



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO III.3 – PORTARIA CVS 1/2024

ATIVIDADE RELACIONADA A 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: _____

DATA: ____/____/____

ATIVIDADES AUTORIZADAS - _____

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 a atividade realizada.

☐ **ARMAZENAMENTO
E EXPEDIÇÃO**

☐ **BANCO DE
ALIMENTOS**

☐ **DISPENSAÇÃO
JUDICIAL**

☐ **DISPENSAÇÃO
PAF SUS**

☐ **UPDT**

VISTO DO RESPONSÁVEL LEGAL:

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

III.5 – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COM PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE

24. DEPÓSITO DE MERCADORIAS PARA TERCEIROS - Refere-se aos CNAE 5211-7/99 do Agrupamento 40 / Subgrupo D / Grupo I:

A. CLASSE DE PRODUTOS ARMAZENADOS - Assinale um ou mais códigos da Classe de Produtos objetos de armazenagem

- ☐ 01 MEDICAMENTO
- ☐ 02 MEDICAMENTO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL
- ☐ 03 INSUMO FARMACÊUTICO
- ☐ 15 INSUMO FARMACÊUTICO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL
- ☐ 04 PRODUTO PARA SAÚDE
- ☐ 05 COSMÉTICO
- ☐ 06 PRODUTO DE HIGIENE
- ☐ 07 PERFUME
- ☐ 08 SANEANTE DOMISSANITÁRIO
- ☐ 09 ALIMENTO
- ☐ 10 ADITIVO PARA ALIMENTO
- ☐ 12 EMBALAGEM PARA ALIMENTOS

VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS: _____

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