



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO

1. N° do Processo Inicial:

E-08/

2. Protocolo:

3. Requerente (Pessoa Jurídica ou Pessoa Física):

4. Responsável Técnico:

CPF:

5. N° Registro no Conselho Regional:

6. CNPJ da Empresa/CIC da Pessoa Física:

7. Nome Fantasia:

8. Inscrição Estadual:

9. Endereço (Rua, Av., Nº):

10. Complemento:

11. Bairro:

12. Município:

13. CEP:

14. Telefone:

15. Fax:

16. e-mail:

17. Código do Estabelecimento:

18. Código de Classificação:

19. Código do Pedido:

20. Tipo de Estabelecimento:

21. Requer:

22. Assinatura do Responsável Técnico/Pessoa Física ou Representante Legal:

23. Data:

__/__/__

ANEXO III - FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO (VERSO)

Instruções para Preenchimento

- | | |
|--|---|
| 1. PREENCHER COM Nº DO PROCESSO INICIAL, SE HOUVER | 15. NÚMERO DO FAX |
| 2. EXCLUSIVO DA SES, NÃO PREENCHER | 16. E-MAIL |
| 3. RAZÃO SOCIAL DA PESSOA JURÍDICA OU NOME DA PESSOA FÍSICA | 17. CÓDIGO DO ESTABELECIMENTO (RELAÇÃO ABAIXO) |
| 4. NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PESSOA JURÍDICA | 18. CÓDIGO DE CLASSIFICAÇÃO (RELAÇÃO ABAIXO) |
| 5. NÚMERO DE REGISTRO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO NO CONSELHO REGIONAL CORRESPONDENTE | 19. PREENCHER COM CÓDIGO DO PEDIDO (RELAÇÃO ABAIXO). |
| 6. CNPJ DA PESSOA JURÍDICA, OU CIC NO CASO DE PESSOA FÍSICA | 20. PREENCHER IDENTIFICANDO O TIPO DE ESTABELECIMENTO CONFORME "CÓDIGOS DE ESTABELECIMENTO" |
| 7. NOME DE FANTASIA, QUANDO HOUVER | 21. PREENCHER INFORMANDO O TIPO DE PEDIDO CONFORME O RESPECTIVO CÓDIGO |
| 8. NÚMERO DA INSCRIÇÃO ESTADUAL NA S.E.F. DA PESSOA JURÍDICA | 22. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO (NO CASO DE PESSOA JURÍDICA); OU ASSINATURA DO REQUERENTE (EXCETO NO CASO DE PESSOA JURÍDICA); OU ASSINATURA DE REPRESENTANTE LEGAL |
| 9. ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, ESTRADA, ETC. E Nº) | 23. DATA DO REQUERIMENTO |
| 10. COMPLEMENTO (APARTAMENTO, CASA, ANDAR, BLOCO, ETC.) | |
| 11. BAIRRO | |
| 12. MUNICÍPIO | |
| 13. NÚMERO DO CEP | |
| 14. NÚMERO DO TELEFONE | |

Códigos de Estabelecimentos

- | | |
|---|---|
| 03.01 BANCO DE LEITE HUMANO | 48.01 INDÚSTRIA FARMACÊUTICA |
| 15.04 CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO | 48.02 INDÚSTRIA FARMOQUÍMICA |
| 21.01 DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS | 48.03 INDÚSTRIA COSMÉTICOS |
| 21.02 DISTRIBUIDORA DE COSMÉTICOS | 48.04 INDÚSTRIA SANEANTES |
| 21.03 DISTRIBUIDORA DE SANEANTES | 48.05 INDÚSTRIA DE ÓTICA |
| 21.04 DISTRIBUIDORA DE MATERIAL E EQUIPAMENTOS ÓTICOS | 48.05.1 INDÚSTRIA DE MATERIAL E EQUIPAMENTOS ÓTICOS |
| 21.05 DISTRIBUIDORA DE APARELHOS E PRODUTOS USADOS EM MEDICINA, ORTOPEDIA, ODONTOLOGIA, ENFERMAGEM, EDUCAÇÃO FÍSICA, EMBELEZAMENTO OU CORREÇÃO ESTÉTICA | 48.06 INDÚSTRIA DE APARELHOS E PRODUTOS USADOS EM MEDICINA, ORTOPEDIA, ODONTOLOGIA, ENFERMAGEM, EDUCAÇÃO FÍSICA, EMBELEZAMENTO OU CORREÇÃO ESTÉTICA |
| 24.00 DROGARIA | 48.07 INDÚSTRIA DE PRODUTOS DIETÉTICOS |
| 27.00 ERVANARIA | 48.08 INDÚSTRIA DE ALIMENTOS |
| 30.01 LABORATÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA | 51.01 LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS, PESQUISAS E ANATOMIA PATOLÓGICA |
| 30.02 ESTABELECIMENTO DE RAIOS-X, RADIOTERAPIA, RADIOISÓTOPOS E CONGENERES | 99.00 OUTROS |
| 30.03 ESTABELECIMENTO DE RADIODIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO | 57.01 POSTO DE COLETA DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS |
| 30.04 ESTABELECIMENTO DE FISIOTERAPIA | 57.02 POSTO DE COLETA MÓVEL / FIXO DE SANGUE |
| 33.00 FARMÁCIA | 60.01 UNIDADE DE TRANSPORTE DE PACIENTES COM PROCEDIMENTO |
| 33.01 FARMÁCIA COM MANIPULAÇÃO | 63.01 SERVIÇO MÉDICO, CLÍNICA E AMBULATÓRIO SEM INTERNAÇÃO |
| 33.02 FARMÁCIA PRIVATIVA DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | 63.02 SERVIÇO DE HEMOTERAPIA |
| 36.00 HEMOCENTRO | 63.03 SERVIÇO DE CLÍNICA ODONTOLÓGICA |
| 39.00 HEMONÚCLEO | 63.04 SERVIÇO DE ATENÇÃO À PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS |
| 42.00 HOSPITAL / CLÍNICA COM INTERNAÇÃO | 63.05 SERVIÇO EM TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL |
| 45.01 IMPORTADOR / EXPORTADOR MEDICAMENTOS | 63.06 SERVIÇO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL |
| 45.02 IMPORTADOR / EXPORTADOR COSMÉTICOS | 63.07 SERVIÇO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA |
| 45.03 IMPORTADOR / EXPORTADOR SANEANTES | 69.01 UNIDADE DE ESTERILIZAÇÃO / PRESTADOR DE SERVIÇO EM ESTERILIZAÇÃO, REESTERILIZAÇÃO E REPROCESSAMENTO POR ÓXIDO DE ETILENO E OUTROS |
| 45.04 IMPORTADOR / EXPORTADOR DE PRODUTOS, MATERIAL E EQUIPAMENTOS ÓTICOS | 69.02 UNIDADE / AGÊNCIA FUNCIONAL |
| 45.05 IMPORTADOR / EXPORTADOR DE APARELHOS E PRODUTOS USADOS EM MEDICINA, ORTOPEDIA, ODONTOLOGIA, ENFERMAGEM, EDUCAÇÃO FÍSICA, EMBELEZAMENTO OU CORREÇÃO ESTÉTICA | 69.03 UNIDADE MÓVEL DE DIÁLISE |

Códigos dos Pedidos

- | | |
|--|---|
| 7.2.1 LICENÇA INICIAL | 7.3.2 BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA |
| 7.2.1.1 2ª VIA DA LICENÇA DE FUNCIONAMENTO | 7.3.5 ASSENTIMENTO SANITÁRIO |
| 7.2.1.2 CERTIDÃO | 7.3.8 RECURSO / DEFESA A AUTO DE INFRAÇÃO |
| 7.2.2 VISTO EM PLANTA | 7.3.9 BAIXA DE ESTABELECIMENTO / CANCELAMENTO DE LICENÇA |
| 7.2.3 VISTO EM ALTERAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL | 7.3.13 REGISTRO DE LIVRO |
| 7.2.4 REVALIDAÇÃO DE LICENÇA | 7.3.14 ALTERAÇÃO / MUDANÇA / INCLUSÃO / AMPLIAÇÃO DE ATIVIDADE |
| 7.2.5 ALTERAÇÃO / MUDANÇA DE RAZÃO SOCIAL | 7.4.1 REGISTRO DE CERTIFICADO / DIPLOMA |
| 7.2.6 ALTERAÇÃO / MUDANÇA DE ENDEREÇO | 7.4.2 ALTERAÇÃO DO NOME DE PROFISSIONAL (PARA CASADA OU REVERSÃO) |
| 7.3.1 ALTERAÇÃO / MUDANÇA DE RESPONSÁVEL TÉCNICO | |

Códigos de Classificação

- | |
|---------------------------------|
| 01 GRANDE PORTE |
| 02 MÉDIO PORTE |
| 03 PEQUENO PORTE |
| 04 MICRO EMPRESA |
| 05 PESSOA FÍSICA – CONTRIBUINTE |

NOTAS: 1. ESTE REQUERIMENTO DEVERÁ SER APRESENTADO EM DUAS VIAS AO PROTOCOLO DA SES/RJ, DEVIDAMENTE ACOMPANHADO DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA CADA CASO, CONFORME RESOLUÇÃO SES/RJ.
2. INFORMAR SEMPRE O NÚMERO DO PROTOCOLO REFERENTE AO PEDIDO DE LICENÇA INICIAL OU AO DE VISTO EM PLANTA, QUANDO EXISTIR, NO CAMPO 1 DESTES FORMULÁRIOS.