



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO V.3 – PORTARIA CVS 01/2019

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 / CPF

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 I)
- Preencher somente o Bloco III.2.

DISTRIBUIDORA / IMPORTADORA

- Todos CNAE do Subgrupo B (Anexo I, Grupo I)
- Preencher somente o Bloco III.3.

COMÉRCIO VAREJISTA

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

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COM PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE

- Somente CNAE **5211-7/01** e **5211-7/99** (Agrupamento 40) e **8129-0/00** (Agrupamento 60) – (Anexo I, Subgrupo D, Grupo I)
- Preencher somente o Bloco III.5.

III.1 - DISPENSAÇÃO E ARMAZENAMENTO PÚBLICO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE

9. Refere-se ao CNAE **8412-4/00** do Agrupamento 91 / Grupo IV - Assinale a atividade realizada.

ARMAZENAMENTO
E EXPEDIÇÃO

BANCO DE
ALIMENTOS

DISPENSAÇÃO
JUDICIAL

DISPENSAÇÃO
PAF SUS

UPDT

VISTO DO RESPONSÁVEL LEGAL: _____

IMPRIMIR SOMENTE AS FOLHAS PREENCHIDAS DESTES 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 01/2019

ATIVIDADE RELACIONADA A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

III.4 – COMÉRCIO VAREJISTA

17. COMÉRCIO VAREJISTA DE ALIMENTOS - Refere-se aos CNAE do Agrupamento 21 / Subgrupo C / Grupo I:

A. ATIVIDADES PRÓPRIAS - Assinale uma ou mais alternativas correspondentes à atividade:

a. TRANSPORTAR

b. ARMAZENAR EM DEPÓSITO FECHADO (Somente CNAE 4711-3/01 e 4711-3/02)

18. 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 E BIOQUÍMICOS
COMERCIALIZAR POR MEIO REMOTO
DISPENSAR ISOTRETINOINA
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 E BIOQUÍMICOS
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:

| | | |
|-----------------|-----------------------------------|--|
| ANTIBIÓTICO | PENICILÍNICO | MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS |
| CEFALOSPORÍNICO | PROD. ESTÉRIL NUTRIÇÃO PARENTERAL | MEDICAMENTOS A PARTIR DE INSUMOS OU MATÉRIAS PRIMAS, INCLUSIVE DE ORIGEM VEGETAL |
| CITOSTÁTICO | PROD. ESTÉRIL QUIMIOTERÁPICO | SUBSTÂNCIAS DE BAIXO ÍNDICE TERAPÊUTICO |
| HORMÔNIO | OUTROS PRODUTOS ESTÉREIS | 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

ATIVIDADE RELACIONADA A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

SUBANEXO V.3 – INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

III.4 – COMÉRCIO VAREJISTA PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

17. COMÉRCIO VAREJISTA DE ALIMENTOS – Em caso de estabelecimento comercial varejista de alimentos (Agrupamento 21), informe:

a. ATIVIDADES PRÓPRIAS – Refere-se às atividades realizadas pelo próprio estabelecimento, objeto da solicitação da Licença de Funcionamento. Neste caso, assinale uma ou mais alternativas abaixo, observando:

a. TRANSPORTAR – Assinale esta alternativa quando o estabelecimento comercial varejista dispor de transporte próprio para seus produtos.

b. ARMAZENAR EM DEPÓSITO FECHADO – Refere-se somente ao estabelecimento comercial varejista identificado pelo CNAE **4711-3/01** ou **4711-3/02**. Neste caso, assinale esta alternativa quando tratar-se de unidade da empresa, considerada extensão da mesma, que realiza as atividades de armazenamento de produtos próprios, em depósito próprio, que dispõe de instalações, equipamento e recursos humanos próprios para o exercício desta atividade, instalado em endereço diverso do estabelecimento onde se pratica a venda dos produtos.

18. 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 de Funcionamento. 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 e bioquímicos*; 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 e bioquímicos*; 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 LEGAIS E TÉCNICOS – Os responsáveis legais e técnicos declarados no Anexo V, Bloco VI, devem registrar seus vistos neste campo.

Nota: Se informada a atividade num destes **itens (17 ou 18), Bloco III.4**, 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.