



UGETGVCTK'F G'GUVCF Q'F C'UC—FG

EQQTF GP CF QTK'F G'EQPVTQNG'F G'FGPŸ CU'
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

UWDCPGZQ'X5''6''RQT VCTK'EXU2314220

CVKXK' CF G'TGNCEKQP CF C'C''
RTQF WWQU'F G'K' VGTEUUG'F C'UC—FG''

K''''K' HQTO CŸ ð GU'CF O K'KVT CVK'CU''

"RTGGPEJ KO GPVQ'QDTH CV' TQ'RGNQ'UGTXK' Q'F G'XH K'ZPEK'UCPK'f TK

30 PãRTQVQEONQ

40 FCVC'RTQVQEONQ

50 PãRTQEGUU'F G'QTK GO

KK6''K' GP VHK' CŸ ð Q'F Q'GUVCDGNGEKO GP VQ''

RTGGPEJ KO GPVQ'RGNQ'TGS WK'K'CPVG

60 PãEGXU

70 EPRL'YERH'

80 TC\ ð Q'UQEK'NT'PQOG

90 PQOG'HCPVUC''

KK6''ECTCEVGTK CŸ ð Q'F C'CVKXK' CFG''

:0 EPCG – 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:"

FURGPUCŸ ð Q'G'CTO C\ GP CO GP VQ'R—DNEQ'F G'O GF KECO GP VQU'G'RTQF WWQURCT'C'UC—FG''
/ Somente CNAE : 634/622 (Anexo I, Agrupamento 91, Grupo IV)

- Preencher somente o Bloco III.1.

HCDTK''

/ Todos CNAE do Subgrupo A (Anexo I, Grupo 1)

- Preencher somente o Bloco III.2.

F KVTEDWF QTC'TKO RQTVCF QTC''

- Todos CNAE do Subgrupo B (Anexo I, Grupo 1)

/ Preencher somente o Bloco III.3.

EQO\ TEK'XCTGLUVC''

/ Todos CNAE dos Agrupamentos 21 e 28 (Anexo I, Subgrupo C, Grupo 1)

- Preencher somente o Bloco III.4.

RTGUVÇŸ ð Q'F G'UGTXK' QUEQO 'RTQF WQU'TGNCEKQP CF QUI 'UC—FG''

- Somente CNAE 7433/923'è 7433/91; ; (Agrupamento 40) e : 34; /222 (Agrupamento 60) – (Anexo I, Subgrupo D, Grupo 1)

- Preencher somente o Bloco III.5.

90 AFE - Informe os dados da Autorização de Funcionamento da Empresa, se houver:

Nº:"

ATIVIDADES AUTORIZADAS -

DATA:"

Registre códigos correspondentes:

(Consultar Quadro 28 abaixo)

100 AE - Informe os dados da Autorização Especial, se houver:

Nº:

-

DATA:"

ATIVIDADES AUTORIZADAS - Registre códigos

correspondentes:(Consultar Quadro 28 abaixo)

KK6''/F KURGPUCŸ ð Q'G'CTO C\ GP CO GP VQ'R—DNEQ'F G''

O GF KECO GP VQU'G'RTQF WWQURCT'C'UC—FG''

110 Refere-se ao CNAE : 634/622 do Agrupamento 91 / Grupo IV /"Assinale a atividade realizada.

CTO C\ GP CO GP VQ''
G'GZRGF K' ð Q''

DCPEQ'FG''
CNKO GPVQU''

FURGPUCŸ ð Q''
LWF KECN''

FURGPUCŸ ð Q''
RCH'UWU''

WRF V''

VISTO DO RESPONSÁVEL LEGAL: _____



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.5 – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COM PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE

22. DEPÓSITO DE MERCADORIAS PARA TERCEIROS - Refere-se aos CNAE 5211-7/99 do Agrupamento 40 / Subgrupo D / Grupo I:

A. CLASSE DE PRODUTOS ARMAZENADOS - Assinale um ou mais códigos da Classe de Produtos objetos de armazenagem

- 01 MEDICAMENTO
- 02 MEDICAMENTO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL
- 03 INSUMO FARMACÊUTICO
- 15 INSUMO FARMACÊUTICO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL
- 04 PRODUTO PARA SAÚDE
- 05 COSMÉTICO
- 06 PRODUTO DE HIGIENE
- 07 PERFUME
- 08 SANEANTE DOMISSANITÁRIO
- 09 ALIMENTO
- 10 ADITIVO PARA ALIMENTO
- 12 EMBALAGEM PARA ALIMENTOS
- 14 VERNIZ SANITÁRIO

VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAIS E TÉCNICOS: _____

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

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO:

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 / 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.
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.
 - **DISPENSACÃO 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 **5211-7/01** ou **5211-7/99** ou CNAE **8129-0/00**, Agrupamentos 40 e 60 respectivamente 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, 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 abaixo, para identificar os códigos a serem assinalados.

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	FRACIONAR	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		

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

Verifique se o CNAE declarado no Anexo V que acompanha este formulário pertence ao estabelecimento prestador de serviços com produtos relacionados à saúde dos Agrupamentos 40 e 60 do Subgrupo D, Grupo I, do Anexo I desta Portaria. Em caso afirmativo, preencha as informações correspondentes, como segue:

Nota: Consulte o Quadro 18 a seguir, para identificar o Grupo e o Subgrupo e ou Agrupamento ao qual pertence o CNAE declarado no Anexo V.

Quadro 18 – ESTABELECEMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE, SUJEITOS A LICENÇA SANITÁRIA

GRUPO I – ATIVIDADES RELACIONADAS A PRODUTOS DE INTERESSE À SAÚDE

SUBGRUPO A – FABRIL
(AGRUPAMENTO: INDÚSTRIA)

CÓD	TIPO
01	ALIMENTOS
02	ÁGUA MINERAL
03	ADITIVOS PARA ALIMENTOS
04	EMBALAGENS DE ALIMENTOS
05	PRODUTOS PARA SAÚDE
06	COSMÉTICOS, PRODUTOS DE HIGIENE E PERFUMES
07	SANEANTES DOMISSANITÁRIOS
08	MEDICAMENTOS
09	FARMOQUÍMICOS

SUBGRUPO B – DISTRIBUIDORA / IMPORTADORA
(AGRUPAMENTO: COMÉRCIO ATACADISTA)

CÓD	TIPO
10	DIVERSAS CLASSES DE PRODUTOS
11	ALIMENTOS
15	PRODUTOS PARA SAÚDE
16	COSMÉTICOS, PRODUTOS DE HIGIENE E PERFUMES
17	SANEANTES DOMISSANITÁRIOS
18	MEDICAMENTOS

SUBGRUPO C – COMÉRCIO VAREJISTA

CÓD	TIPO
21	ALIMENTOS
26	COSMÉTICOS
28	MEDICAMENTOS

SUBGRUPO D – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COM PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE

CÓD	TIPO
30	ENVASAMENTO E EMPACOTAMENTO DE PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE
40	DEPÓSITO DE PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE
50	TRANSPORTE DE PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE
60	CONTROLE DE PRAGAS URBANAS E SERVIÇOS DE ESTERILIZAÇÃO

22. DEPÓSITO DE MERCADORIAS PARA TERCEIROS – Em caso de estabelecimento, objeto da solicitação da Licença Sanitária (LS), que presta serviço de armazenamento (depósito), inclusive em câmaras frigoríficas e silos, de produtos sujeitos à atuação da vigilância sanitária, por conta de terceiros, sob CNAE **5211-7/99** (Agrupamento 40), informe:

A. CLASSE DE PRODUTOS ARMAZENADOS – Assinale um ou mais códigos da Classe de Produtos objeto de armazenagem, conforme alternativas apresentadas no formulário.

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 22, **Bloco III.5**, imprima e encaminhe esta folha ao serviço de vigilância sanitária competente, acompanhado da primeira folha deste **Anexo V.3** e do formulário completo **Anexo V**. Todas as folhas preenchidas dos formulários devem estar assinadas pelos responsáveis.