



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO III.2 – PORTARIA CVS 11/2023

FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS 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
CONFORME REGISTRADO NO ANEXO III QUE ACOMPANHA ESTE FORMULÁRIO

4. Nº CEVS

5. CNPJ / CPF

6. RAZÃO SOCIAL / NOME

7. NOME FANTASIA

III – CARACTERIZAÇÃO DAS FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE
CONSULTAR ANEXO II – FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

EQ.1. Cód.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.2. Cód.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.3. Cód.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.4. Cód.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.5. Cód.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.6. Cód.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

IV – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

RT.A. NOME.: _____

CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____

CBO: _____

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

RT.B. NOME.: _____

CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____

CBO: _____

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

RT.C. NOME.: _____

CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____

CBO: _____

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

RT.D. NOME.: _____

CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____

CBO: _____

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

RT.E. NOME.: _____

CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____

CBO: _____

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

RT.F. NOME.: _____

CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____

CBO: _____

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 SUBSTITUTO 1 2 3 4 5 6

V – 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 AQUI PRESTADAS.

Local

Data

Assin. RESP. LEGAL

Assin. RESP. TÉCN. ESTAB.

Assinatura RESP. TECN. A

Assinatura RESP. TECN. B

Assinatura RESP. TECN. C

Assinatura RESP. TECN. D

Assinatura RESP. TECN. E

Assinatura RESP. TECN. F



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO III.2 – PORTARIA CVS 11/2023

FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

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 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 – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE
CONFORME REGISTRADO NO ANEXO III QUE ACOMPANHA ESTE FORMULÁRIO

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. No caso de solicitação inicial preencher com “000” (zeros).
5. **CNPJ / CPF** – Informe o número do cadastro de pessoa jurídica - CNPJ ou de pessoa física - CPF registrado no campo correspondente do *Anexo III – 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 III – Formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária*.
7. **NOME FANTASIA** – Informe, se pertinente, o nome fantasia registrado no campo correspondente do *Anexo III – Formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária*.

III – CARACTERIZAÇÃO DAS FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE
CONSULTAR ANEXO II – FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

As fontes de radiação ionizante obrigadas à Licença Sanitária (LS) encontram-se no Anexo II da presente portaria. Os equipamentos de interesse da saúde desobrigados de LS encontram-se no presente instrutivo.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO III.2 – PORTARIA CVS 11/2023

FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

Os campos “EQ” são padronizados e, cada número (1 a 6) refere-se a somente um tipo de fonte de radiação ionizante ou equipamento de interesse da saúde, obrigados ou não ao licenciamento pelo serviço de vigilância sanitária competente. Seu preenchimento varia de acordo com o tipo de fonte ou equipamento, conforme identificados a seguir:

➤ EQUIPAMENTOS GERADORES DE RADIAÇÃO IONIZANTE (Anexo II)

Quadro 4- EQUIPAMENTO GERADOR DE RADIAÇÃO IONIZANTE

CÓD.	TIPO
215	ACELERADOR LINEAR COM ELÉTRONS
216	ACELERADOR LINEAR SEM ELÉTRONS
209	RADIOTERAPIA DE ORTOVOLTAGEM
201	RAIOS X MÉDICO ATÉ 100 MA
204	RAIOS X MÉDICO COM FLUOROSCOPIA
202	RAIOS X MÉDICO DE 100 MA A 500 MA
203	RAIOS X MÉDICO DE MAIS DE 500 MA
206	RAIOS X MÉDICO MÓVEL
218	RAIOS X ODONTOLÓGICO EXTRA-ORAL
207	RAIOS X ODONTOLÓGICO INTRA-ORAL
214	RAIOS X PARA DENSITOMETRIA ÓSSEA
205	RAIOS X PARA HEMODINÂMICA
213	RAIOS X PARA LITOTRIPTOR EXTRACORPÓREO
210	RAIOS X PARA MAMÓGRAFO COM ESTÉREOTAXIA
211	RAIOS X PARA MAMÓGRAFO SEM ESTÉREOTAXIA
208	RAIOS X PARA SIMULAÇÃO
219	RAIOS X PARA TOMÓGRAFO DO PET CT
212	RAIOS X PARA TOMÓGRAFO MÉDICO
221	RAIOS X PARA TOMÓGRAFO ODONTOLÓGICO

CÓD. – Informe o código correspondente ao equipamento para o qual se solicita a Licença Sanitária (LS) ou sua alteração (Quadro 4).

Nº CEVS – Informe o número do Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária no caso de solicitação de alteração de dados cadastrais relacionados ao equipamento licenciado. Registre “zeros” no caso de solicitação inicial de Licença Sanitária (LS) para o referido equipamento.

CARACTERÍSTICA A - Registre o número de série do equipamento.

CARACTERÍSTICA B - Registre a marca e o modelo do equipamento.

CARACTERÍSTICA C - Registre o valor da corrente máxima (mA - miliampere) e da tensão máxima (kV - quilovolt) do equipamento.

NOTA: No caso de “ACELERADOR LINEAR”, informar o valor da energia máxima de fótons (MV - megavoltagem) e da energia



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO III.2 – PORTARIA CVS 11/2023

FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

máxima de elétrons (MeV - megaelétron-volt)

CARACTERÍSTICA D – Não se aplica. Registre: “000” (zeros).

➤ EQUIPAMENTOS COM FONTES SELADAS (Anexo II)

Quadro 5 - EQUIPAMENTO COM FONTES SELADAS

CÓD.	TIPO
220	IRRADIADOR DE BOLSA DE SANGUE HUMANO COM FONTE DE RADIAÇÃO GAMA
301	UNIDADE DE BRAQUITERAPIA COM FONTES DE ALTA TAXA DE DOSE
302	UNIDADE DE BRAQUITERAPIA COM FONTES DE MÉDIA TAXA DE DOSE
303	UNIDADE DE TELETERAPIA

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento (Quadro 5) para o qual se solicita a Licença Sanitária (LS) ou sua alteração.

Nº CEVS – Informe o número do Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária no caso de solicitação de alteração de dados cadastrais relacionados ao equipamento licenciado. Registre “zeros” no caso de solicitação inicial de LS para o referido equipamento.

CARACTERÍSTICA A - Registre o tipo de fonte.

Exemplos: Césio-137, Cobalto-60, Irídio-192, entre outros.

CARACTERÍSTICA B - Registre o número de série, a marca e o modelo do equipamento.

CARACTERÍSTICA C - Registre a atividade nominal (Ci - Curie) na data de fabricação da fonte.

CARACTERÍSTICA D – Registre a frequência de troca de fontes.

➤ EQUIPAMENTOS COM RADIAÇÃO IONIZANTE – USO VETERINÁRIO (Anexo II)

Quadro 6 - EQUIPAMENTO COM RADIAÇÃO IONIZANTE – USO VETERINÁRIO

CÓD.	TIPO
605	ACELERADOR LINEAR COM OU SEM ELÉTRONS
602	RAIOS X CONVENCIONAL
601	RAIOS X MÓVEL
604	RAIOS X PARA ODONTOLOGIA
603	RAIOS X PARA TOMOGRAFIA

CÓD. – Informe o código correspondente ao equipamento (Quadro 6) para o qual se solicita a Licença Sanitária (LS) ou sua alteração.

Nº CEVS – Informe o número do Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária no caso de solicitação de alteração de dados cadastrais relacionados ao equipamento licenciado. Registre “zeros” no caso de solicitação inicial de LS para o referido equipamento.

CARACTERÍSTICA A - Registre o número de série do equipamento.

CARACTERÍSTICA B - Registre a marca e o modelo do equipamento.

CARACTERÍSTICA C - Registre o valor da corrente máxima (mA - miliampere) e da tensão máxima (kV - quilovolt) do equipamento.

NOTA: No caso de “ACELERADOR LINEAR”, informar o valor da energia máxima de fótons (MV - megavoltagem) e da energia



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO III.2 – PORTARIA CVS 11/2023

FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

máxima de elétrons (MeV - megaelétron-volt)

CARACTERÍSTICA D – Não se aplica. Registre: “000” (zeros).

➤ FONTES SELADAS (Anexo II)

Quadro 7 - FONTES SELADAS	
CÓD.	TIPO
401	CONJUNTO DE FONTES PARA BRAQUITERAPIA DE BAIXA TAXA DE DOSE
403	CONJUNTO DE FONTES PARA CALIBRAÇÃO EM MEDICINA NUCLEAR
402	CONJUNTO DE FONTES PARA TERAPIA DE CONTATO
404	FONTE DE REFERÊNCIA PARA RADIOTERAPIA

CÓD. – Informe o código correspondente à fonte (Quadro 7) para a qual se solicita a Licença Sanitária (LS) ou sua alteração.

Nº CEVS – Informe o número do Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária no caso de solicitação de alteração de dados cadastrais relacionados ao equipamento licenciado. Registre “zeros” no caso de solicitação inicial de LS para o referido equipamento.

CARACTERÍSTICA A - Registre o tipo de fonte.

Exemplos: Césio-137, Cobalto-60, Irídio-192, entre outros.

CARACTERÍSTICA B - Registre o número de fontes existentes no local.

CARACTERÍSTICA C - Registre a atividade nominal (Ci - Curie) na data de fabricação da fonte.

CARACTERÍSTICA D –Registre a frequência de troca de fontes.

➤ EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE - DESOBRIGADOS DE LS

Quadro 8 - EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE	
CÓD.	TIPO
217	CÂMARA DE BRONZEAMENTO ARTIFICIAL
113	CÂMARA HIPERBÁRICA
112	CENTRAL DE GASES MEDICINAIS
137	CENTRÍFUGA REFRIGERADA
103	CINTILÓGRAFO LINEAR
108	EQUIPAMENTO DE OSMOSE REVERSA - TRATAMENTO DE ÁGUA PARA DIÁLISE
136	EQUIPAMENTO DE PET
114	EQUIPAMENTO DE SEDAÇÃO CONSCIENTE COM ÓXIDO NITROSO
109	EQUIPAMENTO DE IONIZADOR TRATAMENTO DE ÁGUA PARA DIÁLISE
102	GAMA-CÂMARA
110	GERADOR DE ENERGIA ELÉTRICA
104	LITOTRIPTOR EXTRACORPÓREO COM ULTRA-SOM
138	MÁQUINA AUTOMATIZADA PARA REPROCESSAMENTO DE DIALISADORES
139	MÁQUINA DE AFERESE
140	MÁQUINA PARA HEMODIÁLISE – CRÔNICO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO III.2 – PORTARIA CVS 11/2023

FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

101	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
107	ULTRASSOM COM DOPPLER COLORIDO
105	ULTRASSOM COM ECÓGRAFO
106	ULTRASSOM COMUM
111	USINA DE OXIGÊNIO

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento (Quadro 8) a instalar ou instalado no estabelecimento prestador de serviço de saúde ou de interesse da saúde (Anexo I desta Portaria), informado no item III (Identificação do Estabelecimento) do Anexo III.

Nº CEVS – Não se aplica. Registre “000” (zeros).

CARACTERÍSTICA A - Registre a quantidade de equipamentos do respectivo código, existentes no local.

CARACTERÍSTICAS B, C e D – Não se aplica. Registre: “000” (zeros).

EQUIPAMENTOS PARA MEDIÇÃO DE RAIOS X - DESOBRIGADOS DE LS

Quadro 9- EQUIPAMENTOS PARA MEDIÇÃO DE RAIOS X

CÓD.	TIPO
118	CÂMARA DE IONIZAÇÃO
120	DENSITÔMETRO
119	ELETRÔMETRO
121	FOTÔMETRO
115	MEDIDOR DE DOSE
116	MEDIDOR DE TAXA DE DOSE
123	MEDIDOR DE TEMPO DE IRRADIAÇÃO
122	MEDIDOR DE TENSÃO
117	MEDIDOR MULTIFUNÇÃO
124	SENSITÔMETRO
125	TERMÔMETRO DE IMERSÃO

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento (Quadro 9) do estabelecimento prestador de serviço de saúde ou de interesse da saúde (Anexo I desta Portaria), informado no item III (Identificação do Estabelecimento) do Anexo III.

Nº CEVS – Não se aplica. Registre “000” (zeros).

CARACTERÍSTICA A - Registre o número de série do equipamento.

CARACTERÍSTICA B - Registre a marca e o modelo do equipamento.

CARACTERÍSTICA C - Registre a sensibilidade do equipamento.

CARACTERÍSTICA D – Registre a letra correspondente ao tipo de medição que o equipamento realiza:

- **A** – Medição de Raios X odontológico **intra**-oral.
- **B** – Medição de Raios X odontológico **extra**-oral.
- **C** – Medição de Raios X médico convencional **sem** fluoroscopia.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO III.2 – PORTARIA CVS 11/2023

FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

- **D** – Medição de Raios X médico convencional **com** fluoroscopia.
- **E** – Medição de Raios X de mamógrafo.
- **F** – Medição de Raios X de tomógrafo.

➤ EQUIPAMENTOS AUXILIARES - DESOBRIGADOS DE LS

Quadro 10 - EQUIPAMENTOS AUXILIARES PARA RADIOMETRIA E TESTE DE QUALIDADE EM RADIODIAGNÓSTICO

CÓD.	TIPO
130	AVALIADOR DA COINCIDÊNCIA DO CAMPO DE LUZ COM O FEIXE DE RADIAÇÃO
129	AVALIADOR DO ALINHAMENTO DE GRADES
128	AVALIADOR DO ALINHAMENTO DO FEIXE CENTRAL
131	AVALIADOR DO CONTATO TELA-FILME
126	FILTROS DE ALUMÍNIO
133	MEDIDOR DE RESOLUÇÃO ESPACIAL DE BAIXO CONTRASTE
132	MEDIDOR DE RESOLUÇÃO ESPACIAL EM ALTO CONTRASTE
134	MEDIDOR DE TAMANHO DE CAMPO ODONTOLÓGICO
135	MEDIDOR DE TAMANHO DE PONTO FOCAL
127	OBJETO SIMULADOR DE PARTES DO CORPO HUMANO

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento (Quadro 10) do estabelecimento prestador de serviço de saúde ou de interesse da saúde (Anexo I desta Portaria), informado no item III (Identificação do Estabelecimento) do Anexo III.

Nº CEVS – Não se aplica. Registre “000” (zeros).

CARACTERÍSTICA A - Registre o nome do material de que é feito o equipamento.

CARACTERÍSTICA B - Registre as dimensões aproximadas do equipamento.

CARACTERÍSTICA C - Registre o número de série ou de patrimônio do equipamento.

CARACTERÍSTICA D – Registre a letra correspondente ao tipo de medição que o equipamento realiza:

- **A** – Medição de Raios X odontológico **intra**-oral.
- **B** – Medição de Raios X odontológico **extra**-oral.
- **C** – Medição de Raios X médico convencional **sem** fluoroscopia.
- **D** – Medição de Raios X médico convencional **com** fluoroscopia.
- **E** – Medição de Raios X de mamógrafo.
- **F** – Medição de Raios X de tomógrafo.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO III.2 – PORTARIA CVS 11/2023

FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

➤ EQUIPAMENTOS PARA SERVIÇOS DE DIÁLISE - DESOBRIGADOS DE LS

Quadro 11 - EQUIPAMENTOS PARA SERVIÇOS DE DIÁLISE

CÓD.	TIPO
110	GERADOR DE ENERGIA ELÉTRICA
140	MÁQUINA PARA HEMODIÁLISE – CRÔNICO
138	MÁQUINA AUTOMATIZADA PARA REPROCESSAMENTO DE DIALISADORES

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento (Quadro 11) a instalar ou instalado no estabelecimento prestador de serviço de saúde ou de interesse da saúde (Anexo I desta Portaria), informado no item III (Identificação do Estabelecimento) do Anexo III.

Nº CEVS – Não se aplica. Registre “000” (zeros).

CARACTERÍSTICA A - Registre o número de série do equipamento.

CARACTERÍSTICA B - Registre a marca e o modelo do equipamento.

CARACTERÍSTICAS C e D – Não se aplica. Registre: “000” (zeros).

➤ EQUIPAMENTOS PARA TRATAMENTO DE ÁGUA PARA DIÁLISE - DESOBRIGADOS DE LS

Quadro 12 - EQUIPAMENTOS PARA TRATAMENTO DE ÁGUA PARA DIÁLISE

CÓD.	TIPO
109	EQUIPAMENTO DEIONIZADOR - TRATAMENTO DE ÁGUA PARA DIÁLISE
108	EQUIPAMENTO DE OSMOSE REVERSA - TRATAMENTO DE ÁGUA PARA DIÁLISE

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento (Quadro 12) a instalar ou instalado no estabelecimento prestador de serviço de saúde ou de interesse da saúde (Anexo I desta Portaria), informado no item III (Identificação do Estabelecimento) do Anexo III.

Nº CEVS – Não se aplica. Registre “000” (zeros).

CARACTERÍSTICA A - Registre a quantidade de equipamentos do respectivo código, existentes no local.

CARACTERÍSTICAS B, C e D – Não se aplica. Registre: “000” (zeros).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO III.2 – PORTARIA CVS 11/2023

FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

➤ EQUIPAMENTOS PARA SERVIÇO DE HEMOTERAPIA - DESOBRIGADOS DE LS

Quadro 13 - EQUIPAMENTOS PARA SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
137	CENTRÍFUGA REFRIGERADA	110	GERADOR DE ENERGIA ELÉTRICA	139	MÁQUINA DE AFÊRESE

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento (Quadro 13) a instalar ou instalado no estabelecimento prestador de serviço de saúde ou de interesse da saúde (Anexo I desta Portaria), informado no item III (Identificação do Estabelecimento) do Anexo III.

Nº CEVS – Não se aplica. Registre “000” (zeros).

CARACTERÍSTICA A - Registre o número de série do equipamento.

CARACTERÍSTICA B - Registre a marca e o modelo do equipamento.

CARACTERÍSTICAS C e D – Não se aplica. Registre: “000” (zeros).

➤ EQUIPAMENTOS PARA MEDICINA HIPERBÁRICA - DESOBRIGADOS DE LS

Quadro 14 - EQUIPAMENTOS PARA MEDICINA HIPERBÁRICA

CÓD.	TIPO
113	CÂMARA HIPERBÁRICA
110	GERADOR DE ENERGIA ELÉTRICA

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento (Quadro 14) a instalar ou instalado no estabelecimento prestador de serviço de saúde ou de interesse da saúde (Anexo I desta Portaria), informado no item III (Identificação do Estabelecimento) do Anexo III.

Nº CEVS – Não se aplica. Registre “000” (zeros).

CARACTERÍSTICA A - Registre o número de série do equipamento.

CARACTERÍSTICA B - Registre a marca e o modelo do equipamento.

CARACTERÍSTICA C - Registre a Tensão (V) e a Amperagem (A) do equipamento.

CARACTERÍSTICA D - Registre a número de registro do equipamento na Anvisa (após 2001).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO III.2 – PORTARIA CVS 11/2023

FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

➤ EQUIPAMENTOS PARA SEDAÇÃO - DESOBRIGADOS DE LS

Quadro 15 - EQUIPAMENTOS PARA SEDAÇÃO

CÓD.	TIPO
114	EQUIPAMENTO DE SEDAÇÃO CONSCIENTE COM ÓXIDO NITROSO

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento (Quadro 17) a instalar ou instalado no estabelecimento prestador de serviço de saúde ou de interesse da saúde (Anexo I desta Portaria), informado no item III (Identificação do Estabelecimento) do Anexo III.

Nº CEVS – Não se aplica. Registre “000” (zeros).

CARACTERÍSTICA A - Registre o número de série do equipamento.

CARACTERÍSTICA B - Registre a marca e o modelo do equipamento.

CARACTERÍSTICA C - Não se aplica. Registre “000” (zeros).

CARACTERÍSTICA D - Registre a número de registro do equipamento na Anvisa (após 2001).

IV – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

Os campos “RT” são padronizados e cada letra (A a F) refere-se aos dados de identificação de somente um responsável técnico. Seu preenchimento se dá em função dos equipamentos aos quais ele responde ou como responsável técnico principal ou como substituto, como segue:

NOME – Registre o nome completo do responsável técnico.

CPF – Registre o respectivo número do Cadastro de Pessoa Física.

CONS. PROFISSIONAL - Registre a sigla do Conselho Profissional onde está inscrito o referido responsável.

UF - Registre a unidade federada do respectivo conselho profissional. No caso de São Paulo: “SP”.

Nº INSCRIÇÃO - Registre o número da inscrição do referido responsável no respectivo conselho profissional.

CBO - Registre o código e a descrição da categoria profissional do referido responsável, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego.

Nota: O SIVISA - Sistema de Informação em Vigilância Sanitária disponibiliza a tabela vigente da CBO.

RT x EQUIPAMENTO – Este padrão permite informar a relação existente entre o responsável técnico (RT) e os vários equipamentos pelos quais ele responde tecnicamente, assim como, o tipo – PRINCIPAL ou SUBSTITUTO - que pode ser diferente para cada um dos equipamentos.

Nota: Um técnico pode ser responsável principal por um ou mais equipamentos e substituto por outro ou mais equipamentos, observada a legislação vigente. Portanto, podem ser assinalados quantos números corresponderem a essa necessidade.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO III.2 – PORTARIA CVS 11/2023

FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

- **PRINCIPAL** - Assinale com um “X” sobre os números correspondentes aos Equipamentos descritos no anverso da folha (EQ.1 a EQ.6), cujo responsável técnico principal seja o registrado neste campo.
- **SUBSTITUTO** - Assinale com um “X” sobre os números correspondentes aos Equipamentos descritos no anverso da folha (EQ.1 a EQ.6), cujo responsável técnico substituto seja o registrado neste campo.

V – 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.

ASSIN. 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 III), que acompanha o presente formulário (Subanexo III.2), deve assinar na respectiva linha de maneira digital ou manual.

ASSIN. RESP. TÉCN. ESTAB. - Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico principal que teve seus dados informados no formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária (Anexo III), que acompanha o presente formulário (Subanexo III.2), deve assinar na respectiva linha de maneira digital ou manual.

ASSIN. RESP. TÉCN. A - Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico que informou seus dados no campo RT.A. (item IV do presente formulário) deve assinar na respectiva linha de maneira digital ou manual.

ASSIN. RESP. TÉCN. B, C, D, E e F - Preencher conforme instrução anterior (Assin. Resp. Técn. A), considerando as informações correspondentes aos campos com mesma letra: B, C, D, E e F.