



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

Portaria CVS 1/2020

Subanexo V. 2

Solicitação de atos de vigilância sanitária

Fontes de radiação ionizante e equipamentos de interesse da saúde



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO V.2 – PORTARIA CVS 01/2020

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 V 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

FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

SUBANEXO V.2 - INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

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 V 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 V – Formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária*.
6. **RAZÃO SOCIAL / NOME** – Informe a mesma razão social ou nome registrado no campo correspondente do *Anexo V – Formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária*.
7. **NOME FANTASIA** – Informe, se pertinente, o nome fantasia registrado no campo correspondente do *Anexo V – Formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária*.

III – CARACTERIZAÇÃO 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.

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 6 - EQUIPAMENTO GERADOR DE RADIAÇÃO IONIZANTE

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

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

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 máxima de elétrons (MeV - megaelétron-volt)

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



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

SUBANEXO V.2 - INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

➤ EQUIPAMENTOS COM FONTES SELADAS (Anexo II)

Quadro 7 - EQUIPAMENTO COM FONTES SELADAS

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

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento (Quadro 7) 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 8 - EQUIPAMENTO COM RADIAÇÃO IONIZANTE – USO VETERINÁRIO

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

CÓD. – Informe o código correspondente ao equipamento (Quadro 8) 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 máxima de elétrons (MeV - megaelétron-volt)

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

➤ **FONTES SELADAS (Anexo II)**

Quadro 9 - FONTES SELADAS

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

CÓD. – Informe o código correspondente à fonte (Quadro 9) 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 10 - EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
217	CÂMARA DE BRONZEAMENTO ARTIFICIAL	110	GERADOR DE ENERGIA ELÉTRICA
113	CÂMARA HIPERBÁRICA	104	LITOTRIPTOR EXTRACORPÓREO COM ULTRASSOM
112	CENTRAL DE GASES MEDICINAIS	138	MÁQUINA AUTOMATIZADA PARA REPROCESSAMENTO DE DIALISADORES
137	CENTRÍFUGA REFRIGERADA	139	MÁQUINA DE AFERESE
103	CINTILÓGRAFO LINEAR	140	MÁQUINA PARA HEMODIÁLISE – CRÔNICO
108	EQUIPAMENTO DE OSMOSE REVERSA - TRATAMENTO DE ÁGUA PARA DIÁLISE	101	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
136	EQUIPAMENTO DE PET	107	ULTRASSOM COM DOPPLER COLORIDO
114	EQUIPAMENTO DE SEDAÇÃO CONSCIENTE COM ÓXIDO NITROSO	105	ULTRASSOM COM ECÓGRAFO
109	EQUIPAMENTO DEIONIZADOR TRATAMENTO DE ÁGUA PARA DIÁLISE	106	ULTRASSOM COMUM
102	GAMA-CÂMARA	111	USINA DE OXIGÊNIO

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento (Quadro 10) a instalar ou instalado no estabelecimento prestador de serviço de saúde ou de interesse da saúde (Anexo I da Portaria CVS 1/2019), informado no item III (Tipo de Serviço) do Anexo V.

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

FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

SUBANEXO V.2 - INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

➤ EQUIPAMENTOS PARA MEDIÇÃO DE RAIOS X - DESOBRIGADOS DE LS

Quadro 11 - EQUIPAMENTOS PARA MEDIÇÃO DE RAIOS X

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

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento (Quadro 11) do estabelecimento prestador de serviço de saúde ou de interesse da saúde (Anexo I da Portaria CVS 1/2019), informado no item III (Tipo de Serviço) do Anexo V.

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.
- **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 12 - EQUIPAMENTOS AUXILIARES PARA RADIOMETRIA E TESTE DE QUALIDADE EM RADIODIAGNÓSTICO

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

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento (Quadro 12) do estabelecimento prestador de serviço de saúde ou de interesse da saúde (Anexo I da Portaria CVS 1/2019), informado no item III (Tipo de Serviço) do Anexo V.

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

FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

SUBANEXO V.2 - INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

➤ EQUIPAMENTOS PARA SERVIÇOS DE DIÁLISE - DESOBRIGADOS DE LS

Quadro 13 - 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 13) a instalar ou instalado no estabelecimento prestador de serviço de saúde ou de interesse da saúde (Anexo I da Portaria CVS 1/2019), informado no item III (Tipo de Serviço) do Anexo V.

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 14 - EQUIPAMENTOS PARA TRATAMENTO DE ÁGUA PARA DIÁLISE

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

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 da Portaria CVS 1/2019), informado no item III (Tipo de Serviço) do Anexo V.

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 SERVIÇO DE HEMOTERAPIA - DESOBRIGADOS DE LS**

Quadro 15 - EQUIPAMENTOS PARA SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

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

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento (Quadro 15) a instalar ou instalado no estabelecimento prestador de serviço de saúde ou de interesse da saúde (Anexo I da Portaria CVS 1/2019), informado no item III (Tipo de Serviço) do Anexo V.

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 16 - EQUIPAMENTOS PARA MEDICINA HIPERBÁRICA

CÓD.	TIPO
113	CÂMARA HIPERBÁRICA
110	GERADOR DE ENERGIA ELÉTRICA

CÓD. – Registre o código correspondente ao equipamento (Quadro 16) a instalar ou instalado no estabelecimento prestador de serviço de saúde ou de interesse da saúde (Anexo I da Portaria CVS 1/2019), informado no item III (Tipo de Serviço) do Anexo V.

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

FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

SUBANEXO V.2 - INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

➤ EQUIPAMENTOS PARA SEDAÇÃO - DESOBRIGADOS DE LS

Quadro 17 - 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 da Portaria CVS 1/2019), informado no item III (Tipo de Serviço) do Anexo V.

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.

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 - PATOLOGIA 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

FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

SUBANEXO V.2 - INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

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

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
251305	GEÓGRAFO	322215	TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO TRABALHO
213405	GEÓLOGO	322220	TÉCNICO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA
322225	INSTRUMENTADOR CIRÚRGICO	301110	TÉCNICO DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES FÍSICO-QUÍMICAS (MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO)
261125	JORNALISTA	301105	TÉCNICO DE LABORATÓRIO INDUSTRIAL
516120	MANICURO	313120	TÉCNICO DE MANUTENÇÃO ELÉTRICA
322120	MASSOTERAPEUTA	313205	TÉCNICO DE MANUTENÇÃO ELETRÔNICA
211115	MATEMÁTICO	316305	TÉCNICO DE MINERAÇÃO
225105	MÉDICO ACUPUNTURISTA	312105	TÉCNICO DE OBRAS CIVIS
225110	MÉDICO ALERGISTA e IMUNOLOGISTA	322505	TECNICO DE ORTOPEDIA
223103	MÉDICO ANATOMOPATOLOGISTA	312210	TECNICO DE SANEAMENTO
225151	MÉDICO ANESTESIOLOGISTA	313215	TÉCNICO ELETRÔNICO
225115	MÉDICO ANGIOLOGISTA	300305	TÉCNICO EM ELETROMECÂNICA
225120	MÉDICO CARDIOLOGISTA	325115	TÉCNICO EM FARMÁCIA
225225	MÉDICO CIRURGIÃO GERAL	313505	TÉCNICO EM FOTÔNICA
818105	OPERADOR DE LABORATÓRIO	316110	TÉCNICO EM GEOLOGIA
262105	PRODUTOR CULTURAL	322315	TÉCNICO EM HIDROGRAFIA
239205	PROFESSOR DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA E SURDOS	324105	TÉCNICO EM MÉTODOS ELETROGRÁFICOS EM ENCEFALOGRAFIA
239215	PROFESSOR DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA MENTAL	324110	TÉCNICO EM MÉTODOS GRÁFICOS EM CARDIOLOGIA
239225	PROFESSOR DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL	322305	TÉCNICO EM ÓPTICA E OPTOMETRIA
239420	PROFESSOR DE TÉCNICAS E RECURSOS AUDIOVISUAIS	324205	TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA
317110	PROGRAMADOR DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	323105	TÉCNICO EM PECUÁRIA
251510	PSICÓLOGO CLÍNICO	322115	TÉCNICO EM QUIROPRAXIA
251540	PSICÓLOGO DO TRABALHO	324115	TÉCNICO EM RADIOLOGIA e IMAGENOLOGIA
251505	PSICÓLOGO EDUCACIONAL	322405	TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL
251530	PSICÓLOGO SOCIAL	351605	TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO
213205	QUÍMICO	7234	TECNICO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA
213210	QUÍMICO INDUSTRIAL	311105	TÉCNICO QUÍMICO
261135	REPÓRTER (EXCLUSIVE RÁDIO E TELEVISÃO)	214365	TECNÓLOGO EM ELETRÔNICA
261730	REPÓRTER DE RÁDIO E TELEVISÃO	223905	TERAPEUTA OCUPACIONAL
251120	SOCIÓLOGO	312320	TOPÓGRAFO
515135	SOCORRISTA (EXCETO MÉDICOS E ENFERMEIROS)	214125	URBANISTA
312305	TÉCNICO DE AGRIMENSURA	524305	VENDEDOR AMBULANTE
325205	TÉCNICO DE ALIMENTOS	515120	VISITADOR SANITÁRIO
322205	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	223310	ZOOTECNISTA
322210	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTENSIVA		

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.

- **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 V), que acompanha o presente formulário (Subanexo V.2), deve assinar na respectiva linha.

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 V), que acompanha o presente formulário (Subanexo V.2), deve assinar na respectiva linha.

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.

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.