



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  
FORMULÁRIO

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2017

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.

SEGUNDA VIA DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

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

7.a. ENDEREÇO

7.f. ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO

7.b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

7.g. Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO

7.c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

7.h. Nº DE LEITOS

7.d. RESPONSABILIDADE LEGAL

7.i. RAZÃO SOCIAL / NOME FANTASIA

7.e.1. FUSÃO ou

7.e.2. INCORPORAÇÃO ou

7.e.3. CISÃO ou

7.e.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 uma das opções abaixo: <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> FEDERAL <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL	
32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale uma 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 BENEFICIENTE 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 uma 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, e em seguida, o total pela condição solicitada.	PRÓPRIOS COM VÍNCULO: _____ PRÓPRIOS AUTÔNOMOS: _____ TERCEIRIZADOS: _____
35. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Assinale uma das opções: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
36. PISCINA DE USO COLETIVO – Assinale uma das opções: <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

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

37. RESPONSÁVEL LEGAL: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
CBO – Registre código e descrição: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

38. RESPONSÁVEL TÉCNICO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
CONSELHO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Nº INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_  
CBO – Registre código e descrição: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

39. RESPONSÁVEL TÉCNICO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
CONSELHO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Nº INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_  
CBO – Registre código e descrição: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

40. RESPONSÁVEL TÉCNICO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
CONSELHO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Nº INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_  
CBO – Registre código e descrição: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

41. RESPONSÁVEL TÉCNICO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
CONSELHO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Nº INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_  
CBO – Registre código e descrição: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**VII – ANEXOS**  
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

42. TOTAL DE PÁGINAS – Registre o número total de páginas, segundo os Subanexos utilizados para complementação deste formulário:

Subanexo V.1. <b>ATIVIDADES</b> <b>RELACIONADAS A PRESTAÇÃO DE</b> <b>SERVIÇOS DE SAÚDE:</b> _____	Subanexo V.2. <b>FONTES DE RADIAÇÃO</b> <b>IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE</b> <b>INTERESSE DA SAÚDE:</b> _____	Subanexo V.3. <b>ATIVIDADES</b> <b>RELACIONADAS A PRODUTOS DE</b> <b>INTERESSE DA SAÚDE:</b> _____
--	---	--

**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 RESP. LEGAL ASSINATURA RESP. TÉCNICO

\_\_\_\_\_  
ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO - 01 ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO - 02 ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO - 03



**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 emissão de 2.<sup>a</sup> via 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 sub-anexos 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. N° 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. N° PROCESSO DE ORIGEM** – 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.

**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 N° 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 ao N° 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 ou mais equipamento de saúde sujeito ao N° CEVS de licença de funcionamento.
- 5. N° 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).
  - **SEGUNDA VIA DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO** - Assinale no caso da solicitação referir-se a uma segunda via de licença de funcionamento.



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

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

- **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 16 da presente Portaria.
- **ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS** – Assinale obrigatoriamente no item 7, as alterações correspondentes à esta solicitação.

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

**7.a. ENDEREÇO** - Assinale no caso de mudança de endereço do estabelecimento ou equipamento. Esta opção implica no cancelamento da LF vigente e em nova solicitação de licenciamento para o atual endereço.

**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.1. FUSÃO ou** - 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.e.2. INCORPORAÇÃO ou** - 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.e.3. CISÃO ou** - 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.e.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.



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

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

- 7.f. 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.
- 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.
- 7.h. Nº DE LEITOS** - Assinale no caso de aumento ou diminuição de leitos de internação e de cuidados intensivos (UTI).
- 7.i. RAZÃO SOCIAL / NOME FANTASIA** - Assinale no caso de alteração do nome comercial da pessoa jurídica, ou da razão social e ou do nome fantasia.

### 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.



# 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** – 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.
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.



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

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

- **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..
- **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



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

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

assemelhado, de propriedade ou gestão de universidade pública ou privada, ou a elas vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados

- **ESCOLA SUPERIOR ISOLADA** - Estabelecimento que se caracteriza como hospital-escola e assemelhado, de propriedade ou gestão das Escolas Isoladas, públicas ou privadas, ou a elas vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados.
- **AUXILIAR DE ENSINO** - Estabelecimento que se caracteriza como hospital auxiliar de ensino e assemelhado que, não sendo de propriedade ou gestão de Universidade ou Escola Isolada, nele são desenvolvidos programas de treinamento em serviço de curso de graduação ou pós-graduação da área de saúde, ou não, devidamente conveniado com uma instituição de Ensino Superior.
- **NÃO SE APLICA** - Assinale essa alternativa quando não se tratar de unidade de ensino e pesquisa.

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

- **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** – Assinale uma das opções abaixo:

- **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.

## **VI – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS**

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

**37. 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 o código e a descrição da categoria profissional do referido responsável, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego.



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

## Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

### 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	251105	Antropólogo
322105	Acupunturista	251110	Arqueólogo
252105	Administrador	214105	Arquiteto de edificações
252105	Administrador hospitalar	214120	Arquiteto paisagista
252105	Administrador público	214125	Arquiteto urbanista
241005	Advogado	818105	Assistente de laboratório industrial
241015	Advogado (direito civil)	251605	Assistente social
241035	Advogado (direito do trabalho)	515110	Atendente de enfermagem
241025	Advogado (direito penal)	521120	Atendente de farmácia- balconista
241010	Advogado de empresa	252205	Auditor (contadores e afins)
241020	Advogado fiscal (direito fiscal)	51505	Auxiliar de banco de sangue
515105	Agente comunitário de saúde	322230	Auxiliar de enfermagem
515140	Agente de controle de dengue	613110	Criador de bovinos (corte)
515140	Agente de controle de vetores	613115	Criador de bovinos (leite)
352205	Agente de defesa florestal	613005	Criador em pecuária polivalente
352205	Agente de inspeção de pesca	262410	Desenhista industrial gráfico (designer gráfico)
352210	Agente de saneamento	318005	Desenhista técnico
352210	Agente de saúde pública	342210	Despachante aduaneiro
516505	Agente funerário	223705	Dietista
841705	Alambiqueiro	412110	Digitador
212410	Analista de comunicação (teleprocessamento)	111410	Dirigente do serviço público estadual e distrital
212405	Analista de sistemas (informática)	111405	Dirigente do serviço público federal
212420	Analista de suporte de sistema	111415	Dirigente do serviço público municipal
322250	Auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família	811810	Drageador (medicamentos)
322235	Auxiliar de enfermagem do trabalho	251205	Economista
515210	Auxiliar de farmácia de manipulação	251610	Economista doméstico
515215	Auxiliar de laboratório de análises clínicas	313105	Eletrotécnico
818110	Auxiliar de laboratório de análises físico-químicas	328105	Embalsamador
324210	Auxiliar técnico em patologia clínica	223505	Enfermeiro
613305	Avicultor	223520	Enfermeiro de centro cirúrgico
203015	Bacteriologista	22355	Enfermeiro de terapia intensiva
516105	Barbeiro	223530	Enfermeiro do trabalho
		223545	Enfermeiro obstétrico
		223550	Enfermeiro psiquiátrico



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

*Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA*

261205	Bibliotecário	223555	Enfermeiro puericultor e pediátrico
221105	Biólogo	223560	Enfermeiro sanitarista
221205	Biomédico	214425	Engenheiro aeronáutico
203025	Botânico	214805	Engenheiro agrimensor
516110	Cabeleireiro	222110	Engenheiro agrônomo
516140	Calista	214205	Engenheiro civil
251115	Cientista político	214210	Engenheiro civil (aeroportos)

TABELA CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
223208	Cirurgião dentista - clínico geral	214215	Engenheiro civil (edificações)
223236	Cirurgião dentista - odontopediatria	214225	Engenheiro civil (ferrovias e metrovias)
223240	Cirurgião dentista - ortopedista e ortodontista	214230	Engenheiro civil (geotecnia)
223244	Cirurgião dentista - patologista bucal	214240	Engenheiro civil (hidráulica)
223248	Cirurgião dentista - periodontista	214245	Engenheiro civil (pontes e viadutos)
223256	Cirurgião dentista - protesista	214255	Engenheiro civil (rodovias)
223260	Cirurgião dentista - radiologista	214260	Engenheiro civil (saneamento)
223268	Cirurgião dentista - traumatologista bucomaxilofacial	214265	Engenheiro civil (túneis)
223272	Cirurgião dentista de saúde coletiva	214910	Engenheiro de controle de qualidade
223212	Cirurgião dentista - endodontista	214605	Engenheiro de materiais
613010	Criador de animais domésticos	214705	Engenheiro de minas
241040	Consultor jurídico	222115	Engenheiro de pesca
214915	Engenheiro de segurança do trabalho	214905	Engenheiro de produção
214340	Engenheiro de telecomunicações	516130	Maquiador de caracterização
214925	Engenheiro de tempos e movimentos	322120	Massoterapeuta
214305	Engenheiro eletrícista	211115	Matemático
214325	Engenheiro eletrônico de manutenção	225105	Médico acupunturista
222120	Engenheiro florestal	225110	Médico alergista / imunologista
214405	Engenheiro mecânico	223103	Médico anatomopatologista
214415	Engenheiro mecânico (energia nuclear)	223104	Médico anesthesiologista
214410	Engenheiro mecânico automotivo	223105	Médico angiologista
214610	Engenheiro metalurgista	223106	Médico cardiologista
214430	Engenheiro naval	223110	Médico cirurgião geral
214505	Engenheiro químico	223112	Médico cirurgião plástico
214510	Engenheiro químico (indústria química)	223115	Médico clínico
214520	Engenheiro químico (papel e celulose)	223117	Médico dermatologista
214525	Engenheiro químico (petróleo e borracha)	223118	Médico do trabalho
424125	Escriturário em estatística	223120	Médico em endoscopia
211205	Estatístico	223124	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
322130	Esteticista	223125	Médico endocrinologista e metabologista
223405	Farmacêutico	223126	Médico fisiatra
223410	Farmacêutico bioquímico	225165	Médico gastroenterologista
524205	Feirante	223132	Médico ginecologista e obstetra
		223134	Médico hemoterapeuta



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

*Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA*

261405	Filólogo	223135	Médico homeopata
213105	Físico	225103	Médico infectologista
213110	Físico (acústica)	223137	Médico legista
213150	Físico (medicina)	223139	Médico nefrologista
213155	Físico (nuclear e reatores)	223142	Médico neurologista
213160	Físico (óptica)	223144	Médico oftalmologista
213175	Físico (térmica)	223146	Médico ortopedista e traumatologista

TABELA CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
223605	Fisioterapeuta geral	223147	Médico otorrinolaringologista
223810	Fonoaudiólogo geral	223149	Médico pediatra
261805	Fotógrafo	223150	Médico perito
213415	Geofísico	223151	Médico pneumologista
251305	Geógrafo	223152	Médico proctologista
213405	Geólogo	223153	Médico psiquiatra
351725	Inspetor de risco	223154	Médico radioterapeuta
322225	Instrumentador cirúrgico	223156	Médico sanitarista
622010	Jardineiro	223157	Médico urologista
261125	Jornalista	223305	Médico veterinário
516120	Manicure	223305	Médico veterinário
516125	Maquiador	711130	Mineiro
223710	Nutricionista	251120	Sociólogo
811120	Operador de concentração	515135	Socorrista (exceto médicos e enfermeiros)
711410	Operador de salina (sal marinho)	321110	Técnico agropecuário
239410	Orientador educacional	314705	Técnico de acabamento em siderurgia
223910	Ortoptista	314710	Técnico de aciaria em siderurgia
351815	Papiloscopista policial	325205	Técnico de alimentos
515115	Pateira leiga	322205	Técnico de enfermagem
239415	Pedagogo	322210	Técnico de enfermagem de terapia intensiva
516140	Pedicure	322215	Técnico de enfermagem do trabalho
631105	Pescador artesanal de água	322220	Técnico de enfermagem psiquiátrica
631205	Pescador industrial	312205	Técnico de estradas
203210	Pesquisador de engenharia e tecnologia (outras áreas da engenharia)	314715	Técnico de fundição em siderurgia
203015	Pesquisador de micro-organismos e parasitas	301110	Técnico de laboratório de análises físico-químicas (materiais de construção)
203005	Pesquisador em biologia ambiental	301105	Técnico de laboratório industrial
203010	Pesquisador em biologia animal	314720	Técnico de laminação em siderurgia
203020	Pesquisador em biologia humana	313120	Técnico de manutenção elétrica
203520	Pesquisador em história	313125	Técnico de manutenção elétrica de máquina
224120	Preparador físico	313205	Técnico de manutenção eletrônica
612005	Produtor agrícola polivalente	313210	Técnico de manutenção eletrônica (circuitos de máquinas com comando numérico)
611005	Produtor agropecuário, em geral	316305	Técnico de mineração
262105	Produtor cultural		



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

*Sivisa* – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

612305	Produtor da olericultura de legumes	316310	Técnico de mineração (óleo e petróleo)
612505	Produtor de árvores frutíferas	312105	Técnico de obras civis
612405	Produtor de flores de corte	322505	Técnico de ortopedia
239205	Professor de alunos com deficiência auditiva e surdos	314725	Técnico de redução na siderurgia (1ª fusão)
239215	Professor de alunos com deficiência mental	314730	Técnico de refratário em siderurgia
239225	Professor de alunos com deficiência visual	312210	Técnico de saneamento
		313315	Técnico de telecomunicações (telefonia)

TABELA CBO - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO

CÓD.	TIPO	CÓD.	TIPO
239420	Professor de técnicas e recursos audiovisuais	313320	Técnico de transmissão (telecomunicações)
317110	Programador de sistemas de informação	311515	Técnico de utilidade (produção e distribuição de vapor, gases, óleos, combustíveis, energia)
251510	Psicólogo clínico	313215	Técnico eletrônico
251540	Psicólogo do trabalho	312305	Técnico em agrimensura
251505	Psicólogo educacional	300305	Técnico em eletromecânica
251530	Psicólogo social	325115	Técnico em farmácia
213205	Químico	313505	Técnico em fotônica
213210	Químico industrial	316110	Técnico em geologia
261135	Repórter (exclusive rádio e televisão)	322315	Técnico em hidrografia
261730	Repórter de rádio e televisão	324105	Técnico em métodos eletrográficos em encefalografia
766410	Revelador de filmes fotográficos em preto e branco	314110	Técnico mecânico
324110	Técnico em métodos gráficos em cardiologia	311105	Técnico químico
322305	Técnico em óptica e optometria	214365	Tecnólogo em eletrônica
324205	Técnico em patologia clínica	223905	Terapeuta ocupacional
323105	Técnico em pecuária	312320	Topógrafo
321305	Técnico em piscicultura	622015	Trabalhador na produção de mudas e sementes
322115	Técnico em quiropraxia	623020	Tratador de animais
324115	Técnico em radiologia	524305	Vendedor ambulante
324115	Técnico em radiologia e imagenologia	524105	Vendedor em domicílio
322405	Técnico em saúde bucal	515120	Visitador sanitário
351605	Técnico em segurança do trabalho	632015	Viveirista florestal
314620	Técnico em soldagem	223310	Zootecnista

38. a 41. – Os campos de número 38 a 41 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** – Registre o nome completo do responsável técnico.
- **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



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

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

conselho profissional.

- **CBO** - Registre o código e a descrição da categoria profissional do referido responsável, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego.

**Notas:**

**1** – 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

**42. TOTAL DE PÁGINAS** – Registre o número total de páginas, segundo os 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), que acompanha o presente formulário (Subanexo V.2), 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 formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária (Anexo V), que acompanha o presente formulário (Subanexo V.2), deve assinar na respectiva linha.

**ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO - 01** - Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico que informou seus dados no campo **RT.A.** (item IV do presente formulário) deve assinar na respectiva linha.

**ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO - 02 e 03** - Preencher conforme instrução anterior (Assin. Resp. Técn. 01), considerando as informações correspondentes aos campos com mesma letra: B, C, D, E e F.