



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO V.1 – PORTARIA CVS 01/2020

ATIVIDADE RELACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº PROTOCOLO

2. DATA PROTOCOLO

3. Nº PROCESSO ORIGEM

II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. Nº CEVS

5. CNPJ/CPF

6. RAZÃO SOCIAL / NOME

7. NOME FANTASIA

III - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

8. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

CÓDIGO CNES: _____

9. TIPO DE SERVIÇO

CÓDIGO SERVIÇO: ____

10. 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	____	____
____	____	____	____	____	____	____	____
CÓD.	CNPJ	____	____	CÓD.	CNPJ	____	____

11. TRANSPORTE – Refere-se somente aos CNAE 8640-2/01 ou 8640-2/02 ou 8640-2/12 do Agrupamento 70, Grupo II, Anexo I.

– Assinale uma das alternativas relacionadas ao material que será transportado:

A. SANGUE E HEMOCOMPONENTES – AUTORIZAÇÃO ANVISA: ____/____/____

B. MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO

IV - ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL

12. CONSULTÓRIOS MÉDICOS

PEDIÁTRICO ___ FEMININO ___ MASCULINO ___ OUTROS ___

13. CONSULTÓRIOS

OUTROS ___

14. SALAS E LEITOS DE REPOUSO / OBSERVAÇÃO

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

15. CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS ___ EQUIPOS ODONTOLÓGICOS ___

16. SALAS, POLTRONAS E MÁQUINAS DE PROCEDIMENTOS

CIRURGIA AMBULAT. ___ CURATIVO ___ ENFERMAGEM ___ GESSO ___ IMUNIZAÇÃO ___ NEBULIZAÇÃO ___
SALAS SALAS SALAS SALAS SALAS SALAS
PEQUENAS CIRURGIAS ___ QUIMIOTERAPIA ___ DIÁLISE ___
SALAS SALAS POLTRONAS SALAS POLTRONAS MÁQ. HD CRÔNICOS

V - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

17.

NOME PROFISSIONAL _____

CPF CONSELHO PROFISSIONAL UF Nº INSCRIÇÃO CBO

18.

NOME PROFISSIONAL _____

CPF CONSELHO PROFISSIONAL UF Nº INSCRIÇÃO CBO

19.

NOME PROFISSIONAL _____

CPF CONSELHO PROFISSIONAL UF Nº INSCRIÇÃO CBO

20.

NOME PROFISSIONAL _____

CPF CONSELHO PROFISSIONAL UF Nº INSCRIÇÃO CBO

21.

NOME PROFISSIONAL _____

CPF CONSELHO PROFISSIONAL UF Nº INSCRIÇÃO CBO

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

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

A. CIRÚRGICA:

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

B. CLÍNICA:

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

23. 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 ___

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

VII - EQUIPAMENTOS / FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE

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

VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS: _____