



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO III.3 ã PORTARIA CVS 1/2024

ATIVIDADE RELACIONADA A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. NºPROTOCOLO

2. DATA PROTOCOLO

3. NºPROCESSO DE ORIGEM

II ã IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. NºCEVS

5. CNPJ

. . / -

6. RAZÃO SOCIAL / NOME

7. NOME FANTASIA

III ã 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:

DISPENSÁRIO 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.

PRESTADOR DE SERVIÇOS COM PRODUTOS RELACIONADOS à SAÚDE

- Somente para os CNAE 8292-0/00 (Agr. 30), 5211-7/01 e 5211-7/99 (Agrupamento 40) e 8129-0/00 (Agrupamento 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
códigos correspondentes:(Consultar Quadro 13)

VISTO DO RESPONSÁVEL LEGAL: _____

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

[illegible]

19. COMÉRCIO ATACADISTA

- Refere-se a todos CNAE do Subgrupo B / Grupo I (Quadro 6).

B. ATIVIDADES TERCEIRIZADAS – Assinale uma ou mais Classes de Produtos (Quadro 8, próxima folha) e a respectiva Atividade Terceirizada (“a” a “d”) contratada pela empresa. Para cada atividade terceirizada informe o CNPJ de uma ou mais empresa responsável pelo seu desenvolvimento.

Classe de Produto: 04

a. ASSISTÊNCIA TÉCNICA

CNPJ: . . - /

CNPJ: . . - /

CNPJ: . . - /

Classe de Produto:

04

05

06

07

08

09

10

12

b. ARMAZENAGEM DE PRODUTO ACABADO

CNPJ: . . - /

CNPJ: . . - /

CNPJ: . . - /

Classe de Produto:

05

06

07

08

09

10

12

c. CONTROLE DE QUALIDADE

CNPJ: . . - /

CNPJ: . . - /

CNPJ: . . - /

CNPJ: . . - /

CNPJ: . . - /

Classe de Produto:

01

02

03

15

04

05

06

07

08

09

10

12

14

d. TRANSPORTE

CNPJ: . . - /

CNPJ: . . - /

CNPJ: . . - /

CNPJ: . . - /

CNPJ: . . - /

VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS: _____

IMPRIMIR SOMENTE AS FOLHAS PREENCHIDAS DESTE SUBANEXO III.3 E JUNTAR AO ANEXO III TAMBÉM PREENCHIDO E ASSINADO.