



## **COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

### **PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE**

#### **Relação de Documentos**

*Portaria CVS 01 de 02 de janeiro de 2018*

#### **Documento fornecido pela Vigilância Sanitária**

- Formulário de informação em Vigilância Sanitária (preenchimento obrigatório)
  - Formulário de Prestação de Serviço de Interesse a Saúde (preenchimento obrigatório)
  - Formulário de Equipamento (quando possuir equipamentos sujeitos a Licença de Funcionamento)
- (os formulários poderão ser preenchidos a máquina ou manuscrito com letra de forma legível)

#### **Documentos da Empresa**

- Cópia do Contrato Social registrado na JUCESP – quando se tratar de empresa de sociedade anônima (S/A), civil (S/C), microempresa (ME) e pequeno porte (EPP), com as respectivas alterações ou
- Cópia do contrato social registrado em cartório de títulos e documentos – quando se tratar de sociedade civil (S/C).
- Cópia do CNPJ
- Laudo Técnico de Avaliação - L.T.A. (quando for o caso)

#### **Documentos do Responsável Legal da Empresa**

- Cópia do CPF do Representante Legal
- Cópia do Comprovante de Residência
- Cópia do termo de enquadramento
- Procuração quando for o caso

#### **Documentos do Responsável Técnico da Empresa**

- Cópia simples da Carteira de Comprovação de Habilitação Profissional (Conselho)
- Cópia simples do Cadastro de Pessoa Física – **CPF**
- Cópia de comprovante de residência
- Comprovação do Vínculo Empregatício:
  - Cópia simples da Carteira de Trabalho onde consta: foto, dados pessoais e vínculo empregatício ou;
  - Cópia simples do Contrato de Prestação de Serviço, **o contrato deverá ser registrado no cartório de títulos e documentos.**

#### **Documentos do Equipamento ORIGINAL**

- Documento original do Laudo do **Teste de Radiação de Fuga**
- Documento original do Laudo do **Levantamento Radiométrico**



**Outros Documentos, quando for o caso:**

- Relação de exames radiológicos realizados, discriminando aqueles terceirizados por local de execução;
- Relação de procedimentos de coleta domiciliar de material humano
- Relação de postos de coleta descentralizados
- Cópia do registro do serviço especializado em engenharia de segurança e medicina do trabalho
- Certificado de propriedade de veículo fornecido pelo Detran
- Declaração do programa de garantia de qualidade da imagem pretendido
- Documento original do plano de radioproteção
- Termo de responsabilidade pela proteção radiológica, (clínica de radiologia médica e clínica de radioterapia)
- Cópia da autorização da CNEN, para preparo e uso das fontes radioativas não seladas (serviço de medicina nuclear)
- Cópia da autorização para operação do CNEN, (serviço de radioterapia)
- Memorial dos cálculos de blindagem das salas
- Termo de responsabilidade pela proteção radiológica
- Documento original do plano de radioproteção
- Cópia do contrato de serviços terceirizados e cópia da Licença de Funcionamento da contratada
- Documentos originais do programa de garantia de qualidade e comprovação de sua implantação
- Cópia do contrato de dosimetria e relação dos profissionais monitorados atualizados
- Manuais de rotinas e procedimentos
- Comprovação da implantação de PCIH

| CNAE      | PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE                                                                        | TAXA                                   |              |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------|
| 8610-1/01 | ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR – EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS | Até 50 leitos                          | R\$ 1.130,80 |
|           |                                                                                                       | De 51 a 250 leitos                     | R\$ 1.978,90 |
|           |                                                                                                       | Mais de 250 leitos                     | R\$ 2.827,00 |
|           |                                                                                                       | Dispensário de medicamentos            | R\$ 848,10   |
|           |                                                                                                       | Farmácias Hospitalares                 | R\$ 1.413,50 |
| 8610-1/02 | ATIVIDADE DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS       | R\$ 1.130,80                           |              |
|           |                                                                                                       | Dispensário de medicamentos R\$ 848,10 |              |
| 8621-6/01 | UTI MÓVEL                                                                                             | R\$ 1.130,80                           |              |
| 8621-6/02 | SERVIÇOS MÓVEIS DE ATENDIMENTO A URGÊNCIAS – EXCETO POR UTI MÓVEL                                     | R\$ 1.130,80                           |              |



|           |                                                                                                      |                                                                                                         |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8622-4/00 | SERVIÇOS DE REMOÇÃO DE PACIENTES, EXCETO OS SERVIÇOS MÓVEIS DE ATENDIMENTO A URGÊNCIAS               | R\$ 282,70                                                                                              |
| 8630-5/01 | ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS               | R\$ 1.130,80                                                                                            |
| 8630-5/02 | ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES                  | R\$ 848,10                                                                                              |
| 8630-5/04 | ATIVIDADE ODONTOLÓGICA                                                                               | Consultório R\$ 424,05<br>Clínica R\$ 989,45                                                            |
| 8630-5/06 | SERVIÇOS DE VACINAÇÃO E IMUNIZAÇÃO HUMANA                                                            | R\$ 848,10                                                                                              |
| 8630-5/07 | ATIVIDADE DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA                                                             | R\$ 848,10                                                                                              |
| 8640-2/01 | LABORATÓRIOS DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOLÓGICA                                                     | R\$ 565,40                                                                                              |
| 8640-2/02 | LABORATÓRIOS CLÍNICOS                                                                                | R\$ 565,40                                                                                              |
| 8640-2/03 | SERVIÇOS DE DIÁLISE E NEFROLOGIA                                                                     | R\$ 1.413,50                                                                                            |
| 8640-2/04 | SERVIÇOS DE TOMOGRAFIA                                                                               | R\$ 565,40                                                                                              |
| 8640-2/05 | SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM COM USO DE RADIAÇÃO IONIZANTE – EXCETO TOMOGRAFIA                 | R\$ 1.130,80                                                                                            |
| 8640-2/06 | SERVIÇOS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA                                                                    | R\$ 1.130,80                                                                                            |
| 8640-2/07 | SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, SEM USO DE RADIAÇÃO IONIZANTE – EXCETO RESONÂNCIA MAGNÉTICA      | R\$ 1.130,80                                                                                            |
| 8640-2/08 | SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR REGISTRO GRÁFICO, ECG, EEG E OUTROS EXAMES ANÁLOGOS                      | R\$ 1.130,80                                                                                            |
| 8640-2/09 | SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR MÉTODOS ÓPTICOS – ENDOSCOPIA E OUTROS EXAMES ANÁLOGOS                    | R\$ 1.130,80                                                                                            |
| 8640-2/10 | SERVIÇO DE QUIMIOTERAPIA                                                                             | R\$ 848,10                                                                                              |
| 8640-2/11 | SERVIÇO DE RADIOTERAPIA                                                                              | R\$ 848,10                                                                                              |
| 8640-2/12 | SERVIÇO DE HEMOTERAPIA                                                                               | Serviços e institutos R\$ 1.413,50<br>Agências Transfusionais R\$ 565,40<br>Postos de Coleta R\$ 282,70 |
| 8640-2/13 | SERVIÇO DE LITOTRIPSIA                                                                               | R\$ 1.130,80                                                                                            |
| 8640-2/14 | SERVIÇOS DE BANCOS DE CÉLULAS E TECIDOS HUMANOS                                                      | R\$ 706,75                                                                                              |
| 8640-2/99 | ATIVIDADES DE SERVIÇOS DE COMPLEMENTAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPEUTICA – NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE | R\$ 1.130,80                                                                                            |
| 8690-9/02 | ATIVIDADES DE BANCO DE LEITE HUMANO                                                                  | R\$ 706,75                                                                                              |
| 8711-5/01 | CLÍNICAS E RESIDÊNCIAS GERIÁTRICAS                                                                   | R\$ 848,10                                                                                              |
| 8711-5/03 | ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA A DEFICIENTES FÍSICOS, IMUNODEPRIMIDOS E CONVALESCENTES                    | R\$ 565,40                                                                                              |
| 8712-3/00 | ATIVIDADES DE FORNECIMENTO DE INFRAESTRUTURA DE APOIO E ASSISTÊNCIA A PACIENTES NO DOMICÍLIO         | R\$ 848,10                                                                                              |
| 8720-4/01 | ATIVIDADES DE CENTROS DE ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL                                                    | R\$ 565,40                                                                                              |



SECRETARIA DE  
**SAÚDE**

PREFEITURA DE  
**BARUERI**  
CIDADE INTELIGENTE

|  |                                    |            |
|--|------------------------------------|------------|
|  | RESPONSABILIDADE TÉCNICA           | R\$ 141,35 |
|  | TAXA DE EQUIPAMENTO (RADIOLOGIA)   | R\$ 565,40 |
|  | TAXA DE EQUIPAMENTO (RADIOTERAPIA) | R\$ 848,10 |

Os CNAES abaixo recebem a licença de funcionamento através do Sistema **VIA RÁPIDA EMPRESA**:

| CNAE      | PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE                                               | TAXA                    |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 8630-5/03 | ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS                           | R\$ 424,05              |
| 8650-0/01 | ATIVIDADES DE ENFERMAGEM                                                     | R\$ 424,05              |
| 8650-0/02 | ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA NUTRIÇÃO                                      | R\$ 424,05              |
| 8650-0/03 | ATIVIDADES DE PSICOLOGIA E PSICANÁLISE                                       | R\$ 424,05              |
| 8650-0/04 | ATIVIDADES DE FISIOTERAPIA                                                   | Clínicas R\$ 848,10     |
|           |                                                                              | Consultórios R\$ 411,20 |
| 8650-0/05 | ATIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL                                            | Clínicas R\$ 848,10     |
|           |                                                                              | Consultórios R\$ 411,20 |
| 8650-0/06 | SERVIÇOS DE FONOAUDIOLOGIA                                                   | R\$ 424,05              |
| 8650-0/99 | ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE | R\$ 424,05              |
| 8690-9/01 | ATIVIDADES DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE HUMANA         | R\$ 565,40              |
| 8690-9/03 | ATIVIDADES DE ACUPUNTURA                                                     | R\$ 424,05              |
| 8690-9/04 | ATIVIDADES DE PODOLOGIA                                                      | R\$ 424,05              |
| 8711-5/04 | CENTROS DE APOIO A PACIENTES COM CÂNCER E COM AIDS                           | R\$ 848,10              |

Para isenção da taxa apresentar:  
Cópia autenticada frente e verso da declaração de MEI

Consultar o site: [www.cvs.saude.sp.gov.br/formularios.asp](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/formularios.asp) para preenchimento do formulário

#### **FORMULARIOS COM RASURAS NÃO SERÃO ACEITOS**

**Para a emissão do boleto de pagamento para VISA municipal, comparecer ao guichê de atendimento da VIGILÂNCIA SANITÁRIA no GANHA TEMPO**

**Plantões de dúvidas na Vigilância Sanitária: Terça-feira das 8h30 às 16h30 e sexta-feira das 13h às 16h30.**

Vigilância Sanitária: Av. Adelino Cardana, nº 725 – Bethaville – CEP: 06401-127 Telefone: 4163-1049  
Vigilância Sanitária no Ganha Tempo - Av. Henriqueta Mendes Guerra nº 550 – Centro – Telefone: 4199-1343  
Email: [saude.vs.expediente@barueri.sp.gov.br](mailto:saude.vs.expediente@barueri.sp.gov.br) / [saude.vsprotocolo01@barueri.sp.gov.br](mailto:saude.vsprotocolo01@barueri.sp.gov.br)



SECRETARIA DE  
**SAÚDE**

PREFEITURA DE  
**BARUERI**  
CIDADE INTELIGENTE

**PROTOCOLO DA DOCUMENTAÇÃO: NO GUICHE DE ATENDIMENTO DA VIGILÂNCIA  
SANITÁRIA NO GANHA TEMPO**