



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO**

1. N° do Processo Inicial:		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., N°):			
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 E 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 TRANSFUSIONAL   |
| 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 DESTA FORMULÁRIO.