



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

PORTARIA CVS 1/2024

Subanexo III.3 - SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA Atividades Relacionadas à Produtos de Interesse da Saúde

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº PROTOCOLO

2. DATA PROTOCOLO

3. Nº PROCESSO DE ORIGEM

II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. Nº CEVS

5. CNPJ

6. RAZÃO SOCIAL / NOME

7. NOME FANTASIA

III – CARACTERIZAÇÃO DA ATIVIDADE

8. CNAE – De acordo com o CNAE declarado no formulário SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anexo III), que acompanha o presente formulário, assinale uma das alternativas abaixo e siga as respectivas instruções para complementação da informação:

- DISPENSAÇÃO E ARMAZENAMENTO PÚBLICO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAÚDE**
- Somente CNAE **8412-4/00** (Anexo I, Agrupamento 91, Grupo IV) - Preencher somente o Bloco III.1.
- FABRIL**
- Todos CNAE do Subgrupo A (Anexo I, Grupo I) - Preencher somente o Bloco III.2.
- DISTRIBUIDORA / IMPORTADORA**
- Todos CNAE do Subgrupo B (Anexo I, Grupo I) - Preencher somente o Bloco III.3.
- COMÉRCIO VAREJISTA**
- Todos CNAE dos Agrupamentos 21 e 28 (Anexo I, Subgrupo C, Grupo I) - Preencher somente o Bloco III.4.
- PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COM PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE**
- Somente para os CNAE **8292-0/00** (Agr.30), **5211-7/01** e **5211-7/99** (Agr.40), **8129-0/00** (Agr.60) – (Anexo I, Subgrupo D, Grupo I)
- Preencher somente o Bloco III.5.

9. AFE – Informe os dados da Autorização de Funcionamento da Empresa, se houver:

Nº: _____ - _____ **ATIVIDADES AUTORIZADAS** - _____
DATA: ___/___/___ Registre códigos correspondentes:
(Consultar Quadro 13) _____

10. AE – Informe os dados da Autorização Especial, se houver: Nº: _____ - _____ DATA: ___/___/___

ATIVIDADES AUTORIZADAS - Registre respectivos códigos:
(Consultar Quadro 13) _____

III.1 - DISPENSAÇÃO E ARMAZENAMENTO PÚBLICO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE

11. Refere-se ao CNAE **8412-4/00** do Agrupamento 91 / Grupo IV - Assinale **uma** alternativa referente às atividades realizadas

- a. **ARMAZENAMENTO E EXPEDIÇÃO** b. **DISPENSAÇÃO JUDICIAL** c. **DISPENSAÇÃO PAF SUS**
- d. **UPDT** e. **BANCO DE ALIMENTOS**

VISTO DO RESPONSÁVEL LEGAL: _____

IMPRIMIR SOMENTE AS FOLHAS PREENCHIDAS DESTES SUBANEXOS III.3 E JUNTAR AO ANEXO III TAMBÉM PREENCHIDO E ASSINADO.