



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: 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.2. 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.3. 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.4. 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.5. 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.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: _____