



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
COVISA - COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SIVISA - Sistema de Informações em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde

**ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE
SUB-ANEXO XI-A DAS INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO
ESTE ANEXO DESTINA-SE SOMENTE AOS ESTABELECIMENTOS COM ATIVIDADES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE COM
OU SEM EQUIPAMENTO DE SAÚDE

I. INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA COMPETENTE	
1. Número do Protocolo	2. Data do Protocolo
II. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO - REGISTRAR OS MESMOS DADOS DO FORMULÁRIO AO QUAL PERTENCE ESTE ANEXO	
9. Razão Social / Nome	
10. Nome Fantasia	
11. CNPJ / CPF	6. N° CMVS do estabelecimento, se houver
III. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE	
41. Cód. CNES	41A. Autorização da ANVISA para transporte interestadual de amostra de sangue de doadores, bolsas de sangue e hemocomponentes
Número da autorização Data da publicação	
42.	Cód. e descrição do tipo de serviço de saúde objeto da solicitação
43. Tipos de serviços de saúde albergados:	
A. Próprios (Sob CMVS da estrutura albergante) - Registre os códigos:	
B. Próprios (com CMVS próprio) registre os códigos:	
B. Terceirizados - Registre os códigos e respectivos CNPJ:	
Cód. CNPJ	Cód. CNPJ
Cód. CNPJ	Cód. CNPJ
Cód. CNPJ	Cód. CNPJ
IV. ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL - INFORMAÇÕES ESTRUTURAIS	
44. Total de consultórios médicos, segundo o tipo: <input type="checkbox"/> Pediátrico <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outros	
45. Total de outros consultórios	
46. Total de salas e de leitos de repouso / observação, segundo o tipo:	
Salas Leitos	Pediátrico Salas Leitos Feminino
Salas Leitos	Masculino Salas Leitos Outros
47. Total de: <input type="checkbox"/> Consultórios odontológicos e <input type="checkbox"/> Equipos	
48. Total de salas, segundo o tipo:	
<input type="checkbox"/> Pequenas cirurgias <input type="checkbox"/> Nebulização <input type="checkbox"/> Gesso	<input type="checkbox"/> Imunização <input type="checkbox"/> Curativo <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Cirurgia ambulatorial
Salas Poltronas	Quimioterapia Diálise Salas Poltronas

V. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR / CCIH - INFORMAÇÕES DE PROFISSIONAIS MEMBROS EXECUTORES	
49. Nome do profissional	
CPF	Cód. CBO Sigla cons. PROF. UF N° inscrição conselho
50. Nome do profissional	
CPF	Cód. CBO Sigla cons. PROF. UF N° inscrição conselho
51. Nome do profissional	
CPF	Cód. CBO Sigla cons. PROF. UF N° inscrição conselho
52. Nome do profissional	
CPF	Cód. CBO Sigla cons. PROF. UF N° inscrição conselho
53. Nome do profissional	
CPF	Cód. CBO Sigla cons. PROF. UF N° inscrição conselho

VI. LEITOS DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO E DE UNIDADES DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	
54. Estabelecimentos de saúde com internação - Registre o número de leitos existentes, segundo a especialidade:	
A. Cirúrgica:	
<input type="checkbox"/> 01. Buco Maxilo Facial	<input type="checkbox"/> 05. Gastroenterologia <input type="checkbox"/> 11. Oftalmologia
<input type="checkbox"/> 02. Cardiologia	<input type="checkbox"/> 06. Ginecologia <input type="checkbox"/> 12. Oncologia
<input type="checkbox"/> 03. Cirurgia Geral	<input type="checkbox"/> 07. Leito / Dia <input type="checkbox"/> 13. Ortopedia / Traumatologia
<input type="checkbox"/> 04. Endocrinologia	<input type="checkbox"/> 08. Nefrologia / Urologia <input type="checkbox"/> 14. Otorrinolaringologia
<input type="checkbox"/> 09. Neurocirurgia	<input type="checkbox"/> 15. Plástica
<input type="checkbox"/> 10. Obstetrícia	<input type="checkbox"/> 16. Torácica
B. Clínica:	
<input type="checkbox"/> 21. AIDS	<input type="checkbox"/> 26. Geriatria <input type="checkbox"/> 33. Obstetrícia
<input type="checkbox"/> 22. Cardiologia	<input type="checkbox"/> 27. Hansenologia <input type="checkbox"/> 34. Oncologia
<input type="checkbox"/> 23. Clínica Geral	<input type="checkbox"/> 28. Hematologia <input type="checkbox"/> 35. Pediatria
<input type="checkbox"/> 24. Crônicos	<input type="checkbox"/> 29. Leito / Dia <input type="checkbox"/> 36. Pneumologia
<input type="checkbox"/> 25. Dermatologia	<input type="checkbox"/> 30. Nefro / Urologia <input type="checkbox"/> 37. Psiquiatria
<input type="checkbox"/> 31. Neonatologia	<input type="checkbox"/> 38. Reabilitação
<input type="checkbox"/> 32. Neurologia	<input type="checkbox"/> 39. Tisiologia
55. Estabelecimento de saúde com internação - Registre o número de leitos complementares existentes:	
<input type="checkbox"/> 01. UTI Adulto	<input type="checkbox"/> 03. UTI Neonatal <input type="checkbox"/> 05. Unidade Intermediária Neonatal
<input type="checkbox"/> 02. UTI Infantil	<input type="checkbox"/> 04. Unidade Intermediária <input type="checkbox"/> 13. Unidade de Isolamento
56. Unidade de urgência / emergência (Pronto-socorro)	
N° Leitos observação	

VII. EQUIPAMENTOS DE SAÚDE	
57. Registre o número de equipamentos de saúde existentes e informados no anexo "Equipamentos de Saúde"	
Vistos dos responsáveis legais técnicos:	



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
COVISA - COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SIVISA - Sistema de Informações em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde

**EQUIPAMENTOS DE SAÚDE
SUBANEXO XI-B - DAS INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE	
1. N° DO PROTOCOLO	2. DATA DO PROTOCOLO
II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO - REGISTRAR OS MESMOS DADOS DO FORMULÁRIO AO QUAL PERTENCE ESTE ANEXO	
9. RAZÃO SOCIAL / NOME	
10. NOME FANTASIA	
11. CPNJ / CPF	6. N° CMVS DO ESTABELECIMENTO, SE HOUVER
III - EQUIPAMENTOS DE INTERESSE À SAÚDE - CONSULTAR TABELA DE TIPOS DE EQUIPAMENTO NAS INSTRUÇÕES	
EQ. 01.	CÓD. NÚMERO CMVS CARACTERÍSTICA A
CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C CARACTERÍSTICA C
EQ. 02.	CÓD. NÚMERO CMVS CARACTERÍSTICA A
CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C CARACTERÍSTICA C
EQ. 03.	CÓD. NÚMERO CMVS CARACTERÍSTICA A
CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C CARACTERÍSTICA C
EQ. 04.	CÓD. NÚMERO CMVS CARACTERÍSTICA A
CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C CARACTERÍSTICA C
EQ. 05.	CÓD. NÚMERO CMVS CARACTERÍSTICA A
CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C CARACTERÍSTICA C
EQ. 06.	CÓD. NÚMERO CMVS CARACTERÍSTICA A
CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C CARACTERÍSTICA C
EQ. 07.	CÓD. NÚMERO CMVS CARACTERÍSTICA A
CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C CARACTERÍSTICA C
EQ. 08.	CÓD. NÚMERO CMVS CARACTERÍSTICA A
CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C CARACTERÍSTICA C

IV - RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO	
A.	RESPONSÁVEL TÉCNICO CPF
CONS. PROF.	UF N° INSCRIÇÃO CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO
ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):	
PRINCIPAL	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
SUBSTITUTO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
B.	RESPONSÁVEL TÉCNICO CPF
CONS. PROF.	UF N° INSCRIÇÃO CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO
ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):	
PRINCIPAL	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
SUBSTITUTO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
C.	RESPONSÁVEL TÉCNICO CPF
CONS. PROF.	UF N° INSCRIÇÃO CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO
ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):	
PRINCIPAL	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
SUBSTITUTO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
D.	RESPONSÁVEL TÉCNICO CPF
CONS. PROF.	UF N° INSCRIÇÃO CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO
ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):	
PRINCIPAL	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
SUBSTITUTO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
E.	RESPONSÁVEL TÉCNICO CPF
CONS. PROF.	UF N° INSCRIÇÃO CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO
ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):	
PRINCIPAL	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
SUBSTITUTO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
F.	RESPONSÁVEL TÉCNICO CPF
CONS. PROF.	UF N° INSCRIÇÃO CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO
ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):	
PRINCIPAL	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
SUBSTITUTO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8