



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ATIVIDADE RELACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

SUBANEXO V.1 – PORTARIA CVS 01/2018

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº PROTOCOLO

2. DATA PROTOCOLO

3. Nº PROCESSO ORIGEM

II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. Nº CEVS

5. CNPJ/CPF

6. RAZÃO SOCIAL / NOME

7. NOME FANTASIA

III - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

8. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

CÓDIGO CNES: _____

9. TIPO DE SERVIÇO

CÓDIGO SERVIÇO: _____

10. TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ALBERGADOS

A. PRÓPRIOS SOB Nº CEVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE – Registre os códigos correspondentes:

____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _
____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _
____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _

B. PRÓPRIOS COM Nº CEVS PRÓPRIO – Registre os códigos correspondentes:

____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _
____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _
____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _

C. TERCEIRIZADOS – Registre os códigos correspondentes e respectivos CNPJ:

CÓD. CNPJ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _
CÓD. CNPJ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _
CÓD. CNPJ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _

11. TRANSPORTE – Refere-se somente aos CNAE 8640-2/01 ou 8640-2/02 ou 8640-2/10 do Agrupamento 70, Grupo II, Anexo I.

– Assinale uma das alternativas relacionadas ao material que será transportado:

A. SANGUE E HEMOCOMPONENTES – AUTORIZAÇÃO ANVISA: ____ / ____ / ____

B. MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO

IV - ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL

12. CONSULTÓRIOS MÉDICOS

PEDIÁTRICO ____ FEMININO ____ MASCULINO ____ OUTROS ____

13. CONSULTÓRIOS

OUTROS ____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

14. SALAS E LEITOS DE REPOUSO / OBSERVAÇÃO

PEDIÁTRICO _____ FEMININO _____ MASCULINO _____ OUTROS _____
SALAS LEITOS SALAS LEITOS SALAS LEITOS SALAS LEITOS

15. CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS _____ EQUIPOS ODONTOLÓGICOS _____

16. SALAS, POLTRONAS E MÁQUINAS DE PROCEDIMENTOS

CIRURGIA AMBULAT. _____ CURATIVO _____ ENFERMAGEM _____ GESSO _____ IMUNIZAÇÃO _____ NEBULIZAÇÃO _____
SALAS SALAS SALAS SALAS SALAS SALAS
PEQUENAS CIRURGIAS _____ QUIMIOTERAPIA _____ DIÁLISE _____
SALAS SALAS POLTRONAS SALAS POLTRONAS MÁQ. HD CRÔNICOS

V - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

17. _____
NOME PROFISSIONAL _____
CPF _____ CONSELHO PROFISSIONAL _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CBO _____

18. _____
NOME PROFISSIONAL _____
CPF _____ CONSELHO PROFISSIONAL _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CBO _____

19. _____
NOME PROFISSIONAL _____
CPF _____ CONSELHO PROFISSIONAL _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CBO _____

20. _____
NOME PROFISSIONAL _____
CPF _____ CONSELHO PROFISSIONAL _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CBO _____

21. _____
NOME PROFISSIONAL _____
CPF _____ CONSELHO PROFISSIONAL _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CBO _____

VI - LEITOS – UNIDADES DE INTERNAÇÃO E DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

22. UNIDADE DE INTERNAÇÃO – Registre o número de leitos existentes, segundo a especialidade:

A. CIRÚRGICA:

BUCO MAXILO FACIAL _____ GASTROENTEROLOGIA _____ NEUROCIRURGIA _____ ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA _____
CARDIOLOGIA _____ GINECOLOGIA _____ OBSTETRÍCIA _____ OTORRINOLARINGOLOGIA _____
CIRURGIA GERAL _____ LEITO / DIA _____ OFTALMOLOGIA _____ PLÁSTICA _____
ENDOCRINOLOGIA _____ NEFRO/UROLOGIA _____ ONCOLOGIA _____ TORÁCICA _____

B. CLÍNICA:

AIDS _____ GERIATRIA _____ NEONATOLOGIA _____ PNEUMOLOGIA _____
CARDIOLOGIA _____ HANSENOLOGIA _____ NEUROLOGIA _____ PSIQUIATRIA _____
CLÍNICA GERAL _____ HEMATOLOGIA _____ OBSTETRÍCIA _____ REABILITAÇÃO _____
CRÔNICOS _____ LEITO / DIA _____ ONCOLOGIA _____ TISIOLOGIA _____
DERMATOLOGIA _____ NEFRO/UROLOGIA _____ PEDIATRIA _____

23. UNIDADE DE INTERNAÇÃO COM LEITO COMPLEMENTAR – Registre o número de leitos complementares existentes:

UTI ADULTO _____ UTI NEONATAL _____ UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL _____
UTI INFANTIL _____ UNIDADE INTERMEDIÁRIA _____ UNIDADE DE ISOLAMENTO _____

24. UNIDADE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (PRONTO-SOCORRO) Nº LEITOS OBSERVAÇÃO: _____

VII - EQUIPAMENTOS / FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE

25. Registre o número de equipamentos e ou fontes de radiação ionizante existentes e informados no subanexo V.2.: _____

VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS: _____