



ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE ANEXO DO REQUERIMENTO DE CMVS

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 PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

1. N.º DO DOCUMENTO / PROCESSO _____ 2. DATA DO PROTOCOLO _____

II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO - REGISTRAR OS MESMOS DADOS DO FORMULÁRIO AO QUAL PERTENCE ESTE ANEXO

7. RAZÃO SOCIAL / NOME _____
8. NOME FANTASIA _____
9. CNPJ / CPF _____ 4.B. N.º CMVS DO ESTABELECIMENTO, SE HOUVER _____

III - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

35. Cód. CNES _____ 36. Cód. E DESCRIÇÃO DO TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE OBJETO DA SOLICITAÇÃO _____

37. TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ALBERGADOS:

A. PRÓPRIOS (SOB CMVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE) - REGISTRE OS CÓDIGOS:

B. PRÓPRIOS (COM CMVS PRÓPRIO) - REGISTRE OS CÓDIGOS:

C. TERCEIRIZADOS - REGISTRE OS CÓDIGOS E RESPECTIVOS CNPJ:-

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| CÓD. | CNPJ | CÓD. | CNPJ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| CÓD. | CNPJ | CÓD. | CNPJ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| CÓD. | CNPJ | CÓD. | CNPJ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

38. TOTAL GERAL DE FUNCIONÁRIOS / PROFISSIONAIS DE SERVIÇOS DE SAÚDE, SEGUNDO O NÍVEL DE ESCOLARIDADE - REGISTRE O N.º CORRESPONDENTE:

SUPERIOR _____ TÉCNICO _____ MÉDIO _____ ELEMENTAR _____ TOTAL - IDEM AO INFORMADO NO CAMPO 28 _____

IV - ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL - INFORMAÇÕES ESTRUTURAIS

39. TOTAL DE CONSULTÓRIOS MÉDICOS, SEGUNDO O TIPO:

____ PEDIÁTRICO _____ FEMININO _____ MASCULINO _____ OUTROS _____

40. TOTAL DE OUTROS CONSULTÓRIOS _____

41. TOTAL DE SALAS E DE LEITOS DE REPOUSO / OBSERVAÇÃO, SEGUNDO O TIPO:

| | | | | | | | | | | | |
|-------|--------|------------|-------|--------|----------|-------|--------|-----------|-------|--------|--------|
| SALAS | LEITOS | PEDIÁTRICO | SALAS | LEITOS | FEMININO | SALAS | LEITOS | MASCULINO | SALAS | LEITOS | OUTROS |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

42. TOTAL DE: _____ CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS E _____ EQUIPOS

43. TOTAL DE SALAS, SEGUNDO O TIPO:

| | | | |
|--------------------------|-------------------|-----------------------------|------------------|
| _____ PEQUENAS CIRURGIAS | _____ NEBULIZAÇÃO | _____ GESSO | _____ IMUNIZAÇÃO |
| _____ ENFERMAGEM | _____ CURATIVO | _____ CIRURGIA AMBULATORIAL | |



V - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR / CCIH - INFORMAÇÕES DE PROFISSIONAIS MEMBROS EXECUTORES

| | | | | |
|--------------------------|----------|-------------------|----|-----------------------|
| 44. NOME DO PROFISSIONAL | | | | |
| C P F | CÓD. CBO | SIGLA CONS. PROF. | UF | Nº INSCRIÇÃO CONSELHO |
| 45. NOME DO PROFISSIONAL | | | | |
| C P F | CÓD. CBO | SIGLA CONS. PROF. | UF | Nº INSCRIÇÃO CONSELHO |
| 46. NOME DO PROFISSIONAL | | | | |
| C P F | CÓD. CBO | SIGLA CONS. PROF. | UF | Nº INSCRIÇÃO CONSELHO |
| 47. NOME DO PROFISSIONAL | | | | |
| C P F | CÓD. CBO | SIGLA CONS. PROF. | UF | Nº INSCRIÇÃO CONSELHO |
| 48. NOME DO PROFISSIONAL | | | | |
| C P F | CÓD. CBO | SIGLA CONS. PROF. | UF | Nº INSCRIÇÃO CONSELHO |

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

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

| | | | | |
|---------------|------------------------|---------------------------|--|-------------------------------|
| A. CIRURGICA: | | 05. GASTROENTEROLOGIA | | 11. OFTALMOLOGIA |
| | | 06. GINECOLOGIA | | 12. ONCOLOGIA |
| | 01. BUCO MAXILO FACIAL | 07. LEITO / DIA | | 13. ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA |
| | 02. CARDIOLOGIA | 08. NEFROLOGIA / UROLOGIA | | 14. OTORRINOLARINGOLOGIA |
| | 03. CIRURGIA GERAL | 09. NEUROCIRURGIA | | 15. PLÁSTICA |
| | 04. ENDOCRINOLOGIA | 10. OBSTETRÍCIA | | 16. TORÁCICA |

| | | | | |
|-------------|-------------------|----------------------|--|------------------|
| B. CLÍNICA: | | 26. GERIATRIA | | 33. OBSTETRÍCIA |
| | | 27. HANSENOLOGIA | | 34. ONCOLOGIA |
| | 21. AIDS | 28. HEMATOLOGIA | | 35. PEDIATRIA |
| | 22. CARDIOLOGIA | 29. LEITO / DIA | | 36. PNEUMOLOGIA |
| | 23. CLÍNICA GERAL | 30. NEFRO / UROLOGIA | | 37. PSIQUIATRIA |
| | 24. CRÔNICOS | 31. NEONATOLOGIA | | 38. REABILITAÇÃO |
| | 25. DERMATOLOGIA | 32. NEUROLOGIA | | 39. TISIOLOGIA |

50. ESTABELECIMENTO DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO - REGISTRE O NÚMERO DE LEITOS COMPLEMENTARES EXISTENTES:

| | | | | | |
|--|------------------|--|---------------------------|--|------------------------------------|
| | 01. UTI ADULTO | | 03. UTI NEONATAL | | 05. UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL |
| | 02. UTI INFANTIL | | 04. UNIDADE INTERMEDIÁRIA | | 13. UNIDADE DE ISOLAMENTO |

51. UNIDADE DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA (PRONTO-SOCORRO) N.º LEITOS OBSERVAÇÃO

VII - EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

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

Vistos dos responsáveis legal e técnicos:



ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

ANEXO DO REQUERIMENTO DE CMVS

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

Preenchimento pelo serviço de vigilância sanitária competente.

II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

REGISTRAR OS MESMOS DADOS DO REQUERIMENTO AO QUAL PERTENCE ESTE ANEXO

Copiar do “*Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária*” o que foi registrado nos campos:

7. RAZÃO SOCIAL / NOME, 8. NOME FANTASIA e 9. CNPJ / CPF, do item **III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**; e,

4.B. Nº CMVS DO ESTABELECIMENTO, SE HOUVER, do item **II – SOLICITAÇÃO**.

III – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

35. CÓD. CNES

Registre, se houver, o número de identificação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES-SAS/MS) do serviço de saúde objeto da solicitação.

36. CÓD. E DESCRIÇÃO DO TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE OBJETO DA SOLICITAÇÃO

Registre o código e descrição do serviço de saúde, objeto da solicitação, sujeito ao Número CMVS e **Tabela 01 – Tipos de Serviços de Saúde** no final destas instruções.

37. TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ALBERGADOS:

Notas:

1. Esses campos só devem ser preenchidos no caso do objeto da solicitação ser uma estrutura “ALBERGANTE” e possuir serviços “ALBERGADOS”. Consulte a **Tabela 01 – Tipos de Serviços de Saúde**, no final destas instruções, a fim de identificar os códigos solicitados.
2. O registro desses serviços, neste anexo, não dispensa os procedimentos usuais de cadastramento para fins de obtenção de seu número CMVS, caso não o possuir.

A. PRÓPRIOS (SOB CMVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE) – REGISTRE OS CÓDIGOS:

Relacione os códigos correspondentes a todos os serviços albergados que estão subordinados ao mesmo número de CNPJ e CMVS da estrutura “ALBERGANTE” (**Tabela 01.C**), onde são prestados.



B. PRÓPRIOS (COM CMVS PRÓPRIO) – REGISTRE OS CÓDIGOS:

Relacione os códigos correspondentes a todos os serviços albergados próprios que estão subordinados ao mesmo número de CNPJ, porém com N° CMVS independente ao da estrutura “ALBERGANTE” (**Tabela 01.B**), onde são prestados.

C. TERCEIRIZADOS – REGISTRE OS CÓDIGOS E RESPECTIVOS CNPJ

Relacione os códigos correspondentes a todos os serviços albergados terceirizados com CMVS e CNPJ próprios, independentes ao da estrutura “ALBERGANTE” (**Tabela 01.B**), onde são prestados.

38. TOTAL GERAL DE FUNCIONÁRIOS / PROFISSIONAIS DE SERVIÇOS DE SAÚDE, SEGUNDO O NÍVEL DE ESCOLARIDADE – REGISTRE O N° CORRESPONDENTE:

Nota: Esses totais incluem os funcionários/profissionais, próprios e terceirizados, com todo e qualquer tipo de vínculo (empregatício direto ou de outra modalidade) ao estabelecimento, objeto da solicitação. Inclui também os dos serviços albergados, quando houver.

SUPERIOR

Registrar o número total de funcionários e profissionais com curso superior completo.

TÉCNICO

Registrar o número total de funcionários e profissionais com 2° Grau completo ou com curso técnico correspondente ao mesmo nível.

MÉDIO

Registrar o número total de funcionários e profissionais com 1° Grau completo ou com curso técnico correspondente ao mesmo nível.

ELEMENTAR

Registrar o número total de funcionários e profissionais com 1° Grau incompleto.

TOTAL - IDEM AO INFORMADO NO CAMPO 28

Registre a somatória dos totais anteriores (Superior + Técnico + Médio + Elementar). Esse total deve coincidir com o informado no campo 28 do “**Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária**”, ao qual este requerimento após preenchido deve estar anexado.



IV – ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL
INFORMAÇÕES ESTRUTURAIS

Nota: Os campos 39 a 43 devem ser preenchidos, no que for pertinente, somente se o objeto da solicitação se caracterizar como um estabelecimento prestador de serviço de saúde de natureza ambulatorial. Se não, vá para o campo 44.

39. TOTAL DE CONSULTÓRIOS MÉDICOS, SEGUNDO O TIPO:

Registre o número total de consultórios médicos existentes e em funcionamento no estabelecimento, segundo o tipo:

PEDIÁTRICO

Consultório para pediatria.

FEMININO

Consultório para adultos femininos.

MASCULINO

Consultório para adultos masculinos.

OUTROS

Outros consultórios médicos, não especificados anteriormente.

40. TOTAL DE OUTROS CONSULTÓRIOS

Registre o número total de outros consultórios não médicos (de natureza ambulatorial), existentes e em funcionamento no estabelecimento.

41. TOTAL DE SALAS E DE LEITOS DE REPOUSO / OBSERVAÇÃO, SEGUNDO O TIPO:

Registre nos campos correspondentes, o número total de salas e leitos de repouso e observação, respeitados os padrões técnicos estabelecidos, existentes e em funcionamento no estabelecimento, segundo o tipo: **PEDIÁTRICO / FEMININO / MASCULINO / OUTROS.**

42. TOTAL DE

CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS

Registre no campo correspondente o número total de consultórios existentes e em funcionamento no estabelecimento.

E EQUIPOS

Registre no campo correspondente o número total de equipos odontológicos existentes e em funcionamento no estabelecimento.



43. TOTAL DE SALAS, SEGUNDO O TIPO:

Registre nos campos correspondentes, o número total de salas existentes e em funcionamento no estabelecimento, segundo o tipo de atendimento: **IMUNIZAÇÃO / PEQUENAS CIRURGIAS / ENFERMAGEM / NEBULIZAÇÃO / CURATIVO / GESSO / CIRURGIA AMBULATORIAL.**

| |
|--|
| <p>V – COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR / CCIH INFORMAÇÕES DE PROFISSIONAIS MEMBROS EXECUTORES</p> |
|--|

Notas:

- a. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH tem membros de dois tipos: consultores e executores.

Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e, portanto, são “técnicos de nível superior da área de saúde encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção de serviços de saúde ou controle de infecção hospitalar”.

- b. Quando, por força legal, o objeto solicitante não puder prescindir de CCIH no estabelecimento, os campos **44 a 48** devem ser preenchidos da mesma forma, com informações pertinentes a cada um desses membros executores.

44. NOME DO PROFISSIONAL

Registre o nome completo do profissional de saúde.

CPF

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

CÓD. CBO

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 CONS. PROF.

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.

45. NOME DO PROFISSIONAL / CPF / CÓD. CBO / SIGLA CONS. PROF. / UF / Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

Informar os dados de outro profissional, quando houver, para o mesmo objeto de solicitação, conforme instruções anteriores referentes ao campo **44**.



46. NOME DO PROFISSIONAL / CPF / CÓD. CBO / SIGLA CONS. PROF. / UF / Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

Informar os dados de outro profissional, quando houver, para o mesmo objeto de solicitação, conforme instruções anteriores referentes ao campo 44.

47. NOME DO PROFISSIONAL / CPF / CÓD. CBO / SIGLA CONS. PROF. / UF / Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

Informar os dados de outro profissional, quando houver, para o mesmo objeto de solicitação, conforme instruções anteriores referentes ao campo 44.

48. NOME DO PROFISSIONAL / CPF / CÓD. CBO / SIGLA CONS. PROF. / UF / Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

Informar os dados de outro profissional, quando houver, para o mesmo objeto de solicitação, conforme instruções anteriores referentes ao campo 44.

| |
|--|
| <p>VI – LEITOS DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO E DE UNIDADES DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA</p> |
|--|

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 52.
- 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 49 e 50, preenchendo todos os campos da direita para a esquerda; e, em seguida,
 - vá para o campo 52.
- 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 49 e 50;
 - informe o solicitado no campo 51, preenchendo todos os campos da direita para a esquerda; e, em seguida,
 - vá para o campo 52.

49. 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: **BUCO MAXILO FACIAL / CARDIOLOGIA / CIRURGIA GERAL / ENDOCRINOLOGIA / GASTROENTEROLOGIA / GINECOLOGIA / LEITO-**



DIA / NEFROLOGIA-UROLOGIA / NEUROCIRURGIA / OBSTETRÍCIA / OFTALMOLOGIA / ONCOLOGIA / ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA / OTORRINOLARINGOLOGIA / PLÁSTICA / TORÁCICA.

B. CLÍNICA

Registre, se houver, o número de leitos clínicos disponíveis por especialidade: **AIDS / CARDIOLOGIA / CLÍNICA GERAL / CRÔNICOS / DERMATOLOGIA / GERIATRIA / HANSENOLOGIA / HEMATOLOGIA / LEITO-DIA / NEFRO-UROLOGIA / NEONATOLOGIA / NEUROLOGIA / OBSTETRÍCIA / ONCOLOGIA / PEDIATRIA / PNEUMOLOGIA / PSQUIATRIA / REABILITAÇÃO / TISIOLOGIA.**

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

Registre, quando houver, nas respectivas alternativas: **UTI ADULTO / UTI INFANTIL / UTI NEONATAL / UNIDADE INTERMEDIÁRIA / UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL / UNIDADE DE ISOLAMENTO.**

51. 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.

52. REGISTRE O NÚMERO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE EXISTENTES E INFORMADOS NO ANEXO “EQUIPAMENTOS DE SAÚDE”

Registre **000** caso não utilizar o anexo de “*Equipamentos de Saúde*”. Registre o solicitado, caso utilizar o referido anexo.

VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

Nota: Esse campo tem preenchimento obrigatório e deve ser vistado pelos responsáveis que tiveram seus dados informados no “*Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária*”, ao qual pertence esse anexo.