



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

*Sivisa* – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

## SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

### ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2018

#### I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº PROTOCOLO

2. DATA PROTOCOLO

3. Nº PROCESSO DE ORIGEM

#### II – SOLICITAÇÃO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO

ESTABELECIMENTO

EQUIPAMENTO

ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO

5. Nº CEVS

6. TIPO DE SOLICITAÇÃO – Assinale uma das opções abaixo:

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO INICIAL

CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale no item 7, as alterações correspondentes à esta solicitação.

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

7.a. ENDEREÇO

7.g. Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO

7.b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

7.h. Nº DE LEITOS

7.c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

7.i. AMPLIAÇÃO/REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO

7.d. RESPONSABILIDADE LEGAL

7.e. RAZÃO SOCIAL

7.f.1. FUSÃO ou

7.f.2. INCORPORAÇÃO ou

7.f.3. CISÃO ou

7.f.4. SUCESSÃO

REGISTRE O CNPJ ANTERIOR:

#### III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

8. NATUREZA JURÍDICA – Assinale uma das opções abaixo:

PESSOA JURÍDICA

PESSOA FÍSICA

9. CNPJ / CPF

10. RAZÃO SOCIAL / NOME

11. NOME FANTASIA

12. INSCRIÇÃO MUNICIPAL

13. INSCRIÇÃO ESTADUAL

14. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

*Sivisa* – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

## IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

15. CEP	16. TIPO LOGRADOURO
17. LOGRADOURO	
18. Nº	19. COMPLEMENTO
20. BAIRRO	
21. MUNICÍPIO	
UF: SP	22. DISTRITO
23. COORDENADAS GEOGRÁFICAS:	LONGITUDE: ___° ___' ___" O      ___° ___' ___" S
24. TELEFONE	25. FAX
26. ENDEREÇO ELETRÔNICO ( e-mail )	
27. ENDEREÇO PÁGINA WEB	

## V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

28. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA	CÓDIGO DA ATIVIDADE: _____ - ____ / ____
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: _____	
29. SITUAÇÃO – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: <input type="checkbox"/> ALBERGANTE <input type="checkbox"/> ALBERGADO – Se terceirizado, informe CNPJ do Albergante:	
30. TIPO – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: <input type="checkbox"/> MATRIZ / MANTENEDORA <input type="checkbox"/> FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora:	
31. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> FEDERAL <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL	
32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale <u>uma</u> das opções: <input type="checkbox"/> PESSOA FÍSICA <input type="checkbox"/> EMPRESA PRIVADA <input type="checkbox"/> EMPRESA DE ECONOMIA MISTA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA <input type="checkbox"/> SINDICATO <input type="checkbox"/> FUNDAÇÃO PRIVADA <input type="checkbox"/> ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS <input type="checkbox"/> SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE <input type="checkbox"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA <input type="checkbox"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO <input type="checkbox"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA <input type="checkbox"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA <input type="checkbox"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA	
33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA – Assinale <u>uma</u> das opções: <input type="checkbox"/> UNIVERSITÁRIA <input type="checkbox"/> ESCOLA SUPERIOR ISOLADA <input type="checkbox"/> AUXILIAR DE ENSINO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
34. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS OU PROFISSIONAIS - Registre o número total de funcionários com formação superior, técnico, médio e elementar, segundo as condições apresentadas: PRÓPRIOS COM VÍNCULO: _____      PRÓPRIOS AUTÔNOMOS: _____      TERCEIRIZADOS: _____	
35. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Refere-se somente ao CNAE 8640-2/99. Assinale <u>uma</u> das opções ao lado, se houver serviço de radiometria / teste de qualidade: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

*Sivisa* – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

36. PISCINA DE USO COLETIVO – Assinale <u>uma</u> das opções:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
37. TRANSPORTE DE ÁGUA – Refere-se somente ao CNAE 3600-6/02:	<input type="checkbox"/> CONSUMO HUMANO	<input type="checkbox"/> REUSO
38. TRANSPORTADORA – Refere-se somente aos CNAE 4930-2/01 e 4930-2/02 do Agrupamento 50, Subgrupo D, Grupo I.		
a. PRODUTOS TRANSPORTADOS – Assinale <u>uma</u> das alternativas referentes ao tipo de produto objeto de transporte		
<input type="checkbox"/> ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES	<input type="checkbox"/> MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO	
<input type="checkbox"/> SANGUE E HEMOCOMPONENTES - AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES		
<input type="checkbox"/> CLASSES DE PRODUTO - Assinale um ou mais códigos referentes à Classe de Produtos objeto de transporte (Consulte Quadro 1).		
<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20		
b. ARMAZENAR - Haverá armazenamento em área própria?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

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

39. RESPONSÁVEL LEGAL: _____	CPF: _____
CBO – Registre código e descrição: _____	
40. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL: _____	CPF: _____
CONSELHO PROFISSIONAL: _____ UF: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____	
CBO – Registre código e descrição: _____	
41. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01: _____	CPF: _____
CONSELHO PROFISSIONAL: _____ UF: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____	
CBO – Registre código e descrição: _____	
42. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02: _____	CPF: _____
CONSELHO PROFISSIONAL: _____ UF: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____	
CBO – Registre código e descrição: _____	

**VII – ANEXOS**  
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

43. TOTAL DE PÁGINAS – Registre o número total de páginas dos Subanexos utilizados para complementação deste formulário:		
Subanexo V.1. ATIVIDADES RELACIONADAS A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: _____	Subanexo V.2. FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE: _____	Subanexo V.3. ATIVIDADES RELACIONADAS A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE: _____

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**  
PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO E SEUS ANEXOS.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
LOCAL DATA ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL

\_\_\_\_\_  
ASSIN. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL

\_\_\_\_\_  
ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01

\_\_\_\_\_  
ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

*Sivisa* – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

## SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – FORMULÁRIO

### INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

O preenchimento deste formulário tem por finalidade dar entrada a algum tipo de solicitação de atos para o Serviço de Vigilância Sanitária competente, tais como:

- Licença de Funcionamento de estabelecimentos e de equipamentos de interesse da saúde;
- Renovação ou cancelamento da Licença de Funcionamento;
- Alteração de dados cadastrais, como: número de leitos hospitalares, número e tipo de equipamentos de saúde, ampliação ou redução de atividade, classe ou categoria de produto; responsabilidade legal e técnica (assunção e baixa) e, razão social (fusão, incorporação, cisão ou sucessão).

O responsável pelo estabelecimento e ou equipamento, pode dar entrada a uma ou mais solicitações, concomitantemente, porém, para cada tipo de peticionamento é necessário preencher um formulário de “Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária”, podendo, conforme o objeto da solicitação, estar acompanhado de um ou mais de seus Subanexos.

Em todos os casos, o formulário e seus Subanexos devem ser preenchidos, datados e assinados pelo responsável legal e pelos responsáveis técnicos pelo estabelecimento de interesse da saúde e pelos equipamentos de saúde, quando for o caso.

#### CRITÉRIOS PARA USO DO FORMULÁRIO E SEUS SUBANEXOS:

Existem quatro formulários, que devem ser utilizados, conforme os critérios correspondentes:

**Anexo V. SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA** - Preenchimento obrigatório para todos os tipos de estabelecimentos e equipamentos relacionados nos Anexos I e II da presente Portaria, seguido de um ou mais Subanexos específicos, conforme disposto:

**Subanexo V.1. ATIVIDADE RELACIONADA A 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.

**Subanexo V.2. EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE** - Preenchimento obrigatório para todo equipamento gerador de radiação ionizante, com fonte selada, com radiação ionizante de uso veterinário e, as fontes seladas, sujeitos à Licença de Funcionamento (Anexo II). Assim como para os equipamentos de interesse da saúde desobrigados de licenciamento relacionados nas Tabelas de 5 a 12 (Instruções de preenchimento do Subanexo V.2).

**Subanexo V.3. ATIVIDADE RELACIONADA AOS PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE** - Preenchimento obrigatório para os estabelecimentos industriais, comerciais atacadistas, distribuidoras, importadoras, depósitos fechados e de prestação de serviços, que exerçam atividades relacionadas com produtos de interesse à saúde. Estes estabelecimentos compõem o Grupo I do Anexo I desta portaria.

**NOTA:** Estão dispensados de preenchimento deste formulário, os estabelecimentos comerciais varejistas (Grupo I, Subgrupo C do Anexo I da presente Portaria) e, os estabelecimentos no qual se exercem atividades de controle de vetores e pragas urbanas.



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

## *Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA*

### **PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO E SEUS SUBANEXOS:**

Seu preenchimento varia de acordo com as características do objeto da solicitação e segundo alguns conceitos pré-estabelecidos para uso da vigilância sanitária, entre eles:

**Estabelecimento de interesse da saúde** – Para cada estabelecimento corresponde um Número CEVS e, conseqüentemente, o preenchimento deste formulário de “Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária”. A depender de suas características, seus dados serão complementados no Subanexo correspondente à atividade nele exercida.

De acordo com as legislações vigentes, alguns estabelecimentos podem abrigar atividades que também são passíveis de licenciamento, ou não. Neste caso, à estrutura que as abriga denomina-se “ALBERGANTE”, e às atividades abrigadas, “ALBERGADO”.

Para cada estabelecimento “ALBERGANTE” e para cada tipo de atividade “ALBERGADO” obrigada à Licença de Funcionamento, corresponde um N.º CEVS e, conseqüentemente, para cada um deles é necessário o preenchimento de um formulário Anexo V e de um Subanexo V.1 ou V.2, quando pertinente.

Nota - No caso da solicitação referir-se a:

**Estrutura Albergante** - o Subanexo *V.1 Atividade de Prestação de Serviço de Saúde* prevê o registro de todos os serviços albergados, sejam eles próprios – com ou sem licença de funcionamento - e terceirizados. Esse fato não dispensa a entrada de solicitação específica para cada um dos serviços albergados, próprios e terceirizados, sujeitos à licença de funcionamento.

**Estabelecimento** (albergante ou albergado) **que possui um ou mais equipamentos de saúde** - o Subanexo *V.2 Equipamentos de Saúde* também deve ser utilizado, pois prevê o registro de todos os tipos de equipamentos, sujeitos ou não ao Número CEVS. Esse fato não isenta a entrada de solicitação específica para cada um dos equipamentos sujeitos ao cadastramento ou à licença de funcionamento.

**Demais Atividades de Interesse da Saúde** – São aquelas desenvolvidas em estabelecimentos industriais, comerciais ou de prestação de serviços, geralmente destinadas à coletividade, cujo cunho social é de interesse da saúde. Encontram-se relacionadas no Grupo III do Anexo I desta portaria.

Para cada estabelecimento corresponde um Número CEVS e, conseqüentemente, o preenchimento de um formulário (Anexo V) para as solicitações pertinentes. Essas atividades estão dispensadas de preencherem quaisquer dos Subanexos desse formulário.

**Equipamentos de saúde** – São os equipamentos de interesse à saúde utilizados nos diversos serviços de saúde e que atualmente são objetos de ação e de licenciamento pela vigilância sanitária.

Para cada equipamento sujeito a licença de funcionamento, corresponde um Número CEVS.

Quando a solicitação referir-se somente ao equipamento de saúde é preciso preencher um único Anexo V e quantas folhas forem necessárias para a totalidade das informações solicitadas no Subanexo V.2.



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

*Sivisa* – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

## 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 de funcionamento – consulte o Anexo I desta Portaria.
  - **EQUIPAMENTO** - Assinale no caso da solicitação referir-se a um ou mais equipamento de saúde sujeito ao Nº CEVS (cadastro ou licença de funcionamento) – consulte as Tabelas na instrução de preenchimento do Subanexo V.2.
  - **ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO** - Assinale no caso da solicitação referir-se a um estabelecimento de interesse à saúde com um ou mais equipamento de saúde, todos sujeitos ao Nº CEVS de licença de funcionamento.
5. **Nº CEVS** – Informe o Número CEVS somente no caso de solicitação de renovação de licença de funcionamento ou de alteração de dados cadastrais de estabelecimento já licenciado. No caso de solicitação inicial preencher com “000” (zeros).
6. **TIPO DE SOLICITAÇÃO** – Assinale uma das opções abaixo:
  - **LICENÇA DE FUNCIONAMENTO INICIAL** - Assinale no caso de primeira solicitação de licença de funcionamento.
  - **RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO** - Assinale no caso da solicitação referir-se a renovação da licença de funcionamento, desde que prevista em legislação sanitária vigente (federal, estadual ou municipal).
  - **CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO** - Assinale no caso da solicitação referir-se ao encerramento definitivo das atividades do estabelecimento ou do uso de equipamento de saúde, conforme previsto no artigo 15 da presente Portaria.
  - **ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS** – Assinale obrigatoriamente no item 7, as alterações correspondentes à esta solicitação.



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

*Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA*

7. **TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS** – Assinale uma das opções abaixo:
- 7.a. Assinale no caso de mudança de endereço do estabelecimento ou do equipamento. Esta opção implica no cancelamento da LF vigente e em nova solicitação de licenciamento para o atual endereço, conforme §1º e §3º do artigo 13.
  - 7.b. **ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA** - Utilize um formulário por profissional que estiver informando a assunção de responsabilidade. Não utilize o mesmo formulário para informar a assunção de responsabilidade do profissional de um estabelecimento ou equipamento e sua baixa em outro estabelecimento ou equipamento.
  - 7.c. **BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA** - Utilize um formulário por profissional que estiver informando a baixa de responsabilidade. Não utilize o mesmo formulário para informar a baixa de responsabilidade do profissional de um estabelecimento ou equipamento e sua assunção em outro estabelecimento ou equipamento.
  - 7.d. **RESPONSABILIDADE LEGAL** - Assinale no caso de mudança de responsável legal, desde que essa alteração conste no contrato social da empresa.
  - 7.e. **RAZÃO SOCIAL** - Assinale no caso de alteração do nome comercial da pessoa jurídica e ou da razão social.
  - 7.f.1. **FUSÃO** - Operação pela qual se unem duas ou mais pessoas jurídicas para formar uma terceira, que lhes sucederá em todos os direitos e obrigações, extinguindo-se as originárias. Utilizar um formulário para a referida situação, fornecendo somente os dados cadastrais da solicitante (sucessora), de forma a registrar a nova configuração da empresa.  
**REGISTRE O CNPJ ANTERIOR** - da empresa originária que está sendo extinta.
  - 7.f.2. **INCORPORAÇÃO** - Operação pela qual uma ou mais pessoas jurídicas são absorvidas por outra, que lhes sucede em todos os direitos e obrigações, extinguindo-se as incorporadas. Utilizar um formulário para a referida situação, fornecendo somente os dados cadastrais da solicitante (sucessora), de forma a registrar a nova configuração da empresa.  
**REGISTRE O CNPJ ANTERIOR** - da empresa que está sendo incorporada pela solicitante.
  - 7.f.3. **CISÃO** - Operação pela qual uma pessoa jurídica transfere seu patrimônio para uma ou mais pessoas jurídicas, constituídas para esse fim ou já existentes, extinguindo-se a companhia cindida. Utilizar um formulário para a referida situação, fornecendo somente os dados cadastrais da solicitante (sucessora), de forma a registrar a nova configuração da empresa.  
**REGISTRE O CNPJ ANTERIOR** - da empresa que está sendo absorvida pela solicitante.
  - 7.f.4. **SUCESSÃO** - Operação pela qual uma pessoa jurídica é adquirida por outra, assumindo o adquirente seu ativo e passivo, extinguindo-se a empresa sucedida. Utilizar um formulário para a referida situação, fornecendo somente os dados cadastrais da solicitante (sucessora), de forma a registrar a nova configuração da empresa.  
**REGISTRE O CNPJ ANTERIOR** - da empresa que está sendo adquirida pela solicitante.
  - 7.g. **Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO** - Assinale no caso de aumento ou diminuição de equipamentos de saúde, dispensados de licença de funcionamento (Ver relação deles nas instruções do Subanexo V.2). Para os equipamentos sujeitos à LF, solicitar o licenciamento ou seu cancelamento, conforme o caso.



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

## *Sivisa* – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**7.h. N° DE LEITOS** - Assinale no caso de aumento ou diminuição de leitos de internação e de cuidados intensivos (UTI).

**7.i. AMPLIAÇÃO/REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO** - Assinale nos casos de: ampliação de atividade ou, ampliação de classe e ou categoria de produto ou, redução de atividade ou, redução de classe e ou categoria de produto.

### III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

**8. 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)

**9. CNPJ / CPF** – Informe o número do CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica ou o número do CPF – Cadastro de Pessoa Física, do solicitante.

**10. 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.

**11. NOME FANTASIA** – Informe o nome fantasia da empresa correspondente à razão social e ao número de CNPJ informados anteriormente.

**12. INSCRIÇÃO MUNICIPAL** – Informe o número da inscrição municipal emitida pela Secretaria Municipal da Fazenda, quando houver.

**13. INSCRIÇÃO ESTADUAL** – Informe o número da inscrição estadual emitida pela Secretaria de Estado da Fazenda de São Paulo, quando houver.

**Nota:** Informação obrigatória nos casos de renovação e alteração de Licença de Funcionamento, quando o estabelecimento estiver sujeito à fiscalização fazendária estadual.

**14. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL** – Informe o número da inscrição de produtor rural emitida pela Secretaria de Estado da Fazenda de São Paulo, quando houver.

### IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

**15. CEP** – Registre o código de endereçamento postal do local sede do objeto da solicitação.

**16. 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.





# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

## *Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA*

17. **LOGRADOURO** – Registre o nome do logradouro no qual se situa o referido objeto da solicitação. Exemplos: Presidente Wilson, Dona Veridiana, Doutor Arnaldo, etc.
18. **Nº** – Registre o número do respectivo logradouro no qual se situa o objeto da solicitação.
19. **COMPLEMENTO** – Registre, se pertinente, o complemento do respectivo logradouro. Exemplos: Sala 121, Mezzanino, Anexo III, Fundos, Sobreloja, Bloco B, etc.
20. **BAIRRO** – Registre o nome do bairro referente ao logradouro informado. Exemplos: Jardim das Flores, Vila Celeste, Pacaembu, etc.
21. **MUNICÍPIO** – Registre o nome do município no qual se situa o referido objeto da solicitação.
22. **DISTRITO** – Registre, quando couber, o nome do respectivo distrito municipal.
23. **COORDENADAS GEOGRÁFICAS** – Registre a coordenada geográfica referente ao endereço do objeto da solicitação. Exemplo: 46<sup>o</sup> 40' 8.413" **O** 23<sup>o</sup> 33' 21.354" **S**
24. **TELEFONE** – Registre o número do telefone de contato do solicitante precedido pelo código de discagem direta do objeto da solicitação. Exemplo: (011) 98765.4321.
25. **FAX** – Registre o número do fac-símile do estabelecimento solicitante precedido pelo código de discagem direta do objeto da solicitação. Exemplo: (011) 3210.4567.
26. **ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-MAIL)** – Registre o endereço eletrônico de contato do solicitante ou do estabelecimento referido no objeto da solicitação.
27. **ENDEREÇO PÁGINA WEB** – Registre, quando couber, o endereço do sítio eletrônico do estabelecimento objeto da solicitação.

## V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

28. **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 5 de agosto de 2017.
  - **CÓDIGO DA ATIVIDADE** - Registre o código da classificação nacional de atividade econômica (CNAE).
  - **DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE** - Registre a descrição correspondente ao código CNAE informado.
29. **SITUAÇÃO** – Assinale uma das opções abaixo:
  - **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..



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

## *Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA*

- **ALBERGADO** - 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.
  - **CNPJ** – No caso de “ALBERGADO TERCEIRIZADO” registre o número do CNPJ do estabelecimento que o alberga.

### 30. TIPO – Assinale uma das opções abaixo:

- **MATRIZ / MANTENEDORA** – Assinale quando referir-se a um estabelecimento matriz da empresa ou a uma mantenedora do estabelecimento.
- **FILIAL / MANTIDO** – Assinale quando referir-se a um estabelecimento filial de empresa ou mantido por uma mantenedora.
  - **CNPJ** – No caso de “Filial / Mantido” registre o número do CNPJ da sua Matriz ou Mantenedora.

### 31. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale uma das opções abaixo:

- **PRIVADO** - Quando o estabelecimento for da esfera privada.
- **FEDERAL** - Quando o estabelecimento pertencer à esfera pública e for vinculado à Administração Pública Federal
- **ESTADUAL** - Quando o estabelecimento pertencer à esfera pública e for vinculado à Administração Pública Estadual.
- **MUNICIPAL** - Quando o estabelecimento pertencer à esfera pública e for vinculado à Administração Pública Municipal.

### 32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale uma das seguintes opções, referente ao registrado no campo 10 deste formulário: **PESSOA FÍSICA / EMPRESA PRIVADA / EMPRESA DE ECONOMIA MISTA / COOPERATIVA / SINDICATO / FUNDAÇÃO PRIVADA / ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS / SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO / ADMINISTRAÇÃO DIRETA - SAÚDE / ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO / ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - AUTARQUIA / ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA / ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA / ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA.**

Nota: No caso de pessoa jurídica, consulte o contrato social para informar corretamente.

### 33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA – Assinale uma das opções abaixo:

#### Notas:

- a. Estabelecimento de Ensino é a denominação aplicável ao conjunto dos estabelecimentos universitários ou que se destinam a ser campos de estágio tipo hospitais escola e assemelhados; e,
- b. Estabelecimento Auxiliar de Ensino é a denominação aplicável aos hospitais auxiliares de ensino e assemelhados.
  - **UNIVERSITÁRIA** - Estabelecimento que se caracteriza como hospital universitário e assemelhado, de propriedade ou gestão de universidade pública ou privada, ou a elas vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados
  - **ESCOLA SUPERIOR ISOLADA** - Estabelecimento que se caracteriza como hospital-escola e assemelhado, de propriedade ou gestão das Escolas Isoladas, públicas ou privadas, ou a elas vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados.
  - **AUXILIAR DE ENSINO** - Estabelecimento que se caracteriza como hospital auxiliar de ensino e assemelhado que, não sendo de propriedade ou gestão de Universidade ou Escola Isolada, nele são desenvolvidos programas de treinamento em serviço de curso de graduação ou pós-graduação da área de saúde, ou não, devidamente conveniado com uma instituição de Ensino Superior.
  - **NÃO SE APLICA** - Assinale essa alternativa quando não se tratar de unidade de ensino e pesquisa.



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

## *Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA*

**34. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS OU PROFISSIONAIS** – Registre o número de funcionários, independente do grau de formação - superior, técnico, médio ou elementar – segundo a condição:

- **PRÓPRIOS COM VÍNCULO** – Registre aqui o número de profissionais que possuem vínculo trabalhista com o estabelecimento, que compõem o total informado.
- **PRÓPRIOS AUTÔNOMOS** - Registre aqui o número de profissionais autônomos que trabalham no estabelecimento e compõem o total informado.
- **TERCEIRIZADOS** - Registre aqui o número de profissionais contratados como terceiros que trabalham no estabelecimento e compõem o total informado.

Nota: O total informado deve ser o resultado da somatória de profissionais ou profissionais com vínculo, autônomos e terceirizados.

**35. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE** – Refere-se somente ao CNAE **8640-2/99**. Assinale uma das seguintes opções:

- **SIM** – Assinale esta alternativa caso haja a prestação de serviço de radiometria, ou se realize teste de qualidade, no estabelecimento objeto da solicitação de atos da vigilância sanitária.
- **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.

**36. PISCINA DE USO COLETIVO** – Assinale uma das opções abaixo:

- **SIM** – Assinale esta alternativa se no local sede do estabelecimento houver piscina de uso coletivo.
- **NÃO** – Assinale esta alternativa se no local sede do estabelecimento não houver piscina de uso coletivo.

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

- CONSUMO HUMANO** – Assinale esta alternativas quando houver distribuição de água para consumo humano por caminhão-pipa ou outro veículo similar de transporte.
- REUSO** – Assinale esta alternativas 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.

**38. TRANSPORTADORA** – Refere-se somente aos CNAE **4930-2/01** ou **4930-2/02** do Agrupamento 50, Subgrupo D, Grupo I.

- PRODUTOS TRANSPORTADOS** – Assinale uma das 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 referentes à Classe de Produtos, objetos de transporte, conforme Quadro 1:



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Quadro 1 - CLASSE DE PRODUTOS

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
10	ADITIVO PARA ALIMENTO E COADJUVANTES DE TECNOLOGIA	03	INSUMO FARMACÊUTICO
09	ALIMENTO	01	MEDICAMENTO
05	COSMÉTICO	02	MEDICAMENTO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL
12	EMBALAGENS PARA ALIMENTOS	07	PERFUME
20	GASES MEDICINAIS	06	PRODUTO DE HIGIENE
15	INSUMO FARMACÊUTICO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL	04	PRODUTO PARA SAÚDE
		08	SANEANTE DOMISSANITÁRIO
		14	VERNIZ SANITÁRIO

b. **ARMAZENAR** – Assinale uma das opções abaixo:

- **SIM** – Assinale esta alternativa se no local sede do estabelecimento houver área de armazenamento própria.
- **NÃO** – Assinale esta alternativa se no local sede do estabelecimento não houver área de armazenamento própria.

## VI – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

**39. RESPONSÁVEL LEGAL** – Registre o nome completo do responsável legal pelo estabelecimento ou equipamento, objeto da solicitação.

- **CPF** – Registre o respectivo número do Cadastro de Pessoa Física.
- **CBO** – Registre, quando for o caso, o código e a descrição da categoria profissional do referido responsável, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego.

**Notas:**

1 – A Tabela CBO abaixo corresponde a versão resumida da atual Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego publicada em 2002 (CBO-2002). Caso sua ocupação não esteja aqui representada, registre-a na forma como é reconhecida no campo “descrição” dos formulários (Anexos V; V.1; V.2 ou V.3), deixando em branco o campo referente ao “código”.

2 - O Sivisa - Sistema de Informação em Vigilância Sanitária disponibiliza a tabela completa da CBO 2002.

TABELA CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
848510	AÇOUGUEIRO	225235	MÉDICO CIRURGIÃO PLÁSTICO
322105	ACUPUNTURISTA	225125	MÉDICO CLÍNICO
252105	ADMINISTRADOR	225135	MÉDICO DERMATOLOGISTA
241015	ADVOGADO (DIREITO CIVIL)	225140	MÉDICO DO TRABALHO
241035	ADVOGADO (DIREITO DO TRABALHO)	225310	MÉDICO EM ENDOSCOPIA
241005	ADVOGADO	225320	MÉDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
352205	AGENTE DE DEFESA AMBIENTAL	225155	MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA E METABOLOGISTA



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

*Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA*

TABELA CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO (cont.)

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
352210	AGENTE DE SANEAMENTO	225160	MÉDICO FISIATRA
352210	AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA	225165	MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA
516505	AGENTE FUNERÁRIO	225170	MÉDICO GENERALISTA
212405	ANALISTA DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMA	225250	MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA
212420	ANALISTA DE SUPORTE COMPUTACIONAL	225190	MÉDICO HEMOTERAPEUTA
251105	ANTROPÓLOGO	225195	MÉDICO HOMEOPATA
251110	ARQUEÓLOGO	225103	MÉDICO INFECTOLOGISTA
214105	ARQUITETO	225106	MÉDICO LEGISTA
214125	URBANISTA	225109	MÉDICO NEFROLOGISTA
818105	OPERADOR DE LABORATÓRIO	225112	MÉDICO NEUROLOGISTA
251605	ASSISTENTE SOCIAL	225265	MÉDICO OFTALMOLOGISTA
515110	ATENDENTE DE ENFERMAGEM	225270	MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
515205	AUXILIAR DE BANCO DE SANGUE	225275	MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA
322235	AUXILIAR DE ENFERMAGEM DO TRABALHO	225124	MÉDICO PEDIATRA
322230	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	225127	MÉDICO PNEUMOLOGISTA
515215	AUXILIAR DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	225280	MÉDICO PROCTOLOGISTA
818110	AUXILIAR DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES FÍSICO-QUÍMICAS	225153	MÉDICO PSIQUIATRA
203015	BACTERIOLOGISTA	225330	MÉDICO RADIOTERAPEUTA
516105	BARBEIRO	225139	MÉDICO SANITARISTA
261205	BIBLIOTECÁRIO	225285	MÉDICO UROLOGISTA
221105	BIÓLOGO	223305	MÉDICO VETERINÁRIO
221205	BIOMÉDICO	223710	NUTRICIONISTA
203025	BOTÂNICO	239410	ORIENTADOR EDUCACIONAL
516110	CABELEIREIRO	223910	ORTOPTISTA
322110	CALISTA	239415	PEDAGOGO
251115	CIENTISTA POLÍTICO	516140	PEDICURE
223208	CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL	203210	PESQUISADOR DE ENGENHARIA E TECNOLOGIA, OUTRA ÁREAS
223212	CIRURGIÃO DENTISTA - ENDODONTISTA	203015	PESQUISADOR DE MICROORGANISMO E PARASITAS
223236	CIRURGIÃO DENTISTA - ODONTOPEDIATRA	203005	PESQUISADOR EM BIOLOGIA AMBIENTAL
223240	CIRURGIÃO DENTISTA - ORTOPEDISTA E ORTODONTISTA	203010	PESQUISADOR EM BIOLOGIA ANIMAL
223244	CIRURGIÃO DENTISTA - PATOLOSITA BUCAL	203520	PESQUISADOR EM HISTÓRIA
223248	CIRURGIÃO DENTISTA - PERIODONTISTA	224120	PREPARADOR FÍSICO
223256	CIRURGIÃO DENTISTA - PROTESISTA	612005	PRODUTOR AGRÍCOLA POLIVALENTE
223260	CIRURGIÃO DENTISTA - RADIOLOGISTA	611005	PRODUTOR AGROPECUÁRIO, EM GERAL
223268	CIRURGIÃO DENTISTA - TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL	262105	PRODUTOR CULTURAL
223272	CIRURGIÃO DENTISTA DE SAÚDE COLETIVA	239205	PROFESSOR DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA E SURDOS
241040	CONSULTOR JURÍDICO	239215	PROFESSOR DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA MENTAL



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

*Sivisa* – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

TABELA CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO (cont.)

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
262410	DESENHISTA INDUSTRIAL GRÁFICO (DESIGNER GRÁFICO)	239225	PROFESSOR DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL
318005	DESENHISTA TÉCNICO	239420	PROFESSOR DE TÉCNICAS E RECURSOS AUDIOVISUAIS
342210	DESPACHANTE ADUANEIRO	317110	PROGRAMADOR DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
223705	DIETISTA	251510	PSICÓLOGO CLÍNICO
412110	DIGITADOR	251540	PSICÓLOGO DO TRABALHO
811810	DRAGEADOR (MEDICAMENTOS)	251505	PSICÓLOGO EDUCACIONAL
251205	ECONOMISTA	251530	PSICÓLOGO SOCIAL
251610	ECONOMISTA DOMÉSTICO	213205	QUÍMICO
313105	ELETROTÉCNICO	213210	QUÍMICO INDUSTRIAL
328105	EMBALSAMADOR	261135	REPÓRTER (EXCLUSIVE RÁDIO E TELEVISÃO)
223505	ENFERMEIRO	261730	REPÓRTER DE RÁDIO E TELEVISÃO
223520	ENFERMEIRO DE CENTRO CIRÚRGICO	251120	SOCIÓLOGO
223525	ENFERMEIRO DE TERAPIA INTENSIVA	515135	SOCORRISTA (EXCETO MÉDICOS E ENFERMEIROS)
223530	ENFERMEIRO DO TRABALHO	312305	TÉCNICO DE AGRIMENSURA
223545	ENFERMEIRO OBSTÉTRICO	325205	TÉCNICO DE ALIMENTOS
223550	ENFERMEIRO PSIQUIÁTRICO	322205	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
223555	ENFERMEIRO PUERICULTOR E PEDIÁTRICO	322210	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTENSIVA
223560	ENFERMEIRO SANITARISTA	322215	TECNICO DE ENFERMAGEM DO TRABALHO
222110	ENGENHEIRO AGRÔNOMO	322220	TÉCNICO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA
214205	ENGENHEIRO CIVIL	301110	TÉCNICO DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES FÍSICO-QUÍMICAS (MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO)
214215	ENGENHEIRO CIVIL (EDIFICAÇÕES)	301105	TÉCNICO DE LABORATÓRIO INDUSTRIAL
214260	ENGENHEIRO CIVIL (SANEAMENTO)	313120	TÉCNICO DE MANUTENÇÃO ELÉTRICA
214910	ENGENHEIRO DE CONTROLE DE QUALIDADE	313205	TÉCNICO DE MANUTENÇÃO ELETRÔNICA
214705	ENGENHEIRO DE MINAS	316305	TÉCNICO DE MINERAÇÃO
214905	ENGENHEIRO DE PRODUÇÃO	312105	TÉCNICO DE OBRAS CIVIS
222115	ENGENHEIRO DE PESCA	322505	TECNICO DE ORTOPEDIA
214915	ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	312210	TECNICO DE SANEAMENTO
222120	ENGENHEIRO FLORESTAL	300305	TÉCNICO EM ELETROMECAÂNICA
214405	ENGENHEIRO MECÂNICO	313215	TÉCNICO ELETRÔNICO
214415	ENGENHEIRO MECÂNICO (ENERGIA NUCLEAR)	325115	TÉCNICO EM FARMÁCIA
214505	ENGENHEIRO QUÍMICO	313505	TÉCNICO EM FOTÔNICA
211205	ESTATÍSTICO	316110	TÉCNICO EM GEOLOGIA
516115	ESTETICISTA	322315	TÉCNICO EM HIDROGRAFIA
223405	FARMACÊUTICO	324105	TÉCNICO EM MÉTODOS ELETROGRÁFICOS EM ENCEFALOGRAFIA
223410	BIOQUÍMICO		
524205	FEIRANTE		
213150	FÍSICO (MEDICINA)		
213155	FÍSICO (NUCLEAR E REATORES)		
213105	FÍSICO		



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

*Sivisa* – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

TABELA CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO (cont.)

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
223605	FISIOTERAPEUTA	324110	TÉCNICO EM MÉTODOS GRÁFICOS EM CARDIOLOGIA
223810	FONOAUDIÓLOGO	322305	TÉCNICO EM ÓPTICA E OPTOMETRIA
213415	GEOFÍSICO	324205	TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA
251305	GEÓGRAFO	323105	TÉCNICO EM PECUÁRIA
213405	GEÓLOGO	322115	TÉCNICO EM QUIROPRAXIA
322225	INSTRUMENTADOR CIRÚRGICO	324115	TÉCNICO EM RADIOLOGIA e IMAGENOLOGIA
261125	JORNALISTA	322405	TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL
516120	MANICURO	351605	TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO
322120	MASSOTERAPEUTA	7234	TECNICO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA
211115	MATEMÁTICO	311105	TÉCNICO QUÍMICO
225105	MÉDICO ACUPUNTURISTA	214365	TECNÓLOGO EM ELETRÔNICA
225110	MÉDICO ALERGISTA e IMUNOLOGISTA	223905	TERAPEUTA OCUPACIONAL
223103	MÉDICO ANATOMOPATOLOGISTA	312320	TOPÓGRAFO
225151	MÉDICO ANESTESIOLOGISTA	524305	VENDEDOR AMBULANTE
225115	MÉDICO ANGIOLOGISTA	515120	VISITADOR SANITÁRIO
225120	MÉDICO CARDIOLOGISTA	223310	ZOOTECNISTA
225225	MÉDICO CIRURGIÃO GERAL		

40. a 42. – Estes campos são padronizados e referem-se aos dados de identificação dos responsáveis técnicos pelas atividades exercidas ou pelos equipamentos utilizados no estabelecimento objeto da solicitação.

- **RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL / SUBSTITUTO** – Registre o nome completo do responsável técnico principal no campo 40 e dos substitutos nos campos 41 e 42.
- **CPF** – Registre o respectivo número do Cadastro de Pessoa Física.
- **CONSELHO PROFISSIONAL** - Registre a sigla do Conselho Profissional onde está inscrito o referido responsável.
- **UF** - Registre a sigla da unidade federada do respectivo conselho profissional. Para São Paulo, informe “SP”.
- **Nº INSCRIÇÃO** - Registre o número da inscrição do referido responsável no respectivo conselho profissional.
- **CBO** - Registre, quando for o caso, o código e a descrição da categoria profissional do referido responsável, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego.

**Notas:**

1 – A Tabela CBO acima corresponde a versão resumida da atual Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego publicada em 2002 (CBO-2002). Caso sua ocupação não esteja aqui representada, registre-a na forma como é reconhecida no campo “descrição” dos formulários (Anexos V; V.1; V.2 ou V.3), deixando em branco o campo referente ao “código”.

2 - O *Sivisa* - Sistema de Informação em Vigilância Sanitária disponibiliza a tabela completa da CBO 2002.



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

*Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA*

## VII – ANEXOS

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

**43. TOTAL DE PÁGINAS** – Registre o número total de páginas dos Subanexos utilizados para complementação deste formulário:

- **Subanexo V.1. ATIVIDADE RELACIONADA À PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE INTERESSE DA SAÚDE** – Registre o número total de folhas preenchidas que integram o referido Subanexo e que acompanham este formulário.
- **Subanexo V.2. FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE** – Registre o número total de folhas preenchidas que integram o referido Subanexo e que acompanham este formulário.
- **Subanexo V.3. ATIVIDADE RELACIONADA À PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE** – Registre o número total de folhas preenchidas que integram o referido Subanexo e que acompanham este formulário.

## VIII – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

Esta declaração tem preenchimento obrigatório e deve ser assinada pelo solicitante - responsável legal e, quando for o caso, em conjunto com os responsáveis técnicos.

**LOCAL** - Registre o nome do município onde o objeto da solicitação está sediado.

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

**ASSINATURA RESP. LEGAL** - Após ler e concordar com o declarado, o responsável legal que teve seus dados informados no formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária (Anexo V) deve assinar na respectiva linha.

**ASSINATURA RESP. TÉCN.** - Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico principal que teve seus dados informados no item 40 do presente formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária (Anexo V) deve assinar na respectiva linha.

**ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01** - Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico que informou seus dados no item 41 do presente formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária (Anexo V) deve assinar na respectiva linha.

**ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02** - Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico que informou seus dados no item 42 do presente formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária (Anexo V) deve assinar na respectiva linha.