



# Instruções para o preenchimento do Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde e dos demais anexos

## INTRODUÇÃO

O preenchimento do requerimento tem por finalidade formular um dos seguintes pedidos em relação aos estabelecimentos de assistência ou de interesse à saúde, indicados no ANEXO I desta Portaria, e/ou aos equipamentos de saúde indicados na Tabela 02 deste ANEXO:

- Inscrição inicial no Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde – CMVS;
- Cancelamento do Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde – CMVS;
- Atualização do Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde – CMVS;
- Alteração de dados cadastrais como endereço, responsabilidade legal e/ou técnica (assunção e baixa), número de leitos, número e tipo de equipamentos de saúde, ampliação ou redução de atividade, classe ou categoria de produto e, razão social.

O responsável pelo estabelecimento e/ou equipamento pode formular um ou mais pedidos concomitantemente. Porém, para cada tipo de pedido é necessário preencher um formulário de “Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde – CMVS” que, conforme o objeto, deverá estar acompanhado dos ANEXOS específicos desta Portaria.

Em todos os casos, o requerimento e seus anexos devem ser preenchidos, datados e assinados pelo interessado, no caso de pessoa física, ou pelo responsável legal, no caso de pessoa jurídica. Quando a legislação exigir, o requerimento deverá ser assinado também pelo(s) responsável(is) técnico(s) do estabelecimento de assistência e de interesse à saúde e/ou dos equipamentos de saúde.

# CRITÉRIOS PARA USO DO REQUERIMENTO E SEUS ANEXOS

Existem cinco formulários que devem ser utilizados, conforme abaixo:

## ANEXO II

### “REQUERIMENTO DE CADASTRO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - CMVS”

Preenchimento obrigatório para todos os tipos de estabelecimentos de assistência e de interesse à saúde e de equipamentos de saúde (Anexo I da presente Portaria e Tabela 2 deste ANEXO), seguido de um ou mais anexos específicos, conforme o tipo de atividade e do equipamento.

## ANEXO III

### “EQUIPAMENTOS DE SAÚDE”

Preenchimento obrigatório para todo estabelecimento que possua equipamentos de saúde, constantes na Tabela 02 deste ANEXO.

## ANEXO IV

### “ATIVIDADE RELACIONADA A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE”

Preenchimento obrigatório para os estabelecimentos industriais, comerciais ou de prestação de serviços, que exerçam atividades relacionadas com produtos de interesse à saúde (Grupo I, do Anexo I, desta Portaria), exceto aqueles mencionados a seguir:

**- Todos os CNAE do agrupamento 20, Subgrupo C, Grupo I do Anexo I – Comércio Varejista de Alimentos.**

## ANEXO V

### “ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE”

Preenchimento obrigatório para qualquer estabelecimento que presta serviço de atendimento, internação e diagnóstico de saúde, entre outros constantes no Grupo II do Anexo I desta Portaria.

A forma de preenchimento do “**Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde – CMVS**” varia de acordo com as características do objeto da solicitação e segundo conceitos pré-estabelecidos para uso da vigilância em saúde, a saber:

**Estabelecimento de interesse à saúde** – É a edificação onde se desenvolve uma ou mais atividades relacionadas a produtos de interesse da saúde ou relacionadas à prestação de serviços de saúde.

Estas atividades são as seguintes:

- **Atividades relacionadas a produtos de interesse da saúde** – são aquelas desenvolvidas em estabelecimentos industriais, comerciais ou de prestação de serviços com produtos relacionados à saúde, constantes no Grupo I do Anexo I desta Portaria.

Para cada estabelecimento corresponde uma inscrição no CMVS e, conseqüentemente, o preenchimento de um formulário ANEXO II - “Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária - CMVS” e do ANEXO IV - “Atividade Relacionada a Produtos de Interesse da Saúde”, para as solicitações pertinentes.

- **Atividades de prestação de serviço de saúde** – são aquelas relacionadas no Grupo II do ANEXO I desta Portaria. Este conceito compreende também as atividades desenvolvidas em alguns tipos de serviços de saúde que se caracterizam como estruturas “Albergantes” (estabelecimento que possui diferentes tipos de serviço de saúde prestados na mesma estrutura) e serviços “Albergados” (atividade de prestação de serviço de saúde exercida na estrutura do albergante).

Para cada estabelecimento “Albergante” e para cada tipo de serviço “Albergado”, corresponde uma inscrição no CMVS e, conseqüentemente, para cada um deles é necessário o preenchimento de um formulário ANEXO II - “Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde - CMVS” e do ANEXO V - “Atividade de Prestação de Serviço de Saúde”, de acordo com as solicitações pertinentes.

**Nota:** No caso da solicitação referir-se a:

**a) Estrutura “Albergante”** – o ANEXO V - “ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE” - prevê o registro de todos os serviços albergados, sejam eles próprios - com/sem inscrição no CMVS - e terceirizados. Esse fato não dispensa a entrada de solicitação específica para cada um dos serviços albergados, próprios e terceirizados, sujeitos à inscrição no CMVS (vide Tabela 01 no final deste ANEXO).

**b) Estabelecimento (albergante ou albergado) que possui um ou mais equipamentos de saúde** – o ANEXO III - “Equipamentos de Saúde”, também deve ser utilizado, pois prevê o registro de todos os tipos de equipamentos, sujeitos ou não à inscrição no CMVS (vide Tabela 02 deste ANEXO). Esse fato não dispensa a formulação de pedido específico para cada um dos equipamentos sujeitos à inscrição no CMVS.

- **Demais atividades de interesse da saúde:** são as atividades de interesse à saúde que são desenvolvidas por estabelecimentos comerciais ou de prestação de serviços em geral. Encontram-se relacionadas no Grupo III do ANEXO I desta Portaria. Para estas atividades é necessário preencher o ANEXO II – Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde e, quando necessário, o ANEXO III – Equipamentos de saúde.
- **Equipamentos de saúde** – são os equipamentos de interesse à saúde utilizados nos diversos serviços de saúde e que estão sujeitos à inscrição no CMVS (vide Tabela 02 deste ANEXO).

Para cada equipamento corresponde um número de inscrição no CMVS.

Quando a solicitação referir-se somente à equipamento(s) de saúde é preciso preencher um único formulário do ANEXO II - “Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde - CMVS” e quantas folhas do ANEXO III - “Equipamentos de Saúde” forem necessárias para a totalidade das informações.

## ANEXO VI

### “SISTEMA / SOLUÇÃO ALTERNATIVA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA PARA O CONSUMO HUMANO”

Preenchimento obrigatório para qualquer sistema / solução alternativa de abastecimento de água para consumo humano, constantes no Grupo III do Anexo I dessa Portaria, exceto para empresas de distribuição de água por caminhões que não executam captação de água.

# ANEXO II

## “Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde”

### INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

#### I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

NÃO PREENCHER

#### II – SOLICITAÇÃO

**4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO** – ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, O NÚMERO DO CMVS CORRESPONDENTE

##### ESTABELECIMENTO

Assinale no caso da solicitação referir-se a um estabelecimento de interesse à saúde sujeito à inscrição no CMVS – consulte o **ANEXO I** desta Portaria e a **Tabela 01** deste **ANEXO – Tipos de Serviços de Saúde** (vide 01.A e 01.B).

##### EQUIPAMENTO

Assinale no caso da solicitação referir-se a um ou mais equipamentos de saúde sujeitos à inscrição no CMVS – consulte a **Tabela 02** deste **ANEXO - Equipamentos de Saúde** (vide 02.B, 02.C, 02.D. e 02.E).

##### ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO

Assinale no caso da solicitação referir-se a um estabelecimento de interesse à saúde que possua um ou mais equipamentos de saúde, ambos sujeitos à inscrição no CMVS – consulte o **ANEXO I** desta **Portaria** e as **Tabelas 01.A e 01.B e 02.B a 02.E** deste ANEXO.

##### FEIRANTE

Assinale no caso da solicitação referir-se a feirante, registrando o número de matrícula do feirante.

#### 5. CÓDIGO CNAE / DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE À SAÚDE DO ESTABELECIMENTO

Registre o código e a descrição da Classificação Nacional das Atividades Econômicas – Fiscal / CNAE referente à atividade econômica do estabelecimento de assistência ou de interesse à saúde, explicitada no contrato/estatuto social da empresa – consulte o **ANEXO I** desta Portaria.

**Nota:** No caso de contrato/estatuto social em que estejam descritas várias atividades econômicas, eleger aquela de interesse da saúde, priorizando a que apresentar a maior complexidade na ação de vigilância em saúde (última coluna da referida tabela).

## **6. N.º. CMVS – CADASTRO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Registre o respectivo número do CMVS do estabelecimento ou do equipamento de interesse à saúde.

**Nota:** Se essa for a primeira solicitação de inscrição do estabelecimento ou do equipamento, esse campo deve ficar em branco.

## **7. TIPO DE SOLICITAÇÃO – ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:**

Assinale com “X” uma única opção conforme o tipo de solicitação desejada.

### **CADASTRO INICIAL**

Assinale no caso de primeira solicitação de inscrição no cadastro.

### **ATUALIZAÇÃO DO CMVS**

Assinale no caso da solicitação referir-se à atualização do CMVS, desde que prevista na legislação sanitária vigente (federal, estadual ou municipal), conforme coluna “Atualização CMVS”, no ANEXO I.

### **CANCELAMENTO DO CMVS**

Assinale no caso da solicitação referir-se ao encerramento das atividades do estabelecimento ou do uso de equipamento de saúde, conforme previsto nesta Portaria.

## **ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – ASSINALE NO ITEM 8 ABAIXO, OS TIPOS DE ALTERAÇÕES**

Ao assinalar esta alternativa (8) é obrigatório informar qual(is) o(s) tipo(s) de alteração(ões) solicitada(s).

## **8. TIPO DE ALTERAÇÃO – ASSINALE COM UM “X” AS OPÇÕES ABAIXO:**

### **8.A. ENDEREÇO**

Assinale no caso de mudança de endereço do estabelecimento / equipamento no Município de São Paulo.

### **8.B. RESPONSABILIDADE LEGAL**

Assinale no caso de mudança de responsável legal, desde que essa alteração conste no contrato/estatuto social da empresa.

### **8.C. NÚMERO DE LEITOS**

Assinale no caso de aumento ou diminuição de leitos de internação, observação e de cuidados intensivos (UTI).

### **8.D. RAZÃO SOCIAL**

Assinale no caso de alteração da razão social da pessoa jurídica.

### **8.E. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA ou BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

Neste caso, assinale um dos tipos de alteração, segundo a necessidade.

Nota: Utilize um requerimento para cada tipo de pedido (assunção ou baixa), por profissional, ou seja, não utilize o mesmo requerimento para informar a baixa de responsabilidade do profissional de um estabelecimento/equipamento e sua assunção em outro estabelecimento/equipamento.

### **8.F. NÚMERO e ou TIPO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE DISPENSADOS DE INSCRIÇÃO NO CMVS**

Assinale no caso de aumento ou diminuição do número de equipamentos de saúde dispensados de inscrição no Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde (Tabela 02.A).

### **8.G. 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:** Na **mudança de ramo de atividade** devem ser observadas as disposições para cancelamento da inscrição no CMVS vigente e, conseqüentemente, para a solicitação de outra inscrição no CMVS para a nova atividade.

### **8.H. INCLUSÃO / EXCLUSÃO DE VEÍCULOS**

Assinale nos casos de ampliação de aumento ou diminuição do número de veículos.

## **III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

Preencher exclusivamente com os dados do estabelecimento

### **9. NOME/RAZÃO SOCIAL**

Registre a razão social da pessoa jurídica ou o nome da pessoa física.

**Nota:** registrar a mesma razão social inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou o mesmo nome inscrito no Cadastro de Pessoa Física (CPF).

### **10. NOME FANTASIA**

Registre o nome fantasia do estabelecimento a ser cadastrado.

### **11. CNPJ / CPF**

Registre o número do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) no caso de pessoa jurídica, ou o número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) no caso de pessoa física.

### **12. NATUREZA JURÍDICA**

Assinale uma das opções a seguir:

**PESSOA FÍSICA** - No caso de tratar-se de pessoa física

**PESSOA JURÍDICA** - No caso de tratar-se de empresa jurídica

## **IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

**Nota:** Informe os dados do estabelecimento onde se desenvolvem as atividades. Portanto, no caso de solicitação referente a:

a. “ALBERGANTE” - registre seu próprio endereço.

b. “ALBERGADO” - registre o endereço da estrutura “ALBERGANTE”, onde está sediado.

### **16. LOGRADOURO**

Registre o tipo e o nome do logradouro.

**Nota:** Observe as abreviações a serem utilizadas para os diferentes tipos e nomenclaturas mais usuais de logradouros – consulte **Tabelas 03 e 04** deste ANEXO.

No caso de feirante ou profissional autônomo, proprietário de um único veículo, que desenvolve atividade de transporte de alimentos deve ser registrado neste campo o endereço residencial dos mesmos.

**17. NÚMERO**

Registre o número do logradouro.

**18. COMPLEMENTO**

Registre, se houver, o complemento do logradouro.

Nota: Observe as abreviações a serem utilizadas para os diferentes tipos de logradouros – consulte Tabela 05 deste ANEXO.

**19. BAIRRO**

Registre o nome do respectivo bairro.

**19A. DISTRITO ADMINISTRATIVO**

**NÃO PREENCHER.**

**20. UF**

**NÃO PREENCHER.**

**21. NOME MUNICÍPIO**

**NÃO PREENCHER.**

**22. CEP**

Registre o respectivo número do Código de Endereçamento Postal (CEP).

**23. DDD**

Registre o respectivo código telefônico de Discagem Direta à Distância - do município.

**24. TELEFONE**

Registre o respectivo número de telefone.

**25. FAX**

Registre o respectivo número do fac-símile.

**26. ENDEREÇO ELETRÔNICO**

Registre o endereço eletrônico (e-mail) do estabelecimento ou dos responsáveis legal ou técnico.

**V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO****28. POSSUI DISPENSAÇÃO DE PRODUTOS DE CONTROLE ESPECIAL (conforme Portaria MS 344/98)**

Preencher somente no caso do CNAE 7500-1/00 – Agrupamento 26, Subgrupo A, Grupo III do ANEXO I.

Assinale uma das opções a seguir:

**SIM** - No caso de existir dispensação de produtos de controle especial no estabelecimento solicitante.

**NÃO** - No caso de não existir dispensação de produtos de controle especial no estabelecimento solicitante.

**29. SITUAÇÃO** – ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, A INFORMAÇÃO SOLICITADA:

**ALBERGANTE**

Quando o estabelecimento objeto da solicitação, sujeito à inscrição no CMVS, abriga atividades que prestam um ou mais tipos de serviços, próprias e/ou terceirizadas, numa mesma estrutura.

**ALBERGADO** – INFORME CNPJ DO ALBERGANTE, NO CASO DE ALBERGADO TERCEIRIZADO:

Situação na qual o estabelecimento objeto da solicitação, sujeito à inscrição no CMVS, desenvolve suas atividades em uma estrutura albergante.

**Nota:** Ao optar por “ALBERGADO”, sendo este um terceirizado, é obrigatório o registro do CNPJ de seu “ALBERGANTE”, no campo correspondente.

**30. PRIVADO**

Quando o estabelecimento for da esfera privada.

**31. ESFERA ADMINISTRATIVA** – ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

**FEDERAL**

Quando o estabelecimento pertencer à Administração Pública Federal.

**ESTADUAL**

Quando o estabelecimento pertencer à Administração Pública Estadual.

**MUNICIPAL**

Quando o estabelecimento pertencer à Administração Pública Municipal.

**32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO** – ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO

Consulte o contrato/estatuto social da empresa para assinalar uma das seguintes alternativas:

**SINDICATO / COOPERATIVA / FUNDAÇÃO PRIVADA / EMPRESA PRIVADA / EMPRESA DE ECONOMIA MISTA / SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO / ADMINISTRAÇÃO DIRETA - SAÚDE / ADMINISTRAÇÃO DIRETA - OUTROS ÓRGÃOS / PESSOA FÍSICA / ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - AUTARQUIAS / ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - FUNDAÇÃO PÚBLICA / ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - EMPRESA PÚBLICA / ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - ORGANIZAÇÃO SOCIAL PÚBLICA / ENTIDADE SEM FINS LUCRATIVOS / CONDOMÍNIOS / ASSOCIAÇÕES.**

**33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA** – ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

**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 é de propriedade ou gestão de Universidade ou Escola Isolada, mas desenvolve programas de treinamento, em serviço, de curso de graduação ou pós-graduação da área de saúde, devidamente conveniado com uma instituição de Ensino Superior.

### **NÃO POSSUI UNIDADE DESSE TIPO**

Estabelecimentos sem atividades de ensino e pesquisa.

**34. TOTAL DE EMPREGADOS/SERVIDORES/PROFISSIONAIS** – Considere o número total de empregados, servidores, profissionais autônomos ou terceirizados que atuam no estabelecimento, bem como todos os níveis de formação: Superior, Técnico, Médio e Fundamental.

## **VI – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICO**

### **35. NOME DA PESSOA FÍSICA ou DO RESPONSÁVEL LEGAL da PESSOA JURÍDICA**

Registre o nome completo da pessoa física ou do responsável legal da empresa.

#### **CPF**

Registre o número de inscrição no Cadastro de Pessoa Física – CPF da pessoa física ou do representante legal da pessoa jurídica.

### **CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES – CBO**

Registre o código e, em seguida, a descrição da categoria profissional do referido responsável, segundo a **Tabela 06** deste ANEXO.

### **36. RESPONSÁVEL TÉCNICO**

Registre o nome completo do responsável técnico do estabelecimento, quando previsto em lei.

#### **CPF**

Registre o número de inscrição no Cadastro de Pessoa Física – CPF do responsável técnico.

### **SIGLA DO CONSELHO PROFISSIONAL**

Registre a sigla do Conselho Profissional onde está inscrito o respectivo profissional.

#### **UF**

Registre a unidade federada do respectivo conselho profissional.

### **Nº. INSCRIÇÃO CONSELHO**

Registre o número da inscrição do responsável no respectivo conselho profissional.

### **CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES – CBO**

Registre o código e, em seguida, a descrição da categoria profissional do referido responsável, segundo a **Tabela 06** deste ANEXO.

**Notas:** No caso do objeto da solicitação referir-se a:

**a.** um ou mais equipamentos de saúde, utilize o ANEXO III **”Equipamentos de Saúde”** para registrar os dados dos responsáveis técnicos - principal e substitutos - correspondentes a cada equipamento informado.

**b.** um estabelecimento, utilize este campo para registrar os dados dos responsáveis técnicos pela(s) atividade(s).

### **37. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01**

Registre, quando houver, o nome completo do responsável técnico substituto do estabelecimento (campo 4 do ANEXO II “Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde - CMVS”).

### **CPF**

Registre o número do Cadastro de Pessoa Física – CPF do responsável técnico substituto.

### **SIGLA DO CONSELHO PROFISSIONAL**

Registre a sigla do Conselho Profissional onde está inscrito o respectivo profissional.

### **UF**

Registre a unidade federada do respectivo conselho profissional.

### **Nº. INSCRIÇÃO CONSELHO**

Registre o número da inscrição do profissional no respectivo conselho profissional.

### **CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES – CBO**

Registre o código e, em seguida, a descrição da categoria profissional do referido responsável, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO - Consulte a Tabela 06 deste ANEXO.

### **38. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02**

Informar os dados do técnico indicado como segundo substituto, quando houver, conforme instruções anteriores do campo **37**.

### **39. IDENTIFICAÇÃO DOS VEÍCULOS**

No caso de tratar-se de transportadora ou distribuidora de produtos, feirante, dogueiro motorizado ou serviço de remoção de pacientes, registre o número do RENAVAM de cada veículo.

**Nota:** Se o número de veículos exceder à capacidade de registros possíveis nos campos existentes, preencher novo anexo.

## V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

### 40. REGISTRE O NÚMERO DE PÁGINAS, SEGUNDO OS ANEXOS UTILIZADOS PARA COMPLEMENTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DESTE REQUERIMENTO:

#### ATIVIDADE RELACIONADA A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

Registre **00** se esse formulário não estiver sendo anexado ou o total de páginas utilizadas (no mínimo **04** = anexo completo).

**Nota:** Se o número de categorias de produto exceder à capacidade de registros possíveis no campo 65, reproduzir a referida página, quantas vezes for necessário para completar a informação.

#### ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

Registre **00** se esse formulário não estiver sendo anexado ou, **02** (frente e verso) se utilizado.

#### EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

Registre **00** se esse formulário não estiver sendo anexado ou o total de páginas utilizadas (no mínimo **02** = anexo completo).

**Nota:** Se o número de equipamentos exceder a capacidade de registros possíveis no item III ou se o número de responsáveis técnicos – principais e substitutos - exceder a capacidade de registros possíveis no item IV, reproduzir as respectivas páginas quantas vezes forem necessárias para completar as informações.

## DECLARAÇÃO

Esta declaração tem preenchimento obrigatório e deve ser assinada pela pessoa física ou pelo responsável legal da pessoa jurídica e pelo(s) responsável(is) técnico(s) indicados nos campos correspondentes.

#### LOCAL

**NÃO PREENCHER**

#### DATA

Registre a data (**DD/MM/AAAA**) em que está sendo efetuada a solicitação.

#### ASSINATURA

Após ler e concordar com o declarado, a pessoa física ou o responsável legal da pessoa jurídica deve assinar na respectiva linha.

#### ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO

Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico principal deve assinar na respectiva linha.

#### ASSIN. RESP.TÉCN. SUBST. 01

Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico substituto deve assinar na respectiva linha.

#### ASSIN. RESP.TÉCN. SUBST. 02

Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico substituto deve assinar

# ANEXO III

## Equipamentos de Saúde Anexo do requerimento de CMVS

### INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

na respectiva linha.

Fl. \_\_\_ / \_\_\_

Este campo deve ser preenchido pelo solicitante para situar o número da folha em relação ao total de folhas de anexo utilizadas.

Exemplos:

01 / 03 - indica que é a primeira folha do total de 03 preenchidas e anexadas ao requerimento e,

02 / 03 - indica que é a segunda do total de 03 preenchidas e anexadas ao requerimento.

**Nota:** Informe o total de páginas utilizadas no campo “Equipamentos de Saúde”, item VII, sub-item 40, do “**Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde**”.

### I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

NÃO PREENCHER

### II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

REGISTRAR OS MESMOS DADOS DO REQUERIMENTO AO QUAL PERTENCE ESTE ANEXO

Copiar do “**Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde**” o que foi registrado nos campos:

9. RAZÃO SOCIAL / NOME 10. NOME FANTASIA e 11. CNPJ / CPF, do item III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO; e,

6. N.º. CMVS DO ESTABELECIMENTO, SE HOUVER, do item II – SOLICITAÇÃO.

### III - EQUIPAMENTOS DE INTERESSE À SAÚDE

Os campos “EQ.” são padronizados e cada número (01 a 08) refere-se a somente um tipo de equipamento de interesse da saúde.

O preenchimento desses campos varia em função do tipo de equipamento e do fato do equipamento estar ou não sujeito à inscrição no CMVS. Consulte a **Tabela 02 DO ANEXO II – Equipamentos de Saúde**.

Registrar os dados solicitados, conforme as seguintes situações:

#### III.A - EQUIPAMENTO DE SAÚDE – DISPENSADO DE INSCRIÇÃO NO CMVS.

##### CÓD.

Registre o código do tipo de equipamento de saúde ao qual se refere, conforme a **Tabela 02.A**.

##### NÚMERO CMVS

Este campo deve ser preenchido com zeros.

##### CARACTERÍSTICA A

Registre a quantidade de equipamentos (correspondente ao tipo informado no campo “CÓD.”), existente no local.

##### CARACTERÍSTICA B, C e D

Estes campos devem ser preenchidos com **zeros**.

#### III.B - EQUIPAMENTO DE SAÚDE - SUJEITO À INSCRIÇÃO NO CMVS

##### CÓD.

Registre o código do tipo de equipamento de saúde ao qual se refere, conforme a **Tabela 02. B**.

##### NÚMERO CMVS

Registre, quando houver, o número do Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde do equipamento. No caso de solicitação inicial de cadastro do equipamento, este campo deve ser preenchido com **zeros**.

##### 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).

**Nota:** No caso de “ACELERADOR LINEAR”, preencher com o **valor da energia máxima de fótons** (MeV – Mmegaelétron-volt) e **energia máxima de elétrons** (MeV- megaelétron-volt).

##### CARACTERÍSTICA D

Este campo deve ser preenchido com **zeros**.

### **III.C - EQUIPAMENTO DE SAÚDE – PARA USO VETERINÁRIO – SUJEITO À INSCRIÇÃO NO CMVS.**

Registre o código do tipo de equipamento de saúde ao qual se refere, conforme a **Tabela 02. E**.

#### **NÚMERO CMVS**

Registre, quando houver, o número do Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde – CMVS do equipamento. No caso de solicitação inicial de cadastro do equipamento, este campo deve ser preenchido com **zeros**.

#### **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).

#### **CARACTERÍSTICA D**

Este campo deve ser preenchido com **zeros**.

## **IV – RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO**

**Nota: a)** Os campos de “**A**” a “**H**” são padronizados, sendo que cada item corresponde aos dados de somente um responsável técnico. Devem ser preenchidos mantendo uma relação direta com os equipamentos de saúde sujeitos à inscrição no CMVS, informados no anverso do formulário.

**b)**No caso de bronzeamento artificial, preencher os campos deste item com zeros.

### **A. RESPONSÁVEL TÉCNICO**

Registre o nome completo do responsável técnico.

#### **CPF**

Registre o número do Cadastro de Pessoa Física – CPF do referido responsável.

#### **CONS. PROF.**

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.

### **CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES – CBO**

Registre o código da categoria profissional do referido responsável, segundo a **Tabela 06** do ANEXO II.

**ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) INFORMADO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S).**

Este padrão permite informar a relação existente entre o profissional e os vários equipamentos pelos quais ele tem responsabilidade técnica, assim como, o tipo – PRINCIPAL OU SUBSTITUTO - que pode ser diferente para cada um dos equipamentos.

**PRINCIPAL**

Assinale com um “X” sobre o(s) **NÚMERO(S)** correspondente(s) ao(s) **EQUIPAMENTO(S)** descrito(s) no anverso da folha, cujo responsável técnico principal seja o registrado neste campo.

**SUBSTITUTO**

Assinale com um “X” sobre o(s) **NÚMERO(S)** correspondente(s) ao(s) **EQUIPAMENTO(S)** descrito(s) no anverso da folha, cujo responsável técnico substituto seja o registrado neste campo.

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

## **DECLARAÇÃO**

Esta declaração tem preenchimento obrigatório e deve ser assinada pela pessoa física ou pelo responsável legal da pessoa jurídica e, quando for o caso, em pelo(s) responsável(is) técnico(s).

**LOCAL**

**NÃO PREENCHER**

**DATA**

Registre a data (**DD/MM/AAAA**) em que está sendo efetuada a solicitação.

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL**

Após ler e concordar com o declarado, a pessoa física ou o responsável legal da pessoa jurídica que teve seus dados informados no campo 35 do “**Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde**” deve assinar na respectiva linha.

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DO ESTABELECIMENTO**

Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico principal que teve seus dados informados no campo 36 do “**Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde**” deve assinar na respectiva linha.

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO A**

Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico substituto que informou seus dados no campo A (item IV – RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO) deve assinar na respectiva linha.

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO B, C, D, E, F, G e H**

Preencher conforme instrução anterior (Assinatura do Responsável Técnico A), considerando as informações correspondentes aos campos com mesma letra – **B, C, D, E, F, G e H** (item IV – RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO).

# ANEXO IV

## Atividade relacionada a produtos de interesse da saúde

Anexo do requerimento de CMVS

### INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

#### I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

**NÃO PREENCHER**

#### II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

REGISTRAR OS MESMOS DADOS DO REQUERIMENTO AO QUAL PERTENCE ESTE ANEXO

Copiar do “**Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde**” o que foi registrado nos campos:

9. RAZÃO SOCIAL / NOME 10. NOME FANTASIA 11. CNPJ / CPF, do item III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO; e,  
6. N°. CMVS DO ESTABELECIMENTO, SE HOUVER, do item II – SOLICITAÇÃO.

#### III – CARACTERIZAÇÃO DA ATIVIDADE

**58. NO CASO DA ATIVIDADE DECLARADA REFERIR-SE AO CNAE 4771-7/01 - ASSINALE COM “X” UMA DAS ALTERNATIVAS ABAIXO.**

##### **DROGARIA**

Após esta opção, ir para o campo **59** e, em seguida, para o **63**.

##### **ERVANARIA**

Após esta opção não preencher os demais campos deste anexo.

##### **POSTO DE MEDICAMENTOS**

Após esta opção não preencher os demais campos deste anexo.

**59. AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE) – QUANDO HOUVER, REGISTRE OS DADOS SOLICITADOS, SEGUNDO A CLASSE DE PRODUTO**  
Esse campo só deve ser preenchido para as seguintes classes de produtos: Medicamento e Insumo Farmacêutico; Saneante Domissanitário; Produto para Saúde / Correlato; Cosmético, Perfume e Produto de Higiene.



**NÚMERO DA AFE**

Registre o número de Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE) concedida pelo órgão competente do MS do respectivo agrupamento de classe de produtos.

**Nota:** Se no campo 58 foi assinalada a alternativa Drogaria, preencher o número de Autorização de Funcionamento, concedida conforme Resolução ANVISA nº. 238 de 27/12/2001, no agrupamento de Medicamentos e Insumo Farmacêutico.

**DATA DA PUBLICAÇÃO**

Registre a respectiva data de publicação da AFE concedida pelo órgão competente do MS do respectivo agrupamento de classe de produtos.

**60. AUTORIZAÇÃO ESPECIAL (AE) – QUANDO HOUVER, REGISTRE OS DADOS SOLICITADOS****NÚMERO DA AE**

Registre o número da Autorização Especial concedida pelo órgão competente do MS.

**DATA DA PUBLICAÇÃO**

Registre a respectiva data de publicação da AFE concedida pelo órgão competente do MS.

**61. CONTROLE DE QUALIDADE PRÓPRIO – ASSINALE COM UM “X” OS TIPOS DE CONTROLE DE QUALIDADE REALIZADOS PELA EMPRESA, NA CLASSE DE PRODUTO CORRESPONDENTE.**

Somente no caso de, no estabelecimento, haver controle de qualidade próprio.

**62. CONTROLE DE QUALIDADE TERCEIRIZADO - REGISTRE O SOLICITADO REFERENTE À EMPRESA CONTRATADA PARA PRESTAR SERVIÇO DE CONTROLE DE QUALIDADE E ÀS CLASSES DE PRODUTOS, ASSINALANDO COM UM “X” OS TIPOS DE CONTROLE POR ELA REALIZADO.****RAZÃO SOCIAL**

Registre a Razão Social da empresa contratada.

**CNPJ DO TERCEIRO**

Registre o número do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) da empresa contratada para prestar serviço de controle de qualidade dos produtos correspondente a classe de produto informada a seguir.

**CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSE DE PRODUTO**

Registre o código e a descrição da classe de produto (vide **Tabela 7** no final destas instruções) correspondente ao controle de qualidade efetuado pela empresa contratada.

**FÍSICO-QUÍMICO / QUÍMICO / BIOLÓGICO / MICROBIOLÓGICO**

Esses campos devem ser assinalados com “X”, conforme o tipo de controle de qualidade efetuado na respectiva classe de produto.

**63. ATIVIDADES EXECUTADAS POR CLASSE DE PRODUTO** – ASSINALE COM UM “X” AS ATIVIDADES EXECUTADAS NO ESTABELECIMENTO, SEGUNDO A CLASSE DE PRODUTO.

Esse campo deve ser preenchido somente se no campo “7. Tipo de Solicitação”, do formulário “**Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde**”, foram assinaladas uma das seguintes alternativas:

- CADASTRO INICIAL
- ATUALIZAÇÃO DE CMVS
- ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Associada ao campo “**AMPLIAÇÃO / REDUÇÃO DE ATIVIDADE / CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO**” – somente quando se tratar de ampliação ou redução de atividades.

**Nota:** Desde que a empresa tenha interesse e atenda as condições sanitárias (técnicas e de instalação), um único cadastro pode contemplar todas as classes de produto do mesmo agrupamento (Grupo I a V, abaixo).

Desta forma, Classes de Produtos em Grupos distintos exigem cadastros distintos.

No caso do CNAE 4691-5/00 (Comércio atacadista de diversas classes de produtos relacionados à saúde), será concedido um único número CMVS.

**Grupo I**

Medicamentos  
Medicamentos de Controle Especial  
Insumos Farmacêuticos  
Insumos Farmacêuticos de Controle Especial  
Precusores

**Grupo II**

Cosméticos  
Perfumes  
Produtos de Higiene

**Grupo III**

Alimentos  
Alimentos Artesanais  
Aditivos para Alimentos  
Embalagens para Alimentos  
Vernizes Sanitários para embalagem de alimentos

**Grupo IV**

Produtos para Saúde / Correlatos

**Grupo V**

Saneantes Domissanitários

Assinalar com “**X**” somente as atividades pertinentes ao tipo de estabelecimento, de acordo com as classes de produtos.

Favor observar as orientações correspondentes para as seguintes situações e CNAE:

**63.1** No caso de **DROGARIA** (CNAE 4771-7/01 - Agrupamento 21, Subgrupo C, Grupo I - Anexo I).

CLASSE DE PRODUTO I: “medicamento” e “medicamento de controle especial”, quando couber.

ATIVIDADES:

- **Dispensar** – obrigatoriamente.
- **Aplicar injeção** – quando for o caso.

**Nota:** demais atividades e classes de produtos: não preencher.

**63.2** No caso de **FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO (ALOPÁTICO OU HOMEOPÁTICO)** – (CNAE 4771-7/02 - Agrupamento 21, Subgrupo C, Grupo I - Anexo I).

CLASSE DE PRODUTO I: “medicamento” e “medicamento de controle especial”, quando couber.

ATIVIDADES:

- **Manipular e Dispensar** – obrigatoriamente.
- **Aplicar injeção** – quando for o caso.

**Nota:** demais atividades e classes de produtos: não preencher.

**63.3** – No caso de **COMÉRCIO VAREJISTA DE ARTIGOS DE PERFUMARIA E PRODUTOS DE HIGIENE, COM FRACIONAMENTO E VENDA DIRETA AO CONSUMIDOR** (CNAE 4772-5/00 - Agrupamento 29, Subgrupo C, Grupo I - Anexo I).

CLASSE DE PRODUTO II: “perfume” e ou “produtos de higiene”.

ATIVIDADES:

- **Fracionar e Embalar** – obrigatoriamente.

**Notas:**

1. Não está previsto o fracionamento na legislação sanitária vigente para a classe de produto cosmético.
2. Estabelecimentos que exercem a atividade de comércio varejista de produtos cosméticos, artigos de perfumaria e produtos de higiene, sem fracionamento, não estão sujeitos à inscrição no Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde.
3. Demais atividades e classes de produtos: não preencher.

**63.4** A atividade **FABRICAR** – deve ser registrada para todos os CNAE relacionados no Subgrupo A, Grupo I - Anexo I.

CLASSE DE PRODUTO I a V: “medicamentos”, “medicamento de controle especial”, “insumos farmacêuticos”, “insumos farmacêuticos de controle especial” e “precursores”; “cosméticos”, “perfume” e “produtos de higiene”; “alimentos”, “alimentos artesanais”, “aditivos para alimentos”, “embalagens para alimentos” e “vernizes sanitários para embalagens de alimentos”; “produtos para a saúde/correlatos”; e, “saneantes domissanitários”.

ATIVIDADES – assinalar também:

- **Armazenar, embalar e expedir** – todas, obrigatoriamente.
- **Transportar** – somente no caso de transporte próprio. Se o transporte for terceirizado deixar em branco.
- **Exportar** – no caso de comercializar os produtos fabricados para o exterior.
- **Importar para uso próprio** - no caso de adquirir no exterior: insumos farmacêuticos e ou insumos de controle especial e ou precursores; ou aditivos para alimentos, embalagens para alimentos e vernizes sanitários para alimentos.

**Notas:**

1. Quando adquirir no exterior produtos semi-acabados e realizar as etapas de acondicionamento e embalagem caracteriza-se produto fabricado no estabelecimento.
2. A atividade **distribuir** implica em outra inscrição no Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde, portanto não deve ser associada à esta atividade.

**63.5** No caso de **FABRICAÇÃO DE ADITIVOS PARA ALIMENTOS** (CNAE 2019-3/99 e 2029-1/00 - Agrupamento 03, Subgrupo A, Grupo I - Anexo I), **que não utiliza precursores** no processo de síntese química desse composto:

CLASSE DE PRODUTO III: “**aditivos para alimentos**”.

ATIVIDADES:

- **Fabricar, armazenar, embalar e expedir** – todas, obrigatoriamente.
- **Transportar** – somente no caso de transporte próprio. Se o transporte for terceirizado deixar em branco.
- **Exportar** – no caso de comercializar produtos fabricados para o mercado exterior.

**63.6** No caso de **FABRICAÇÃO DE ADITIVOS PARA ALIMENTOS** (CNAE 2029-1/00 – Agrupamento 03, Subgrupo A, Grupo I - Anexo I), como corantes, pigmentos, ácidos graxos e outros compostos orgânicos para fins alimentícios, **que utiliza precursores** no processo de síntese química destes compostos:

CLASSE DE PRODUTO I: “**precursores**”.

ATIVIDADES:

- **Fabricar, armazenar, embalar e expedir** – todas, obrigatoriamente.
- **Transportar** – somente no caso de transporte próprio. Se o transporte for terceirizado deixar em branco.
- **Exportar** – no caso de comercializar produtos fabricados para o mercado exterior.
- **Transformar** – obrigatoriamente.
- **Importar para uso próprio** – quando adquirir precursores no mercado exterior para fabricar aditivos para alimento.
- **Armazenar** – quando os precursores forem mantidos em estoque.

**63.7** No caso de **FABRICAÇÃO DE VERNIZ SANITÁRIO** (CNAE 2071-1/00 – Agrupamento 04, Subgrupo A, Grupo I - Anexo I), que **não utiliza precursores** no processo de síntese química desse composto:

CLASSE DE PRODUTO III: “vernizes sanitários para embalagens de alimentos”.

ATIVIDADES:

- **Fabricar, armazenar, embalar e expedir** – todas, obrigatoriamente.
- **Transportar** – somente no caso de transporte próprio. Se o transporte for terceirizado deixar em branco.
- **Exportar** – no caso de comercializar para o mercado exterior.

**63.8** No caso de **FABRICAÇÃO DE VERNIZ SANITÁRIO** (CNAE 2071-1/00 – Agrupamento 04, Subgrupo A, Grupo I - Anexo I), que **utiliza precursores** no processo de síntese química desse composto:

CLASSE DE PRODUTO I: “precursores”.

ATIVIDADES:

- **Fabricar, embalar, expedir e transformar** – todas, obrigatoriamente.
- **Transportar** – somente no caso de transporte próprio. Se o transporte for terceirizado deixar em branco.
- **Exportar** – no caso de comercializar para o mercado exterior.
- **Importar para uso próprio** – quando adquirir precursores no mercado exterior para fabricar o verniz sanitário.
- **Armazenar** – quando houver precursores em estoque.

**63.9** As atividades **DISTRIBUIR** e **IMPORTAR sem fracionamento de produtos** – podem ser registradas para todos os CNAE relacionados no Subgrupo B, Grupo I - Anexo I.

CLASSE DE PRODUTO I a V: “medicamentos”, “medicamento de controle especial”, “insumos farmacêuticos”, “insumos farmacêuticos de controle especial”, “precursores”; “cosméticos”, “perfume”, “produtos de higiene”; “alimentos”; “produtos para a saúde/correlatos”; e ou, “saneantes domissanitários”.

ATIVIDADES - assinalar também:

- **Armazenar e distribuir** – todas, obrigatoriamente.
- **Transportar** – somente no caso de transporte próprio. Se terceirizado, deixar em branco.
- **Exportar** – no caso de comercializar os produtos fabricados para o exterior.
- **Importar para uso próprio** - no caso de adquirir no exterior produtos para comercialização.

**63.10** As atividades **DISTRIBUIR** e **IMPORTAR** com fracionamento de produtos – podem ser registradas somente para os CNAE 4633-8/01, 4644-3/01 e 4691-5/00, pertencentes ao Subgrupo B, Grupo I - Anexo I:

CLASSE DE PRODUTO I a V: “medicamentos”, “medicamento de controle especial”, “insumos farmacêuticos”, “insumos farmacêuticos de controle especial”, “precursores”; “cosméticos”, “perfume”, “produtos de higiene”; “alimentos”; “produtos para a saúde/correlatos”; e ou, “saneantes domissanitários”.

ATIVIDADES - assinalar também:

- **Armazenar e Distribuir** – todas, obrigatoriamente.
- **Transportar** – somente no caso de transporte próprio. Se terceirizado, deixar em branco.
- **Exportar** – no caso de comercializar os produtos fabricados para o exterior.
- **Importar para uso próprio** – no caso de adquirir no exterior produtos para comercialização.

**Notas:** As atividades **Fracionar e Embalar** – são permitidas somente para:

- Os CNAE 4644-3/01 e 4691-5/00 (Agrupamentos 17 e 19, Subgrupo B, Grupo I – Anexo I) e para as classes de produtos “insumos farmacêuticos” (princípio-ativo e excipientes) e “insumos farmacêuticos de controle especial” (princípio-ativo e outras substâncias de controle especial) e “precursores”.
- O CNAE 4633-8/01 (Agrupamento 13, Subgrupo B, Grupo I – Anexo I), na condição de comércio atacadista de frutas, verduras, raízes, tubérculos, hortaliças e legumes frescos, submetidos a processos iniciais como descascamento, desconchamento, remoção das partes não comestíveis, fracionamento, procedimentos de higienização e embalagem, entre outros, que corresponde à classe de produto “alimentos”.

**63.11** A atividade **EMBALAR** (acondicionar e empacotar) pode ser registrada somente para o CNAE 8292-0/00 (Agrupamento 11, Subgrupo D, Grupo I - Anexo I), quando por conta de terceiros:

CLASSE DE PRODUTO I a V: “medicamentos”, “medicamento de controle especial”, “insumos farmacêuticos”, “insumos farmacêuticos de controle especial” e “precursores”; “cosméticos”, “perfume” e “produtos de higiene”; “alimentos”, “alimentos artesanais”, “aditivos para alimentos”, “embalagens para alimentos” e “vernizes sanitários para embalagens de alimentos”; “produtos para a saúde/correlatos”; e, “saneantes domissanitários”.

ATIVIDADES:

- **Embalar** – obrigatoriamente.
- **Transportar** – somente no caso de transporte próprio. Se o transporte for terceirizado deixar em branco.
- **Armazenar** – quando houver produtos em estoque.

**Nota:** Esta prestação de serviço não prevê a atividade **Distribuir**.

**63.12** A atividade **ARMAZENAR** refere-se somente aos CNAE 5211-7/01 e 5211-7/99 (Agrupamento 12, Subgrupo D, Grupo I - Anexo I), quando realizada por conta de terceiros:

CLASSE DE PRODUTO I a V: “medicamentos”, “medicamento de controle especial”, “insumos farmacêuticos”, “insumos farmacêuticos de controle especial” e “precursores”; “cosméticos”, “perfume” e “produtos de higiene”; “alimentos”, “alimentos artesanais”, “aditivos para alimentos”, “embalagens para alimentos” e “vernizes sanitários para embalagens de alimentos”; “produtos para a saúde/correlatos”; e, “saneantes domissanitários”.

ATIVIDADES:

- **Armazenar** – obrigatoriamente.
- **Expedir** – quando for o caso.
- **Transportar** – somente no caso de transporte próprio. Se o transporte for terceirizado deixar em branco.

**Nota:** Esta prestação de serviço não prevê a atividade **Distribuir**.

**63.13** Para a atividade **TRANSPORTAR** (CNAE 4930-2/01 e 4930-2/02, Agrupamento 22, Subgrupo D, Grupo I do Anexo I):

CLASSE DE PRODUTO I a V: “medicamentos”, “medicamento de controle especial”, “insumos farmacêuticos”, “insumos farmacêuticos de controle especial”, “precursores”, “cosméticos”, “perfume”, “produtos de higiene”, “alimentos”, “alimentos artesanais”, “aditivos para alimentos”, “embalagens para alimentos”, “vernizes sanitários para embalagens de alimentos”, “produtos para a saúde/correlatos” e ou “saneantes domissanitários”.

ATIVIDADES:

- **Transportar** – obrigatoriamente.
- **Armazenar** – quando houver estoque de produtos no local.

**63.14** No caso de **FABRICAÇÃO DE ADESIVOS E SELANTES E DE ADITIVOS DE USO INDUSTRIAL** (CNAE 2091-6/00 e 2093-2/00, Agrupamento 10, Subgrupo A, do Grupo I - Anexo I) que utilizam precursores no processo de síntese química de seus compostos:

CLASSE DE PRODUTO I: “precursores”.

ATIVIDADES:

- **Transformar** – obrigatoriamente.
- **Armazenar** – quando houver estoque de produtos precursores no local.
- **Importar para uso próprio** – quando adquirir precursores no mercado exterior para a fabricação de produtos próprios.

**64.ATIVIDADESTERCEIRIZADAS** – REGISTRE O SOLICITADO REFERENTE À EMPRESA CONTRATADA E ÀS CLASSES DE PRODUTOS, ASSINALANDO COM “X” AS ATIVIDADES TERCEIRIZADAS E O TIPO DE MATERIAL ARMAZENADO, QUANDO FOR O CASO.

#### **RAZÃO SOCIAL**

Registre a Razão Social da empresa contratada.

#### **CNPJ DA EMPRESA CONTRATADA (TERCEIRO)**

Registre o número do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) da empresa contratada para prestação de serviço referente às atividades abaixo relacionadas.

#### **CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSE DE PRODUTO**

Registre o código da classe de produto (vide **Tabela 7** no final destas instruções) correspondente à atividade contratada.

#### **ATIVIDADES**

Assinale com “X”, segundo a classe de produto correspondente, as atividades contratadas – **EMBALAR, TRANSPORTAR, REALIZAR ETAPA DE FABRICAÇÃO** e ou **ARMAZENAR**.

**Nota:** No caso de ter assinalado a atividade “**ARMAZENAR**”, assinale com “X”, nas caselas correspondentes, os tipos de materiais armazenados - Matéria Prima, Material para Embalagem ou Produto Acabado.

A atividade “**Armazenar**” não pode ser exclusivamente executada por empresa terceirizada.

**65. CATEGORIAS DE PRODUTOS** - REGISTRE O SOLICITADO REFERENTE ÀS CATEGORIAS DE PRODUTO, ASSINALANDO COM UM “X” PARA IDENTIFICAR O GRAU/CLASSE DE RISCO CORRESPONDENTE.

#### **CÓDIGO**

Registre o código da categoria de produto conforme a **Tabela 09**, no final destas instruções.

#### **DESCRIÇÃO**

Registre a descrição correspondente ao código da categoria de produto informado no campo anterior, conforme a referida **Tabela 09**.

#### **RISCO**

Assinale com um “X” a classificação do risco sanitário do produto registrado, considerando:

- **Saneantes Domissanitários:**
- **Grau de Risco I** = Risco 1
- **Grau de Risco II** = Risco 2
- **Cosméticos, Produtos de Higiene e Perfumes:**
- **Grau de Risco I** (conforme legislação vigente) = Risco 1
- **Grau de Risco II** (conforme legislação vigente) = Risco 2



- **Produtos para a Saúde / Correlatos:**
- **Classe de Risco 1** (conforme legislação vigente) = Risco 1
- **Classe de Risco 2** (conforme legislação vigente) = Risco 2
- **Classe de Risco 3** (conforme legislação vigente) = Risco 3
- **Classe de Risco 4** (conforme legislação vigente) = Risco 4
- **Produto para diagnóstico de uso in vitro:**
- **Classe de Risco A** (conforme legislação vigente) = Risco 1
- **Classe de Risco B** (conforme legislação vigente) = Risco 2
- **Classe de Risco C** (conforme legislação vigente) = Risco 3
- **Classe de Risco D** (conforme legislação vigente) = Risco 4

**66. CATEGORIA DE MEDICAMENTOS** – SE NO CAMPO **63** AS CLASSES DE PRODUTOS “MEDICAMENTOS” OU “MEDICAMENTOS DE CONTROLE ESPECIAL” ESTIVEREM ASSOCIADAS COM A ATIVIDADE “MANIPULAR”, ASSINALE COM UM “X” AS LINHAS DE PRODUÇÃO CORRESPONDENTES ÀS CATEGORIAS DE MEDICAMENTOS INFORMADAS.

Assinale com um “X” as interseções das Linhas e Colunas do quadro para identificar as Categorias de Produto por Linha de Produção correspondente.

## **VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICO**

**Nota:** Esse campo tem preenchimento obrigatório e deve ser visto pelos responsáveis que tiveram seus dados informados no “**Requerimento de Cadastro Municipal de**

#### INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Vigilância em Saúde”, ao qual pertence esse anexo.

### I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

**NÃO PREENCHER**

### II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

REGISTRAR OS MESMOS DADOS DO REQUERIMENTO AO QUAL PERTENCE ESTE ANEXO

Copiar do “**Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde**” o que foi registrado nos campos:

9. RAZÃO SOCIAL / NOME 10. NOME FANTASIA e 11. CNPJ / CPF, do item III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO; e,

6. N.º. CMVS DO ESTABELECIMENTO, SE HOUVER, do item II – SOLICITAÇÃO.

### III – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

#### 41. CÓD. CNES

Registre, se houver, o número de identificação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES-SAS/MS) do serviço de saúde objeto da solicitação.

#### 42. CÓD. E DESCRIÇÃO DO TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE OBJETO DA SOLICITAÇÃO

Registre obrigatoriamente o código e descrição do serviço de saúde objeto da solicitação, conforme **Tabela 01** do ANEXO II – **Tipos de Serviços de Saúde** .

#### 43. TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ALBERGADOS:

##### Notas:

- I. Esses campos só devem ser preenchidos no caso do objeto da solicitação ser uma estrutura “ALBERGANTE” e possuir serviços “ALBERGADOS”. Consulte a **Tabela 01** do ANEXO II – **Tipos de Serviços de Saúde**, no final destas instruções, a fim de

identificar os códigos solicitados.

2. O registro desses serviços, neste anexo, não dispensa os procedimentos usuais de cadastramento para fins de inscrição no CMVS, quando for o caso.
3. Este campo só deve ser preenchido no caso dos estabelecimentos de Prestação de Serviços de Saúde descritos no Anexo I – Grupo II, cuja complexidade de ação seja considerada ALTA.
4. Todo dispensário de medicamentos albergado nos estabelecimentos de Prestação de Serviços de Saúde descritos no Anexo I – Grupo II, deverá possuir inscrição específica no CMVS, independente da complexidade de ação da estrutura albergante.

**A. PRÓPRIOS (SOB CMVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE) – REGISTRE OS CÓDIGOS:**  
Relacione os códigos correspondentes a todos os serviços albergados que estão inscritos sob o mesmo número no CNPJ e no CMVS da estrutura “ALBERGANTE” onde são prestados (Tabela 01.C).

**B. PRÓPRIOS (COM CMVS PRÓPRIO) – REGISTRE OS CÓDIGOS:**  
Relacione os códigos correspondentes a todos os serviços albergados próprios que estão inscritos sob o mesmo número no CNPJ, porém com inscrição no CMVS independente ao da estrutura “ALBERGANTE” onde são prestados (Tabela 01.B).

**C. TERCEIRIZADOS – REGISTRE OS CÓDIGOS E RESPECTIVOS CNPJ:**  
Relacione os códigos correspondentes a todos os serviços albergados terceirizados com CMVS e CNPJ próprios, independentes ao da estrutura “ALBERGANTE” onde são prestados (Tabela 01.B).

## IV – ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL

### INFORMAÇÕES ESTRUTURAIS

**Nota:** Os campos 43 a 47 devem ser preenchidos, no que for pertinente, somente se o objeto da solicitação se caracterizar como um estabelecimento prestador de serviço de saúde de natureza ambulatorial. Se não, vá para o campo 48.

**ESPECIALIDADES MÉDICAS –** assinale com um “X” a(s) especialidade(s) médica(s) existente(s) no estabelecimento de saúde.

#### **44. TOTAL DE CONSULTÓRIO(S) DE ESPECIALIDADE(S) MÉDICA(S):**

- Registre o número total de consultórios de especialidades médicas existentes e em funcionamento no estabelecimento.

#### **45. TOTAL DE CONSULTÓRIO(S) NÃO MÉDICO(S):**

Registre o número total de consultórios não médicos (de natureza ambulatorial), existentes e em funcionamento no estabelecimento.

#### **46. TOTAL DE SALAS E DE LEITOS DE REPOUSO / OBSERVAÇÃO, SEGUNDO O TIPO:**

Registre nos campos correspondentes, o número total de salas e leitos de repouso e observação, respeitados os padrões técnicos estabelecidos, existentes e em funcionamento no estabelecimento, segundo o tipo: **PEDIÁTRICOS / CLÍNICOS / CIRÚRGICOS / FEMININO / MASCULINO.**

**47. TOTAL DE:****CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS**

Registre no campo correspondente o número total de consultórios existentes e em funcionamento no estabelecimento.

**EQUIPOS**

Registre no campo correspondente o número total de equipamentos odontológicos existentes e em funcionamento no estabelecimento.

**48. TOTAL DE SALAS, SEGUNDO O TIPO:**

Registre nos campos correspondentes, o número total de salas existentes e em funcionamento no estabelecimento, segundo o tipo de atendimento: **CIRURGIAS / NEBULIZAÇÃO / GESSO / IMUNIZAÇÃO / CURATIVO / ENFERMAGEM.**

**V – CONTROLE DE INFECÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE****INFORMAÇÕES DE PROFISSIONAIS MEMBROS EXECUTORES**

Este item deve ser preenchido por todos os serviços de assistência à saúde que, conforme art. 60º da Lei Municipal 13725/04:

I – assistem usuários em regime ambulatorial e contem com centro cirúrgico no qual sejam realizados procedimentos médico-cirúrgicos ambulatoriais;

II – assistem usuários em regime ambulatorial e realizem procedimentos médicos invasivos em diagnose e terapia;

III – estejam definidos em norma técnica.

.

**49 a 53. NOME DO PROFISSIONAL**

Registre o nome completo do profissional de saúde.

**CPF**

Registre o número de inscrição no Cadastro de Pessoa Física – CPF do referido profissional.

**CÓD. CBO**

Registre o código da categoria profissional do referido profissional, segundo a Tabela 06 DO ANEXO II.

**SIGLA DO CONSELHO PROFISSIONAL**

Registre a sigla do Conselho Profissional onde está inscrito o respectivo profissional.

**UF**

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

**Nº. INSCRIÇÃO NO CONSELHO**

Registre o número da inscrição do profissional no respectivo conselho.

## **VI – LEITOS DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO E DE UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

Notas:

- a. Se o solicitante for estabelecimento prestador de serviço de saúde que não possua leitos de internação ou de observação, vá para o campo 56.
- b. Se o solicitante for estabelecimento de saúde com internação tipo Clínica de Estética Tipo III (Portaria CVS 15/99):
  - informe os dados solicitados nos campos 54 e 55, preenchendo todos os campos da direita para a esquerda; e, em seguida,
  - vá para o campo 57.
- c. Se o solicitante for uma Unidade de Urgência/Emergência – Pronto Socorro Isolado (estrutura “ALBERGANTE”) :
  - deixe em branco os campos 54 e 55;
  - informe os dados solicitados no campo 56, preenchendo todos os campos da direita para a esquerda; e, em seguida,
  - vá para o campo 57.

**54. ESTABELECIMENTO DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO – REGISTRE O NÚMERO DE LEITOS EXISTENTES, SEGUNDO A ESPECIALIDADE:**

### **A. CIRÚRGICA**

Registre, se houver, o número de leitos cirúrgicos disponíveis por especialidade: 01.BUCO MAXILO FACIAL / 02.CARDIOLOGIA / 03.CIRURGIA GERAL / 04.ENDOCRINOLOGIA / 05.GASTROENTEROLOGIA / 06.GINECOLOGIA / 07.LEITO-DIA / 08.NEFROLOGIA-UROLOGIA / 09.NEUCIRURGIA / 10.OBSTETRÍCIA / 11.OFTALMOLOGIA / 12.ONCOLOGIA / 13.ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA / 14.OTORRINOLARINGOLOGIA / 15.PLÁSTICA / 16.TORÁCICA / 17.CIRURGIA-ESTÉTICA / 18.PROCTOLOGIA / 19.CIRURGIA PEDIÁTRICA / 20.OUTROS

### **B. CLÍNICA**

Registre, se houver, o número de leitos clínicos disponíveis por especialidade: 21.AIDS / 22.CARDIOLOGIA / 23.CLÍNICA GERAL / 24.CRÔNICOS / 25.DERMATOLOGIA / 26.GERIATRIA/27. HANSENOLOGIA/28.HEMATOLOGIA/29.LEITO-DIA / 30.NEFROUROLOGIA / 31.NEONATOLOGIA / 32.NEUROLOGIA / 33.OBSTETRÍCIA / 34.ONCOLOGIA / 35.PEDIATRIA / 36.PNEUMOLOGIA / 37.PSIQUIATRIA / 38.REABILITAÇÃO / 39.TISIOLOGIA/40.OUTROS.

**55. ESTABELECIMENTO DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO – REGISTRE O NÚMERO DE LEITOS COMPLEMENTARES EXISTENTES:**

Registre, quando houver, nas respectivas alternativas: 01.UTI ADULTO / 02.UTI INFANTIL / 03.UTI NEONATAL / 04.UNIDADE INTERMEDIÁRIA / 05.UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL / 06.UNIDADE DE ISOLAMENTO.

#### **56. UNIDADE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (Pronto Socorro):**

Nº leitos observação

Registre nos campos correspondentes, o número total de leitos de observação, respeitados os padrões técnicos estabelecidos, existentes e em funcionamento no estabelecimento, segundo o tipo: PEDIÁTRICOS / CLÍNICOS / CIRÚRGICOS / FEMININO / MASCULINO.

## **VII – EQUIPAMENTOS DE SAÚDE**

**Nota:** Esse campo tem registro obrigatório e deve ser preenchido da direita para a esquerda.

#### **57. REGISTRE O NÚMERO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE EXISTENTES E INFORMADOS NO ANEXO III “EQUIPAMENTOS DE SAÚDE”**

Registre **000** caso não utilizar o anexo de “Equipamentos de Saúde”. Registre o solicitado, caso utilizar o referido anexo.

## **VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICO**

**Nota:** Esse campo tem preenchimento obrigatório e deve ser visto pelos responsáveis que tiveram seus dados informados no “**Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde**”, ao qual pertence esse anexo.

# ANEXO VI

## INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

### INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO ANEXO VI

#### I) INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

1. Não Preencher
2. Não Preencher

#### II) IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

3. Indicar a razão social e o nome utilizado pela empresa
4. Indicar o nome fantasia da empresa
5. Indicar o número de CNPJ da empresa ou o CPF do responsável pela empresa
6. Indicar o número do CMVS do estabelecimento, caso possuir

#### III) CARACTERÍSTICAS DA ATIVIDADE

7. Caracterização do Abastecimento de Água.
8. Tipo de solução alternativa.
9. Listar o(s) empreendimento(s) / estabelecimento(s) abastecido(s) por solução alternativa
10. Indicar quais os distritos do Município de São Paulo que são abastecidos.
11. Caso abasteça outros municípios, indicar os distritos abastecidos por município.

#### IV) DADOS TÉCNICOS

12. Indicar o número de pessoas abastecidas.
13. Indicar o percentual de pessoas abastecidas.
14. Indicar o número de ligações, as economias existentes e ainda o número de ligações com hidrômetros, por categorias (residencial, comercial, industrial, pública). Indicar ainda o total das ligações, das economias existentes e das ligações com hidrômetros. No caso de caminhão pipa registrar o número de abastecimentos na coluna "Economias Existentes" por categoria.

## **V) Descrição da Solução Alternativa de Abastecimento de Água**

15. Indicar o tipo de manancial que abastece a solução alternativa. No caso de ser abastecido por mais de um tipo de manancial, todos deverão ser indicados. Para cada manancial, indicar o nome, a classe, a vazão média mensal (em metros cúbicos). Caso tenha no mesmo tipo de manancial, dois ou mais que abastecem a solução alternativa, todos deverão ser indicados com os respectivos nomes e demais informações.

No item OUTORGA DAEE deverá ser indicado o número da outorga emitida pelo DAEE (Departamento de Água e Energia Elétrica do Estado de São Paulo), autorizando o uso da água por tempo determinado e indicar a data de vencimento da outorga.

16. Informar as coordenadas geográficas do ponto de captação de água.
17. Informar o tipo de suprimento de solução alternativa e se a água fornecida é tratada ou não.
18. Informar se existe rede de distribuição/rede canalizada da água proveniente da solução alternativa.
19. Indicar o tipo de manancial que abastece o Sistema, o tipo de tratamento realizado e os produtos utilizados em cada etapa do tratamento da água, para cada tipo de manancial.
20. Indicar o número de reservatórios abastecidos pelo sistema  
Indicar o volume total (capacidade) dos reservatórios, em metros cúbicos.  
Indicar a frequência (em meses) que é feita a limpeza dos reservatórios
21. Informar a existência ou não de cadastro da rede e a área de abrangência da rede, em porcentagem.  
Informar se há índice de perdas. Em caso positivo, indicar o percentual de perdas.  
Indicar a extensão total da rede.  
Informar o material de constituição da rede.  
Informar se existe programa de descarga. Em caso positivo, indicar o número de pontos que são descarregados.
22. Informar se o laboratório de controle de qualidade é próprio ou terceirizado.  
Indicar o nome do laboratório de controle de qualidade.  
Indicar o endereço do laboratório de controle de qualidade, informando o nome da rua/avenida, número e bairro.  
Informar o município de localização e o CEP do laboratório de controle de qualidade.  
Informar o telefone, ramal ou fax do laboratório de controle de qualidade.  
Assinalar somente se não realiza controle de qualidade da água.  
Informar o número do certificado de acreditação do laboratório, emitido pelo CGCRE/INMETRO.

## **VI) DADOS GERAIS**

23. Informar a média anual do consumo de água por habitante.
24. Descrever todas as melhorias realizadas pelo Sistema ou Solução Alternativa no último ano.
25. Indicar o cronograma de implantação e implementação das melhorias realizadas. Incluir também a descrição de todas as melhorias realizadas.
26. Informar o Sistema ou Solução Alternativa possui um serviço de atendimento ao consumidor.