



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Anexo V

Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária



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: <input type="checkbox"/> MATRIZ / MANTENEDORA <input type="checkbox"/> FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz/Mantenedora: _____
31. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> FEDERAL <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL
32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale <u>uma</u> das opções: <input type="checkbox"/> PESSOA FÍSICA <input type="checkbox"/> EMPRESA PRIVADA <input type="checkbox"/> EMPRESA DE ECONOMIA MISTA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA <input type="checkbox"/> SINDICATO <input type="checkbox"/> FUNDAÇÃO PRIVADA <input type="checkbox"/> ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS <input type="checkbox"/> SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE <input type="checkbox"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA <input type="checkbox"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO <input type="checkbox"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA <input type="checkbox"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA <input type="checkbox"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA
33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA – Assinale <u>uma</u> das opções: <input type="checkbox"/> UNIVERSITÁRIA <input type="checkbox"/> ESCOLA SUPERIOR ISOLADA <input type="checkbox"/> AUXILIAR DE ENSINO <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM para Classe 1 <input type="checkbox"/> SIM para Classe 2 - Para resposta SIM, assinale <u>uma ou mais</u> alternativas referentes ao tipo de equipamento, conforme classe assinalada: <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO INTRAORAL <input type="checkbox"/> MÉDICO CONVENCIONAL SEM FLUOROSCOPIA <input type="checkbox"/> MAMÓGRAFO <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO EXTRAORAL <input type="checkbox"/> MÉDICO CONVENCIONAL COM FLUOROSCOPIA <input type="checkbox"/> TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO
36. TRANSPORTE DE ÁGUA – Refere-se somente ao CNAE 3600-6/02: <input type="checkbox"/> CONSUMO HUMANO <input type="checkbox"/> 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 ou mais</u> alternativas referentes ao tipo de produto objeto de transporte <input type="checkbox"/> ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES <input type="checkbox"/> MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO <input type="checkbox"/> SANGUE E HEMOCOMPONENTES - AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES <input type="checkbox"/> PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE - Assinale um ou mais códigos das Classes de Produtos referentes aos tipos de produtos transportados (Quadro 3). <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 07 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 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**

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





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

INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO:

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 **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 Nº 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 9 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.

a. **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	188	CENTRO DE PROCESSAMENTO CELULAR
005	ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOLÓGICA	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 MÚSCULOESQUELÉTICO	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
187	CENTRO / NÚCLEO DE REABILITAÇÃO FÍSICA	029	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO - TIPO II
137	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS	046	HEMOCENTRO
182	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS - CAPS AD	113	HOSPITAL DIA
183	CENTRO DE CONVIVÊNCIA	117	HOSPITAL ESPECIALIZADO
		090	HOSPITAL GERAL



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 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	070	SERVIÇO DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA
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

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

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
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.
 - a. **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.
 - a. **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
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 MÚSCULOESQUELÉTICO	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



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 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
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)		
061	SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR "IN VIVO"	141	UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO

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 15 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 §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.



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.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.

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 solicitação. Exemplo: 46⁰ 40' 8.413" N 23⁰ 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.



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

- **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.
 - a. **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.

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:

Excluído:

36. Piscina de uso coletivo – (...)

- a. **CONSUMO HUMANO** – Assinale esta alternativa quando houver distribuição de água para consumo humano por caminhão-pipa ou outro veículo similar de transporte.
- b. **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 HEMOCOMPONENTES
- **PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE** – Assinale um ou mais códigos das Classes de Produtos, referentes aos tipos de produtos transportados, conforme Quadro 3:



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 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.

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 PSIQUIÁTRICO
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 - PATOLOGISTA BUCAL	516115	ESTETICISTA
223208	CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL	223405	FARMACÊUTICO
223212	CIRURGIÃO DENTISTA - ENDODONTISTA	524205	FEIRANTE
223236	CIRURGIÃO DENTISTA - ODONTOPEDIATRA	213105	FÍSICO
223248	CIRURGIÃO DENTISTA - PERIODONTISTA	213150	FÍSICO (MEDICINA)
223256	CIRURGIÃO DENTISTA - PROTESISTA	213155	FÍSICO (NUCLEAR E REATORES)
223260	CIRURGIÃO DENTISTA - RADIOLOGISTA	223605	FISIOTERAPEUTA
223268	CIRURGIÃO DENTISTA - TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL	223810	FONOAUDIÓLOGO
223272	CIRURGIÃO DENTISTA DE SAÚDE COLETIVA	213415	GEOFÍSICO



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 (cont.)

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
251305	GEÓGRAFO	322210	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTENSIVA
213405	GEÓLOGO	322215	TECNICO DE ENFERMAGEM DO TRABALHO
322225	INSTRUMENTADOR CIRÚRGICO	322220	TÉCNICO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA
261125	JORNALISTA	301110	TÉCNICO DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES FÍSICO-QUÍMICAS (MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO)
516120	MANICURO	301105	TÉCNICO DE LABORATÓRIO INDUSTRIAL
322120	MASSOTERAPEUTA	313120	TÉCNICO DE MANUTENÇÃO ELÉTRICA
211115	MATEMÁTICO	313205	TÉCNICO DE MANUTENÇÃO ELETRÔNICA
225105	MÉDICO ACUPUNTURISTA	316305	TÉCNICO DE MINERAÇÃO
225110	MÉDICO ALERGISTA e IMUNOLOGISTA	312105	TÉCNICO DE OBRAS CIVIS
223103	MÉDICO ANATOMOPATOLOGISTA	322505	TECNICO DE ORTOPEDIA
225151	MÉDICO ANESTESIOLOGISTA	312210	TECNICO DE SANEAMENTO
225115	MÉDICO ANGIOLOGISTA	313215	TÉCNICO ELETRÔNICO
225120	MÉDICO CARDIOLOGISTA	300305	TÉCNICO EM ELETROMECÂNICA
225225	MÉDICO CIRURGIÃO GERAL	325115	TÉCNICO EM FARMÁCIA
818105	OPERADOR DE LABORATÓRIO	313505	TÉCNICO EM FOTÔNICA
262105	PRODUTOR CULTURAL	316110	TÉCNICO EM GEOLOGIA
239205	PROFESSOR DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA E SURDOS	322315	TÉCNICO EM HIDROGRAFIA
239215	PROFESSOR DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA MENTAL	324105	TÉCNICO EM MÉTODOS ELETROGRÁFICOS EM ENCEFALOGRAFIA
239225	PROFESSOR DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL	324110	TÉCNICO EM MÉTODOS GRÁFICOS EM CARDIOLOGIA
239420	PROFESSOR DE TÉCNICAS E RECURSOS AUDIOVISUAIS	322305	TÉCNICO EM ÓPTICA E OPTOMETRIA
317110	PROGRAMADOR DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	324205	TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA
251510	PSICÓLOGO CLÍNICO	323105	TÉCNICO EM PECUÁRIA
251540	PSICÓLOGO DO TRABALHO	322115	TÉCNICO EM QUIROPAXIA
251505	PSICÓLOGO EDUCACIONAL	324115	TÉCNICO EM RADIOLOGIA e IMAGENOLOGIA
251530	PSICÓLOGO SOCIAL	322405	TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL
213205	QUÍMICO	351605	TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO
213210	QUÍMICO INDUSTRIAL	7234	TECNICO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA
261135	REPÓRTER (EXCLUSIVE RÁDIO E TELEVISÃO)	311105	TÉCNICO QUÍMICO
261730	REPÓRTER DE RÁDIO E TELEVISÃO	214365	TECNÓLOGO EM ELETRÔNICA
251120	SOCIÓLOGO	223905	TERAPEUTA OCUPACIONAL
515135	SOCORRISTA (EXCETO MÉDICOS E ENFERMEIROS)	312320	TOPÓGRAFO
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 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.



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

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.