



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

**ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2019**

**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 DE FUNCIONAMENTO INICIAL

CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

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

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

## V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

<b>30. TIPO</b> – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: MATRIZ / MANTENEDORA      FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora:			
<b>31. ESFERA ADMINISTRATIVA</b> – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: PRIVADO                      FEDERAL                      ESTADUAL                      MUNICIPAL			
<b>32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO</b> – 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			
<b>33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA</b> – Assinale <u>uma</u> das opções: UNIVERSITÁRIA                      ESCOLA SUPERIOR ISOLADA                      AUXILIAR DE ENSINO                      NÃO SE APLICA			
<b>34. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS OU PROFISSIONAIS</b> - Registre o número total de funcionários com formação superior, técnico, médio e elementar, segundo as condições apresentadas: PRÓPRIOS COM VÍNCULO: .                      PRÓPRIOS AUTÔNOMOS:                      TERCEIRIZADOS: .			
<b>35. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE</b> – Refere-se somente ao CNAE 8640-2/99. Assinale <u>uma</u> das opções ao lado, se houver serviço de radiometria / teste de qualidade:                      SIM                      NÃO			
<b>36. PISCINA DE USO COLETIVO</b> – Assinale <u>uma</u> das opções:                      SIM                      NÃO			
<b>37. TRANSPORTE DE ÁGUA</b> – Refere-se somente ao CNAE 3600-6/02:                      CONSUMO HUMANO                      REUSO			
<b>38. TRANSPORTADORA</b> – Refere-se somente aos CNAE 4930-2/01 e 4930-2/02 do Agrupamento 50, Subgrupo D, Grupo I. – Assinale <u>uma ou 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 01/2019

## SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

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

39. RESPONSÁVEL LEGAL:

CPF:

CBO – Registre código e descrição:

40. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

41. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

42. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

43. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

### 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. ATIVIDADES

RELACIONADAS A PRESTAÇÃO DE  
SERVIÇOS DE SAÚDE:

Subanexo V.2. FONTES DE RADIAÇÃO

IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE  
INTERESSE DA SAÚDE:

Subanexo V.3. ATIVIDADES

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



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2019

## SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

### INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

O preenchimento deste formulário tem por finalidade dar entrada a algum tipo de solicitação de atos para o Serviço de Vigilância Sanitária competente, tais como:

- Licença de Funcionamento de estabelecimentos e de equipamentos de interesse da saúde;
- Renovação ou cancelamento da Licença de Funcionamento;
- 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.

## **CRITÉRIOS PARA USO DO FORMULÁRIO E SEUS SUBANEXOS:**

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 de Funcionamento (Anexo II). Assim como para os equipamentos de interesse da saúde desobrigados de licenciamento relacionados nas Tabelas de 5 a 12 (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)



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2019

## SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

### **PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO E SEUS SUBANEXOS:**

Seu 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, conseqüentemente, 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, ou não. Neste caso, à estrutura que as abriga denomina-se “ALBERGANTE”, e às atividades abrigadas, “ALBERGADO”.

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

**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, conseqüentemente, 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, conseqüentemente, 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 de funcionamento, 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 01/2019

## SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

### PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO:

#### I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. **Nº 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. **Nº 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 Nº CEVS de licença de funcionamento – consulte o Anexo I desta Portaria.
  - **EQUIPAMENTO** - Assinale no caso de a solicitação referir-se a um ou mais equipamento de saúde sujeito ao Nº CEVS (cadastro ou licença de funcionamento) – consulte as Tabelas 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 de saúde, todos sujeitos ao Nº CEVS de licença de funcionamento.
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 2 de janeiro de 2019.
  - **CÓDIGO DA ATIVIDADE** - Registre o código da classificação nacional de atividade econômica (CNAE).
  - **DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE** - Registre a descrição correspondente ao código CNAE informado.
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	136	CLÍNICA / SERVIÇO DE MEDICINA DO TRABALHO
088	ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA CLÍNICA	110	CLÍNICA / UNIDADE AMBULATORIAL - TIPO I
005	ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOLÓGICA	160	CLÍNICA / UNIDADE AMBULATORIAL - TIPO II
006	ASSISTÊNCIA AO IDOSO	161	CLÍNICA / UNIDADE AMBULATORIAL - TIPO III
095	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	038	CLÍNICA ESTÉTICA - TIPO I
151	ATIVIDADE DE ACUPUNTURA	039	CLÍNICA ESTÉTICA - TIPO II
176	ATIVIDADE DE CRIOPRESERVAÇÃO	040	CLÍNICA ESTÉTICA - TIPO III
177	BANCO DE CÉLULAS E TECIDOS GERMINATIVOS	019	CLÍNICA ODONTOLÓGICA - MODULAR
121	BANCO DE LEITE HUMANO	020	CLÍNICA ODONTOLÓGICA - TIPO I
166	BANCO DE MULTITECIDOS	021	CLÍNICA ODONTOLÓGICA - TIPO II
146	BANCO DE PELE	106	CONSULTÓRIO ISOLADO
133	BANCO DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTÁRIO	028	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO - TIPO I
179	BANCO DE SEMEM HUMANO	029	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO - TIPO II
145	BANCO DE TECIDO MÚSCULOESQUELÉTICO	046	HEMOCENTRO
144	BANCO DE TECIDO OCULAR HUMANO	113	HOSPITAL DIA
147	BANCO DE VALVAS (VÁLVULAS)	117	HOSPITAL ESPECIALIZADO
118	CASAS DE APOIO A PORTADORES DE HIV / AIDS - TIPO II	090	HOSPITAL GERAL
187	CENTRO / NÚCLEO DE REABILITAÇÃO FÍSICA	155	HOSPITAL PEDIÁTRICO
137	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS	156	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
182	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS - CAPS AD	191	INSTITUIÇÃO PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS
183	CENTRO DE CONVIVÊNCIA	032	INSTITUTO DE DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA
112	CENTRO DE PARTO NORMAL	043	LABORATÓRIO DE ANÁLISES TOXICOLÓGICAS
134	CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA	167	LABORATÓRIO DE PROCESSAMENTO CPH DE MEDULA ÓSSEA E SANGUE PERIFÉRICO
104	CENTRO DE SAÚDE / UNIDADE BÁSICA	153	LABORATÓRIO DE PRÓTESE ODONTOLÓGICA



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2019

## SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

188	CENTRO DE PROCESSAMENTO CELULAR	154	MATERNIDADE
-----	---------------------------------	-----	-------------

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

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
195	NAVIO HOSPITAL	109	SERVIÇO DE EMBARCAÇÃO DE TRANSPORTE MÉDICO - TIPO "F"
049	NÚCLEO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA - HEMONÚCLEO	033	SERVIÇO DE ENDOSCOPIA
138	PODÓLOGO	057	SERVIÇO DE LITOTRIPSIA
105	POLICLÍNICA	203	SERVIÇO DE MAMOGRAFIA
197	POLICLÍNICA DE ENSINO ODONTOLÓGICO	171	SERVIÇO DE MEDICINA HIPERBÁRICA
068	POLICLÍNICA ODONTOLÓGICA	061	SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR "IN VIVO"
148	POSTO DE COLETA DE LEITE HUMANO	071	SERVIÇO DE RADIOLOGIA MÉDICA
023	POSTO DE COLETA DE SANGUE DE DOADOR	073	SERVIÇO DE RADIOTERAPIA
139	POSTO DE COLETA PARA ANÁLISES CLÍNICAS	074	SERVIÇO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
103	POSTO DE SAÚDE	070	SERVIÇO DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA
140	PRONTO ATENDIMENTO	082	SERVIÇO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
116	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	204	SERVIÇO DE TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA
115	PRONTO SOCORRO GERAL	091	SERVIÇO DE VACINAÇÃO
030	SERVIÇO DE AERONAVE DE TRANSPORTE MÉDICO - TIPO "E"	205	SERVIÇO DE VACINAÇÃO EXTRAMURO
201	SERVIÇO DE AMBULÂNCIA DE RESGATE - TIPO "C"	111	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA - SADT
108	SERVIÇO DE AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO - TIPO "D"	141	UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO
202	SERVIÇO DE AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO - TIPO "B"	114	UNIDADE MISTA DE SAÚDE
107	SERVIÇO DE AMBULÂNCIA DE TRANSPORTE - TIPO "A"	208	UNIDADE MÓVEL
199	SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR REGISTRO GRÁFICO	143	UNIDADE SOROLÓGICA / CENTRAL DE TRIAGEM LABORATORIAL DE DOADORES
075	SERVIÇO DE DIÁLISE		

- **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 de funcionamento 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	032	INSTITUTO DE DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA
088	ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA CLÍNICA	072	INSTITUTO DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA
005	ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOLÓGICA	193	IRRADIAÇÃO DE BOLSA DE SANGUE HUMANO
177	BANCO DE CÉLULAS E TECIDOS GERMINATIVOS	194	LABORATÓRIO DE FERTILIZAÇÃO HUMANA
178	BANCO DE CÉLULAS E TECIDOS HUMANOS	167	LABORATÓRIO DE PROCESSAMENTO CPH MEDULA ÓSSEA E SANGUE PERIFÉRICO
121	BANCO DE LEITE HUMANO	153	LABORATÓRIO DE PRÓTESE ODONTOLÓGICA
146	BANCO DE PELE	049	NÚCLEO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA - HEMONÚCLEO
133	BANCO DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTÁRIO	138	PODÓLOGO
145	BANCO DE TECIDO MÚSCULOESQUELÉTICO	148	POSTO DE COLETA DE LEITE HUMANO
144	BANCO DE TECIDO OCULAR HUMANO	023	POSTO DE COLETA DE SANGUE DE DOADOR
147	BANCO DE VALVAS (VÁLVULAS)	139	POSTO DE COLETA PARA ANÁLISES CLÍNICAS
134	CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA	198	SALA DE ESTABILIZAÇÃO
188	CENTRO DE PROCESSAMENTO CELULAR	075	SERVIÇO DE DIÁLISE
189	CENTRO DE TRANSPLANTE DE CPH	057	SERVIÇO DE LITOTRIPSIA
039	CLÍNICA ESTÉTICA - TIPO II	203	SERVIÇO DE MAMOGRAFIA
019	CLÍNICA ODONTOLÓGICA - MODULAR	060	SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR "IN VITRO" (RADIOIMUNOENSAIO)
020	CLÍNICA ODONTOLÓGICA - TIPO I	061	SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR "IN VIVO"
028	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO - TIPO I	071	SERVIÇO DE RADIOLOGIA MÉDICA
029	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO - TIPO II	073	SERVIÇO DE RADIOTERAPIA
031	DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS	074	SERVIÇO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
209	DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS COM LENALIDOMIDA	070	SERVIÇO DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA
210	DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS COM LENALIDOMIDA E MISOPROSTOL	082	SERVIÇO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
211	DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS COM MISOPROSTOL	091	SERVIÇO DE VACINAÇÃO
065	ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL POR ÓXIDO DE ETILENO - ETO	152	SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO
041	FARMÁCIA	111	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA - SADT
190	FARMÁCIA PARA PRODUÇÃO DE CONCENTRADO POLIELETROLÍTICO PARA HEMODIÁLISE	141	UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2019

## SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

7. **Nº CEVS** – Informe o Número CEVS somente no caso de solicitação de renovação de licença de funcionamento 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 DE FUNCIONAMENTO INICIAL** - Assinale no caso de primeira solicitação de licença de funcionamento.
  - **RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO** - Assinale no caso da solicitação referir-se a renovação da licença de funcionamento, desde que prevista em legislação sanitária vigente (federal, estadual ou municipal).
  - **CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO** - 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 15 da presente Portaria.
  - **ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS** – Assinale obrigatoriamente no item 7, 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 LF vigente e em nova solicitação de licenciamento para o atual endereço, conforme §1º e §3º do artigo 14.
  - 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.
  - 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 de funcionamento (Ver relação deles nas instruções do Subanexo V.2). Para os equipamentos sujeitos à LF, 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.

**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 de Funcionamento, quando o estabelecimento estiver sujeito à fiscalização fazendária estadual.

**16. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL** – Informe o número da inscrição de produtor rural emitida



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2019

## SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

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 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 matriz da empresa ou a uma mantenedora do estabelecimento.
- **FILIAL / MANTIDO** – Assinale quando referir-se a um estabelecimento filial de empresa ou mantido por uma mantenedora.
  - **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 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 01/2019

## 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 seguintes opções:
- **SIM** – Assinale esta alternativa caso haja a prestação de serviço de radiometria, ou se realize teste de qualidade, no estabelecimento objeto da solicitação de atos da vigilância sanitária.
  - **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.
- 36. PISCINA DE USO COLETIVO** – Assinale uma das opções abaixo:
- **SIM** – Assinale esta alternativa se no local sede do estabelecimento houver piscina de uso coletivo.
  - **NÃO** – Assinale esta alternativa se no local sede do estabelecimento não houver piscina de uso coletivo.
- 37. 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.

**38. 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 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
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
09	ALIMENTOS

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

**39. 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 01/2019

## SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

Quadro 4 - CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
848510	AÇOUGUEIRO	225235	MÉDICO CIRURGIÃO PLÁSTICO
322105	ACUPUNTURISTA	225125	MÉDICO CLÍNICO
252105	ADMINISTRADOR	225135	MÉDICO DERMATOLOGISTA
241015	ADVOGADO (DIREITO CIVIL)	225140	MÉDICO DO TRABALHO
241035	ADVOGADO (DIREITO DO TRABALHO)	225310	MÉDICO EM ENDOSCOPIA
241005	ADVOGADO	225320	MÉDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
352205	AGENTE DE DEFESA AMBIENTAL	225155	MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA E METABOLOGISTA
352210	AGENTE DE SANEAMENTO	225160	MÉDICO FISIATRA
352210	AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA	225165	MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA
516505	AGENTE FUNERÁRIO	225170	MÉDICO GENERALISTA
212405	ANALISTA DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMA	225250	MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA
212420	ANALISTA DE SUPORTE COMPUTACIONAL	225190	MÉDICO HEMOTERAPEUTA
251105	ANTROPÓLOGO	225195	MÉDICO HOMEOPATA
251110	ARQUEÓLOGO	225103	MÉDICO INFECTOLOGISTA
214105	ARQUITETO	225106	MÉDICO LEGISTA
214125	URBANISTA	225109	MÉDICO NEFROLOGISTA
818105	OPERADOR DE LABORATÓRIO	225112	MÉDICO NEUROLOGISTA
251605	ASSISTENTE SOCIAL	225265	MÉDICO OFTALMOLOGISTA
515110	ATENDENTE DE ENFERMAGEM	225270	MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
515205	AUXILIAR DE BANCO DE SANGUE	225275	MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA
322235	AUXILIAR DE ENFERMAGEM DO TRABALHO	225124	MÉDICO PEDIATRA
322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	225127	MÉDICO PNEUMOLOGISTA
515215	AUXILIAR DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	225280	MÉDICO PROCTOLOGISTA
818110	AUXILIAR DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES FÍSICO-QUÍMICAS	225153	MÉDICO PSIQUIATRA
203015	BACTERIOLOGISTA	225330	MÉDICO RADIOTERAPEUTA
516105	BARBEIRO	225139	MÉDICO SANITARISTA
261205	BIBLIOTECÁRIO	225285	MÉDICO UROLOGISTA
221105	BIÓLOGO	223305	MÉDICO VETERINÁRIO
221205	BIOMÉDICO	223710	NUTRICIONISTA
203025	BOTÂNICO	239410	ORIENTADOR EDUCACIONAL
516110	CABELEIREIRO	223910	ORTOPTISTA
322110	CALISTA	239415	PEDAGOGO
251115	CIENTISTA POLÍTICO	516140	PEDICURE
223208	CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL	203210	PESQUISADOR DE ENGENHARIA E TECNOLOGIA, OUTRA ÁREAS
223212	CIRURGIÃO DENTISTA - ENDODONTISTA	203015	PESQUISADOR DE MICRORGANISMO E PARASITAS

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

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
223236	CIRURGIÃO DENTISTA - ODONTOPEDIATRA	203005	PESQUISADOR EM BIOLOGIA AMBIENTAL
223240	CIRURGIÃO DENTISTA - ORTOPEDISTA E ORTODONTISTA	203010	PESQUISADOR EM BIOLOGIA ANIMAL
223244	CIRURGIÃO DENTISTA - PATOLOGISTA BUCAL	203520	PESQUISADOR EM HISTÓRIA
223248	CIRURGIÃO DENTISTA - PERIODONTISTA	224120	PREPARADOR FÍSICO
223256	CIRURGIÃO DENTISTA - PROTESISTA	612005	PRODUTOR AGRÍCOLA POLIVALENTE
223260	CIRURGIÃO DENTISTA - RADIOLOGISTA	611005	PRODUTOR AGROPECUÁRIO, EM GERAL
223268	CIRURGIÃO DENTISTA - TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL	262105	PRODUTOR CULTURAL
223272	CIRURGIÃO DENTISTA DE SAÚDE COLETIVA	239205	PROFESSOR DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA E SURDOS
241040	CONSULTOR JURÍDICO	239215	PROFESSOR DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA MENTAL
262410	DESENHISTA INDUSTRIAL GRÁFICO (DESIGNER GRÁFICO)	239225	PROFESSOR DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL
318005	DESENHISTA TÉCNICO	239420	PROFESSOR DE TÉCNICAS E RECURSOS AUDIOVISUAIS
342210	DESPACHANTE ADUANEIRO	317110	PROGRAMADOR DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
223705	DIETISTA	251510	PSICÓLOGO CLÍNICO
412110	DIGITADOR	251540	PSICÓLOGO DO TRABALHO
811810	DRAGEADOR (MEDICAMENTOS)	251505	PSICÓLOGO EDUCACIONAL
251205	ECONOMISTA	251530	PSICÓLOGO SOCIAL
251610	ECONOMISTA DOMÉSTICO	213205	QUÍMICO
313105	ELETROTÉCNICO	213210	QUÍMICO INDUSTRIAL
328105	EMBALSAMADOR	261135	REPÓRTER (EXCLUSIVE RÁDIO E TELEVISÃO)
223505	ENFERMEIRO	261730	REPÓRTER DE RÁDIO E TELEVISÃO
223520	ENFERMEIRO DE CENTRO CIRÚRGICO	251120	SOCIÓLOGO
223525	ENFERMEIRO DE TERAPIA INTENSIVA	515135	SOCORRISTA (EXCETO MÉDICOS E ENFERMEIROS)
223530	ENFERMEIRO DO TRABALHO	312305	TÉCNICO DE AGRIMENSURA
223545	ENFERMEIRO OBSTÉTRICO	325205	TÉCNICO DE ALIMENTOS
223550	ENFERMEIRO PSIQUIÁTRICO	322205	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
223555	ENFERMEIRO PUERICULTOR E PEDIÁTRICO	322210	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTENSIVA
223560	ENFERMEIRO SANITARISTA	322215	TECNICO DE ENFERMAGEM DO TRABALHO
222110	ENGENHEIRO AGRÔNOMO	322220	TÉCNICO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA
214205	ENGENHEIRO CIVIL	301110	TÉCNICO DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES FÍSICO-QUÍMICAS (MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO)
214215	ENGENHEIRO CIVIL (EDIFICAÇÕES)	301105	TÉCNICO DE LABORATÓRIO INDUSTRIAL
214260	ENGENHEIRO CIVIL (SANEAMENTO)	313120	TÉCNICO DE MANUTENÇÃO ELÉTRICA
214910	ENGENHEIRO DE CONTROLE DE QUALIDADE	313205	TÉCNICO DE MANUTENÇÃO ELETRÔNICA
214705	ENGENHEIRO DE MINAS	316305	TÉCNICO DE MINERAÇÃO
214905	ENGENHEIRO DE PRODUÇÃO	312105	TÉCNICO DE OBRAS CIVIS
222115	ENGENHEIRO DE PESCA	322505	TECNICO DE ORTOPEDIA
214915	ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	312210	TECNICO DE SANEAMENTO
222120	ENGENHEIRO FLORESTAL	300305	TÉCNICO EM ELETROMEQUÂNICA
214405	ENGENHEIRO MECÂNICO	313215	TÉCNICO ELETRÔNICO
214415	ENGENHEIRO MECÂNICO (ENERGIA NUCLEAR)	325115	TÉCNICO EM FARMÁCIA
214505	ENGENHEIRO QUÍMICO		
211205	ESTATÍSTICO		
516115	ESTETICISTA		
223405	FARMACÊUTICO		



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2019

## SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

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

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
223410	BIOQUÍMICO	313505	TÉCNICO EM FOTÔNICA
524205	FEIRANTE	316110	TÉCNICO EM GEOLOGIA
213150	FÍSICO (MEDICINA)	322315	TÉCNICO EM HIDROGRAFIA
213155	FÍSICO (NUCLEAR E REATORES)	324105	TÉCNICO EM MÉTODOS ELETROGRÁFICOS EM ENCEFALOGRAFIA
213105	FÍSICO	324110	TÉCNICO EM MÉTODOS GRÁFICOS EM CARDIOLOGIA
223605	FISIOTERAPEUTA	322305	TÉCNICO EM ÓPTICA E OPTOMETRIA
223810	FONOAUDIÓLOGO	324205	TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA
213415	GEOFÍSICO	323105	TÉCNICO EM PECUÁRIA
251305	GEÓGRAFO	322115	TÉCNICO EM QUIROPRAXIA
213405	GEÓLOGO	324115	TÉCNICO EM RADIOLOGIA e IMAGENOLOGIA
322225	INSTRUMENTADOR CIRÚRGICO	322405	TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL
261125	JORNALISTA	351605	TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO
516120	MANICURO	7234	TECNICO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA
322120	MASSOTERAPEUTA	311105	TÉCNICO QUÍMICO
211115	MATEMÁTICO	214365	TECNÓLOGO EM ELETRÔNICA
225105	MÉDICO ACUPUNTURISTA	223905	TERAPEUTA OCUPACIONAL
225110	MÉDICO ALERGISTA e IMUNOLOGISTA	312320	TOPÓGRAFO
223103	MÉDICO ANATOMOPATOLOGISTA	524305	VENDEDOR AMBULANTE
225151	MÉDICO ANESTESIOLOGISTA	515120	VISITADOR SANITÁRIO
225115	MÉDICO ANGIOLOGISTA	223310	ZOOTECNISTA
225120	MÉDICO CARDIOLOGISTA		
225225	MÉDICO CIRURGIÃO GERAL		

40. a 43. – 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 40 e dos substitutos nos campos 41 e 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 – A Tabela CBO acima 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 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 40 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 41 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 42 do presente formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária (Anexo V) deve assinar na respectiva linha.