



SIVISA - Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde

Anexo XI - INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

1. NÚMERO DO PROTOCOLO _____ 2. DATA DO PROTOCOLO _____
3. NÚMERO DO PROCESSO MÃE _____

II - SOLICITAÇÃO

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, O Nº CEVS CORRESPONDENTE:

ESTABELECIMENTO EQUIPAMENTO ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO

5. CÓDIGO CNAE _____ DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE À SAÚDE DO ESTABELECIMENTO _____

6. Nº CEVS - CADASTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA _____

7. TIPO DE SOLICITAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

CADASTRO / LICENÇA FUNCIONAMENTO INICIAL CANCELAMENTO DE LICENÇA FUNCIONAMENTO / DESATIVAÇÃO DO CEVS
 RENOVAÇÃO DE LICENÇA FUNCIONAMENTO ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS - ASSINALE NO ITEM 7A, ABAIXO, O(S) TIPO(S) DE ALTERAÇÃO(S)
 SEGUNDA VIA DE LICENÇA FUNCIONAMENTO

8. TIPO DE ALTERAÇÃO - ASSINALE COM UM "X" A(S) OPÇÃO(S) ABAIXO:

8.A. ENDEREÇO 8.F. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA OU
8.B. RESPONSABILIDADE LEGAL BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
8.C. NÚMERO DE LEITOS 8.G. NÚMERO E OU TIPO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE ISENTOS DE CEVS
8.D. RAZÃO SOCIAL 8.H. AMPLIAÇÃO / REDUÇÃO DE: ATIVIDADE / CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO

8.E. FUSÃO OU INCORPORAÇÃO OU CISÃO OU SUCESSÃO _____
REGISTRE O CNPJ ANTERIOR

III - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

9. RAZÃO SOCIAL / NOME _____

10. NOME FANTASIA _____

11. CNPJ / CPF _____ 13. INSCRIÇÃO MUNICIPAL _____

12. NATUREZA JURÍDICA: _____ 14. INSCRIÇÃO ESTADUAL _____

PESSOA FÍSICA PESSOA JURÍDICA 15. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL _____

IV - LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

16. LOGRADOURO _____ 17. NÚMERO _____

18. COMPLEMENTO _____ 19. BAIRRO _____

20. UF _____ 21. NOME MUNICÍPIO _____

22. CEP _____ 23. DDD _____ 24. TELEFONE _____ 25. FAX _____

26. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail) _____

V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

27. POSSUI PISCINA DE USO COLETIVO? SIM NÃO

29. SITUAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, A INFORMAÇÃO SOLICITADA:

ALBERGANTE ALBERGADO - INFORME CNPJ DO ALBERGANTE, NO CASO DE ALBERGADO TERCEIRIZADO: _____



SIVISA - Sistema de Informação 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 SANITÁRIA COMPETENTE

1. N.º 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.º CEVS DO ESTABELECIMENTO, SE HOUVER _____

III - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

41. Cód. CNES _____ 42. Cód. E DESCRIÇÃO DO TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE OBJETO DA SOLICITAÇÃO _____

43. TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ALBERGADOS:

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

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

C. 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: _____ PEDIÁTRICO _____ FEMININO _____ MASCULINO _____ 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: _____ CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS E _____ EQUIPOS

48. TOTAL DE SALAS, SEGUNDO O TIPO: _____ PEQUENAS CIRURGIAS _____ NEBULIZAÇÃO _____ GESSO

_____ IMUNIZAÇÃO _____ CURATIVO _____ ENFERMAGEM _____ CIRURGIA AMBULATORIAL

_____ SALAS _____ POLTRONAS QUIMIOTERAPIA _____ SALAS _____ POLTRONAS DIÁLISE

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

49. NOME DO PROFISSIONAL _____

C P F _____ CÓD. CBO _____ SIGLA CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO CONSELHO _____

50. NOME DO PROFISSIONAL _____

C P F _____ CÓD. CBO _____ SIGLA CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO CONSELHO _____

51. NOME DO PROFISSIONAL _____

C P F _____ CÓD. CBO _____ SIGLA CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO CONSELHO _____

52. NOME DO PROFISSIONAL _____

C P F _____ CÓD. CBO _____ SIGLA CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO CONSELHO _____

53. 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

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

A. CIRURGICA:

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

B. CLÍNICA:

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

55. 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

56. UNIDADE DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA (PRONTO-SOCORRO) _____
Nº 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 legal e técnicos:

IV – RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO

A. _____
RESPONSÁVEL TÉCNICO _____ CPF _____

CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CÓDIGO E _____ DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO _____

ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) INFORMADO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO
A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):

	PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8
	SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8

B. _____
RESPONSÁVEL TÉCNICO _____ CPF _____

CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CÓDIGO E _____ DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO _____

ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) INFORMADO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO
A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):

	PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8
	SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8

C. _____
RESPONSÁVEL TÉCNICO _____ CPF _____

CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CÓDIGO E _____ DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO _____

ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) INFORMADO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO
A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):

	PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8
	SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8

D. _____
RESPONSÁVEL TÉCNICO _____ CPF _____

CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CÓDIGO E _____ DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO _____

ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) INFORMADO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO
A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):

	PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8
	SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8

E. _____
RESPONSÁVEL TÉCNICO _____ CPF _____

CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CÓDIGO E _____ DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO _____

ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) INFORMADO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO
A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):

	PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8
	SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8

F. _____
RESPONSÁVEL TÉCNICO _____ CPF _____

CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CÓDIGO E _____ DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO _____

ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) INFORMADO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO
A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):

	PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8
	SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8

G. _____
RESPONSÁVEL TÉCNICO _____ CPF _____

CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CÓDIGO E _____ DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO _____

ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) INFORMADO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO
A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):

	PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8
	SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8

H. _____
RESPONSÁVEL TÉCNICO _____ CPF _____

CONS. PROF. _____ UF _____ Nº INSCRIÇÃO _____ CÓDIGO E _____ DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO _____

ASSINALE O(S) NÚMERO(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S) INFORMADO(S) NO ANVERSO, SEGUNDO
A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELE(S):

	PRINCIPAL	1	2	3	4	5	6	7	8
	SUBSTITUTO	1	2	3	4	5	6	7	8

Declaramos cumprir a legislação vigente e assumimos, civil e criminalmente, inteira responsabilidade pela veracidade das informações aqui prestadas.

_____ / _____ / _____
Local

_____/_____/_____
Data

Assin. Resp. Legal

Assin. Resp. Técn. Estab.

Assin. Resp. Técn. A

Assin. Resp. Técn. B

Assin. Resp. Técn. C

Assin. Resp. Técn. D

Assin. Resp. Técn. E

Assin. Resp. Técn. F

Assin. Resp. Técn. G

Assin. Resp. Técn. H



SIVISA - Sistema de Informação em Vigilância Sanitária

SUS - Sistema Único de Saúde

ATIVIDADE RELACIONADA A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

SUB-ANEXO XI-C DAS INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

ESTE ANEXO DESTINA-SE SOMENTE A ESTABELECIMENTOS QUE DESENVOLVEM ATIVIDADES COM PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE

(FABRIL / PRODUTOR / EMBALADOR / ARMAZENADOR / DEPÓSITO FECHADO / COMERCIAL ATACADISTA / DISTRIBUIDOR / IMPORTADOR / COMERCIAL VAREJISTA / PRESTADOR DE SERVIÇOS)

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

1. N.º 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.º CEVS DO ESTABELECIMENTO, SE HOUVER _____

11.A ENDEREÇO ELETRÔNICO _____

III - CARACTERIZAÇÃO DA ATIVIDADE

58. NO CASO DA ATIVIDADE DECLARADA REFERIR-SE AO CNAE 4771-7/01 - ASSINALE COM "X" UMA DAS ALTERNATIVAS ABAIXO:

DROGARIA

ERVANARIA

POSTO DE MEDICAMENTO

59. AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA (AFE) - QUANDO HOUVER, REGISTRE OS DADOS SOLICITADOS, SEGUNDO A CLASSE DE PRODUTO:

NÚMERO DA AFE _____ DATA DA PUBLICAÇÃO _____

MEDICAMENTO
INSUMO FARMACÉUTICO

NÚMERO DA AFE _____ DATA DA PUBLICAÇÃO _____

PRODUTO PARA SAÚDE / CORRELATO

NÚMERO DA AF _____ DATA DA PUBLICAÇÃO _____

FARMÁCIA DROGARIA

NÚMERO DA AFE _____ DATA DA PUBLICAÇÃO _____

COSMÉTICO PERFUME PROD. DE HIGIENE

NÚMERO DA AFE _____ DATA DA PUBLICAÇÃO _____

SANEAMENTO DOMISSANITÁRIO

60. AUTORIZAÇÃO ESPECIAL (AE) - QUANDO HOUVER, REGISTRE OS DADOS SOLICITADOS:

MEDICAMENTO DE CONTROLE ESPECIAL
INSUMO FARMACÉUTICO DE CONTROLE ESPECIAL
PRECURSOR
NÚMERO DA AE _____ DATA DA PUBLICAÇÃO _____

61. CONTROLE DE QUALIDADE PRÓPRIO -
 ASSINALE COM UM "X" OS TIPOS DE CONTROLE DE QUALIDADE REALIZADOS PELA EMPRESA, NA CLASSE DE PRODUTO CORRESPONDENTE.

CLASSE DE PRODUTO	CONTROLE DE QUALIDADE			
	Físico-Químico	Químico	Biológico	Microbiológico
Medicamento				
Medicamento de Controle Especial				
Insumo Farmacêutico				
Insumo Farmacêutico de Controle Especial				
Precursor				
Cosmético				
Perfume				
Produto de Higiene				
Alimento				
Aditivo para Alimento				
Embalagem para Alimento				
Vernizes Sanitários para Embalagens de Alimentos				
Produto para saúde / Correlato				
Saneante Domissanitário				

62. CONTROLE DE QUALIDADE TERCEIRIZADO - REGISTRE O SOLICITADO REFERENTE À EMPRESA CONTRATADA PARA PRESTAR SERVIÇO DE CONTROLE DE QUALIDADE E ÀS CLASSES DE PRODUTOS, ASSINALANDO COM UM "X" OS TIPOS DE CONTROLES POR ELA REALIZADOS.

RAZÃO SOCIAL _____ CNPJ DO TERCEIRO _____	CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSE DE PRODUTO _____	FÍSICO-QUÍMICO <input type="checkbox"/>	QUÍMICO <input type="checkbox"/>	BIOLÓGICO <input type="checkbox"/>	MICROBIOLÓGICO <input type="checkbox"/>
RAZÃO SOCIAL _____ CNPJ DO TERCEIRO _____	CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSE DE PRODUTO _____	FÍSICO-QUÍMICO <input type="checkbox"/>	QUÍMICO <input type="checkbox"/>	BIOLÓGICO <input type="checkbox"/>	MICROBIOLÓGICO <input type="checkbox"/>
RAZÃO SOCIAL _____ CNPJ DO TERCEIRO _____	CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSE DE PRODUTO _____	FÍSICO-QUÍMICO <input type="checkbox"/>	QUÍMICO <input type="checkbox"/>	BIOLÓGICO <input type="checkbox"/>	MICROBIOLÓGICO <input type="checkbox"/>
RAZÃO SOCIAL _____ CNPJ DO TERCEIRO _____	CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSE DE PRODUTO _____	FÍSICO-QUÍMICO <input type="checkbox"/>	QUÍMICO <input type="checkbox"/>	BIOLÓGICO <input type="checkbox"/>	MICROBIOLÓGICO <input type="checkbox"/>
RAZÃO SOCIAL _____ CNPJ DO TERCEIRO _____	CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSE DE PRODUTO _____	FÍSICO-QUÍMICO <input type="checkbox"/>	QUÍMICO <input type="checkbox"/>	BIOLÓGICO <input type="checkbox"/>	MICROBIOLÓGICO <input type="checkbox"/>
RAZÃO SOCIAL _____ CNPJ DO TERCEIRO _____	CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSE DE PRODUTO _____	FÍSICO-QUÍMICO <input type="checkbox"/>	QUÍMICO <input type="checkbox"/>	BIOLÓGICO <input type="checkbox"/>	MICROBIOLÓGICO <input type="checkbox"/>
RAZÃO SOCIAL _____ CNPJ DO TERCEIRO _____	CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSE DE PRODUTO _____	FÍSICO-QUÍMICO <input type="checkbox"/>	QUÍMICO <input type="checkbox"/>	BIOLÓGICO <input type="checkbox"/>	MICROBIOLÓGICO <input type="checkbox"/>

63. ATIVIDADES EXECUTADAS POR CLASSE DE PRODUTO-ASSINALE COM UM "X" NAS COLUNAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES EXECUTADAS NO ESTABELECIMENTO, SEGUNDO A CLASSE DE PRODUTO.

CLASSE DE PRODUTO	ATIVIDADES	Fabricar	Transformar	Purificar	Extrair	Fragmentar	Sintetizar	Fracionar	Esterilizar radiação ionizante	Esterilizar ETO	Esterilizar outras	Reprocessar	Irradiar	Transportar	Expedir	Armazenar	Embalar	Distribuir	Importar	Importar para uso próprio	Exportar	Realizar etapas de fabricação *	
		I	Medicamentos																				
Medicamentos de Controle Especial																							
Insumos Farmacêuticos																							
Insumos Farmacêuticos de Controle Especial																							
Precusores																							
II	Cosméticos																						
	Perfumes																						
	Produtos de Higiene																						
III	Alimentos																						
	Alimentos Artesanais																						
	Aditivos para Alimentos																						
	Embalagens para Alimentos																						
	Vernizes Sanitários para Embalagens de Alimentos																						
IV	Produtos para a saúde / Correlatos																						
V	Saneantes Domissanitários																						

* aplica-se ao CNAE 8292-0/00

63.A – ATIVIDADES S EXECUTADAS POR ESTABELECIMENTOS ENQUADRADOS NOS cnaes 4771-7/01(Drogeria) e / ou 4771-7/02(Farmácias):

- manipular
- fracionar
- dispensar
- aferir parâmetros fisiológicos e bioquímico
- prestar atenção farmacêutica domiciliar
- administrar/aplicar medicamentos
- perfurar lóbulo auricular para colocação de brinco
- dispensar por meio remoto

64. ATIVIDADES TERCEIRIZADAS - REGISTRE O SOLICITADO REFERENTE À EMPRESA CONTRATADA E ÀS CLASSES DE PRODUTOS, ASSINALANDO COM UM "X" AS ATIVIDADES TERCEIRIZADAS E O TIPO DE MATERIAL ARMAZENADO, QUANDO FOR O CASO.

RAZÃO SOCIAL _____ CNPJ DA EMPRESA CONTRATADA (TERCEIRO) _____	CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSE DE PRODUTO _____	<input type="checkbox"/> EMBALAR <input type="checkbox"/> TRANSPORTAR <input type="checkbox"/> REALIZAR ETAPA FABRICAÇÃO <input type="checkbox"/> ADEQUAÇÃO DE ROTULAGEM DEPRODUTO ACABADO <input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA TÉCNICA	<input type="checkbox"/> ARMAZENAR <input type="checkbox"/> MAT. PRIMA EMBALAGEM <input type="checkbox"/> PROD. ACABADO <input type="checkbox"/> ATENDIMENTO AO CLIENTE
RAZÃO SOCIAL _____ CNPJ DA EMPRESA CONTRATADA (TERCEIRO) _____	CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSE DE PRODUTO _____	<input type="checkbox"/> EMBALAR <input type="checkbox"/> TRANSPORTAR <input type="checkbox"/> REALIZAR ETAPA FABRICAÇÃO <input type="checkbox"/> ADEQUAÇÃO DE ROTULAGEM DEPRODUTO ACABADO <input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA TÉCNICA	<input type="checkbox"/> ARMAZENAR <input type="checkbox"/> MAT. PRIMA EMBALAGEM <input type="checkbox"/> PROD. ACABADO <input type="checkbox"/> ATENDIMENTO AO CLIENTE
RAZÃO SOCIAL _____ CNPJ DA EMPRESA CONTRATADA (TERCEIRO) _____	CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSE DE PRODUTO _____	<input type="checkbox"/> EMBALAR <input type="checkbox"/> TRANSPORTAR <input type="checkbox"/> REALIZAR ETAPA FABRICAÇÃO <input type="checkbox"/> ADEQUAÇÃO DE ROTULAGEM DEPRODUTO ACABADO <input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA TÉCNICA	<input type="checkbox"/> ARMAZENAR <input type="checkbox"/> MAT. PRIMA EMBALAGEM <input type="checkbox"/> PROD. ACABADO <input type="checkbox"/> ATENDIMENTO AO CLIENTE

