

Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud
División de Materiales y Equipos de Salud

SOLICITUD DE REGISTRO SANITARIO Y/O RENOVACIÓN DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

		FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)	
		01. DÍA	02. MES	03. AÑO		
05. TIPO DE SOLICITUD		06. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO			07. TIPO DE PRODUCTO	
<input type="checkbox"/> REGISTRO SANITARIO <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN DEL R. S.		P M P -			<input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO	
					08. ORIGEN DEL PRODUCTO	
					<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO	

A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO

09. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO						10. N.º DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA					
						E M P -					
11. N.º DE RIF											
UBICACIÓN GEOGRÁFICA											
12. ESTADO				13. MUNICIPIO				14. CIUDAD			
DIRECCIÓN											
15. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL				16. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA				17. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN			
18. PISO/PLANTA/LOCAL		19. CÓDIGO POSTAL		20. PUNTO DE REFERENCIA							
21. N.º DE TELÉFONO		22. N.º DE FAX		23. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			24. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB				

B.- DATOS DEL PATROCINANTE DE LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

25. APELLIDOS				26. NOMBRES				27. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD			
								<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -			
28. MATRICULA DEL M. P. P. S.		29. PROFESIÓN									
30. N.º DE TELÉFONO		31. N.º DE CELULAR		32. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			33. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB				

C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

34. DENOMINACION DEL PRODUCTO				35. MARCA COMERCIAL				36. PRESENTACION COMERCIAL			
37. USO DEL PRODUCTO											
38. CLASIFICACIÓN DEL PRODUCTO											
<input type="checkbox"/> MÉDICO			<input type="checkbox"/> MÉDICO QUIRURGICO			<input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO			<input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO		
<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO			<input type="checkbox"/> ESTÉTICO			<input type="checkbox"/> MISCELANEO					
39. CLASIFICACIÓN DEL PRODUCTO SEGÚN EL RIESGO											
<input type="checkbox"/> CLASE I			<input type="checkbox"/> CLASE II			<input type="checkbox"/> CLASE III			<input type="checkbox"/> CLASE IV		
40. RESTRICCIONES DE USO											
<input type="checkbox"/> ADVERTENCIAS			<input type="checkbox"/> CONTRAINDICACIONES			<input type="checkbox"/> INTERACCIONES					
<input type="checkbox"/> PRECAUCIONES			<input type="checkbox"/> REACCIONES ADVERSAS			<input type="checkbox"/> NO PRESENTA					

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

41. ORIGEN DE LA EMPRESA		42. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE						43. N.º DE REGISTRO SANITARIO					
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA								E M P -					
44. N.º DE RIF													



Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud
División de Materiales y Equipos de Salud

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL			UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA	
45. ESTADO	46. MUNICIPIO	47. CIUDAD	54. PAÍS	55. CIUDAD
DIRECCIÓN			56. DIRECCIÓN	
48. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		49. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		
50. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		51. PISO/PLANTA/LOCAL		
52. CÓDIGO POSTAL	53. PUNTO DE REFERENCIA			
57. N° DE TELÉFONO	58. N.º DE FAX	59. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	60. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	

E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO

61. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA						62. N° DE REGISTRO SANITARIO					
						E M P -					
63. N° DE RIF											
UBICACIÓN GEOGRÁFICA											
64. ESTADO				65. MUNICIPIO				66. CIUDAD			
DIRECCIÓN											
67. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL				68. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA				69. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN			
70. PISO/PLANTA/LOCAL		71. CÓDIGO POSTAL		72. PUNTO DE REFERENCIA							
73. N° DE TELÉFONO		74. N° DE FAX		75. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				76. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			

F.- DATOS DEL DISTRIBUIDOR DEL PRODUCTO

77. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA						78. N° REGISTRO SANITARIO					
						E M P -					
79. N° DE RIF											
UBICACIÓN GEOGRÁFICA											
80. ESTADO				81. MUNICIPIO				82. CIUDAD			
DIRECCIÓN											
83. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL				84. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA				85. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN			
86. PISO/PLANTA/LOCAL		87. CÓDIGO POSTAL		88. PUNTO DE REFERENCIA							
89. N° DE TELÉFONO		90. N° DE FAX		91. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				92. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			



Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud
División de Materiales y Equipos de Salud

G.- DATOS DEL ENVASADOR DEL PRODUCTO (SI APLICA)

93. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA		94. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA ENVASADORA			95. N° DE REGISTRO SANITARIO									
					E	M	P	-						
96. N° DE RIF														
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL						UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA								
97. ESTADO		98. MUNICIPIO		99. CIUDAD		100. PAÍS		101. CIUDAD						
DIRECCIÓN						102. DIRECCIÓN								
103. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL			104. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA											
105. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN			106. PISO/PLANTA/LOCAL											
107. CÓDIGO POSTAL		108. PUNTO DE REFERENCIA												
109. N° DE TELÉFONO		110. N° DE FAX		111. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			112. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB							

H.- DATOS DE LA PRESENTACIÓN DEL PRODUCTO (EMPAQUE O ENVASE)

113. TIPO DE MATERIAL DEL EMPAQUE O ENVASE PRIMARIO QUE ESTA EN CONTACTO DIRECTO CON EL PRODUCTO		114. CONTENIDO NETO DEL ENVASE.		115. UNIDAD DE MEDIDA	
116. ¿POSEE EMPAQUE O ENVASE SECUNDARIO? <input type="checkbox"/> SI · <input type="checkbox"/> NO		117. DESCRIPCIÓN DEL EMPAQUE O ENVASE SECUNDARIO		118. ¿POSEE PROSPECTO O INSERTO? <input type="checkbox"/> SI · <input type="checkbox"/> NO	
119. ¿POSEE CATÁLOGO? <input type="checkbox"/> SI · <input type="checkbox"/> NO					
120. ¿POSEE TÉCNICAS? <input type="checkbox"/> SI · <input type="checkbox"/> NO		121. ¿SE PRESENTA EN KIT? <input type="checkbox"/> SI · <input type="checkbox"/> NO		122. DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DEL KIT	

I.- DATOS DE LOS COMPONENTES QUE CONFORMAN EL PRODUCTO (SI APLICA)

LISTA DE COMPONENTES QUE INTEGRAN EL PRODUCTO		
123. COMPONENTE (S)	124. CANTIDAD TOTAL	125. UNIDAD DE MEDIDA

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____ portador de la Cédula de identidad N° _____, actuando en mi carácter de Patrocinante, ante el Ministerio del Poder Popular para la Salud, declaro bajo juramento que:

- El contenido total de la información es absolutamente cierto y veraz.
- La Empresa a la que represento prestará todas las facilidades que solicite el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria para poder realizar los controles posteriores.

FIRMA DEL PATROCINANTE

J.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

126. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO		127. ESPECIALISTA RESPONSABLE	
128. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE			

F.01-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

