

Subanexo XI - B EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

Fl. __ / __

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

Exemplos: 01/ 03 - indica que é a primeira folha do total de 03 preenchidas e anexadas ao formulário e, 02/ 03 - indica que é a segunda do total de 03 preenchidas e anexadas ao formulário.

I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

REGISTRAR OS MESMOS DADOS DO FORMULÁRIO AO QUAL PERTENCE ESTE ANEXO

Copiar do formulário de “*Informações em Vigilância Sanitária*” o que foi registrado nos campos:

III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO - 9. RAZÃO SOCIAL / NOME; 10. NOME FANTASIA; e, 11. CNPJ / CPF

II – SOLICITAÇÃO - 6. N° CMVS DO ESTABELECIMENTO, SE HOUVER.

III - EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

CONSULTAR TABELA DE TIPOS DE EQUIPAMENTOS NAS INSTRUÇÕES

Os campos “EQ” são padronizados e, cada número (01 a 08) 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 N° CMVS.

Registrar os dados solicitados (ver **Tabela 02 – Equipamentos de Saúde**, no final deste anexo), conforme as seguintes situações:

III.A - 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 (correspondente ao tipo informado no campo "CÓD."), existentes no local.

CARACTERÍSTICA B, C e D

Estes campos devem ser preenchidos com **zeros**.

III.B - EQUIPAMENTO DE SAÚDE SUJEITO AO NÚMERO CMVS DE LICENÇA FUNCIONAMENTO

CÓD.

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

NÚMERO

Registre, quando houver, o número do Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde (Nº CMVS) do equipamento. No caso de solicitação inicial de cadastro / licença de funcionamento 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 - Miliampère) e da tensão máxima (kV - quilovolt).

Nota: No caso de "ACELERADOR LINEAR", preencher com o valor da energia máxima de fótons (MeV – Megaelétron-volt) e energia máxima de elétrons (MeV- Megaelétron-volt).

CARACTERÍSTICA D

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

III.C - EQUIPAMENTO DE SAÚDE QUE POSSUI FONTE SELADA SUJEITO AO Nº CMVS DE LICENÇA FUNCIONAMENTO

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 em Saúde – CMVS do equipamento de saúde. No caso de solicitação inicial de cadastro / licença de funcionamento do equipamento, este campo deve ser preenchido com **zeros**.

CARACTERÍSTICA A

Registre o tipo de fonte. Exemplos: Césio-137, Cobalto-60, Irídio-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 freqüência de troca de fontes.

III.D - 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 em Saúde – CMVS do equipamento de saúde. No caso de solicitação inicial de cadastro / licença de funcionamento 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, Irídio-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 freqüência de troca de fontes.

III.E - EQUIPAMENTO DE SAÚDE – PARA USO VETERINÁRIO - SUJEITO AO NÚMERO CMVS DE LICENÇA FUNCIONAMENTO

CÓD.

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

NÚMERO CMVS

Registre, quando houver, o número do Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde – CMVS do equipamento. No caso de solicitação inicial de cadastro / licença de funcionamento 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 - Miliampère) e da tensão máxima (kV - quilovolt).

CARACTERÍSTICA D

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

III.F – EQUIPAMENTOS PARA MEDIÇÕES – ISENTO DE NÚMERO CMVS**COD.**

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 sensibilidade do equipamento.

CARACTERÍSTICA B

Registre a marca e o modelo do equipamento.

CARACTERÍSTICA C

Registre o número de série do equipamento.

CARACTERÍSTICA D

Registre **A** quando o equipamento se aplica a medições de raios X odontológico intraoral. Registre **B** quando o equipamento se aplica a medições de raios X odontológico extra-oral. Registre **C** quando o equipamento se aplica a medições de raios X médico convencional sem fluoroscopia. Registre **D** quando o equipamento se aplica a medições de raios X médico convencional com fluoroscopia. Registre **E** quando o equipamento se aplica a medições de raios X de mamógrafo. Registre **F** quando o equipamento se aplica a medições de raios X de tomógrafo.

III.G – EQUIPAMENTOS AUXILIARES PARA RADIOMETRIA E TESTE DE QUALIDADE EM RADIODIAGNÓSTICO – ISENTO DE NÚMERO CMVS**COD.**

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 o nome do material de que é feito.

CARACTERÍSTICA B

Registre as dimensões aproximadas do objeto.

CARACTERÍSTICA C

Registre o número de série ou de patrimônio do objeto.

CARACTERÍSTICA D

Registre **A** quando o equipamento se aplica a medições de raios X odontológico intra-oral. Registre **B** quando o equipamento se aplica a medições de raios X odontológico extra-oral. Registre **C** quando o equipamento se aplica a medições de raios X médico convencional sem fluoroscopia. Registre **D** quando o equipamento se aplica a edições de raios X médico convencional com fluoroscopia. Registre **E** quando o equipamento se aplica medições de raios X de mamógrafo. Registre **F** quando o equipamento se aplica a medições de raios X de tomógrafo.

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 formulário.

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 OS NÚMEROS DOS EQUIPAMENTOS INFORMADOS NO ANVERSO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL SOBRE ELES.

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 os **NÚMEROS** correspondentes aos **EQUIPAMENTOS** descritos no anverso da folha, cujo responsável técnico principal seja o registrado neste campo.

SUBSTITUTO

Assinale com um “X” sobre os **NÚMEROS** correspondentes aos **EQUIPAMENTOS** descritos 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 os responsáveis técnicos.

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.

ASSIN. RESP. LEGAL

Após ler e concordar com o declarado, o responsável legal que teve seus dados informados no campo **35** do formulário de “*Informações em Vigilância Sanitária*” deve assinar na respectiva linha.

ASSIN. RESP. TÉCN. ESTAB.

Após ler e concordar com o declarado, o responsável técnico principal que teve seus dados informados no campo **36** do formulário de “*Informações em 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, C, D, E, F, G e H

Preencher conforme instruções anterior (Assin. Resp. Técn. A), considerando as informações correspondentes aos campos com mesma letra – **B, C, D, E, R, G e H** (item IV – RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO).