



**EQUIPAMENTOS DE SAÚDE**  
**ANEXO DO REQUERIMENTO DE CMVS**

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

ESTE ANEXO DESTINA-SE SOMENTE A EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

Fl.    /   

**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 – EQUIPAMENTOS DE INTERESSE À SAÚDE – CONSULTAR TABELA DE TIPOS DE EQUIPAMENTOS NAS INSTRUÇÕES**

<b>EQ. 01.</b>	CÓD.	NÚMERO CMVS	CARACTERÍSTICA A
	CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C	CARACTERÍSTICA D
<b>EQ. 02.</b>	CÓD.	NÚMERO CMVS	CARACTERÍSTICA A
	CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C	CARACTERÍSTICA D
<b>EQ. 03.</b>	CÓD.	NÚMERO CMVS	CARACTERÍSTICA A
	CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C	CARACTERÍSTICA D
<b>EQ. 04.</b>	CÓD.	NÚMERO CMVS	CARACTERÍSTICA A
	CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C	CARACTERÍSTICA D
<b>EQ. 05.</b>	CÓD.	NÚMERO CMVS	CARACTERÍSTICA A
	CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C	CARACTERÍSTICA D
<b>EQ. 06.</b>	CÓD.	NÚMERO CMVS	CARACTERÍSTICA A
	CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C	CARACTERÍSTICA D
<b>EQ. 07.</b>	CÓD.	NÚMERO CMVS	CARACTERÍSTICA A
	CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C	CARACTERÍSTICA D
<b>EQ. 08.</b>	CÓD.	NÚMERO CMVS	CARACTERÍSTICA A
	CARACTERÍSTICA B	CARACTERÍSTICA C	CARACTERÍSTICA D



**IV – RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO**

<b>A.</b> _____	_____
RESPONSÁVEL TÉCNICO	C P F
_____	_____
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>B.</b> _____	_____
RESPONSÁVEL TÉCNICO	C P F
_____	_____
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>C.</b> _____	_____
RESPONSÁVEL TÉCNICO	C P F
_____	_____
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>D.</b> _____	_____
RESPONSÁVEL TÉCNICO	C P F
_____	_____
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>E.</b> _____	_____
RESPONSÁVEL TÉCNICO	C P F
_____	_____
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>F.</b> _____	_____
RESPONSÁVEL TÉCNICO	C P F
_____	_____
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>G.</b> _____	_____
RESPONSÁVEL TÉCNICO	C P F
_____	_____
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>H.</b> _____	_____
RESPONSÁVEL TÉCNICO	C P F
_____	_____
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



## **EQUIPAMENTOS DE SAÚDE**

ANEXO DO REQUERIMENTO DE CMVS

### **INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO**

**Fl. \_\_\_ / \_\_\_**

Este campo deve ser preenchido pelo solicitante para situar o número da folha em relação ao total de folhas de anexo utilizadas.

Exemplos:

01/ 03 - indica que é a primeira folha do total de 03 preenchidas e anexadas ao requerimento e,

02/ 03 - indica que é a segunda do total de 03 preenchidas e anexadas ao requerimento.

**Nota:** Informe o total de páginas utilizadas no campo “Equipamentos de Saúde”, item VII, sub-item 34, do **“Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária”**

### **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 - EQUIPAMENTOS DE INTERESSE À SAÚDE**

CONSULTAR TABELA DE TIPOS DE EQUIPAMENTOS NAS INSTRUÇÕES

Os campos **“EQ.”** são padronizados e, cada número (**01 a 07**) 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 . Consulte a **Tabela 02 – Equipamentos de Saúde**, no final destas instruções.

Registrar os dados solicitados, conforme as seguintes situações:



**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 (do mesmo tipo informado no campo “CÓD.”), existentes no local.

**CARACTERÍSTICA B**

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

**CARACTERÍSTICA C**

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

**CARACTERÍSTICA D**

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

**EQUIPAMENTO DE SAÚDE - SUJEITO AO NÚMERO CMVS**

**CÓD.**

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

**NÚMERO CMVS**

Registre, quando houver, o número do Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária – CMVS do equipamento. No caso de solicitação inicial de cadastro 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 - miliampere) e da tensão máxima (kV - quilovolt).

**Nota:**

No caso de “ACELERADOR LINEAR”, preencher com o valor da energia máxima de fótons (MeV – Mmegaelétron-volt) e energia máxima de elétrons (MeV- megaelétron-volt).



**CARACTERÍSTICA D**

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

**EQUIPAMENTO DE SAÚDE QUE POSSUI FONTE SELADA - SUJEITO AO Nº CMVS**

**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 Sanitária – CMVS do equipamento de saúde. No caso de solicitação inicial de cadastro 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.

**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 Sanitária – CMVS do equipamento de saúde. No caso de solicitação inicial de cadastro 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.

**FONTE SELADA - ISENTA DE Nº CMVS DE LICENÇA FUNCIONAMENTO.**

**CÓD.**

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

**NÚMERO CMVS**

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

**CARACTERÍSTICA A**

Registre o tipo de fonte. Exemplos: iodo, gálio, samário, tecnécio, entre outros.

**CARACTERÍSTICA B**

Registre a atividade mensal.

**CARACTERÍSTICA C**

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

**CARACTERÍSTICA D**

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

**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 requerimento.

**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.



**CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES – CBO**

Registre o código da categoria profissional do referido responsável, segundo a tabela CBO. Consulte a **Tabela 06** no final destas instruções.

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

Este padrão permite informar a relação existente entre o profissional e os vários equipamentos pelos quais ele tem responsabilidade técnica, assim como, o tipo – PRINCIPAL OU SUBSTITUTO - que pode ser diferente para cada um dos equipamentos.

**PRINCIPAL**

Assinale com um “X” sobre o(s) **NÚMERO(S)** correspondente(s) ao(s) **EQUIPAMENTO(S)** descrito(s) no anverso da folha, cujo responsável técnico principal seja o registrado neste campo.

**SUBSTITUTO**

Assinale com um “X” sobre o(s) **NÚMERO(S)** correspondente(s) ao(s) **EQUIPAMENTO(S)** descrito(s) no anverso da folha, cujo responsável técnico substituto seja o registrado neste campo.

**Nota:** Um técnico pode ser responsável por um ou mais equipamentos, observada a legislação vigente. Portanto, podem ser assinalados quantos números corresponderem a essa necessidade.

**DECLARAÇÃO**

Esta declaração tem preenchimento obrigatório e deve ser assinada pelo solicitante - responsável legal e, quando for o caso, em conjunto com o(s) responsável(s) técnico(s).

**LOCAL**

Registre o nome do município onde o objeto da solicitação está sediado.

**DATA**

Registre a data (DD/MM/AAAA) em que está sendo efetuada a solicitação.

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL**

Após ler e concordar com o declarado, o responsável legal que teve seus dados informados no campo **29** do “*Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária*” deve assinar na respectiva linha.

**ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO**

Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico principal que teve seus dados informados no campo **30** do “*Requerimento de Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária*” deve assinar na respectiva linha.



**ASSIN. RESP. TÉCN. A**

Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico substituto que informou seus dados no campo **A** (item IV – RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO) deve assinar na respectiva linha.

**ASSIN. RESP. TÉCN. B**

Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico substituto que informou seus dados no campo **B** (item IV – RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO) deve assinar na respectiva linha.

**ASSIN. RESP. TÉCN. C**

Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico substituto que informou seus dados no campo **C** (item IV – RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO) deve assinar na respectiva linha.

**ASSIN. RESP. TÉCN. D**

Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico substituto que informou seus dados no campo **D** (item IV – RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO) deve assinar na respectiva linha.

**ASSIN. RESP. TÉCN. E**

Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico substituto que informou seus dados no campo **E** (item IV – RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO) deve assinar na respectiva linha.

**ASSIN. RESP. TÉCN. F**

Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico substituto que informou seus dados no campo **F** (item IV – RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO) deve assinar na respectiva linha.

**ASSIN. RESP. TÉCN. G**

Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico substituto que informou seus dados no campo **G** (item IV – RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO) deve assinar na respectiva linha.

**ASSIN. RESP. TÉCN. H**

Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico substituto que informou seus dados no campo **H** (item IV – RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO) deve assinar na respectiva linha.