



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO V.3 – PORTARIA CVS 01/2020

## ATIVIDADE RELACIONADA A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

### 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

6. RAZÃO SOCIAL / NOME

7. NOME FANTASIA

### III – CARACTERIZAÇÃO DA ATIVIDADE

8. CNAE – De acordo com o CNAE declarado no formulário SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anexo V), que acompanha o presente formulário, assinale uma das alternativas abaixo e siga as respectivas instruções para complementação da informação:

**DISPENSAÇÃO E ARMAZENAMENTO PÚBLICO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAÚDE**  
- Somente CNAE 8412-4/00 (Anexo I, Agrupamento 91, Grupo IV) - Preencher somente o Bloco III.1.

**FABRIL**  
- Todos CNAE do Subgrupo A (Anexo I, Grupo 1) - Preencher somente o Bloco III.2.

**DISTRIBUIDORA / IMPORTADORA**  
- Todos CNAE do Subgrupo B (Anexo I, Grupo 1) - Preencher somente o Bloco III.3.

**COMÉRCIO VAREJISTA**  
- Todos CNAE dos Agrupamentos 21 e 28 (Anexo I, Subgrupo C, Grupo 1) - Preencher somente o Bloco III.4.

**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COM PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE**  
- Somente para os CNAE 8292-0/00 (Agr.30), 5211-7/01 e 5211-7/99 (Agr.40), 8129-0/00 (Agr.60) – (Anexo I, Subgrupo D, Grupo 1)  
- Preencher somente o Bloco III.5.

9. AFE – Informe os dados da Autorização de Funcionamento da Empresa, se houver:

Nº: \_\_\_\_\_

**ATIVIDADES AUTORIZADAS** - \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Registre códigos correspondentes:

(Consultar Quadro 28 no final deste Subanexo)

10. AE – Informe os dados da Autorização Especial, se houver:

Nº: \_\_\_\_\_ -

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**ATIVIDADES AUTORIZADAS** - Registre respectivos códigos:

(Consultar Quadro 28 no final deste Subanexo)

VISTO DO RESPONSÁVEL LEGAL: \_\_\_\_\_

IMPRIMIR SOMENTE AS FOLHAS PREENCHIDAS DESTE SUBANEXO V.3 E JUNTAR AO ANEXO V TAMBÉM PREENCHIDO E ASSINADO.

### III.4 – COMÉRCIO VAREJISTA

#### 21.COMÉRCIO VAREJISTA DE MEDICAMENTOS - Refere-se aos CNAE do Agrupamento 28 / Subgrupo C / Grupo I:

**A. ATIVIDADE** - Assinale o tipo de estabelecimento ("a", "b", "c" ou "d") referente ao CNAE declarado no Anexo V. Em seguida, as atividades pertinentes ao estabelecimento assinalado:

a.  DROGARIA – CNAE 4771-7/01

- ADMINISTRAR / APLICAR MEDICAMENTOS
- AFERIR PARÂMETROS FISIOLÓGICOS (PRESSÃO ARTERIAL E TEMPERATURA CORPORAL)
- COMERCIALIZAR POR MEIO REMOTO
- DISPENSAR ISOTRETINOINA
- DISPENSAR MEDICAMENTOS
- DISPENSAR MEDICAMENTOS SUJEITOS AO CONTROLE ESPECIAL
- FRACIONAR MEDICAMENTOS
- PERFURAR LÓBULO AURICULAR
- PRESTAR ATENÇÃO FARMACÊUTICA
- PRESTAR ATENÇÃO FARMACÊUTICA DOMICILIAR

b.  FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO – CNAE 4771-7/02

- ADMINISTRAR / APLICAR MEDICAMENTOS
- AFERIR PARÂMETROS FISIOLÓGICOS (PRESSÃO ARTERIAL E TEMPERATURA CORPORAL)
- COMERCIALIZAR POR MEIO REMOTO
- DISPENSAR ISOTRETINOINA
- DISPENSAR MEDICAMENTOS SUJEITOS AO CONTROLE ESPECIAL
- FRACIONAR MEDICAMENTOS
- PERFURAR LÓBULO AURICULAR
- PRESTAR ATENÇÃO FARMACÊUTICA
- PRESTAR ATENÇÃO FARMACÊUTICA DOMICILIAR

MANIPULAR:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ANTIBÓTICO      | <input type="checkbox"/> PENICILÍNICO                      | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS  |
| <input type="checkbox"/> CEFALOSPORÍNICO | <input type="checkbox"/> PROD. ESTÉRIL NUTRIÇÃO PARENTERAL | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS A PARTIR DE INSUMOS OU MATERIAS PRIMAS, INCLUSIVE DE ORIGEM VEGETAL |
| <input type="checkbox"/> CITOSTÁTICO     | <input type="checkbox"/> PROD. ESTÉRIL QUIMIOTERÁPICO      | <input type="checkbox"/> SUBSTÂNCIAS DE BAIXO ÍNDICE TERAPÊUTICO - SBIT                                   |
| <input type="checkbox"/> HORMÔNIO        | <input type="checkbox"/> OUTROS PRODUTOS ESTÉREIS          | <input type="checkbox"/> SUBSTÂNCIAS SUJEITAS AO CONTROLE ESPECIAL  |

c.  FARMÁCIA HOMEOPÁTICA – CNAE 4771-7/03

- MANIPULAR MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS
- COMERCIALIZAR POR MEIO REMOTO

d.  ERVANARIA – CNAE 4771-7/03

VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS: \_\_\_\_\_

IMPRIMIR SOMENTE AS FOLHAS PREENCHIDAS DESTE SUBANEXO V.3 E JUNTAR AO ANEXO V TAMBÉM PREENCHIDO E ASSINADO.



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO V.3 – PORTARIA CVS 01/2020

## ATIVIDADE RELACIONADA A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

### INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO:

Estão dispensados de preenchimento deste formulário:

- Comércio Varejista de Cosméticos (Agrupamento 26)
- Comércio Varejista de Alimentos (Agrupamento 21), exceto:
  - Depósitos Fechados com CNAE: 4711-3/01 e 4711-3/02; e,
  - Comércio Varejista de Alimentos que dispõe de transporte próprio.
- Controle de Pragas Urbanas (CNAE 8122-2/00)
- Transporte de Produtos Relacionados à Saúde (Agrupamento 50)

### I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

1. **Nº DO PROTOCOLO** – Informe o número do protocolo do serviço competente ao qual se refere a 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 a entrada da solicitação do presente documento.
3. **Nº PROCESSO DE ORIGEM** – Registre o número do processo de origem do estabelecimento, reconhecido pelo serviço de vigilância sanitária competente.

### II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. **Nº CEVS** – Informe o Número CEVS somente no caso de solicitação de renovação de Licença Sanitária (LS) ou de alteração de dados cadastrais de estabelecimento já licenciado.
5. **CNPJ** – Informe o número do cadastro de pessoa jurídica - CNPJ 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 – De acordo com o CNAE declarado no formulário SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anexo V), que acompanha o presente formulário, assinale uma das alternativas abaixo e siga as respectivas instruções para complementação da informação.

- **DISPENSAÇÃO E ARMAZENAMENTO PÚBLICO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAÚDE** – Quando tratar-se de estabelecimento destinado à regulamentação das atividades de saúde, educação, serviços culturais e outros serviços sociais (CNAE **8412-4/00** do Agrupamento 91, Grupo IV), assinale esta alternativa e complemente as informações no Bloco III.1.
- **FABRIL** – Quando tratar-se de estabelecimento com atividade fabril (CNAE de um dos Agrupamentos 01 a 09, Subgrupo A, Grupo I), assinale esta alternativa e complemente as informações no Bloco III.2.
- **DISTRIBUIDORA / IMPORTADORA** – Quando tratar-se de estabelecimento com atividade de distribuição e ou importação (CNAE do Subgrupo B, Grupo I), assinale esta alternativa e complemente as informações no Bloco III.3.
- **COMÉRCIO VAREJISTA** – Quando tratar-se de estabelecimento com atividade comercial varejista (CNAE dos Agrupamentos 21 e 28, Subgrupo C, Grupo I), assinale esta alternativa e complemente as informações no Bloco III.4.
- **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COM PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE** – Quando tratar-se de estabelecimento com atividade de prestação de serviços com produtos relacionados à saúde - CNAE **8292-0/00** Agrupamento 30; ou **5211-7/01** ou **5211-7/99** Agrupamento 40; ou CNAE **8129-0/00** Agrupamento 60; todos do Subgrupo D, Grupo I - assinale esta alternativa e complemente as informações no Bloco III.5.

9. AFE – Informe os dados solicitados da Autorização de Funcionamento da Empresa, se houver:

- **Nº** - Informe o número da AFE publicada em Diário Oficial da União.
- **DATA** - Informe a data de publicação em Diário Oficial da União da referida AFE.
- **ATIVIDADES AUTORIZADAS** - Registre os códigos correspondentes às atividades autorizadas da referida AFE, conforme publicação em Diário Oficial da União.

- **Nota:** Consulte o Quadro 28, no final deste Subanexo V.3, para identificar os códigos a serem assinalados.

10. AE – Informe os dados solicitados da Autorização Especial, se houver:

- **Nº** - Informe o número da AE publicada em Diário Oficial da União.
- **DATA** - Informe a data de publicação em Diário Oficial da União da referida AE.
- **ATIVIDADES AUTORIZADAS** - Registre os códigos correspondentes às atividades autorizadas da referida AE, conforme publicação em Diário Oficial da União.

- **Nota:** Consulte o Quadro 28, no final deste Subanexo V.3, para identificar os códigos a serem assinalados.



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO V.3 – PORTARIA CVS 01/2020

### ATIVIDADE RELACIONADA A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

#### III.4 – COMÉRCIO VAREJISTA

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

**21. COMÉRCIO VAREJISTA DE MEDICAMENTOS** – Em caso de estabelecimento comercial varejista de medicamentos (Agrupamentos 28), informe:

A. **ATIVIDADE** – Refere-se às atividades desenvolvidas, segundo o tipo de estabelecimento objeto da solicitação da Licença Sanitária (LS). Assinale apenas um tipo de estabelecimento (“a”, “b”, “c” ou “d”), conforme o CNAE declarado no Anexo V, observando:

a. **DROGARIA** – Assinale esta alternativa quando o CNAE declarado no formulário *Anexo V* for **4771-7/01**.

Em seguida, assinale somente as atividades desenvolvidas no estabelecimento: *Administrar/aplicar medicamentos*; e ou *Aferir parâmetros fisiológicos (pressão arterial e temperatura corporal)*; e ou *Comercializar por meio remoto*; e ou *Dispensar isotretinoína*; e ou *Dispensar medicamentos sujeitos ao controle especial*; e ou *Fracionar medicamentos*; e ou *Perfurar lóbulo auricular*; e ou *Prestar atenção farmacêutica*; e ou *Prestar atenção farmacêutica domiciliar*.

b. **FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO** – Assinale esta alternativa quando o CNAE declarado no formulário

*Anexo V* for o **4771-7/02**. Em seguida, assinale, quando pertinente, as atividades desenvolvidas no estabelecimento: *Administrar/aplicar medicamentos*; e ou *Aferir parâmetros fisiológicos (pressão arterial e temperatura corporal)*; e ou *Comercializar por meio remoto*; e ou *Dispensar isotretinoína*; e ou *Dispensar medicamentos sujeitos ao controle especial*; e ou *Fracionar medicamentos*; e ou *Perfurar lóbulo auricular*; e ou *Prestar atenção farmacêutica*; e ou *Prestar atenção farmacêutica domiciliar*; e ou *Manipular produtos estéreis*; e ou *Manipular substâncias de baixo índice terapêutico*; e ou *Manipular antibióticos, hormônios, citostáticos e substâncias sujeitas ao controle especial*; e ou *Manipular medicamentos a partir de insumos ou matérias-primas, inclusive de origem vegetal*.

c. **FARMÁCIA HOMEOPÁTICA** – Assinale esta alternativa quando o CNAE declarado no formulário

*Anexo V* for o **4771-7/03** Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos Homeopáticos e que não se caracterize como Ervanaria. Em seguida, assinale somente as atividades desenvolvidas no estabelecimento: *Manipular medicamentos homeopáticos*; e ou *Comercializar por meio remoto*.

d. **ERVANARIA** – Assinale esta alternativa quando o CNAE declarado no formulário *Anexo V* for o

**4771-7/03** e o estabelecimento comercial varejista se caracterizar como ervanaria.

**VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS** – Os responsáveis legais e técnicos declarados no Anexo V, Bloco VI, devem registrar seus vistos neste campo.

**Nota:** Se informada a atividade neste item (21), Bloco III.4, imprima a primeira folha – frente e verso - e encaminhe ao serviço de vigilância sanitária competente, acompanhado do formulário completo *Anexo V*. Todas as folhas preenchidas dos formulários devem estar assinadas pelos responsáveis.

## DADOS AUXILIARES

**Quadro 28 ATIVIDADES AUTORIZADAS**

CÓD	TIPO	CÓD	TIPO
53	ARMAZENAR	02	IMPORTAR
69	COMERCIALIZAR	70	MANIPULAR
14	DISTRIBUIR	54	PRODUZIR
12	EMBALAR	05	PURIFICAR
10	EXPEDIR	55	REEMBALAR
17	EXPORTAR	07	SINTETIZAR
06	EXTRAIR	04	TRANSFORMAR
67	FRACTIONAR	09	TRANSPORTAR
39	DISPENSAR MEDICAMENTOS CONTENDO SUBSTÂNCIAS SUJEITAS AO CONTROLE ESPECIAL		
20	DISPENSAR MEDICAMENTOS NÃO SUJEITOS AO CONTROLE ESPECIAL		
66	MANIPULAR MEDICAMENTOS ESTÉREIS		
64	MANIPULAR PRODUTOS MAGISTRAIS		
63	MANIPULAR PRODUTOS OFICINAIS		
68	PRESTAR SERVIÇO FARMACÊUTICO		