizados. Cada um deles refere-se ao conjunto de informações de uma classe de produtos (**Tabela 1**), considerando a empresa responsável pelas atividades assinaladas.

Tabela 1 - CLASSE DE PRODUTOS

CÓD.	TIPO
10	ADITIVO PARA ALIMENTO E COADJUVANTES DE TECNOLOGIA
09	ALIMENTO
13	ALIMENTO ARTESANAL
04	CORRELATO OU PRODUTO PARA SAÚDE
05	COSMÉTICO
12	EMBALAGENS PARA ALIMENTOS
20	GASES MEDICINAIS
03	INSUMO FARMACÊUTICO
15	INSUMO FARMACÊUTICO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL
01	MEDICAMENTO
02	MEDICAMENTO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL
07	PERFUME
06	PRODUTO DE HIGIENE
08	SANEANTE DOMISSANITÁRIO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

De acordo com a classe de produtos deve-se informar a categoria e ou o risco e ou a forma farmacêutica do produto, a saber:

- **MEDICAMENTOS, INSUMOS FARMACEUTICOS E GASES MEDICINAIS** – Informe os códigos da **Classe** (Tabela 1), **Categoria** (Tabela 2) e **Forma Farmacêutica** (Tabela 3) dos produtos envolvidos nas atividades executadas pelo estabelecimento, observando:

Tabela 2 - CATEGORIA DE PRODUTOS DE MEDICAMENTOS				
CLASSE 01 - MEDICAMENTOS				
CÓD.		TIPO	CÓD.	TIPO
001	ALOPÁTICOS	ANOVULATÓRIOS	011	FITOTERÁPICOS
002		ANTIBIÓTICOS	012	HOMEOPÁTICOS
004		DEMAIS CATEGORIAS	014	PRODUTOS OFICINAIS
006		HEMODERIVADOS	124	OPOTERÁPICOS
007		HORMÔNIOS	145	SOROS E VACINAS
008		ONCOLÓGICOS / CITOSTÁTICOS	146	SPGV – SOLUÇÃO PARENTERAL DE GRANDE VOLUME
115		CEFOLOSPORÍNICOS E PENICILÍNICOS		
CLASSE 02 – MEDICAMENTOS SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL				
003	ALOPÁTICOS	CONTROLE ESPECIAL		
005		ENTORPECENTES		
007		HORMÔNIOS		
009		PSICOTRÓPICOS		
CLASSE 03 – INSUMOS FARMACEUTICOS				
013		INSUMO FARMACEUTICO		
CLASSE 15 – INSUMOS FARMACEUTICOS SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL				
010		INSUMO FARMACEUTICO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL		
CLASSE 20 – GASES MEDICINAIS				
213		GASES MEDICINAIS		

Tabela 3 – CATEGORIA DE FORMAS FARMACÊUTICAS			
CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
01	ADESIVO	50	LÍQUIDO
02	ANEL	51	ÓLEO
03	BARRA	52	ÓVULO
04	BASTÃO	53	PASTA
05	CÁPSULA DURA	54	PASTILHA DURA
06	CÁPSULA DURA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	55	PASTILHA GOMOSA
07	CÁPSULA DURA DE LIBERAÇÃO RETARDADA	56	PASTILHA EFERVESCENTE
08	CÁPSULA MOLE	57	POMADA
09	CÁPSULA MOLE DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	58	PÓ



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Tabela 3 – CATEGORIA DE FORMAS FARMACÊUTICAS (cont.)

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
10	CÁPSULA MOLE DE LIBERAÇÃO RETARDADA	59	PÓ AEROSSOL
11	COLUTÓRIO	60	PÓ EFERVESCENTE
12	COLUTÓRIO SPRAY	61	PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL
13	COMPRIMIDO	62	PÓ LIOFILIZADO PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL
14	COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO MODIFICADA	63	PÓ LIOFILIZADO PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL DE LIBERAÇÃO PROLONGADA
15	COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	64	PÓ PARA COLUTÓRIO
16	COMPRIMIDO EFERVESCENTE	65	PÓ PARA SOLUÇÃO
17	COMPRIMIDO MASTIGÁVEL	66	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL
18	COMPRIMIDO ORODISPERSÍVEL	67	PÓ PARA SOLUÇÃO PARA INFUSÃO
19	COMPRIMIDO PARA COLUTÓRIO	68	PÓ PARA SOLUÇÃO SUSPENSÃO
20	COMPRIMIDO PARA SOLUÇÃO	69	PÓ PARA SOLUÇÃO SUSPENSÃO INJETÁVEL
21	COMPRIMIDO PARA SUSPENSÃO	70	PÓ PARA SOLUÇÃO SUSPENSÃO INJETÁVEL DE LIBERAÇÃO PROLONGADA
22	COMPRIMIDO REVESTIDO	71	RASURA
23	COMPRIMIDO REVESTIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	72	SABONETE
24	COMPRIMIDO REVESTIDO DE LIBERAÇÃO RETARDADA	73	SABONETE LÍQUIDO
25	CREME	74	SOLUÇÃO
26	DISPOSITIVO INTRA-UTERINO	75	SOLUÇÃO AEROSSOL
27	ELIXIR	76	SOLUÇÃO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA
28	EMPLASTO	77	SOLUÇÃO GOTAS
29	EMULSÃO	78	SOLUÇÃO INJETÁVEL
30	EMULSÃO AEROSSOL	79	SOLUÇÃO PARA DILUIÇÃO
31	EMULSÃO GOTAS	80	SOLUÇÃO PARA DILUIÇÃO INJETÁVEL
32	EMULSÃO INJETÁVEL	81	SOLUÇÃO PARA DILUIÇÃO PARA COLUTÓRIO
33	EMULSÃO PARA INFUSÃO	82	SOLUÇÃO PARA DILUIÇÃO PARA INFUSÃO
34	EMULSÃO SPRAY	83	SOLUÇÃO PARA INFUSÃO
35	ESMALTE	84	SOLUÇÃO PARA IRRIGAÇÃO
36	ESPUMA	85	SOLUÇÃO SPRAY
37	FILME	86	SUPOSITÓRIO
38	GÁS	87	SUSPENSÃO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Tabela 3 – CATEGORIA DE FORMAS FARMACÊUTICAS (cont.)

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
39	GEL	88	SUSPENSÃO AEROSSOL
40	GLÓBULO	89	SUSPENSÃO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA
41	GOMA DE MASCAR	90	SUSPENSÃO DE LIBERAÇÃO RETARDADA
42	GRANULADO	91	SUSPENSÃO GOTAS
43	GRANULADO EFERVESCENTE	92	SUSPENSÃO INJETÁVEL
44	GRANULADO PARA SOLUÇÃO	93	SUSPENSÃO INJETÁVEL DE LIBERAÇÃO PROLONGADA
45	GRANULADO PARA SUSPENSÃO	94	SUSPENSÃO SPRAY
46	GRANULADO REVESTIDO	95	TABLETE
47	GRANULADO REVESTIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	96	XAMPU
48	GRANULADO REVESTIDO DE LIBERAÇÃO RETARDADA	97	XAROPE
49	IMPLANTE	98	OUTROS

- **PRODUTOS PARA SAÚDE, COSMÉTICOS, PRODUTOS DE HIGIENE, PERFUME E SANEANTES DOMISSANITÁRIOS** – Informe os códigos da **Classe, Categoria (Tabela 4)** e do **Grau de Risco** dos produtos envolvidos nas atividades executadas no estabelecimento, observando:

- O “**Grau de Risco**” (I ou II) refere-se às classes de *Cosméticos, Perfumes, Produtos de Higiene e Saneantes Domissanitários*.

- A “**Classe de Risco**” (1, 2, 3 ou 4) refere-se às classes de *Produtos para Saúde ou Correlatos*.

Desta forma, no campo **Risco** registre 1, 2, 3 ou 4, conforme o grau ou classe de risco correspondente:

1 - para Grau de Risco I ou Classe de Risco 1.

2 - para Grau de Risco II ou Classe de Risco 2.

3 - para Classe de Risco 3.

4 - para Classe de Risco 4.

Tabela 4 – CATEGORIA DE PRODUTOS
PARA SAÚDE, COSMÉTICOS, DE HIGIENE, PERFUMES E SANEANTES DOMISSANITÁRIOS

CLASSE 04 – PRODUTO PARA SAÚDE OU CORRELATO			
CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
099	ACESSÓRIOS	106	MATERIAL OU ARTIGO LÍQUIDO
100	APARELHOS	107	MATERIAL OU ARTIGO SEMI-SÓLIDO
101	BOLSA DE SANGUE	108	MATERIAL OU ARTIGO SÓLIDO
102	EQUIPAMENTOS	109	MOBILIÁRIOS (ESPECÍFICO DA ÁREA DE SAÚDE)
103	INSTRUMENTOS	110	OUTROS CORRELATOS
104	MATERIAL OU ARTIGO DESCARTÁVEL	111	PRESERVATIVO
105	MATERIAL OU ARTIGO IMPLANTÁVEL	112	PRODUTO PARA DIAGNÓSTICO DE USO "IN VITRO"



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Tabela 4 – CATEGORIA DE PRODUTOS PARA SAÚDE, COSMÉTICOS, DE HIGIENE, PERFUMES E SANEANTES DOMISSANITÁRIOS			
CLASSE 05 – COSMÉTICOS			
CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
084	COSMÉTICOS	090	OUTROS COSMÉTICOS
138	REPELENTES		
CLASSE 06 – PRODUTOS DE HIGIENE			
CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
087	PRODUTOS DE HIGIENE	089	PRODUTOS DE HIGIENE P/ ABSORÇÃO DE LÍQ. CORPORAIS (TAMPÃO, ABSORVENTES E FRALDAS)
088	PRODUTOS DE HIGIENE BUCAL (ESCOVA E FIO/FITA DENTAL)		
CLASSE 07 – PERFUMES			
CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
086	PERFUMES	085	ODORIZANTES DE AMBIENTE
CLASSE 08 – SANEANTES DOMISSANITÁRIOS			
CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
150	ALVEJANTES	162	ALGICIDAS
151	BRANQUEADORES	163	DESINFETANTES
152	DESINCRUSTANTES	164	ESTERILIZANTES
153	DETERGENTES	165	DESODORIZANTES
154	FINALIZADORES	166	FUNGICIDAS
155	LIMPADORES	167	GERMICIDAS
156	NEUTRALIZADORES DE ODORES	168	SANITIZANTES
157	POLIDORES DE METAIS	169	POTABILIZADORES
158	PRÉ E PÓS LAVAGEM	171	INSETICIDA
159	REMOVEDORES	172	JARDINAGEM AMADORA
160	SABÕES	173	MOLUSCICIDAS
161	SAPONÁCEOS	174	RATICIDAS
170	PRODUTOS BIOLÓGICOS	175	REPELENTES

- **ALIMENTOS** – Informe somente os códigos da **Classe** e **Categoria** dos produtos envolvidos nas atividades executadas pelo estabelecimento, conforme Tabela 5:

Tabela 5 – CATEGORIA DE PRODUTOS ALIMENTÍCIOS			
CLASSE 09 - ALIMENTO			
CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
015	AÇÚCARES E PRODUTOS PARA ADOÇAR	044	COMPOSTO LÍQUIDO PRONTO PARA O CONSUMO
019	ADOÇANTES DIETÉTICOS	045	CONDIMENTOS PREPARADOS
020	ÁGUA NATURAL	048	CREMES VEGETAIS
022	ÁGUAS ADICIONADAS DE SAIS	052	ERVA MATE



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Tabela 5 – CATEGORIA DE PRODUTOS ALIMENTÍCIOS

CLASSE 09 – ALIMENTO (Cont.)

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
021	ÁGUAS MINERAIS	053	ESPECIARIAS/TEMPEROS E MOLHOS
220	ALIMENTOS A BASE DE CEREAIS PARA ALIMENTAÇÃO INFANTIL	226	FARELOS E MISTURA A BASE DE FARELO DE CEREAIS
114	ALIMENTOS COM ALEGAÇÕES DE PROPRIEDADES FUNCIONAIS E /OU DE SAÚDE	054	FARINHAS
221	ALIMENTOS DE TRANSIÇÃO PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA	227	FÓRMULAS INFANTIS
023	ALIMENTOS E BEBIDAS COM INFORMAÇÃO NUTRICIONAL COMPLEMENTAR	228	FRUTAS, LEGUMES E OU VERDURAS MINIMAMENTE PROCESSADOS
033	ALIMENTOS PARA ATLETAS	117	GELADOS COMESTÍVEIS E PREPARADOS PARA GELADOS COMESTÍVEIS
027	ALIMENTOS PARA CONROLE DE PESO	120	GELO
028	ALIMENTOS PARA DIETAS COM INGESTÃO CONTROLADA DE AÇUCARES	229	GUARANÁ EM PÓ, BASTÃO OU SEMENTE
029	ALIMENTOS PARA DIETAS COM RESTRIÇÃO DE NUTRIENTES	121	MASSAS
031	ALIMENTOS PARA GESTANTES E NUTRIZES	230	MELADO, MELAÇO E RAPADURA
032	ALIMENTOS PARA IDOSOS	122	NOVOS ALIMENTOS E OU NOVOS INGREDIENTES
030	ALIMENTOS PARA NUTRIÇÃO ENTERAL	123	ÓLEOS VEGETAIS, E GORDURAS VEGETAIS E CREME VEGETAL
222	ALIMENTOS PRONTOS PARA CONSUMO	125	PÃES
183	AMENDOINS PROCESSADOS E DERIVADOS	231	PREPARADO LÍQUIDO AROMATIZADO
034	AMIDOS E FÉCULAS	232	PRODUTOS DE FRUTAS
223	AMINOÁCIDOS DE CADEIA RAMIFICADA	136	PRODUTOS DE SOJA
035	BALAS, CARAMELOS, GOMAS DE MASCAR E SIMILARES	233	PRODUTOS DE VEGETAIS
037	BISCOITOS E BOLACHAS	234	PRODUTOS PROTEICOS DE ORIGEM VEGETAL (EXCETO SOJA)
038	CAFÉS	139	SAL



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Tabela 5 – CATEGORIA DE PRODUTOS ALIMENTÍCIOS

CLASSE 09 – ALIMENTO (Cont.)			
CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
039	CEREAIS E DERIVADOS	140	SAL HIPOSSÓDICO / SUCEDÂNEOS DE SAL
224	CEVADA TORRADA E MOÍDA E SOLÚVEL	142	SEMENTES OLEAGINOSAS OU NÃO
040	CHÁS	235	SUBSTÂNCIAS BIOATIVAS E PROBIÓTICOS ISOLADOS COM ALEGAÇÃO DE PROPRIEDADES FUNCIONAL E OU DE SAÚDE
132	CHOCOLATE, BOMBONS E PRODUTOS DE CACAU	147	SUPLEMENTO VITAMÍNICO E/OU MINERAL
225	COGUMELOS COMESTÍVEIS	046	VEGETAIS EM CONSERVA - EXCETO PALMITO
043	COMPOSTO DE ERVA-MATE	047	VEGETAIS EM CONSERVA - PALMITO
CLASSE 10 – ADITIVO PARA ALIMENTO E COADJUVANTES DE TECNOLOGIA			
CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
016	ADITIVOS ALIMENTARES	236	ENZIMAS E PREPARAÇÕES ENZIMÁTICAS
041	COADJUVANTES DE TECNOLOGIA		
CLASSE 12 – EMBALAGENS PARA ALIMENTOS			
CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
050	EMBALAGENS	051	EMBALAGENS NOVAS TECNOLOGIAS (RECICLADAS)
CLASSE 13 – ALIMENTO ARTESANAL			
CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
015	AÇÚCARES, DERIVADOS E SUBPRODUTOS	117	GELADOS COMESTÍVEIS E PREPARADOS PARA GELADOS COMESTÍVEIS
024	ALIMENTOS E PRATOS PRONTOS REFRIGERADOS OU CONGELADOS	121	MASSAS ALIMENTÍCIAS SECAS, PREPARADAS FRESCAS, CONGELADAS OU RESFRIADAS
183	AMENDOINS PROCESSADOS E DERIVADOS	182	MISTURAS PARA O PREPARO DE ALIMENTOS
035	BALAS E GOMAS DE MASCAR	125	PÃES E PRODUTOS DE PANIFICAÇÃO
037	BISCOITOS, BOLACHAS	237	PRODUTOS DE CEREAIS, AMIDOS, FARELOS E FARINHAS DE: ROSCA, MILHO, MANDIOCA, BATATA, ARARUTA, CENTEIO, CEVADA E AVEIA
038	CAFÉS - TORRADO E MOÍDO	134	PRODUTOS DE CONFEITARIA
039	CEREAIS E DERIVADOS	137	PRODUTOS DE TOMATE - EXTRATOS, PURÊS E POPLAS
040	CHÁS/ ERVA MATE/ COMPOSTO DE ERVA MATE	142	PRODUTOS PROTEICOS DE ORIGEM VEGETAL
132	CHOCOLATE, BOMBONS E DERIVADOS	141	SALGADINHOS - REFRIGERADOS, CONGELADOS OU PRONTOS PARA CONSUMO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Tabela 5 – CATEGORIA DE PRODUTOS ALIMENTÍCIOS

CLASSE 13 – ALIMENTO ARTESANAL (Cont.)			
CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
116	CONSERVAS DE FRUTAS - EM CALDA, DESSECADAS, SECAS, DESIDRATADAS, POLPA CONSERVADA, PURÊS, GELEIAS, DOCES EM MASSA OU PASTAS E SEMELHANTES, LEITE DE COCO - EXCETO LIOFILIZADA.	142	SEMENTES OLEAGINOSAS OU NÃO
		143	SOBREMESAS
049	DOCES DE MATÉRIA PRIMA DIFERENTE DE LEITE E DE FRUTAS	144	SOPAS (LÍQUIDAS)
053	ESPECIARIAS OU TEMPEROS E MOLHOS	046	VEGETAIS EM CONSERVA (EXCETO PALMITO EM CONSERVA)

EMPRESA RESPONSÁVEL – Informe se a empresa responsável pela classe de produto referida é própria ou terceirizada:

- **PRÓPRIA** – Refere-se aos CNAE de **todos** os Agrupamentos do Subgrupo A. Assinale esta alternativa para informar as atividades que são próprias da unidade fabril. Em seguida, assinale uma ou mais alternativas de 1 a 10 para identificar as atividades próprias, observando:

1. **DEPÓSITO FECHADO** – Trata-se de estabelecimento próprio para armazenamento de produtos da classe informada, localizado em endereço distinto da unidade fabril.

Notas:

O Depósito Fechado requer uma licença de funcionamento distinta do estabelecimento onde é exercida a atividade principal da empresa.

Cada Depósito Fechado requer o preenchimento de um conjunto de formulários: *Anexo V – Formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária* e do *Subanexo V.3 – Atividade Relacionada aos Produtos de Interesse da Saúde*, nos quais devem constar a Razão Social e o CNAE da atividade fabril e, o endereço no qual o depósito está situado.

2. **TRANSPORTAR** – Trata-se de estabelecimento com veículos próprios para transporte de produtos da classe informada.

- **TERCEIRIZADA** – Refere-se somente aos CNAE dos Agrupamentos **01 – Indústria de Alimentos** e **08 – Indústria de Medicamentos**. Assinale esta alternativa para informar as atividades que são terceirizadas pela unidade fabril e **realizadas pela mesma razão social**, relacionadas à classe de produto informada. Em seguida, assinale uma ou mais alternativas de 1 a 10 para identificar as atividades terceirizadas.

RAZÃO SOCIAL – Registre o nome da razão social de identificação da empresa contratada, relacionada às atividades terceirizadas assinaladas.

CNPJ – Registre o número do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da respectiva empresa contratada



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- c. **CONTROLE DE QUALIDADE** - Refere-se aos CNAE do Subgrupo A, Grupo I. Os campos **c.1** a **c.12** são padronizados. Cada um deles refere-se ao conjunto de informações de uma classe de produtos (**Tabela 1**), considerando a empresa responsável pelo tipo de controle de qualidade realizado.

CLASSE DE PRODUTO – Registre o código da classe de produto (Tabela 1) que corresponde ao conjunto de informações deste campo.

EMPRESA RESPONSÁVEL – Informe se a empresa responsável pelo controle de qualidade da classe de produto referida é própria ou terceirizada:

- **PRÓPRIO** – Quando houver controle de qualidade prestado pela própria empresa.
- **TERCEIRIZADO** – Quando houver controle de qualidade prestado pela empresa terceirizada.

RAZÃO SOCIAL – Registre o nome da razão social de identificação da empresa terceirizada.

CNPJ – Registre o número do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da reeferida empresa contratada.

TIPO DE CONTROLE – Assinale uma ou mais alternativas relacionadas ao tipo de controle de qualidade efetuado pela própria empresa: **BIOLÓGICO**, **FÍSICO-QUÍMICO**, **MICROBIOLÓGICO** e ou **QUÍMICO**.

III.4 – DISTRIBUIDORA / IMPORTADORA

12. Refere-se a todos os CNAE dos Agrupamentos 10, 11, 15, 16, 17 e 18 pertencentes ao Subgrupo B – Distribuidora / Importadora do Anexo I da Portaria CVS 1/2017.

a. IMPORTAÇÃO

SIM - Assinale esta alternativa quando tratar-se de comércio atacadista que adquire produtos de interesse à saúde no exterior do país para comercialização interna.

NÃO - Assinale esta alternativa quando tratar-se de comércio atacadista que não importa produtos de interesse à saúde para comercialização interna.

- b. **FRACIONAMENTO** – Refere-se somente aos CNAE **4632-0/03**, **4633-8/01** do Agrupamento 11, ou **4644-3/01** do Agrupamento 18:

SIM - Assinale esta alternativa quando tratar-se de comércio atacadista que fraciona produtos do respectivo CNAE.

NOTAS referentes aos seguintes CNAE:

4632-0/03 – É permitido somente o fracionamento com acondicionamento e empacotamento de leguminosas, como feijão, soja e ervilha. O fracionamento não é permitido para farináceos, como farinhas, amidos e féculas.

4644-3/01 – É permitido somente o fracionamento de insumos farmacêuticos, sendo ilegal para as demais classes de produto.

NÃO - Assinale esta alternativa quando tratar-se de comércio atacadista que não fraciona produtos do respectivo CNAE.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- c. **CARACTERIZAÇÃO DO PRODUTO** – Refere-se somente aos CNAE 4691-5/00 ou 4693-1/00 do Agrupamento 10:

CLASSE– Registre o código da classe de produto (Tabela 1) que corresponde ao conjunto de informações deste item 10.

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
10	ADITIVO PARA ALIMENTO E COADJUVANTES DE TECNOLOGIA	15	INSUMO FARMACÊUTICO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL
09	ALIMENTO	01	MEDICAMENTO
13	ALIMENTO ARTESANAL	02	MEDICAMENTO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL
04	CORRELATO OU PRODUTO PARA SAÚDE	07	PERFUME
05	COSMÉTICO	06	PRODUTO DE HIGIENE
12	EMBALAGENS PARA ALIMENTOS	08	SANEANTE DOMISSANITÁRIO
20	GASES MEDICINAIS		
03	INSUMO FARMACÊUTICO		

- d. **ATIVIDADES** - Refere-se aos CNAE do Subgrupo A, Grupo I.

Os campos **d.1** a **d.9** são padronizados. Cada um deles refere-se ao conjunto de informações de uma classe de produtos (Tabela 1), considerando a empresa responsável pelas atividades assinaladas.

De acordo com a classe de produtos deve-se informar a categoria e ou o risco e ou a forma farmacêutica do produto, a saber:

- **MEDICAMENTOS, INSUMOS FARMACEUTICOS E GASES MEDICINAIS** – Informe os códigos da **Classe** (Tabela 1), **Categoria** (Tabela 2) e **Forma Farmacêutica** (Tabela 3) dos produtos envolvidos nas atividades executadas pelo estabelecimento, observando:

- **PRODUTOS PARA SAÚDE, COSMÉTICOS, PRODUTOS DE HIGIENE, PERFUME E SANEANTES DOMISSANITÁRIOS** – Informe os códigos da **Classe**, **Categoria** (Tabela 4) e do **Grau de Risco** dos produtos envolvidos nas atividades executadas no estabelecimento, observando:

- O “**Grau de Risco**” (I ou II) refere-se às classes de *Cosméticos, Perfumes, Produtos de Higiene e Saneantes Domissanitários*.

- A “**Classe de Risco**” (1, 2, 3 ou 4) refere-se às classes de *Produtos para Saúde ou Correlatos*.

Desta forma, no campo **Risco** registre 1, 2, 3 ou 4, conforme o grau ou classe de risco correspondente:

1 - para Grau de Risco I ou Classe de Risco 1.

2 - para Grau de Risco II ou Classe de Risco 2.

3 - para Classe de Risco 3.

4 - para Classe de Risco 4.

- **ALIMENTOS** – Informe somente os códigos da **Classe** e **Categoria** (Tabela 5) dos produtos envolvidos nas atividades executadas pelo estabelecimento:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

EMPRESA RESPONSÁVEL – Informe se a empresa responsável pela classe de produto referida é própria ou terceirizada:

- **PRÓPRIA** – Refere-se aos CNAE de **todos** os Agrupamentos do Subgrupo B. Assinale esta alternativa para informar as atividades que são próprias da unidade distribuidora ou importadora. Em seguida, assinale uma ou mais alternativas de 1 a 10 para identificar as atividades próprias, observando:

3. DEPÓSITO FECHADO – Trata-se de estabelecimento próprio para armazenamento de produtos da classe informada, localizado em endereço distinto da unidade fabril.

Notas:

O Depósito Fechado requer uma licença de funcionamento distinta do estabelecimento onde é exercida a atividade principal da empresa.

Cada Depósito Fechado requer o preenchimento de um conjunto de formulários: *Anexo V – Formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária* e do *Subanexo V.3 – Atividade Relacionada aos Produtos de Interesse da Saúde*, nos quais devem constar a Razão Social e o CNAE da atividade fabril e, o endereço no qual o depósito está situado.

4. TRANSPORTAR – Trata-se de estabelecimento com veículos próprios para transporte de produtos da classe informada.

- **TERCEIRIZADA.**

Assinale esta alternativa para informar as atividades que são terceirizadas pela unidade distribuidora ou importadora e **realizadas pela mesma razão social**, relacionadas à classe de produto informada. Em seguida, assinale uma ou mais alternativas de 1 a 10 para identificar as atividades terceirizadas.

RAZÃO SOCIAL – Registre o nome da razão social de identificação da empresa contratada, relacionada às atividades terceirizadas assinaladas.

CNPJ – Registre o número do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da respectiva empresa contratada

III.5 – COMÉRCIO VAREJISTA

13. Refere-se a todos os CNAE do Subgrupo C / Grupo I.

- a. **MEDICAMENTOS** - Refere-se **somente ao CNAE 4771-7/01 ou 4771-7/02 ou 4771-7/03**. Assinale o CNAE declarado na Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária (Anexo V) que acompanha este formulário e, abaixo, as atividades exercidas no estabelecimento, conforme o permitido por CNAE:

4771-7/01

- Administrar ou aplicar medicamentos
- Aferir parâmetros fisiológicos e bioquímicos
- Comercializar por meio remoto, exceto medicamentos com controle especial
- Comercializar produtos farmacêuticos homeopáticos, fitoterápicos e ou da flora medicinal
- Dispensar isotretinoína
- Dispensar medicamentos sujeitos ao controle especial
- Fracionar medicamentos, a partir de embalagens especialmente desenvolvidas para essa finalidade
- Perfurar lóbulo auricular
- Prestar atenção farmacêutica
- Prestar atenção farmacêutica domiciliar.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

4771-7/02

- Administrar ou aplicar medicamentos
- Aferir parâmetros fisiológicos e bioquímicos
- Comercializar por meio remoto, exceto medicamentos com controle especial
- Dispensar isotretinoína
- Dispensar medicamentos sujeitos ao controle especial
- Fracionar medicamentos, a partir de embalagens especialmente desenvolvidas para essa finalidade
- Manipular antibióticos, hormônios, citostáticos e substâncias sujeitas ao controle especial
- Manipular medicamentos a partir de insumos ou matérias primas, inclusive de origem vegetal
- Manipular medicamentos homeopáticos – NOTA: somente quando se tratar de **Farmácia de Manipulação Alopática** com laboratório exclusivo para manipulação de medicamentos homeopáticos
- Manipular produtos estéreis
- Manipular substâncias de baixo índice terapêutico
- Perfurar lóbulo auricular
- Prestar atenção farmacêutica
- Prestar atenção farmacêutica domiciliar.

4771-7/03

- Comercializar por meio remoto, exceto medicamentos com controle especial
- Comercializar produtos farmacêuticos homeopáticos, fitoterápicos e ou da flora medicinal – NOTA: Somente quando os produtos estiverem devidamente registrados pelo órgão competente do Ministério da Saúde
- Ervanária – NOTA: Somente quando o estabelecimento comercializa e dispensa plantas medicinais
- Manipular medicamentos a partir de insumos ou matérias primas, inclusive de origem vegetal
- Manipular medicamentos homeopáticos – NOTA: Somente quando se tratar de **Farmácia de Manipulação Homeopática** na qual se manipulam fórmulas homeopáticas

- b. **COSMÉTICOS** – Refere-se ao CNAE **4772-5/00** do Agrupamento 26/ Subgrupo C/ Grupo I. Assinale SIM se pretender exercer, ou NÃO, o **fracionamento e embalagem de perfumes, sabonetes, saem de banho, xampu e condicionadores**, em sua forma definitiva, antes de serem entregues ao consumidor.

Notas:

1. Os referidos produtos devem estar devidamente regularizados na Anvisa/MS pelo fabricante e ou importador e especificados quanto à sua destinação.
2. É vedada a comercialização em sistema “self-service” (atendimento pelo próprio consumidor).
3. É vedado o reaproveitamento de embalagens.
4. O comércio varejista destes produtos, sem fracionamento, não está sujeito a Licença de Funcionamento.

III.6 – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COM PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE

14. Refere-se a todos os CNAE do Subgrupo D / Grupo I.

- a. **TRANSPORTE PRÓPRIO** – Refere-se ao CNAE **8292-0/00** do Agrupamento 30, ou **8122-2/00** ou **8129-0/00** do Agrupamento 60.

SIM - Assinale esta alternativa quando tratar-se de estabelecimento com veículos próprios para transporte de produtos.

NÃO - Assinale esta alternativa quando o estabelecimento não possuir veículos próprios para transporte de produtos.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- b. TRANSPORTADORA** – Refere-se aos CNAE **4930-2/01** ou **4930-2/02** pertencentes ao Agrupamento 22 – Transporte de Produtos Relacionados à Saúde do Subgrupo D – Prestação de Serviços com Produtos Relacionados à Saúde.

SIM - Assinale essa alternativa quando se tratar de estabelecimento que exerce atividade de transporte rodoviário de produtos relacionados à saúde, sujeitos à atuação da Vigilância Sanitária, informando o código dos produtos transportados, conforme códigos e descrição abaixo:

501 - Água e alimento para consumo de trabalhadores.

502 - Água para distribuição e consumo humano.

601 - Material biológico humano – de laboratórios de análises clínicas e ou anatomia patológica, para fins de diagnóstico.

602 - Sangue e hemocomponentes – amostras de sangue para testes pré-transfusionais e bolsas de sangue.

NÃO - Assinale essa alternativa quando tratar-se de estabelecimento que exerce atividade de transporte rodoviário de produtos ou cargas não sujeitos à atuação da Vigilância Sanitária.

- d. DEPÓSITO TERCEIRIZADO** – Refere-se aos CNAE **5211-7/01** e **5211-7/09** pertencentes ao Agrupamento 40 – Depósito de Produtos Relacionados à Saúde do Subgrupo D – Prestação de Serviços com Produtos Relacionados à Saúde.

SIM - Assinale esta alternativa quando tratar-se de estabelecimento de depósito de produtos relacionados à saúde, por conta de terceiros, informando o código das classes dos produtos armazenados, conforme Tabela 1:

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
10	ADITIVO PARA ALIMENTO E COADJUVANTES DE TECNOLOGIA	15	INSUMO FARMACÊUTICO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL
09	ALIMENTO	01	MEDICAMENTO
13	ALIMENTO ARTESANAL	02	MEDICAMENTO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL
04	CORRELATO OU PRODUTO PARA SAÚDE	07	PERFUME
05	COSMÉTICO	06	PRODUTO DE HIGIENE
12	EMBALAGENS PARA ALIMENTOS	08	SANEANTE DOMISSANITÁRIO
20	GASES MEDICINAIS	14	VERNIZ SANITÁRIO PARA EMBALAGEM DE ALIMENTOS OK
03	INSUMO FARMACÊUTICO		

NÃO - Assinale esta alternativa quando o estabelecimento não se caracterizar como depósito de produtos relacionados à saúde, por conta de terceiros.

- e. CONTROLE DE PRAGAS URBANAS** – Refere-se ao CNAE **8122-2/00** do Agrupamento 60 – Controle de Pragas Urbanas e Serviço de Esterilização do Subgrupo D – Prestação de Serviços com Produtos Relacionados à Saúde.

SIM - Assinale essa alternativa quando tratar-se de estabelecimento prestador de serviço de desinsetização, desratização e descupinização para fins de controle de praga urbana.

NÃO - Assinale essa alternativa quando não tratar-se de estabelecimento prestador de serviço de desinsetização, desratização e descupinização para fins de controle de praga urbana.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- f. PROCESSAMENTO DE PRODUTO PARA SAÚDE** – Refere-se ao CNAE **8129-0/00** do Agrupamento 60 – Controle de Pragas Urbanas e Serviço de Esterilização do Subgrupo D – Prestação de Serviços com Produtos Relacionados à Saúde.

SIM - Assinale essa alternativa quando tratar-se de estabelecimento *prestador de serviço de processamento de produto para saúde* (materiais médico hospitalares para estabelecimentos de saúde).

NÃO - Assinale essa alternativa quando não tratar-se de estabelecimento prestador de serviço de processamento de produto para saúde (materiais médico hospitalares para estabelecimentos de saúde).

- g. ESTERILIZAÇÃO DE PRODUTO PARA SAÚDE** – Refere-se ao CNAE **8129-0/00** do Agrupamento 60 – Controle de Pragas Urbanas e Serviço de Esterilização do Subgrupo D – Prestação de Serviços com Produtos Relacionados à Saúde.

SIM - Assinale essa alternativa quando tratar-se de estabelecimento *prestador de serviço de esterilização de produto para a saúde como etapa de fabricação*.

NÃO - Assinale essa alternativa quando não tratar-se de estabelecimento prestador de serviço de esterilização de produto para a saúde como etapa de fabricação.

- h. UNIDADE DE ESTERILIZAÇÃO** – Refere-se aos CNAE **3250-7/01, 3250-7/05, 3250-7/07 ou 3292-2/02** pertencentes ao Agrupamento 05 – Indústria de Correlatos / Produtos para Saúde do Subgrupo A – Fabril, do Grupo I – Atividades relacionadas a produtos de interesse à saúde, do Anexo I da Portaria CVS 1/2017.

SIM - Assinale esta alternativa quando o CNAE declarado referir-se à unidade de esterilização própria de empresa fabril de produtos para a saúde, cuja empresa esteja enquadrada num dos CNAE aqui referidos.

Em seguida, assinale somente o CNAE declarado e, ao lado, um dos métodos de esterilização a ser utilizado na etapa fabril, observando:

Radiação Ionizante – No caso de utilizar radiação ionizante para esterilizar produtos para saúde.

ETO – No caso de utilizar óxido de etileno como agente esterilizante.

Outros – No caso de utilizar outros métodos de esterilização não citados anteriormente.

Nota:

Os estabelecimentos fabris aqui contextualizados devem solicitar a LF do estabelecimento e uma LF para cada unidade de esterilização que possuir.

Desta forma, para o **estabelecimento fabril** e para **cada unidade de esterilização própria da empresa fabricante** deve ser preenchido um conjunto de formulários: **Anexo V – Formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária** e do **Subanexo V.3 – Atividade Relacionada aos Produtos de Interesse da Saúde**.

NÃO - Assinale essa alternativa quando não referir-se à unidade de esterilização própria de empresa fabril de produtos para a saúde que esteja enquadrada num dos CNAE aqui referidos.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO E SUAS ALTERAÇÕES

ANEXO VI – PORTARIA CVS 01/2017

Este anexo refere-se à relação de documentos exigidos para **licenciamento inicial** perante o órgão de Vigilância Sanitária competente, indicados na coluna “Documentos Necessários” dos Anexos *I – Estabelecimentos de Interesse da Saúde Sujeitos à Licença de Funcionamento* e *II – Fontes de Radiação Ionizante Sujeitas à Licença de Funcionamento*.

Os documentos que devem ser encaminhados à Vigilância Sanitária estão relacionados de acordo com as seguintes situações:

- Prévio à solicitação inicial da Licença de Funcionamento (LF) – **Quadro 1**.
- No momento da solicitação inicial da LF e suas alterações – **Quadro 2**.

O **Quadro 3** relaciona os documentos que devem ser apresentados, segundo o tipo de alteração ou cancelamento da licença de funcionamento.

É facultado aos municípios complementar ou suplementar esta relação de documentos, considerando as especificidades inerentes às realidades locais, conforme disposto no artigo 44 da presente Portaria.

1 – PRÉVIO À SOLICITAÇÃO INICIAL DE LF	
CÓDIGO	TIPO
1	AUTORIZAÇÃO DE OPERAÇÃO, EMITIDA PELA COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR (CNEN) - CÓPIA
2	COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO (DARE OU EQUIVALENTE MUNICIPAL) DA TAXA DE LAUDO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO DE PROJETO DE EDIFICAÇÃO - ORIGINAL
3	COMPROVANTE DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - ART - ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA OU RRT - REGISTRO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - CÓPIA
4	MEMORIAL DESCRITIVO DE FLUXOS E DE ATIVIDADES - CÓPIA
5	MEMORIAL DESCRITIVO DO PROJETO ARQUITETÔNICO DA EDIFICAÇÃO - CÓPIA
6	PROJETO ARQUITETÔNICO DA EDIFICAÇÃO (JOGOS DE PLANTAS, COMPLETO) - CÓPIA
7	PROJETO DO TRATAMENTO, DESTINAÇÃO FINAL OU AFASTAMENTO DOS EFLUENTES GERADOS PELO EMPREENDIMENTO (RESOLUÇÃO 430/11 - CONAMA) - CÓPIA
8	PROJETO DO TRATAMENTO, DESTINAÇÃO FINAL OU AFASTAMENTO DOS RESÍDUOS GERADOS PELO EMPREENDIMENTO (LEI 12305/2010 - POLÍTICA NACIONAL DE RESÍDUOS SÓLIDOS - PNRS) - CÓPIA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

2 – SOLICITAÇÃO INICIAL DE LF, SUAS ALTERAÇÕES OU CANCELAMENTO	
CÓDIGO	TIPO
20	AUTORIZAÇÃO PARA PREPARO E USO DE FONTES RADIOATIVAS NÃO SELADAS, EMITIDA PELA COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR (CNEN) - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL
21	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF) - CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL
23	CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA (CNPJ) - CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL
24	CERTIFICADO DA CONDIÇÃO DE MICROEMPREENDEDOR INDIVIDUAL (CCMEI) - CÓPIA
25	CERTIFICADO DE CALIBRAÇÃO DE EQUIPAMENTOS - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL
26	COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO EMPREENDIMENTO, QUANDO A ATIVIDADE FOR EXERCIDA POR PESSOA FÍSICA - CÓPIA
27	COMPROVANTE DE IDENTIDADE - DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIDADE DE PESSOA FÍSICA, COM FOTO - CÉDULA DE IDENTIDADE EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA OU PELAS FORÇAS ARMADAS OU PELO MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES OU PELA POLÍCIA MILITAR; OU, CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO; OU, CARTEIRA FUNCIONAL EXPEDIDA PELO MINISTÉRIO PÚBLICO OU OUTRO ÓRGÃO PÚBLICO, QUE POR LEI FEDERAL VALHA COMO IDENTIDADE - CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL
28	COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO (DARE OU EQUIVALENTE MUNICIPAL) DA TAXA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE - ORIGINAL
29	COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO (DARE OU EQUIVALENTE MUNICIPAL) DA TAXA DE INSPEÇÃO SANITÁRIA - ORIGINAL
30	COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO (DARE OU EQUIVALENTE MUNICIPAL) DA TAXA DE RUBRICA DE LIVROS - ORIGINAL
31	COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO DA TAXA DE TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - ORIGINAL
32	COMPROVANTE DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA, EMITIDA PELO CONSELHO PROFISSIONAL COMPETENTE - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL
33	COMPROVANTE DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO - CÓPIA
34	CONCESSÃO DE LAVRA PARA ÁGUA MINERAL EMITIDA PELO DEPARTAMENTO NACIONAL DE PRODUÇÃO MINERAL (DNPM) - CÓPIA DA PÁGINA DO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO COM A PUBLICAÇÃO
35	CONTRATO DE ALUGUEL - CÓPIA
36	CONTRATO DE ATIVIDADE TERCEIZADA - CÓPIA
37	CONTRATO DE DOSIMETRIA - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL
38	CONTRATO SOCIAL REGISTRADO EM CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE PESSOAS JURÍDICAS QUANDO SE TRATAR DE SOCIEDADE SIMPLES, ASSOCIAÇÕES E FUNDAÇÕES - CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL
39	CONTRATO SOCIAL REGISTRADO NA JUCESP - EIRELI, ME, EPP, ENTRE OUTROS - CÓPIA, COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

2 – SOLICITAÇÃO INICIAL DE LF, SUAS ALTERAÇÕES OU CANCELAMENTO (cont.)	
CÓDIGO	TIPO
40	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANEXO V DA PORTARIA CVS 1/2017
41	FORMULÁRIO DE ATIVIDADE RELACIONADA À PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE INTERESSE DA SAÚDE - SUBANEXO V.1 DA PORTARIA CVS 1/2017
42	FORMULÁRIO DE EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE - SUBANEXO V.2 DA PORTARIA CVS 1/2017
43	FORMULÁRIO DE ATIVIDADE RELACIONADA AOS PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE - SUBANEXO V.3 DA PORTARIA CVS 1/2017
45	HABILITAÇÃO PROFISSIONAL EMITIDA PELO CONSELHO DE CLASSE COMPETENTE - CÓPIA SIMPLES DAS FOLHAS DE IDENTIFICAÇÃO, FOTO E HABILITAÇÃO DA CARTEIRA DO RESPECTIVO CONSELHO REGIONAL; OU, - CÓPIA FRENTE E VERSO DA CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL
46	LICENÇA DE FUNCIONAMENTO DAS ATIVIDADES CONTRATADAS (TERCEIRIZADAS) - CÓPIA
47	PLANO DE RADIOPROTEÇÃO - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL
48	PROGRAMA DE GARANTIA DE QUALIDADE - CÓPIA COM APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL
49	REGISTRO DE ESPECIALIZAÇÃO CORRESPONDENTE À ATIVIDADE EXERCIDA, EMITIDA PELO ÓRGÃO COMPETENTE - CÓPIA
50	REGISTRO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO NO ÓRGÃO REGIONAL DO MINISTÉRIO DO TRABALHO - CÓPIA
51	FORMULÁRIO PARA CREDENCIAMENTO DE UNIDADES PÚBLICAS DISPENSADORAS (ANEXO I DA RESOLUÇÃO MS 11/2011 OU A QUE VIER A SUBSTITUÍ-LA) - CÓPIA
52	LTA – LAUDO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO DE PROJETO DE EDIFICAÇÃO - CÓPIA DA PÁGINA DO DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO COM O DEFERIMENTO DO LTA
53	LICENÇA DE INSTALAÇÃO EMITIDA PELA CETESB - CÓPIA
54	OUTORGA DAEE – CÓPIA DA PUBLICAÇÃO EM DOE OU DOCUMENTO EXPEDIDO PELO ÓRGÃO COMPETENTE
56	LICENÇA DE FUNCIONAMENTO – ORIGINAL COM ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS
57	RECISÃO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS REGISTRADO EM CARTÓRIO - CÓPIA
58	COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO DA TAXA DE 2ª VIA - ORIGINAL DISPENSADO QUANDO SE TRATAR DE ME, MEI OU EPP
99	DEFINIDOS EM LEGISLAÇÃO MUNICIPAL



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

3 – DOCUMENTOS POR TIPO DE SOLICITAÇÃO REFERENTE À LF		
TIPO	MOTIVO	RELAÇÃO DOCUMENTOS (CÓD.)
ALTERAÇÃO	ESTRUTURA FÍSICA - AMPLIAÇÃO, REFORMA ou ADAPTAÇÃO	2, 3, 4, 5, 6 e ou 7 e ou 8, 29 e 40
	RAZÃO SOCIAL	23, 24 ou 38 ou 39, 29, 40 e ou 41 e ou 42 e ou 43 e 56
	NOME FANTASIA	23, 29 e 40
	CISÃO DE EMPRESA	23, 24 ou 38 ou 39, 29, 40 e 56
	FUSÃO DE EMPRESA	23, 24 ou 38 ou 39, 29, 40 e 56
	INCORPORAÇÃO DE EMPRESA	23, 24 ou 38 ou 39, 29, 40 e 56
	SUCESSÃO DE EMPRESA	23, 24 ou 38 ou 39, 29, 40 e 56
	RESPONSABILIDADE LEGAL	21, 26 e 27, 24 ou 38 ou 39 e 40
	RESPONSABILIDADE TÉCNICA - ASSUNÇÃO	31, 32 e ou 33, 40 e ou 41 e ou 42 e ou 43 e 45
	RESPONSABILIDADE TÉCNICA - BAIXA	40 e ou 41 e ou 42 e ou 43, 56 e 57
	NÚMERO DE LEITOS - AMPLIAÇÃO OU REDUÇÃO	29, 40 e 41 - VER NOTAS
	EQUIPAMENTOS - AMPLIAÇÃO	28, 40 e 42 - VER NOTAS
	EQUIPAMENTOS - REDUÇÃO	40, 42 e 56 - VER NOTAS
	ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTOS - AMPLIAÇÃO	29, 40 e 43 - VER NOTAS
	ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTOS - REDUÇÃO	40 e 43 - VER NOTAS
	SEGUNDA VIA DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO	40 e ou 41 e ou 42 e ou 43 e 58
	CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO	40, 42 e 56

Notas:

1. **ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO** - Solicitar cancelamento da LF vigente e nova LF para o endereço atual.
2. **AMPLIAÇÃO DE NÚMERO E OU TIPO DE EQUIPAMENTOS** - Solicitar LF para cada equipamento.
3. **REDUÇÃO DE Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTOS** - Solicitar cancelamento da LF vigente de cada equipamento.
4. **QUALQUER ALTERAÇÃO QUE IMPLIQUE EM ADEQUAÇÃO DO AMBIENTE CONSTRUÍDO** - Solicitar também a alteração de estrutura física.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

PROCEDIMENTOS EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

FORMULÁRIO

ANEXO VII – PORTARIA CVS 01/2017

I – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE EXECUTORA

1. NOME DA UNIDADE

II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. NATUREZA JURÍDICA – Assinale uma das opções abaixo:

PESSOA JURÍDICA

PESSOA FÍSICA

2. CNPJ / CPF

3. RAZÃO SOCIAL / NOME

4. NOME FANTASIA

5. N° CEVS

III – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

6. CEP

7. TIPO LOGRADOURO

8. LOGRADOURO

9. N°

10. COMPLEMENTO

11. BAIRRO

12. MUNICÍPIO

UF: SP

13. DISTRITO

14. COORDENADAS GEOGRÁFICAS:

LONGITUDE: ° ' . " O ° ' . " S

15. TELEFONE

16. FAX

17. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail)

18. ENDEREÇO PÁGINA WEB

IV – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

19. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA

CÓDIGO DA ATIVIDADE: _____ - __ / ____

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: _____

20. SITUAÇÃO – Assinale uma das opções abaixo:

ALBERGANTE

ALBERGADO – Se terceirizado, informe CNPJ do Albergante:

21. LOCAL – Registre o código e especifique o local, no caso deste ser isento de licenciamento: _____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

V – CARACTERIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

22. ORIGEM

23. FINALIDADE

24. AÇÃO COMPARTILHADA – Assinale uma das opções abaixo:

MUNICIPAL

ESTADUAL

FEDERAL

25. PROCEDIMENTOS EXECUTADOS – Assinale uma das opções abaixo:

INSPEÇÃO SANITÁRIA

COLETA DE AMOSTRA

EDUCAÇÃO/COMUNICAÇÃO VISA

26. OBJETIVO DOS PROCEDIMENTOS: _____

27. INFORMOU A AÇÃO NO SISOLO ? – Assinale uma das opções:

SIM

NÃO

28. OBSERVOU A LEI ANTIFUMO ? – Assinale uma das opções:

SIM

NÃO

29. PERÍODO DE EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO – Informe a data completa:

INÍCIO: __ __ / __ __ / __ __ __ __

TÉRMINO: __ __ / __ __ / __ __ __ __

30. PESSOAS CONTACTADAS – Na obrigatoriedade da presença de responsável técnico no local, informar respectivos dados:

31. RELATO DA SITUAÇÃO – Utilizar como referência os roteiros de inspeções e os procedimentos operacionais padrão (POP), quando couber:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

RELATO DA SITUAÇÃO – Continuação:

32. PPROVIDÊNCIAS REALIZADAS PELA VISA – Informe os códigos correspondentes:

33. CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O OBJETO DO PROCEDIMENTO:

34. SITUAÇÃO CONCLUSIVA – Assinale uma das opções abaixo:

NÃO SE APLICA

SATISFATÓRIO

SATISFATÓRIO COM RESTRIÇÕES

INSATISFATÓRIO

INTERDIÇÃO PARCIAL

INTERDIÇÃO TOTAL

35. CONDIÇÃO DE RISCO – Assinale uma das opções abaixo:

NÃO SE APLICA

ELEVADO

MODERADO

BAIXO

36. PRAZO – Registre o número de dias concedidos pela equipe executora para adequação do estabelecimento: _____

VI – IDENTIFICAÇÃO EQUIPE EXECUTORA DO PROCEDIMENTO

AUTORIDADE SANITÁRIA

ASSINATURA

____/____/____
DATA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

PROCEDIMENTOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO VII – FORMULÁRIO

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

Este formulário tem por finalidade caracterizar a ação do serviço de Vigilância Sanitária competente para qualquer um dos seguintes procedimentos:

- Inspeção Sanitária;
- Coleta de Amostras;
- Educação e Comunicação.

Deve ser utilizado pela autoridade sanitária, ou pelo conjunto de autoridades sanitárias, que realizaram o respectivo procedimento.

Utilize sempre **um formulário** por estabelecimento ou local de interesse da saúde, segundo a origem e finalidade do procedimento realizado.

Todas as providências realizadas referente ao procedimento executado no mesmo local e data devem ser registradas num único instrumento.

I - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE EXECUTORA

1. **NOME DA UNIDADE** – Registre o nome pelo qual a unidade do Serviço de Vigilância Sanitária responsável pela execução do procedimento é reconhecida.

II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

2. **NATUREZA JURÍDICA** – Assinale uma das opções abaixo:
 - **PESSOA JURÍDICA** - No caso de tratar-se de empresa jurídica (CNPJ).
 - **PESSOA FÍSICA** - No caso de tratar-se de pessoa física (CPF)
3. **CNPJ / CPF** – Informe o número do CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica ou o número do CPF – Cadastro de Pessoa Física, do solicitante.
4. **RAZÃO SOCIAL / NOME** – Informe a razão social, no caso de pessoa jurídica, ou o nome do responsável legal, no caso de pessoa física, correspondente ao número de cadastro informado anteriormente.
5. **NOME FANTASIA** – Informe o nome fantasia da empresa correspondente à razão social e ao número de CNPJ informados anteriormente.
6. **Nº CEVS** – Informe o Número CEVS somente no caso de solicitação de renovação de licença de funcionamento ou de alteração de dados cadastrais de estabelecimento já licenciado. No caso de solicitação inicial preencher com “000” (zeros).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

III- LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

7. **CEP** – Registre o código de endereçamento postal do local sede do objeto da solicitação.
8. **TIPO DE LOGRADOURO** – Registre o tipo do logradouro no qual se situa o objeto da solicitação informado no campo 4. Exemplos: Rua, Avenida, Praça, Estrada, Rodovia, etc.
9. **LOGRADOURO** – Registre o nome do logradouro no qual se situa o referido objeto da solicitação. Exemplos: Presidente Wilson, Dona Veridiana, Doutor Arnaldo, etc.
10. **Nº** – Registre o número do respectivo logradouro no qual se situa o objeto da solicitação.
11. **COMPLEMENTO** – Registre, se pertinente, o complemento do respectivo logradouro. Exemplos: Sala 121, Mezzanino, Anexo III, Fundos, Sobreloja, Bloco B, etc.
12. **BAIRRO** – Registre o nome do bairro referente ao logradouro informado. Exemplos: Jardim das Flores, Vila Celeste, Pacaembu, etc.
13. **MUNICÍPIO** – Registre o nome do município no qual se situa o referido objeto da solicitação.
14. **DISTRITO** – Registre, quando couber, o nome do respectivo distrito municipal.
15. **COORDENADAS GEOGRÁFICAS** – Registre a coordenada geográfica referente ao endereço do objeto da solicitação. Exemplo: 46^o 40' 8.413" **O** 23^o 33' 21.354" **S**
16. **TELEFONE** – Registre o número do telefone de contato do solicitante precedido pelo código de discagem direta do objeto da solicitação. Exemplo: (011) 98765.4321.
17. **FAX** – Registre o número do fac-símile do estabelecimento solicitante precedido pelo código de discagem direta do objeto da solicitação. Exemplo: (011) 3210.4567.
18. **ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-MAIL)** – Registre o endereço eletrônico de contato do solicitante ou do estabelecimento referido no objeto da solicitação.
19. **ENDEREÇO PÁGINA WEB** – Registre, quando couber, o endereço do sítio eletrônico do estabelecimento objeto da solicitação.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

IV – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

20. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA – Informe a classificação nacional de atividade econômica (CNAE) correspondente ao estabelecimento objeto da solicitação, conforme Anexo I da Portaria CVS 1, de 5 de agosto de 2017.

- **CÓDIGO DA ATIVIDADE** - Registre o código da classificação nacional de atividade econômica (CNAE).
- **DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE** - Registre a descrição correspondente ao código CNAE informado.

21. SITUAÇÃO – Assinale uma das opções abaixo:

- **ALBERGANTE** – Assinale esta alternativa quando o estabelecimento objeto de solicitação abrigar atividades que prestam um ou mais tipos de serviços de saúde ou de interesse da saúde, próprias e ou terceirizadas, numa mesma estrutura. Exemplos: hospital, clínica especializada, policlínica, indústria, escola, etc..
- **ALBERGADO** - Assinale esta alternativa quando a atividade objeto de solicitação situar-se dentro de uma estrutura albergante e ou estiver vinculada a ela pelo mesmo CNPJ.
 - **CNPJ** – No caso de “ALBERGADO TERCEIRIZADO” registre o número do CNPJ do estabelecimento que o alberga.

22. LOCAL – Registre o código e especifique o local isento de licenciamento, conforme Tabela 1 abaixo, quando for o caso.

1 - LOCAIS ISENTOS DE CADASTRO			
CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
01	DOMICÍLIO	06	PROPRIEDADE RURAL
02	LOGRADOURO PÚBLICO	07	ESTAÇÃO RODOVIÁRIA, FERROVIÁRIA OU PORTUÁRIA
03	MANANCIAL	08	LOCAL DE REUNIÃO
04	TERRENO BALDIO	09	ESTAÇÃO TRANSMISSORA DE TELEFONIA CELULAR
05	CONDOMÍNIO RESIDENCIAL	99	OUTRO

23. ORIGEM – Registre o código (Tabela 2) relativo à origem da demanda dos procedimentos:

2 - ORIGEM DO PROCEDIMENTO		
CÓD.	TIPO	DESCRIÇÃO
01	DENÚNCIA	Quando o procedimento for originado por qualquer denúncia.
02	PROGRAMADA	Quando atende a um programa de saúde e/ou de vigilância sanitária ou, ainda, ao planejamento de ações da unidade executora.
03	SOLICITAÇÃO DE OUTRO ÓRGÃO	Quando o procedimento for originado por qualquer tipo de solicitação, escrita ou não, de outro órgão, público ou privado.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

24. FINALIDADE – Registre o código (Tabela 3) correspondente à finalidade da demanda dos procedimentos:

3 - FINALIDADE DO PROCEDIMENTO		
CÓD.	TIPO	DESCRIÇÃO
01	LICENÇA	Quando o procedimento for realizado para fins de licença.
02	CONSUMO / UTILIZAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS TÓXICAS	Quando a finalidade do procedimento for a investigação do risco à saúde em decorrência do consumo ou utilização de substâncias tóxicas.
03	INVESTIGAÇÃO DE SURTO	Quando a finalidade do procedimento for a investigação de surtos decorrentes do uso de produtos relacionados à saúde ou de prestações de serviços de saúde, ou ainda, de locais, estabelecimentos e outros serviços alvos de atuação da vigilância sanitária.
04	PROGRAMA ESTADUAL	Quando atende a um programa de saúde e/ou de vigilância sanitária, coordenado por órgão estadual.
41	PROÁGUA	Quando atende ao programa da qualidade da água para consumo humano no estado de São Paulo
42	PAULISTA DE ALIMENTOS	Quando atende ao programa paulista de análise fiscal de alimentos do estado de S. Paulo
05	PROGRAMA FEDERAL	Quando atende a um programa de saúde e/ou de vigilância sanitária, coordenado por órgão federal.
06	RISCO À SAÚDE DO TRABALHADOR	Quando a finalidade do procedimento for a investigação do risco à saúde em decorrência do ambiente / processo de trabalho.
61	AMIANTO	Quando atende ao programa do estado de s. Paulo vigilância a saúde do trabalhador exposto ao amianto
62	BENZENO	Quando atende ao programa do estado de s. Paulo vigilância a saúde do trabalhador exposto ao benzeno
63	PPVISAT CANAVIEIRO	Quando atende ao programa paulista de vigilância a saúde do trabalhador canavieiro
64	INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO	Quando atende ao programa do estado de s. Paulo vigilância dos acidentes de trabalho.
07	RISCO AMBIENTAL	Quando a finalidade do procedimento for a investigação do risco à saúde em decorrência das condições do meio ambiente.
71	ÁREA CONTAMINADA POR SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS	Quando a finalidade do procedimento for a investigação do risco à saúde em decorrência de área contaminada por substâncias químicas
72	ACIDENTE COM PRODUTOS PERIGOSOS	Quando a finalidade do procedimento for a investigação do risco à saúde em decorrência de acidente com produtos perigosos
73	RADIAÇÃO ELETROMAGNÉTICA	Quando a finalidade do procedimento for a investigação do risco à saúde em decorrência de radiação eletromagnética
74	CRIADOURO DE ANIMAIS	Quando a finalidade do procedimento for a investigação do risco à saúde em decorrência de criadouro de animais



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

3 - FINALIDADE DO PROCEDIMENTO (cont.)

CÓD.	TIPO	DESCRIÇÃO
75	RESÍDUOS SÓLIDOS	Quando a finalidade do procedimento for a investigação do risco à saúde em decorrência de resíduos sólidos no meio ambiente
76	ESGOTO	Quando a finalidade do procedimento for a investigação do risco à saúde em decorrência de esgoto no meio ambiente
77	EDIFICAÇÕES	Quando a finalidade do procedimento for a investigação do risco à saúde em decorrência de edificações
78	EVENTOS NATURAIS	Quando a finalidade do procedimento for a investigação do risco à saúde em decorrência de desastres naturais tais como enchentes
08	PROGRAMA MUNICIPAL	Quando atende a um programa de saúde e/ou de vigilância sanitária, coordenado por órgão municipal.
09	INSPEÇÃO BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO DE MEDICAMENTOS	Quando a finalidade do procedimento for a inspeção para verificação do cumprimento das normas de boas práticas de fabricação de medicamentos para fins de certificação.
10	INSPEÇÃO BOAS PRÁTICAS DE ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS	Quando a finalidade do procedimento for a inspeção para verificação do cumprimento das normas de boas práticas de armazenamento e distribuição de medicamentos para fins de certificação.
11	INSPEÇÃO BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE (CORRELATOS)	Quando a finalidade do procedimento for a inspeção para verificação do cumprimento das normas de boas práticas de fabricação de produtos para a saúde (correlatos) para fins de certificação.
12	INSPEÇÃO BOAS PRÁTICAS DE ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE (CORRELATOS)	Quando a finalidade do procedimento for inspeção para verificação de boas práticas de armazenamento e distribuição de produtos para a saúde (correlatos) para fins de certificação.
13	INSPEÇÃO BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO DE COSMÉTICOS, PERFUMES E PRODUTOS DE HIGIENE	Quando a finalidade do procedimento for a inspeção para verificação do cumprimento das normas de boas práticas de fabricação de cosméticos para fins de certificação.
14	INSPEÇÃO BOAS PRÁTICAS DE ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE COSMÉTICOS, PERFUMES E PRODUTOS DE HIGIENE.	Quando a finalidade do procedimento for a inspeção para verificação do cumprimento das normas de boas práticas de armazenamento e distribuição de cosméticos para fins de certificação.
15	INSPEÇÃO BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO DE SANEANTES E DOMISSANITÁRIOS	Quando a finalidade do procedimento for a inspeção para verificação do cumprimento das normas de boas práticas de fabricação de saneantes e domissanitários para fins de certificação.
16	INSPEÇÃO BOAS PRÁTICAS DE ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE SANEANTES E DOMISSANITÁRIOS	Quando a finalidade do procedimento for a inspeção para verificação do cumprimento das normas de boas práticas de armazenamento e distribuição de saneantes e domissanitários para fins de certificação.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

25. AÇÃO COMPARTILHADA – Assinale as opções correspondentes à esfera de gestão ao qual pertencem as equipes de vigilância sanitária que participaram da realização do procedimento, quando for o caso: **MUNICIPAL**, **ESTADUAL** e ou **FEDERAL**.

26. PROCEDIMENTO EXECUTADO – Assinale uma das opções correspondente ao procedimento realizado, conforme definições:

4 - TIPO DE PROCEDIMENTO		
CÓD.	TIPO	DESCRIÇÃO
01	INSPEÇÃO SANITÁRIA	Procedimento que busca levantar e avaliar, “in loco”, o risco à saúde da população presente na produção e circulação de mercadorias, na prestação de serviços, intervenção sobre o meio ambiente, inclusive o de trabalho, identificando e notificando as medidas de correção conforme legislação vigente.
02	COLHEITA DE AMOSTRA	Procedimento de caráter fiscal que inclui as colheitas de amostras de produtos/substâncias relacionadas à saúde ou que tenham efeito sobre a mesma.
03	EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA	Procedimento que se refere às atividades planejadas de educação e comunicação com o objetivo de promover a adoção de comportamentos, atitudes e práticas sanitárias e de veicular, informações em relação à produção e circulação de mercadorias, prestação de serviços, ao meio ambiente e ao ambiente de trabalho.

27. OBJETIVO DOS PROCEDIMENTOS – Descreva detalhadamente os objetivos dos procedimentos realizados, de acordo com o registrado no campo “24 - Finalidade”. Todos os detalhes que o técnico julgar procedentes deve ser relatado para maior esclarecimento do objetivo da ação.

28. OBSERVOU A LEI ANTIFUMO? – Assinale uma das opções abaixo:

- **SIM** – Assinale esta alternativa quando durante a realização do procedimento foi observado o disposto na Lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009.
- **NÃO** – Assinale esta alternativa em caso contrário, ou quando essa necessidade não for pertinente.

29. PERÍODO DE EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO – Informe:

- **INÍCIO** – Data completa de início do procedimento (DD/MM/AAAA).
- **TÉRMINO** – Data completa de término do procedimento (DD/MM/AAAA).

30. PESSOAS CONTACTADAS – Registre o nome, CPF e função das pessoas (responsável legal, responsável técnico, funcionário, morador, zelador, etc.) que acompanharam a realização do procedimento de vigilância sanitária no local ou estabelecimento e ou equipamento de interesse da saúde.

Nota: O responsável técnico deve ser um dos profissionais contatados no estabelecimento onde a existência deste profissional é exigida legalmente.

31. RELATO DA SITUAÇÃO – Descreva detalhadamente a situação encontrada no momento da realização do respectivo procedimento, utilizando como referência os roteiros de inspeções e os procedimentos operacionais padrão (POP), quando couber.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

32. PROVIDÊNCIAS REALIZADAS PELA VISA – Registre um ou mais códigos (Tabela 5) correspondentes às providências realizadas pelas autoridades sanitárias durante a execução do procedimento.

5 - TIPOS DE PROVIDÊNCIAS REALIZADAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA			
CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
02	APREENSÃO DE PRODUTOS, EQUIPAMENTOS, UTENSÍLIOS E RECIPIENTES	13	INUTILIZAÇÃO DE PRODUTOS, EQUIPAMENTOS, UTENSÍLIOS E RECIPIENTES
04	CANCELAMENTO DO CADASTRO, LICENÇA DE FUNCIONAMENTO	14	LAVRATURA DE AUTO DE INFRAÇÃO
05	COLHEITA DE AMOSTRA	16	ORIENTAÇÃO TÉCNICA
06	INTERDIÇÃO CAUTELAR	17	PROIBIÇÃO DA PROPAGANDA
07	INTERDIÇÃO DE PRODUTOS, EQUIPAMENTOS, UTENSÍLIOS E RECIPIENTES	18	SUSPENSÃO DE FABRICAÇÃO DE PRODUTO
08	INTERDIÇÃO DEFINITIVA	19	SUSPENSÃO DE VENDAS DE PRODUTO
09	INTERDIÇÃO PARCIAL DO ESTABELECIMENTO, SEÇÕES, DEPENDÊNCIAS E VEÍCULOS.	21	DESINTERDIÇÃO TOTAL
10	INTERDIÇÃO POR TEMPO DETERMINADO	22	DESINTERDIÇÃO PARCIAL
11	INTERDIÇÃO TOTAL DO ESTABELECIMENTO	99	NADA A PROVIDENCIAR
12	INTERVENÇÃO		

33. CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O OBJETO DO PROCEDIMENTO – Complemente o relato de maneira conclusiva, informando as condições de funcionamento do estabelecimento e as adequações solicitadas.

Nota: Para cada providência realizada, citada no campo 27, descrever a respectiva ação adotada. Exemplos:

Código 05 – Colheita de Amostra, registrar o número do lote, a apresentação do produto colhido para análise fiscal e número do TCA;

Código 114 – Lavratura de Auto de Infração (AI), registrar o motivo e o número do AI.

34. SITUAÇÃO CONCLUSIVA – Assinale uma das opções abaixo, a partir da opinião consensual dos profissionais de vigilância sanitária que participaram da realização do procedimento, conforme o tipo:

- **INSPEÇÃO SANITÁRIA** – Informar consenso sobre a situação em que se encontrava o local ou estabelecimento e ou equipamento de interesse a saúde no momento da inspeção: SATISFATÓRIO / SATISFATÓRIO COM RESTRIÇÕES INSATISFATÓRIO / INSATISFATÓRIO COM INTERDIÇÃO PARCIAL / INSATISFATÓRIO COM INTERDIÇÃO TOTAL.
- **COLETA DE AMOSTRA** - Assinale “NÃO SE APLICA”.
- **EDUCAÇÃO E ORIENTAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA** - Assinale “NÃO SE APLICA”.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

35. CONDIÇÃO DE RISCO – Assinale uma das opções abaixo, a partir da opinião consensual dos profissionais de vigilância sanitária que participaram da realização do procedimento, conforme o tipo:

- **INSPEÇÃO SANITÁRIA** – Informar consenso sobre a condição de risco em que se encontrava o local ou estabelecimento e ou equipamento de interesse a saúde no momento da inspeção: ELEVADO / MODERADO / BAIXO.
- **COLETA DE AMOSTRA** - Assinale “NÃO SE APLICA”.
- **EDUCAÇÃO E ORIENTAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA** - Assinale “NÃO SE APLICA”.

36. PRAZO – Registre o número de dias concedidos pela equipe executora para adequação do estabelecimento, quando o procedimento referir-se à inspeção sanitária. Para os demais procedimentos – Coleta de Amostra ou Educação e Orientação em Vigilância Sanitária, preencher o campo com “zeros”.

VI – IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE EXECUTORA DO PROCEDIMENTO

Relacione neste campo cada um dos profissionais de vigilância sanitária que participou da realização do referido procedimento.

AUTORIDADE SANITÁRIA – Registre o nome completo do profissional.

ASSINATURA - Após ler e concordar com o registrado, o profissional deve assinar na respectiva linha.

DATA - Registre a data (DD/MM/AAAA) de conclusão do preenchimento deste formulário.