



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº PROTOCOLO

2. DATA PROTOCOLO

3. Nº PROCESSO DE ORIGEM

II – SOLICITAÇÃO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO

ESTABELECIMENTO

EQUIPAMENTO

ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO

5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA

CÓDIGO DA ATIVIDADE:

Descrição da Atividade:

6. ATRIBUTO DA ATIVIDADE ECONÔMICA – Assinale uma das alternativas abaixo e informe o solicitado:

ALBERGANTE - Cód.:

ALBERGADO PRÓPRIO – CEVS PRÓPRIO - Cód.:

ALBERGADO TERCEIRIZADO - CNPJ Albergante:

7. Nº CEVS

8. TIPO DE SOLICITAÇÃO – Assinale uma das opções abaixo:

LICENÇA SANITÁRIA INICIAL

CANCELAMENTO DE LICENÇA SANITÁRIA

RENOVAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA

ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale no item 9, as alterações correspondentes à esta solicitação.

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

a. ENDEREÇO

g. Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO

b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

h. Nº DE LEITOS

c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

i. AMPLIAÇÃO/REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE
E OU CATEGORIA DE PRODUTO

d. RESPONSABILIDADE LEGAL

e. RAZÃO SOCIAL

f.1. FUSÃO ou

f.2. INCORPORAÇÃO ou

f.3. CISÃO ou

f.4. SUCESSÃO

REGISTRE O CNPJ ANTERIOR:

III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

10. NATUREZA JURÍDICA – Assinale uma das opções:

PESSOA JURÍDICA

PESSOA FÍSICA

11. CNPJ / CPF

12. RAZÃO SOCIAL / NOME

13. NOME FANTASIA

14. INSCRIÇÃO MUNICIPAL

15. INSCRIÇÃO ESTADUAL

16. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL

IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

17. CEP	18. TIPO LOGRADOURO
19. LOGRADOURO	
20. Nº	21. COMPLEMENTO
22. BAIRRO	
23. MUNICÍPIO	
UF: SP	24. DISTRITO
25. COORDENADAS GEOGRÁFICAS:	LONGITUDE: ° ' . " N ° ' . " S
26. TELEFONE	27. CELULAR
28. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail)	
29. ENDEREÇO PÁGINA WEB	

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

30. TIPO – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo:	MATRIZ / MANTENEDORA	FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora:											
31. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo:	PRIVADO	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL									
32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale <u>uma</u> das opções:	PESSOA FÍSICA	EMPRESA PRIVADA	EMPRESA DE ECONOMIA MISTA										
	COOPERATIVA	SINDICATO	FUNDAÇÃO PRIVADA										
	ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS		SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO										
	ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE		ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA										
	ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO		ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA										
	ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA		ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA										
33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA – Assinale <u>uma</u> das opções:	UNIVERSITÁRIA	ESCOLA SUPERIOR ISOLADA	AUXILIAR DE ENSINO	NÃO SE APLICA									
34. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS OU PROFISSIONAIS - Registre o número total de funcionários com formação superior, técnico, médio e elementar, segundo as condições apresentadas:	PRÓPRIOS COM VÍNCULO:	PRÓPRIOS AUTÔNOMOS:	TERCEIRIZADOS:										
35. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Refere-se somente ao CNAE 8640-2/99.													
– Assinale <u>uma</u> das opções ao lado conforme prestação do serviço:	NÃO	SIM para a classe 1	SIM para a classe 2										
– Para resposta <u>SIM</u> , assinale <u>uma</u> ou <u>mais</u> alternativas referentes ao tipo de equipamento, conforme classe assinalada:													
ODONTÓGICO INTRAORAL	MÉDICO SEM FLUOROSCOPIA	MAMÓGRAFO											
ODONTÓGICO EXTRAORAL	MÉDICO COM FLUOROSCOPIA	TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO											
36. TRANSPORTE DE ÁGUA – Refere-se somente ao CNAE 3600-6/02:	CONSUMO HUMANO	REUSO											
37. TRANSPORTADORA – Refere-se somente aos CNAE 4930-2/01 e 4930-2/02 do Agrupamento 50, Subgrupo D, Grupo I.													
– Assinale <u>uma</u> ou <u>mais</u> alternativas referentes ao tipo de produto objeto de transporte													
ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES	MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO												
SANGUE E HEMOCOMPONENTES - AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES													
PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE - Assinale um ou mais códigos das Classes de Produtos referentes aos tipos de produtos transportados (Quadro 3).													
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	12	14	15	20



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

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

38. RESPONSÁVEL LEGAL:

CPF:

CBO – Registre código e descrição:

39. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

40. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

41. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

42. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

VII – ANEXOS

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

43. TOTAL DE PÁGINAS – Registre o número total de páginas dos Subanexos utilizados para complementação deste formulário:

Subanexo V.1. ATIVIDADES

Subanexo V.2. FONTES DE RADIAÇÃO

Subanexo V.3. ATIVIDADES

RELACIONADAS A PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE:

IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE
INTERESSE DA SAÚDE:

RELACIONADAS A PRODUTOS DE
INTERESSE DA SAÚDE:

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 PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO E SEUS
ANEXOS.

LOCAL

DATA

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 03

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020
SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO

O preenchimento destes formulários tem por finalidade requerer algum tipo de solicitação de ato para o Serviço de Vigilância Sanitária competente, tais como:

- Licença Sanitária (LS) de estabelecimentos e de equipamentos de interesse da saúde;
- Renovação ou cancelamento da Licença Sanitária (LS);
- 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.

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO

TIPOS DE FORMULÁRIOS:

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 Subanexos 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 Sanitária (Anexo II). Assim como para os equipamentos de interesse da saúde desobrigados de licenciamento sanitário relacionados nos Quadros de 6 a 17 (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:

- 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)

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020
SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO

CONCEITOS E CRITÉRIOS DE USO:

O 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, consequentemente, 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 sanitário, ou não. Neste caso, a estrutura que as abriga denomina-se “ALBERGANTE”, e ao tipo de atividades abrigadas, “ALBERGADO”.

Para cada estabelecimento “ALBERGANTE” e para cada tipo de atividade “ALBERGADO” obrigada à Licença Sanitária (LS), corresponde um N.º CEVS e, consequentemente, para cada um deles é necessário o preenchimento de um formulário Anexo V e de um Subanexo V.1 e 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 Sanitária (LS) - e terceirizados. Esse fato não dispensa a entrada de solicitação específica para cada um dos serviços albergados, próprios e terceirizados, sujeitos à LS própria.

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 (Anexo II), 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 Sanitária (LS).

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO**

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, consequentemente, o preenchimento de um formulário (Anexo V) para as solicitações pertinentes. Essas atividades estão dispensadas de preencherem quaisquer dos Subanexos desse formulário.

Promoção de Programas de Saúde – São atividades sem fins lucrativos, desenvolvidas em estabelecimentos públicos, cuja finalidade é atender Programas do Sistema Único de Saúde – SUS ou atender determinadas demandas instituídas pela gestão pública, cujo cunho social é de interesse da saúde. Encontram-se relacionadas no Grupo IV do Anexo I desta portaria.

Para cada estabelecimento corresponde um Número CEVS e, consequentemente, o preenchimento de um formulário (Anexo V) para as solicitações pertinentes. O preenchimento de qualquer dos Subanexos desse formulário está determinado na coluna “Documentos Necessários” do Anexo I desta portaria, conforme a atividade compreendida.

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, relacionados no Anexo II desta portaria.

Para cada equipamento sujeito a Licença Sanitária (LS), corresponde um Número CEVS.

Quando a solicitação se referir 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

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS
PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- 1. N° 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. N° PROCESSO DE ORIGEM** – Registre o número do processo de origem do estabelecimento, reconhecido pelo serviço de vigilância sanitária competente.

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 N° CEVS de Licença Sanitária – consulte o Anexo I desta Portaria.
 - EQUIPAMENTO** - Assinale no caso de a solicitação referir-se a um ou mais equipamento de saúde sujeito ao N° CEVS de Licença Sanitária e ou desobrigado de licenciamento sanitário – consulte os Quadros de 6 a 17 na instrução de preenchimento do Subanexo V.2.
 - ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO** - Assinale no caso de a solicitação referir-se a um estabelecimento de interesse à saúde com um ou mais equipamento – consulte o Anexo I desta Portaria e os Quadros de 6 a 17 na instrução de preenchimento do Subanexo V.2.
- 5. 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 22 de julho de 2020.
 - 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

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

6. ATRIBUTO DA ATIVIDADE ECONÔMICA – Assinale uma das alternativas abaixo e informe o solicitado:

- **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.
 - **CÓD.** - Registre o código correspondente, conforme atributo de sua estrutura (**Quadro 1**):

Quadro 1 - ESTRUTURA ALBERGANTE - CEVS Próprio

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
174	AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES - AME	112	CENTRO DE PARTO NORMAL
088	ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA CLÍNICA / TIPO III	188	CENTRO DE PROCESSAMENTO CELULAR
005	ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOLÓGICA / TIPO III	134	CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA
006	ASSISTÊNCIA AO IDOSO	104	CENTRO DE SAÚDE / UNIDADE BÁSICA
095	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	213	CENTRO DIA PARA IDOSO
151	ATIVIDADE DE ACUPUNTURA	136	CLÍNICA / SERVIÇO DE MEDICINA DO TRABALHO
176	ATIVIDADE DE CRIOPRESERVAÇÃO	110	CLÍNICA / UNIDADE AMBULATORIAL - TIPO I
177	BANCO DE CÉLULAS E TECIDOS GERMINATIVOS	160	CLÍNICA / UNIDADE AMBULATORIAL - TIPO II
121	BANCO DE LEITE HUMANO	161	CLÍNICA / UNIDADE AMBULATORIAL - TIPO III
166	BANCO DE MULTITECIDOS	038	CLÍNICA ESTÉTICA - TIPO I
146	BANCO DE PELE	039	CLÍNICA ESTÉTICA - TIPO II
133	BANCO DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTÁRIO	040	CLÍNICA ESTÉTICA - TIPO III
179	BANCO DE SEMEM HUMANO	019	CLÍNICA ODONTOLÓGICA - MODULAR
145	BANCO DE TECIDO MUSCULOESQUELÉTICO	020	CLÍNICA ODONTOLÓGICA - TIPO I
144	BANCO DE TECIDO OCULAR HUMANO	021	CLÍNICA ODONTOLÓGICA - TIPO II
147	BANCO DE VALVAS (VÁLVULAS)	106	CONSULTÓRIO ISOLADO
118	CASAS DE APOIO A PORTADORES DE HIV / AIDS - TIPO II	028	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO - TIPO I



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

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

187	CENTRO / NÚCLEO DE REABILITAÇÃO FÍSICA	029	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO - TIPO II
137	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL - CAPS	046	HEMOCENTRO
182	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS - CAPS AD	113	HOSPITAL DIA
183	CENTRO DE CONVIVÊNCIA	117	HOSPITAL ESPECIALIZADO
		090	HOSPITAL GERAL

Quadro 1 - ESTRUTURA ALBERGANTE - CEVS Próprio (cont.)

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
155	HOSPITAL PEDIÁTRICO	030	SERVIÇO DE AERONAVE DE TRANSPORTE MÉDICO - TIPO "E"
156	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	201	SERVIÇO DE AMBULÂNCIA DE RESGATE - TIPO "C"
191	INSTITUIÇÃO PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	108	SERVIÇO DE AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO - TIPO "D"
032	INSTITUTO DE DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA	202	SERVIÇO DE AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO - TIPO "B"
072	INSTITUTO DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA	107	SERVIÇO DE AMBULÂNCIA DE TRANSPORTE - TIPO "A"
043	LABORATÓRIO DE ANÁLISES TOXICOLÓGICAS	199	SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR REGISTRO GRÁFICO
167	LABORATÓRIO DE PROCESSAMENTO CPH DE MEDULA ÓSSEA E SANGUE PERIFÉRICO	075	SERVIÇO DE DIÁLISE
153	LABORATÓRIO DE PRÓTESE ODONTOLÓGICA	109	SERVIÇO DE EMBARCAÇÃO DE TRANSPORTE MÉDICO - TIPO "F"
154	MATERNIDADE	033	SERVIÇO DE ENDOSCOPIA
049	NÚCLEO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA - HEMONÚCLEO	057	SERVIÇO DE LITOTRIPSIA
138	PODÓLOGO	203	SERVIÇO DE MAMOGRAFIA
105	POLICLÍNICA	171	SERVIÇO DE MEDICINA HIPERBÁRICA
197	POLICLÍNICA DE ENSINO ODONTOLÓGICO	061	SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR "IN VIVO"
068	POLICLÍNICA ODONTOLÓGICA	071	SERVIÇO DE RADIOLOGIA MÉDICA
148	POSTO DE COLETA DE LEITE HUMANO	073	SERVIÇO DE RADIOTERAPIA
023	POSTO DE COLETA DE SANGUE DE DOADOR	074	SERVIÇO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
139	POSTO DE COLETA LABORATORIAL / TIPO II	070	SERVIÇO DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA



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

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

103	POSTO DE SAÚDE	082	SERVIÇO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
140	PRONTO ATENDIMENTO	204	SERVIÇO DE TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA
116	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	091	SERVIÇO DE VACINAÇÃO
115	PRONTO SOCORRO GERAL	205	SERVIÇO DE VACINAÇÃO EXTRAMURO
222	CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS (CD)		
111	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA – SADT	208	UNIDADE MÓVEL
141	UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO	143	UNIDADE SOROLÓGICA / CENTRAL DE TRIAGEM LABORATORIAL DE DOADORES
114	UNIDADE MISTA DE SAÚDE		

- **ALBERGADO TERCEIRIZADO** - Assinale esta alternativa quando a atividade objeto da solicitação situar-se dentro de uma estrutura albergante e estiver vinculada à ela por meio de contrato de prestação de serviço.
 - **CNPJ ALBERGANTE** – Registre o número do CNPJ do estabelecimento que o alberga.
- **ALBERGADO PRÓPRIO COM CEVS PRÓPRIO** - 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, cuja Licença Sanitária é própria.
 - **CÓD.** - Registre o código correspondente, conforme atributo de sua estrutura (**Quadro 2**):

Quadro 2 - ESTRUTURA ALBERGADA - CEVS Próprio

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
001	AGÊNCIA TRANSFUSIONAL	213	CENTRO DIA PARA IDOSO
088	ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA CLÍNICA	039	CLÍNICA ESTÉTICA - TIPO II
005	ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOLÓGICA	019	CLÍNICA ODONTOLÓGICA - MODULAR
177	BANCO DE CÉLULAS E TECIDOS GERMINATIVOS	020	CLÍNICA ODONTOLÓGICA - TIPO I
178	BANCO DE CÉLULAS E TECIDOS HUMANOS	028	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO - TIPO I
121	BANCO DE LEITE HUMANO	029	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO - TIPO II



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

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

146	BANCO DE PELE	031	DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS
133	BANCO DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTÁRIO	209	DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS COM LENALIDOMIDA
145	BANCO DE TECIDO MUSCULOESQUELÉTICO	210	DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS COM LENALIDOMIDA E MISOPROSTOL
144	BANCO DE TECIDO OCULAR HUMANO	211	DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS COM MISOPROSTOL
147	BANCO DE VALVAS (VÁLVULAS)	035	ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL POR ÓXIDO DE ETILENO - ETO
188	CENTRO DE PROCESSAMENTO CELULAR	041	FARMÁCIA
134	CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA	190	FARMÁCIA PARA PRODUÇÃO DE CONCENTRADO POLIELETROLÍTICO PARA HEMODIÁLISE
189	CENTRO DE TRANSPLANTE DE CPH	032	INSTITUTO DE DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA

Quadro 2 - ESTRUTURA ALBERGADA - CEVS Próprio (cont.)

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
072	INSTITUTO DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA	071	SERVIÇO DE RADIOLOGIA MÉDICA
193	IRRADIAÇÃO DE BOLSA DE SANGUE HUMANO	073	SERVIÇO DE RADIOTERAPIA
194	LABORATÓRIO DE FERTILIZAÇÃO HUMANA	074	SERVIÇO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
167	LABORATÓRIO DE PROCESSAMENTO CPH DE MEDULA ÓSSEA E SANGUE PERIFÉRICO	070	SERVIÇO DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA
153	LABORATÓRIO DE PRÓTESE ODONTOLÓGICA	082	SERVIÇO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
049	NÚCLEO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA - HEMONÚCLEO	091	SERVIÇO DE VACINAÇÃO
138	PODÓLOGO	152	SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO
148	POSTO DE COLETA DE LEITE HUMANO	111	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA - SADT
023	POSTO DE COLETA DE SANGUE DE DOADOR	214	UNIDADE DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM
139	POSTO DE COLETA PARA ANÁLISES CLÍNICAS	215	UNIDADE DE ATENDIMENTO DE FISIOTERAPIA
198	SALA DE ESTABILIZAÇÃO	216	UNIDADE DE ATENDIMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
075	SERVIÇO DE DIÁLISE	217	UNIDADE DE ATENDIMENTO DE NUTRIÇÃO



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

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

057	SERVIÇO DE LITOTripsia	218	UNIDADE DE ATENDIMENTO DE PSICOLOGIA
203	SERVIÇO DE MAMOGRAFIA	219	UNIDADE DE ATENDIMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
060	SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR "IN VITRO" (RADIOIMUNOENSAIO)	141	UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO
223	ATIVIDADE DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS EM FARMÁCIA (EAC) / TIPO I	222	CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS (CD)
224	ATIVIDADE DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS EM CONSULTÓRIO ISOLADO / TIPO I		

7. N° CEVS – Informe o Número CEVS somente no caso de solicitação de renovação de Licença Sanitária ou de alteração de dados cadastrais de estabelecimento já licenciado. No caso de solicitação inicial preencher com “000” (zeros).

8. TIPO DE SOLICITAÇÃO – Assinale uma das opções abaixo:

- **LICENÇA SANITÁRIA INICIAL** - Assinale no caso de primeira solicitação de Licença Sanitária.
- **RENOVAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA** - Assinale no caso da solicitação referir-se a renovação da Licença Sanitária, desde que prevista em legislação sanitária vigente (federal, estadual ou municipal).
- **CANCELAMENTO DE LICENÇA SANITÁRIA** - 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 23 da presente Portaria.
- **ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS** – Assinale obrigatoriamente no item 9, as alterações correspondentes à esta solicitação.

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

- a. **ENDEREÇO** - Assinale no caso de mudança de endereço do estabelecimento ou do equipamento. Esta opção implica no cancelamento da LS vigente e em nova solicitação de licenciamento sanitário para o atual endereço, conforme §3º do artigo 21.
- 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.
- 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.
- d. **RESPONSABILIDADE LEGAL** - Assinale no caso de mudança de responsável legal, desde que essa alteração conste no contrato social da empresa.
- e. **RAZÃO SOCIAL** - Assinale no caso de alteração do nome comercial da pessoa jurídica e ou da razão social.



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

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

f.1. FUSÃO - 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.

f.2. INCORPORAÇÃO - 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.

f.3. CISÃO - 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.

f.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.

g. Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO - Assinale no caso de aumento ou diminuição de equipamentos de saúde, dispensados de Licença Sanitária - LS (Ver relação deles nas instruções do Subanexo V.2). Para os equipamentos sujeitos à LS, solicitar o licenciamento ou seu cancelamento, conforme o caso.

h. Nº DE LEITOS - Assinale no caso de aumento ou diminuição de leitos de internação e de cuidados intensivos (UTI).

i. AMPLIAÇÃO/REDUÇÃO DE 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.

NOTA: Trata-se aqui das atividades de Transportar, Importar, Exportar, Armazenar, Distribuir, Manipular, etc.

III- IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

10. 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)

11. CNPJ / CPF – Informe o número do CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica ou o número do CPF – Cadastro de Pessoa Física, do solicitante.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

12. 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.

13. NOME FANTASIA – Informe o nome fantasia da empresa correspondente à razão social e ao número de CNPJ informados anteriormente.

14. INSCRIÇÃO MUNICIPAL – Informe o número da inscrição municipal emitida pela Secretaria Municipal da Fazenda, quando houver.

15. 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 Sanitária, quando o estabelecimento estiver sujeito à fiscalização fazendária estadual.

16. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL – Informe o número da inscrição de produtor rural emitida pela Secretaria de Estado da Fazenda de São Paulo, quando houver.

IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

17. CEP – Registre o código de endereçamento postal do local sede do objeto da solicitação.

18. 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.

19. LOGRADOURO – Registre o nome do logradouro no qual se situa o referido objeto da solicitação. Exemplos: Presidente Wilson, Dona Veridiana, Doutor Arnaldo, etc.

20. Nº – Registre o número do respectivo logradouro no qual se situa o objeto da solicitação.

21. COMPLEMENTO – Registre, se pertinente, o complemento do respectivo logradouro. Exemplos: Sala 121, Mezanino, Anexo III, Fundos, Sobreloja, Bloco B, etc.

22. BAIRRO – Registre o nome do bairro referente ao logradouro informado. Exemplos: Jardim das Flores, Vila Celeste, Pacaembu, etc.

23. MUNICÍPIO – Registre o nome do município no qual se situa o referido objeto da solicitação.

24. DISTRITO – Registre, quando couber, o nome do respectivo distrito municipal.

25. COORDENADAS GEOGRÁFICAS – Registre a coordenada geográfica referente ao endereço do objeto da



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

solicitação. Exemplo: 46° 40' 8.413" N 23° 33' 21.354" S

26. TELEFONE – Registre o número do telefone fixo de contato do solicitante precedido pelo código de discagem direta do objeto da solicitação. Exemplo: (011) 3210.4567.

27. CELULAR – Registre o número do telefone móvel (celular) de contato do estabelecimento solicitante precedido pelo código de discagem direta do objeto da solicitação. Exemplo: (011) 98765.4321.

28. ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-MAIL) – Registre o endereço eletrônico de contato do solicitante ou do estabelecimento referido no objeto da solicitação.

29. ENDEREÇO PÁGINA WEB – Registre, quando couber, o endereço do sítio eletrônico do estabelecimento objeto da solicitação.

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

30. TIPO – Assinale uma das opções abaixo:

- **MATRIZ / MANTENEDORA** – Assinale quando referir-se a um estabelecimento de empresa juridicamente constituída e inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) que representa sua sede e tem primazia de gestão e controle sobre eventuais filiais ou sucursais a ela vinculadas.
- **FILIAL / MANTIDO** – Assinale quando referir-se a um estabelecimento de empresa juridicamente constituída e inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Física (CPF) que faz parte do acervo patrimonial de outra pessoa jurídica a quem está submetido seu controle.
 - **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



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

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.

- **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.



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

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

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

- **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.

35. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Refere-se somente ao CNAE **8640-2/99**. Assinale uma das opções, conforme prestação de serviço:

- **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.
- **SIM para Classe 1** – Assinale esta alternativa caso haja a prestação de serviço de *Levantamento Radiométrico* e de *Teste de Radiação de Fuga*; ou,
- **SIM para Classe 2** – Assinale esta alternativa caso haja a prestação de serviço de *Levantamento Radiométrico, Teste de Radiação de Fuga* e de *Testes de Controle de Qualidade*.
 - Para qualquer uma das respostas “SIM”, assinale uma ou mais alternativas referentes ao tipo de equipamento de Raios X, objeto da prestação de serviço a ser realizada: *odontológico intraoral*; e ou, *odontológico extraoral*; e ou, *médico convencional sem fluoroscopia*; e ou, *médico convencional com fluoroscopia*; e ou, *mamógrafo*; e ou, *tomógrafo computadorizado*.

36. TRANSPORTE DE ÁGUA – Refere-se somente ao CNAE **3600-6/02** do Agrupamento 81, Grupo III. Assinale uma das alternativas, observando:

- CONSUMO HUMANO** – Assinale esta alternativa quando houver distribuição de água para consumo humano por caminhão-pipa ou outro veículo similar de transporte.
- REUSO** – Assinale esta alternativa quando houver distribuição de água não potável de reuso de Estação de Tratamento de Esgoto (ETE) por caminhão-pipa ou outro veículo similar de transporte.

37. TRANSPORTADORA – Refere-se somente aos CNAE **4930-2/01** ou **4930-2/02** do Agrupamento 50, Subgrupo D, Grupo I – Assinale uma ou mais alternativas referentes ao tipo de produto, objeto de transporte.

- **ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES** – TRANSPORTADOS POR MEIO DE VEÍCULOS ADAPTADOS (ÔNIBUS, CARRETAS, ENTRE OUTROS), DOTADOS DE RESERVATÓRIOS ESPECÍFICOS PARA ARMAZENAMENTO.
- **MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO**
- **SANGUE E HEMOCOMPONENTES** - AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E



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

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

HEMOCOMPONENTES

- **PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE** – Assinale um ou mais códigos das Classes de Produtos, referentes aos tipos de produtos transportados, conforme Quadro 3:

Quadro 3 - CLASSE DE PRODUTOS	
CÓD.	TIPO
10	ADITIVO PARA ALIMENTO E COADJUVANTES DE TECNOLOGIA
09	ALIMENTO
05	COSMÉTICO
12	EMBALAGENS PARA ALIMENTOS
20	GASES MEDICINAIS
15	INSUMO FARMACÊUTICO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL
03	INSUMO FARMACÊUTICO
01	MEDICAMENTO
02	MEDICAMENTO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL
07	PERFUME
06	PRODUTO DE HIGIENE
04	PRODUTO PARA SAÚDE
08	SANEANTE DOMISSANITÁRIO
14	VERNIZ SANITÁRIO

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

38. 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.
- **CBO** – Registre, quando for o caso, 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 – O Quadro 4 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.



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

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

Quadro 4 - CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
848510	AÇOUGUEIRO	241040	CONSULTOR JURÍDICO
322105	ACUPUNTURISTA	262410	DESENHISTA INDUSTRIAL GRÁFICO (DESIGNER GRÁFICO)
252105	ADMINISTRADOR	318005	DESENHISTA TÉCNICO
241005	ADVOGADO	342210	DESPACHANTE ADUANEIRO
241015	ADVOGADO (DIREITO CIVIL)	223705	DIETISTA
241035	ADVOGADO (DIREITO DO TRABALHO)	412110	DIGITADOR
352205	AGENTE DE DEFESA AMBIENTAL	811810	DRAGEADOR (MEDICAMENTOS)
352210	AGENTE DE SANEAMENTO	251205	ECONOMISTA
352210	AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA	251610	ECONOMISTA DOMÉSTICO
516505	AGENTE FUNERÁRIO	313105	ELETROTÉCNICO
212405	ANALISTA DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMA	328105	EMBALSAMADOR
212420	ANALISTA DE SUPORTE COMPUTACIONAL	223505	ENFERMEIRO
251105	ANTROPÓLOGO	223520	ENFERMEIRO DE CENTRO CIRÚRGICO
251110	ARQUEÓLOGO	223525	ENFERMEIRO DE TERAPIA INTENSIVA
214105	ARQUITETO	223530	ENFERMEIRO DO TRABALHO
251605	ASSISTENTE SOCIAL	223545	ENFERMEIRO OBSTÉTRICO
515110	ATENDENTE DE ENFERMAGEM	223550	ENFERMEIRO PSQUIÁTRICO
515205	AUXILIAR DE BANCO DE SANGUE	223555	ENFERMEIRO PUERICULTOR E PEDIÁTRICO
322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	223560	ENFERMEIRO SANITARISTA
322235	AUXILIAR DE ENFERMAGEM DO TRABALHO	222110	ENGENHEIRO AGRÔNOMO
515215	AUXILIAR DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	214205	ENGENHEIRO CIVIL
818110	AUXILIAR DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES FÍSICO-QUÍMICAS	214215	ENGENHEIRO CIVIL (EDIFICAÇÕES)
203015	BACTERIOLOGISTA	214260	ENGENHEIRO CIVIL (SANEAMENTO)
516105	BARBEIRO	214910	ENGENHEIRO DE CONTROLE DE QUALIDADE
261205	BIBLIOTECÁRIO	214705	ENGENHEIRO DE MINAS
221105	BIÓLOGO	222115	ENGENHEIRO DE PESCA
221205	BIOMÉDICO	214905	ENGENHEIRO DE PRODUÇÃO
223410	BIOQUÍMICO	214915	ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO
203025	BOTÂNICO	222120	ENGENHEIRO FLORESTAL
516110	CABELEIREIRO	214405	ENGENHEIRO MECÂNICO
322110	CALISTA	214415	ENGENHEIRO MECÂNICO (ENERGIA NUCLEAR)
251115	CIENTISTA POLÍTICO	214505	ENGENHEIRO QUÍMICO
223240	CIRURGIÃO DENTISTA - ORTOPEDISTA E ORTODONTISTA	211205	ESTATÍSTICO
223244	CIRURGIÃO DENTISTA - PATOLOSO BUCAL	516115	ESTETICISTA
223208	CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL	223405	FARMACÊUTICO



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

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

223212	CIRURGIÃO DENTISTA - ENDODONTISTA
223236	CIRURGIÃO DENTISTA - ODONTOPEDIATRA
223248	CIRURGIÃO DENTISTA - PERIODONTISTA
223256	CIRURGIÃO DENTISTA - PROTESISTA
223260	CIRURGIÃO DENTISTA - RADIOLOGISTA
223268	CIRURGIÃO DENTISTA - TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL
223272	CIRURGIÃO DENTISTA DE SAÚDE COLETIVA

524205	FEIRANTE
213105	FÍSICO
213150	FÍSICO (MEDICINA)
213155	FÍSICO (NUCLEAR E REATORES)
223605	FISIOTERAPEUTA
223810	FONOaudiólogo
213415	GEOFÍSICO

Quadro 4 - CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO (cont.)

CÓD.	TIPO
251305	GEÓGRAFO
213405	GEÓLOGO
322225	INSTRUMENTADOR CIRÚRGICO
261125	JORNALISTA
516120	MANICURO
322120	MASSOTERAPEUTA
211115	MATEMÁTICO
225105	MÉDICO ACUPUNTURISTA
225110	MÉDICO ALERGISTA e IMUNOLOGISTA
223103	MÉDICO ANATOMOPATOLOGISTA
225151	MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
225115	MÉDICO ANGIOLOGISTA
225120	MÉDICO CARDIOLOGISTA
225225	MÉDICO CIRURGIÃO GERAL
818105	OPERADOR DE LABORATÓRIO
262105	PRODUTOR CULTURAL
239205	PROFESSOR DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA E SURDOS
239215	PROFESSOR DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA MENTAL
239225	PROFESSOR DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL
239420	PROFESSOR DE TÉCNICAS E RECURSOS AUDIOVISUAIS
317110	PROGRAMADOR DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
251510	PSICÓLOGO CLÍNICO
251540	PSICÓLOGO DO TRABALHO
251505	PSICÓLOGO EDUCACIONAL
251530	PSICÓLOGO SOCIAL
213205	QUÍMICO

CÓD.	TIPO
322210	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTENSIVA
322215	TECNICO DE ENFERMAGEM DO TRABALHO
322220	TÉCNICO DE ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA
301110	TÉCNICO DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES FÍSICO-QUÍMICAS (MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO)
301105	TÉCNICO DE LABORATÓRIO INDUSTRIAL
313120	TÉCNICO DE MANUTENÇÃO ELÉTRICA
313205	TÉCNICO DE MANUTENÇÃO ELETRÔNICA
316305	TÉCNICO DE MINERAÇÃO
312105	TÉCNICO DE OBRAS CIVIS
322505	TECNICO DE ORTOPEDIA
312210	TECNICO DE SANEAMENTO
313215	TÉCNICO ELETRÔNICO
300305	TÉCNICO EM ELETROMECÂNICA
325115	TÉCNICO EM FARMÁCIA
313505	TÉCNICO EM FOTÔNICA
316110	TÉCNICO EM GEOLOGIA
322315	TÉCNICO EM HIDROGRAFIA
324105	TÉCNICO EM MÉTODOS ELETROGRÁFICOS EM ENCEFALOGRAFIA
324110	TÉCNICO EM MÉTODOS GRÁFICOS EM CARDIOLOGIA
322305	TÉCNICO EM ÓPTICA E OPTOMETRIA
324205	TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA
323105	TÉCNICO EM PECUÁRIA
322115	TÉCNICO EM QUIROPRAXIA
324115	TÉCNICO EM RADIOLOGIA e IMAGENOLOGIA
322405	TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL
351605	TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO



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

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

213210	QUÍMICO INDUSTRIAL	7234	TECNICO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA
261135	REPÓRTER (EXCLUSIVO RÁDIO E TELEVISÃO)	311105	TÉCNICO QUÍMICO
261730	REPÓRTER DE RÁDIO E TELEVISÃO	214365	TECNÓLOGO EM ELETRÔNICA
251120	SOCIOLOGO	223905	TERAPEUTA OCUPACIONAL
515135	SOCORRISTA (EXCETO MÉDICOS E ENFERMEIROS)	312320	TOPOGRAFO
312305	TÉCNICO DE AGRIMENSURA	214125	URBANISTA
325205	TÉCNICO DE ALIMENTOS	524305	VENDEDOR AMBULANTE
322205	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	515120	VISITADOR SANITÁRIO
		223310	ZOOTECNISTA

39. a 42. – Estes campos 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 PRINCIPAL / SUBSTITUTO** – Registre o nome completo do responsável técnico principal no campo 39 e dos substitutos nos campos 40 a 42.
- **CPF** – Registre o respectivo número do Cadastro de Pessoa Física.
- **CONSELHO PROFISSIONAL** - Registre a sigla do Conselho Profissional onde está inscrito o referido responsável.
- **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, quando for o caso, 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 – O Quadro 4 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

44. TOTAL DE PÁGINAS – Registre o número total de páginas dos 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



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

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) 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 item 39 do presente formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária (Anexo V) 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 item 40 do presente formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária (Anexo V) deve assinar na respectiva linha.

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02 - Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico que informou seus dados no item 41 do presente formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária (Anexo V) deve assinar na respectiva linha.

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 03 - Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico que informou seus dados no item 42 do presente formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária (Anexo V) deve assinar na respectiva linha.