



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO III – PORTARIA CVS 1/2024

## SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

### I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. N° PROTOCOLO

2. DATA PROTOCOLO

3. N° 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. Albergante:

ALBERGADO PRÓPRIO

Cód. Albergado CEVS Próprio:

ALBERGADO TERCEIRIZADO

Cód. Albergado CEVS Próprio:

CNPJ Albergante:

7. N° 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 8,  
as alterações correspondentes à esta solicitação.

9. TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale uma das opções abaixo:

a. ENDEREÇO

g. N° E OU TIPO DE EQUIPAMENTO

b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

h. N° DE LEITOS

c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

i. AMPLIAÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU  
CATEGORIA DE PRODUTO

d. RESPONSABILIDADE LEGAL

j. REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU  
CATEGORIA DE PRODUTO

e. RAZÃO SOCIAL

f.1. FUSÃO ou

f.2. INCORPORAÇÃO ou

f.3. CISÃO ou

f.4. SUCESSÃO

REGISTRE O NOVO CNPJ:

### 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

## IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

<b>14. CEP</b>	<b>15. TIPO LOGRADOURO</b>
<b>16. LOGRADOURO</b>	
<b>17. Nº</b>	<b>18. COMPLEMENTO</b>
<b>19. BAIRRO</b>	
<b>20. MUNICÍPIO</b>	
UF: SP	<b>21. DISTRITO</b>
<b>22. COORDENADAS GEOGRÁFICAS:</b> LONGITUDE:                      ° ' . " N ° ' . " S	
<b>23. TELEFONE</b>	<b>24. CELULAR</b>
<b>25. ENDEREÇO ELETRÔNICO ( e-mail )</b>	
<b>26. ENDEREÇO PÁGINA WEB</b>	

## V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

<p><b>27. TIPO</b> – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo:</p> <p style="text-align: center;">MATRIZ / MANTENEDORA                      FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora:</p>																		
<p><b>28. ESFERA ADMINISTRATIVA</b> – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo:</p> <p style="text-align: center;">PRIVADO                      FEDERAL                      ESTADUAL                      MUNICIPAL</p>																		
<p><b>29. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO</b> – Assinale <u>uma</u> das opções:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">PESSOA FÍSICA</td> <td style="width: 33%;">EMPRESA PRIVADA</td> <td style="width: 33%;">EMPRESA DE ECONOMIA MISTA</td> </tr> <tr> <td>COOPERATIVA</td> <td>SINDICATO</td> <td>FUNDAÇÃO PRIVADA</td> </tr> <tr> <td>ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS</td> <td></td> <td>SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO</td> </tr> <tr> <td>ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE</td> <td></td> <td>ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA</td> </tr> <tr> <td>ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO</td> <td></td> <td>ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA</td> </tr> <tr> <td>ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA</td> <td></td> <td>ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA</td> </tr> </table>	PESSOA FÍSICA	EMPRESA PRIVADA	EMPRESA DE ECONOMIA MISTA	COOPERATIVA	SINDICATO	FUNDAÇÃO PRIVADA	ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS		SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO	ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE		ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA	ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO		ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA	ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA		ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA
PESSOA FÍSICA	EMPRESA PRIVADA	EMPRESA DE ECONOMIA MISTA																
COOPERATIVA	SINDICATO	FUNDAÇÃO PRIVADA																
ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS		SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO																
ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE		ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA																
ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO		ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA																
ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA		ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA																
<p><b>30. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE</b> – Refere-se somente ao CNAE <b>8640-2/99</b>.</p> <p>– Assinale <u>uma</u> das opções ao lado conforme prestação do serviço:                      NÃO                      SIM para a <b>classe 1</b>                      SIM para a <b>classe 2</b></p> <p>– Para resposta <b>SIM</b>, assinale <u>uma ou mais</u> alternativas referentes ao tipo de equipamento, conforme classe assinalada:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">ODONTÓGICO INTRAORAL</td> <td style="width: 33%;">MÉDICO SEM FLUOROSCOPIA</td> <td style="width: 33%;">MAMÓGRAFO</td> </tr> <tr> <td>ODONTÓGICO EXTRAORAL</td> <td>MÉDICO COM FLUOROSCOPIA</td> <td>TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO</td> </tr> </table>	ODONTÓGICO INTRAORAL	MÉDICO SEM FLUOROSCOPIA	MAMÓGRAFO	ODONTÓGICO EXTRAORAL	MÉDICO COM FLUOROSCOPIA	TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO												
ODONTÓGICO INTRAORAL	MÉDICO SEM FLUOROSCOPIA	MAMÓGRAFO																
ODONTÓGICO EXTRAORAL	MÉDICO COM FLUOROSCOPIA	TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO																
<p><b>31. TRANSPORTE DE ÁGUA</b> – Refere-se somente ao CNAE <b>3600-6/02</b>:                      CONSUMO HUMANO                      REUSO</p>																		
<p><b>32. TRANSPORTADORA</b> – Refere-se somente aos CNAE <b>4930-2/01</b> e <b>4930-2/02</b> do Agrupamento 50, Subgrupo D, Grupo I.</p> <p>– Assinale <u>uma ou mais</u> alternativas referentes ao tipo de produto objeto de transporte</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES</td> <td style="width: 50%;">MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">SANGUE E HEMOCOMPONENTES - AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE - Assinale um ou mais códigos das Classes de Produtos referentes aos tipos de produtos transportados (Quadro 24).</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01    02    03    04    05    06    07    08    09    10    12    14    15    20</td> <td></td> </tr> </table>	ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES	MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO	SANGUE E HEMOCOMPONENTES - AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES		PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE - Assinale um ou mais códigos das Classes de Produtos referentes aos tipos de produtos transportados (Quadro 24).		01    02    03    04    05    06    07    08    09    10    12    14    15    20											
ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES	MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO																	
SANGUE E HEMOCOMPONENTES - AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES																		
PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE - Assinale um ou mais códigos das Classes de Produtos referentes aos tipos de produtos transportados (Quadro 24).																		
01    02    03    04    05    06    07    08    09    10    12    14    15    20																		



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
E GP VT Q "F G" X KI KNŽ P E KC "UC P KV f T KC "

ANEXO ~~KKK~~ – PORTARIA CVS 1/2024

## SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

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

33. RESPONSÁVEL LEGAL:

CPF:

CBO – Registre código e descrição:

34. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

35. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

36. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

37. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

### 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.

aa"

LOCAL

DATA

aa"

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL

aa"\*\*\*\*\*

ASSIN. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01

aa"

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02

**SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

## INSTRUTIVO PARA 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 4 a 15 na instrução de preenchimento do Subanexo III.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 4 a 15 na instrução de preenchimento do Subanexo III.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 22 de julho de 2020.
  - **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 correspondente ao atributo da atividade econômica, objeto de solicitação de atos da vigilância sanitária, considerando:
  - **ALBERGANTE** - Assinale esta alternativa quando o estabelecimento objeto de solicitação abrigar atividades que prestam um ou mais tipos de serviços de saúde ou de interesse da saúde, próprias e ou terceirizadas, numa mesma estrutura. Exemplos: hospital, clínica especializada, policlínica, indústria, escola, etc.
    - **Cód. Albergante** - Registre o código correspondente, conforme atributo de sua estrutura (Quadro 1):

**SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO

**Quadro 1 - ESTRUTURA ALBERGANTE - CEVS Próprio**

CÓD.	TIPO
174	AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES - AME
230	ALMOXARIFADO
088	ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA CLÍNICA - TIPO III
005	ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOLÓGICA - TIPO III
006	ASSISTÊNCIA AO IDOSO
095	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR
151	ATIVIDADE DE ACUPUNTURA
176	ATIVIDADE DE CRIOPRESERVAÇÃO
177	BANCO DE CÉLULAS E TECIDOS GERMINATIVOS
121	BANCO DE LEITE HUMANO
166	BANCO DE MULTITECIDOS
146	BANCO DE PELE
133	BANCO DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTÁRIO
179	BANCO DE SEMEM HUMANO
145	BANCO DE TECIDO MÚSCULOESQUELÉTICO
144	BANCO DE TECIDO OCULAR HUMANO
147	BANCO DE VALVAS (VÁLVULAS)
118	CASAS DE APOIO A PORTADORES DE HIV / AIDS - TIPO II
222	CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS (CD)
187	CENTRO / NÚCLEO DE REABILITAÇÃO FÍSICA
137	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS
182	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALCOOL E DROGAS - CAPS AD
183	CENTRO DE CONVIVÊNCIA
227	CENTRO DE INFUSÃO
112	CENTRO DE PARTO NORMAL
188	CENTRO DE PROCESSAMENTO CELULAR
134	CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA
104	CENTRO DE SAÚDE / UNIDADE BÁSICA
213	CENTRO DIA PARA IDOSO
136	CLÍNICA / SERVIÇO DE MEDICINA DO TRABALHO
110	CLÍNICA / UNIDADE AMBULATORIAL - TIPO I
160	CLÍNICA / UNIDADE AMBULATORIAL - TIPO II
161	CLÍNICA / UNIDADE AMBULATORIAL - TIPO III
232	CLÍNICA DE TRANSIÇÃO
231	CLÍNICA ESPECIALIZADA COM INTERNAÇÃO
038	CLÍNICA ESTÉTICA - TIPO I
039	CLÍNICA ESTÉTICA - TIPO II
040	CLÍNICA ESTÉTICA - TIPO III
019	CLÍNICA ODONTOLÓGICA - MODULAR
020	CLÍNICA ODONTOLÓGICA - TIPO I
021	CLÍNICA ODONTOLÓGICA - TIPO II

**SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO

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

CÓD.	TIPO
106	CONSULTÓRIO ISOLADO
028	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO - TIPO I
029	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO - TIPO II
046	HEMOCENTRO
113	HOSPITAL DIA
117	HOSPITAL ESPECIALIZADO
090	HOSPITAL GERAL
155	HOSPITAL PEDIÁTRICO
156	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
191	INSTITUIÇÃO PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS
032	INSTITUTO DE DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA
072	INSTITUTO DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA
043	LABORATÓRIO DE ANÁLISES TOXICOLÓGICAS
167	LABORATÓRIO DE PROCESSAMENTO CPH DE MEDULA ÓSSEA E SANGUE PERIFÉRICO
153	LABORATÓRIO DE PRÓTESE ODONTOLÓGICA
154	MATERNIDADE
195	NAVIO HOSPITAL
049	NÚCLEO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA - HEMONÚCLEO
138	PODÓLOGO
105	POLICLÍNICA
197	POLICLÍNICA DE ENSINO ODONTOLÓGICO
068	POLICLÍNICA ODONTOLÓGICA
148	POSTO DE COLETA DE LEITE HUMANO
023	POSTO DE COLETA DE SANGUE DE DOADOR
139	POSTO DE COLETA LABORATORIAL/ TIPO II
103	POSTO DE SAÚDE
140	PRONTO ATENDIMENTO
116	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO
115	PRONTO SOCORRO GERAL
220	SAA – SISTEMA ABASTECIMENTO ÁGUA
030	SERVIÇO DE AERONAVE DE TRANSPORTE MÉDICO - TIPO "E"
201	SERVIÇO DE AMBULÂNCIA DE RESGATE - TIPO "C"
108	SERVIÇO DE AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO - TIPO "D"
202	SERVIÇO DE AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO - TIPO "B"
107	SERVIÇO DE AMBULÂNCIA DE TRANSPORTE - TIPO "A"
199	SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR REGISTRO GRÁFICO
075	SERVIÇO DE DIÁLISE
109	SERVIÇO DE EMBARCAÇÃO DE TRANSPORTE MÉDICO - TIPO "F"
033	SERVIÇO DE ENDOSCOPIA
057	SERVIÇO DE LITOTRIPSIA
203	SERVIÇO DE MAMOGRAFIA
171	SERVIÇO DE MEDICINA HIPERBÁRICA
061	SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR "IN VIVO"
071	SERVIÇO DE RADIOLOGIA MÉDICA
073	SERVIÇO DE RADIOTERAPIA
074	SERVIÇO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
070	SERVIÇO DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA
082	SERVIÇO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
204	SERVIÇO DE TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA
091	SERVIÇO DE VACINAÇÃO

**SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

## INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO

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

CÓD.	TIPO
225	SOMATOCONSERVAÇÃO
226	TANATOPRAXIA
111	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA – SADT
141	UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO
114	UNIDADE MISTA DE SAÚDE
208	UNIDADE MÓVEL
143	UNIDADE SOROLÓGICA / CENTRAL DE TRIAGEM LABORATORIAL DE DOADORES

- **ALBERGADO 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.
  - **Cód. Albergado CEVS Próprio** - Registre o código correspondente, conforme atributo de sua estrutura (Quadro 2):

**Quadro 2 - ESTRUTURA ALBERGADA - CEVS Próprio**

CÓD.	TIPO
001	AGÊNCIA TRANSFUSIONAL
088	ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA CLÍNICA
005	ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOLÓGICA
177	BANCO DE CÉLULAS E TECIDOS GERMINATIVOS
178	BANCO DE CÉLULAS E TECIDOS HUMANOS
121	BANCO DE LEITE HUMANO
146	BANCO DE PELE
133	BANCO DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTÁRIO
145	BANCO DE TECIDO MÚSCULOESQUELÉTICO
144	BANCO DE TECIDO OCULAR HUMANO
147	BANCO DE VALVAS (VÁLVULAS)
222	CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS (CD)
227	CENTRO DE INFUSÃO
188	CENTRO DE PROCESSAMENTO CELULAR
134	CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA
189	CENTRO DE TRANSPLANTE DE CPH
213	CENTRO DIA PARA IDOSO
039	CLÍNICA ESTÉTICA - TIPO II
019	CLÍNICA ODONTOLÓGICA - MODULAR
020	CLÍNICA ODONTOLÓGICA - TIPO I
028	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO - TIPO I
029	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO - TIPO II
031	DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS
209	DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS COM LENALIDOMIDA
210	DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS COM LENALIDOMIDA E MISOPROSTOL
211	DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS COM MISOPROSTOL
035	ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL POR ÓXIDO DE ETILENO - ETO
224	EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS EM CONSULTÓRIO ISOLADO - TIPO I
223	EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS EM FARMÁCIAS – EAC - TIPO I
041	FARMÁCIA
190	FARMÁCIA PARA PRODUÇÃO DE CONCENTRADO POLIELETROLÍTICO P/ HEMODIÁLISE
032	INSTITUTO DE DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA
072	INSTITUTO DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

**SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

## INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO

**Quadro 2 - ESTRUTURA ALBERGADA - CEVS Próprio (cont.)**

CÓD.	TIPO
194	LABORATÓRIO DE FERTILIZAÇÃO HUMANA
167	LABORATÓRIO DE PROCESSAMENTO CPH DE MEDULA ÓSSEA E SANGUE PERIFÉRICO
153	LABORATÓRIO DE PRÓTESE ODONTOLÓGICA
049	NÚCLEO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA - HEMONÚCLEO
138	PODÓLOGO
148	POSTO DE COLETA DE LEITE HUMANO
023	POSTO DE COLETA DE SANGUE DE DOADOR
139	POSTO DE COLETA LABORATORIAL
221	SAC – SOLUÇÃO ALTERNATIVA COLETIVA ABASTECIMENTO ÁGUA
198	SALA DE ESTABILIZAÇÃO
075	SERVIÇO DE DIÁLISE
057	SERVIÇO DE LITOTRIPSIA
203	SERVIÇO DE MAMOGRAFIA
060	SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR "IN VITRO" (RADIOIMUNOENSAIO)
061	SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR "IN VIVO"
229	SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR VETERINÁRIO
071	SERVIÇO DE RADIOLOGIA MÉDICA
073	SERVIÇO DE RADIOTERAPIA
074	SERVIÇO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
070	SERVIÇO DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA
082	SERVIÇO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
091	SERVIÇO DE VACINAÇÃO
152	SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO
111	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA - SADT
214	UNIDADE DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM
215	UNIDADE DE ATENDIMENTO DE FISIOTERAPIA
216	UNIDADE DE ATENDIMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
217	UNIDADE DE ATENDIMENTO DE NUTRIÇÃO
218	UNIDADE DE ATENDIMENTO DE PSICOLOGIA
219	UNIDADE DE ATENDIMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
141	UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO

- **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.
    - **Cód. Albergado CEVS Próprio** - Registre o código correspondente, conforme atributo de sua estrutura (Quadro 2):
    - **CNPJ ALBERGANTE** – Registre o número do CNPJ do estabelecimento que o alberga.
7. **Nº 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,



**SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

## INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO

- **ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS** – Assinale obrigatoriamente no item 8, as alterações correspondentes à esta solicitação.

**9. TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS** – Assinale uma das opções abaixo:

- 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 §3º do artigo 20
- 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.
- 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.
- RESPONSABILIDADE LEGAL** - Assinale no caso de mudança de responsável legal, desde que essa alteração conste no contrato social da empresa.
- 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 o formulário para a referida situação, fornecendo somente os dados cadastrais da solicitante (sucédida), de forma a registrar a nova configuração da empresa.  
**REGISTRE O NOVO CNPJ** - da empresa que está sendo formada.
- 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 o formulário para a referida situação, fornecendo somente os dados cadastrais da solicitante (incorporada), de forma a registrar a nova configuração da empresa.  
**REGISTRE O NOVO CNPJ** - da empresa que está incorporando a 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 o formulário para a referida situação, fornecendo somente os dados cadastrais da solicitante (cindida), de forma a registrar a nova configuração da empresa.  
**REGISTRE O NOVO CNPJ** - da empresa que está sendo formada.
- 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 o formulário para a referida situação, fornecendo somente os dados cadastrais da solicitante (sucédida), de forma a registrar a nova configuração da empresa.  
**REGISTRE O NOVO CNPJ** - da empresa que está adquirindo a solicitante.
- g. N° 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 III.2). Para os equipamentos sujeitos à LS, solicitar o licenciamento ou seu cancelamento, conforme o caso.
- h. N° DE LEITOS** - Assinale no caso de aumento ou diminuição de leitos de internação e de cuidados intensivos (UTI).

**SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

## INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO

- i. **AMPLIAÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO** - Assinale nos casos de ampliação de atividade (Transportar, Importar, Exportar, Armazenar, Distribuir, Manipular, etc.), ou ampliação de classe (Quadro 24) e ou categoria de produto (Quadro 20).
- j. **REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO** - Assinale nos casos de redução de atividade (Transportar, Importar, Exportar, Armazenar, Distribuir, Manipular, etc.), ou redução de classe (Quadro 24) e ou categoria de produto (Quadro 20).

**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.

**IV - LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

## PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

14. **CEP** – Registre o código de endereçamento postal do local sede do objeto da solicitação.
15. **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.
16. **LOGRADOURO** – Registre o nome do logradouro no qual se situa o referido objeto da solicitação. Exemplos: Presidente Wilson, Dona Veridiana, Doutor Arnaldo, etc.
17. **Nº** – Registre o número do respectivo logradouro no qual se situa o objeto da solicitação.
18. **COMPLEMENTO** – Registre, se pertinente, o complemento do respectivo logradouro. Exemplos: Sala 121, Mezanino, Anexo III, Fundos, Sobreloja, Bloco B, etc.
19. **BAIRRO** – Registre o nome do bairro referente ao logradouro informado. Exemplos: Jardim das Flores, Vila Celeste, Pacaembu, etc.
20. **MUNICÍPIO** – Registre o nome do município no qual se situa o referido objeto da solicitação.
21. **DISTRITO** – Registre, quando couber, o nome do respectivo distrito municipal.
22. **COORDENADAS GEOGRÁFICAS** – Registre a coordenada geográfica referente ao endereço do objeto da solicitação. Exemplo: 46° 40' 8.413" N 23° 33' 21.354" S
23. **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.
24. **CELULAR** – Registre o número do telefone móvel (celular) de contato do estabelecimento

**SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

## INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO

solicitante precedido pelo código de discagem direta do objeto da solicitação. Exemplo: (011) 98765.4321.

25. **ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-MAIL)** – Registre o endereço eletrônico de contato do solicitante ou do estabelecimento referido no objeto da solicitação.
26. **ENDEREÇO PÁGINA WEB** – Registre, quando couber, o endereço do sítio eletrônico do estabelecimento objeto da solicitação.

### V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

27. **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.
  - **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.
    - **CNPJ** – No caso de “Filial / Mantido” registre o número do CNPJ da sua Matriz ou Mantenedora.
28. **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.
29. **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.
30. **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*.

## ANEXO III – PORTARIA CVS 1/2024

**SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

## INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO

- 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*.

**31. TRANSPORTE DE ÁGUA** – Refere-se somente ao CNAE **3600-6/02** do Agrupamento 81, Grupo III. Assinale uma das alternativas, observando:

**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.

**32. 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 24:

Quadro 24 - CLASSE DE PRODUTOS

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
16	PRECURSOR
06	PRODUTO DE HIGIENE
04	PRODUTO PARA SAÚDE
08	SANEANTE DOMISSANITÁRIO

**SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO

**VI- IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS**

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

**33. 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.

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

**34. a 36.** – 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 33 a 36.
- **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.

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

**VII 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 III) deve assinar na respectiva linha de maneira digital ou manual.

**ASSINATURA RESP. TÉCN.** - Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico principal que teve seus dados informados no item 33 do presente formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária (Anexo III) deve assinar na respectiva linha de maneira digital ou manual.

## SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

### INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO

**ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01** - Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico que informou seus dados no item 34 do presente formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária (Anexo III) deve assinar na respectiva linha de maneira digital ou manual.

**ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02** - Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico que informou seus dados no item 35 do presente formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária (Anexo III) deve assinar na respectiva linha de maneira digital ou manual.

**ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 03** - Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico que informou seus dados no item 36 do presente formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária (Anexo III) deve assinar na respectiva linha de maneira digital ou manual.