

Registre o código da categoria profissional do referido profissional, segundo a tabela de Classificação Brasileira de Ocupações – CBO. Consulte a **Tabela 06** no final destas instruções.

SIGLA DO CONSELHO PROFISSIONAL

Registre a sigla do Conselho Profissional onde está inscrito o respectivo profissional.

UF

Registre a unidade federada do respectivo conselho profissional. No caso de São Paulo: "SP".

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

Registre o número da inscrição do profissional no respectivo conselho.

VI – LEITOS DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO E DE UNIDADES DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

Notas:

- a. Se o objeto dessa solicitação se caracterizar como um estabelecimento prestador de serviço de saúde que não possua leitos de internação ou de observação, vá para o campo **56**.
- b. Se o objeto da solicitação referir-se a um estabelecimento de saúde com internação, tipo: Hospital Geral, Hospital Especializado e Unidade Mista (estrutura "ALBERGANTE"):
- informe o solicitado nos campos **54** e **55**, preenchendo todos os campos da direita para a esquerda; e, em seguida,
 - vá para o campo **57**.
- c. Se o objeto da solicitação referir-se a uma Unidade de Urgência / Emergência – seja ela um Pronto Socorro Isolado (estrutura "ALBERGANTE") ou, um Pronto Socorro sediado em Hospital Geral ou Hospital Especializado (serviço "Albergado"):
- deixe em branco os campos **54** e **55**;
 - informe o solicitado no campo **56**, preenchendo todos os campos da direita para a esquerda; e, em seguida,
 - vá para o campo **57**.

54. ESTABELECIMENTO DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO – REGISTRE O NÚMERO DE LEITOS EXISTENTES, SEGUNDO A ESPECIALIDADE:

A. CIRÚRGICA

Registre, se houver, o número de leitos cirúrgicos disponíveis por especialidade: **01.BUCO MAXILO FACIAL / 02.CARDIOLOGIA / 03.CIRURGIA GERAL / 04.ENDOCRINOLOGIA / 05.GASTROENTEROLOGIA / 06.GINECOLOGIA / 07.LEITO-DIA / 08.NEPROLOGIA-UROLOGIA / 09.NEUCIRURGIA / 10.OBSTETRÍCIA / 11.OFTALMOLOGIA / 12.ONCOLOGIA / 13.ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA / 14.OTORRINOLARINGOLOGIA / 15.PLÁSTICA / 16.TORÁCICA.**

B. CLÍNICA

Registre, se houver, o número de leitos clínicos disponíveis por especialidade: **21.AIDS / 22.CARDIOLOGIA / 23.CLÍNICA GERAL / 24.CRÔNICOS / 25.DERMATOLOGIA / 26.GERIATRIA / 27.HANSENOLOGIA / 28.HEMATOLOGIA / 29.LEITO-DIA / 30.NEPRO-UROLOGIA / 31.NEONATOLOGIA / 32.NEUROLOGIA / 33.OBSTETRÍCIA / 34.ONCOLOGIA / 35.PEDIATRIA / 36.PNEUMOLOGIA / 37.PSIQUIATRIA / 38.REABILITAÇÃO / 39.TISIOLOGIA.**

55. ESTABELECIMENTO DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO – REGISTRE O NÚMERO DE LEITOS COMPLEMENTARES EXISTENTES:

Registre, quando houver, nas respectivas alternativas: **01.UTI ADULTO / 02.UTI INFANTIL / 03.UTI NEONATAL / 04.UNIDADE INTERMEDIÁRIA / 05.UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL / 06.UNIDADE DE ISOLAMENTO.**

56. UNIDADE DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA (PRONTO SOCORRO):

Nº LEITOS OBSERVAÇÃO

Registre o total de leitos de observação existentes na unidade.

VII – EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

Nota: Esse campo tem registro obrigatório e deve ser preenchido da direita para a esquerda.

57. REGISTRE O NÚMERO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE EXISTENTES E INFORMADOS NO ANEXO "EQUIPAMENTOS DE SAÚDE"

Registre o solicitado, caso utilizar o anexo de "Equipamentos de Saúde"; se não, registre **000**.

VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

Nota: Esse campo tem preenchimento obrigatório e deve ser visto pelos responsáveis que tiveram seus dados informados no formulário de "Informações em Vigilância Sanitária", ao qual pertence esse anexo.

Instruções de preenchimento dos campos do formulário:

EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (SUBANEXO XI-B)

Fl. ___ / ___

Este campo deve ser preenchido pelo solicitante para situar o número da folha em relação ao total de folhas deste anexo utilizadas. **Exemplos:** 01/ 03 - indica que é a primeira folha do total de 03 preenchidas e anexadas ao formulário e, 02/ 03 - indica que é a segunda do total de 03 preenchidas e anexadas ao formulário.

Nota: Informe o total de páginas utilizadas no campo "Equipamentos de Saúde", item VII, subitem 40, do formulário de "Informações em Vigilância Sanitária"

I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

REGISTRAR OS MESMOS DADOS DO FORMULÁRIO AO QUAL PERTENCE ESTE ANEXO

Copiar do formulário de "Informações em Vigilância Sanitária" o que foi registrado nos campos:

III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO - 9. RAZÃO SOCIAL / NOME; 10. NOME FANTASIA; e, 11. CNPJ / CPF

II – SOLICITAÇÃO - 6. Nº CMVS DO ESTABELECIMENTO, SE HOUVER.

III - EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

CONSULTAR TABELA DE TIPOS DE EQUIPAMENTOS NAS INSTRUÇÕES

Os campos "EQ" são padronizados e, cada número (**01** a **08**) refere-se a somente um tipo de equipamento de interesse da saúde.

O preenchimento desses campos varia em função do tipo de equipamento e do fato do equipamento estar ou não sujeito ao Nº CMVS.

Registrar os dados solicitados (ver **Tabela 02 – Equipamentos de Saúde**, no final deste anexo), conforme as seguintes situações:

III.A - EQUIPAMENTO DE SAÚDE ISENTO DE NÚMERO CMVS.

CÓD.

Registre o código do tipo de equipamento de saúde ao qual se refere, conforme a **Tabela 02. A**.

NÚMERO CMVS

Este campo deve ser preenchido com **zeros**.

CARACTERÍSTICA A

Registre a quantidade de equipamentos (correspondente ao tipo informado no campo "CÓD."), existentes no local.

CARACTERÍSTICA B, C e D

Estes campos devem ser preenchidos com **zeros**.

III.B - EQUIPAMENTO DE SAÚDE SUJEITO AO NÚMERO CMVS DE LICENÇA FUNCIONAMENTO

CÓD.

Registre o código do tipo de equipamento de saúde ao qual se refere, conforme a **Tabela 02. B**.

NÚMERO

Registre, quando houver, o número do Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde (Nº CMVS) do equipamento. No caso de solicitação inicial de cadastro / licença de funcionamento do equipamento, este campo deve ser preenchido com **zeros**.

CARACTERÍSTICA A

Registre o número de série do equipamento.

CARACTERÍSTICA B

Registre a marca e o modelo do equipamento.

CARACTERÍSTICA C

Registre o valor da corrente máxima (mA - Milliampère) e da tensão máxima (kV - quilovolt).

Nota: No caso de "ACELERADOR LINEAR", preencher com o valor da energia máxima de fótons (MeV - Megaelétron-volt) e energia máxima de elétrons (MeV- Megaelétron-volt).

CARACTERÍSTICA D

Este campo deve ser preenchido com **zeros**.

III.C - EQUIPAMENTO DE SAÚDE QUE POSSUI FONTE SELADA SUJEITO AO Nº CMVS DE LICENÇA FUNCIONAMENTO

CÓD.

Registre o código do tipo de equipamento de saúde ao qual se refere, conforme a **Tabela 02. C**.

NÚMERO CMVS

Registre, quando houver, o número do Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde – CMVS do equipamento de saúde. No caso de solicitação inicial de cadastro / licença de funcionamento do equipamento, este campo deve ser preenchido com **zeros**.

CARACTERÍSTICA A

Registre o tipo de fonte. Exemplos: Césio-137, Cobalto-60, Iridio-192, entre outros.

CARACTERÍSTICA B

Registre o número de série, a marca e o modelo do equipamento.

CARACTERÍSTICA C

Registre a atividade nominal (em Ci-Curie) na data de fabricação.

CARACTERÍSTICA D

Registre a frequência de troca de fontes.

III.D - FONTE SELADA - SUJEITA AO NÚMERO CMVS DE LICENÇA FUNCIONAMENTO

CÓD.

Registre o código do tipo de equipamento de saúde ao qual se refere, conforme a **Tabela 02. D**.

NÚMERO CMVS

Registre, quando houver, o número do Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde – CMVS do equipamento de saúde. No caso de solicitação inicial de cadastro / licença de funcionamento do equipamento, este campo deve ser preenchido com **zeros**.

CARACTERÍSTICA A

Registre o tipo de fonte. Exemplos: Césio-137, Cobalto-60, Estrôncio-90, Iodo-125, Iridio-192, Rádio-226, etc.

CARACTERÍSTICA B

Registre o número de fontes existentes no local.

CARACTERÍSTICA C

Registre a atividade nominal (em Ci-Curie) na data de fabricação.

CARACTERÍSTICA D

Registre a frequência de troca de fontes.

III.E - EQUIPAMENTO DE SAÚDE – PARA USO VETERINÁRIO - SUJEITO AO NÚMERO CMVS DE LICENÇA FUNCIONAMENTO

CÓD.

Registre o código do tipo de equipamento de saúde ao qual se refere, conforme a **Tabela 02. E**.

NÚMERO CMVS

Registre, quando houver, o número do Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde – CMVS do equipamento. No caso de solicitação inicial de cadastro / licença de funcionamento do equipamento, este campo deve ser preenchido com **zeros**.

CARACTERÍSTICA A

Registre o número de série do equipamento.

CARACTERÍSTICA B

Registre a marca e o modelo do equipamento.

CARACTERÍSTICA C

Registre o valor da corrente máxima (mA - Milliampère) e da tensão máxima (kV - quilovolt).

CARACTERÍSTICA D

Este campo deve ser preenchido com **zeros**.

III.F – EQUIPAMENTOS PARA MEDIÇÕES – ISENTO DE NÚMERO CMVS

COD.

Registre o código do tipo de equipamento de saúde ao qual se refere, conforme a tabela 02.A.

NÚMERO CMVS

Este campo deve ser preenchido com zeros.

CARACTERÍSTICA A

Registre a sensibilidade do equipamento.

CARACTERÍSTICA B

Registre a marca e o modelo do equipamento.

CARACTERÍSTICA C

Registre o número de série do equipamento.

CARACTERÍSTICA D

Registre A quando o equipamento se aplica a medições de raios X odontológico intraoral. Registre B quando o equipamento se aplica a medições de raios X odontológico extra-oral.

Registre C quando o equipamento se aplica a medições de raios X médico convencional sem fluoroscopia. Registre D quando o equipamento se aplica a medições de raios X médico convencional com fluoroscopia. Registre E quando o equipamento se aplica a medições de raios X de mamógrafo.

Registre F quando o equipamento se aplica a medições de raios X de tomógrafo

III.G – EQUIPAMENTOS AUXILIARES PARA RADIOMETRIA E TESTE DE QUALIDADE EM RADIODIAGNÓSTICO – ISENTO DE NÚMERO CMVS

COD.

Registre o código do tipo de equipamento de saúde ao qual se refere, conforme a tabela 02.A.

NÚMERO CMVS

Este campo deve ser preenchido com zeros.

CARACTERÍSTICA A

Registre o nome do material de que é feito.

CARACTERÍSTICA B

Registre as dimensões aproximadas do objeto.

CARACTERÍSTICA C

Registre o número de série ou de patrimônio do objeto.

CARACTERÍSTICA D

Registre A quando o equipamento se aplica a medições de raios X odontológico intra-oral. Registre B quando o equipamento se aplica a medições de raios X odontológico extra-oral.

Registre C quando o equipamento se aplica a medições de raios X médico convencional sem fluoroscopia. Registre D quando o equipamento se aplica a edições de raios X médico convencional com fluoroscopia. Registre E quando o equipamento se aplica medições de raios X de mamógrafo.

Registre F quando o equipamento se aplica a medições de raios X de tomógrafo.

IV – RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO

Nota: Os campos de "A" a "H" são padronizados, sendo que cada item corresponde aos dados de somente um responsável técnico. Devem ser preenchidos mantendo uma relação direta com os equipamentos de saúde sujeitos ao número CMVS, informados no anverso do formulário.

A. RESPONSÁVEL TÉCNICO

Registre o nome completo do responsável técnico.

CPF

Registre o respectivo número do Cadastro de Pessoa Física – CPF.

CONS. PROF.

Registre a sigla do Conselho Profissional onde está inscrito o referido responsável.

UF

Registre a unidade federada do respectivo conselho profissional. No caso de São Paulo: "SP".

Nº INSCRIÇÃO

Registre o número da inscrição do referido responsável no respectivo conselho profissional.