

FORMULÁRIO XIV.E – COMÉRCIO ATACADISTA DE PRODUTOS PARA SAÚDE



PREFEITURA DE
SÃO PAULO

Utilizar esse formulário para as solicitações de:

- Licença de Funcionamento Inicial, descritas no Anexo I da Portaria SMS.G 266/2025.
- Ampliação e Redução de Atividades

[Clique aqui para verificar para quais atividades é necessário preencher esse formulário](#)

Demais Solicitações utilizar o Formulário XI. Maiores informações acessar: https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/cmvs/226958

I. SOLICITAÇÃO

1. A solicitação envolve ampliação ou redução de atividade, classe ou categoria de produto?* – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

☐ Sim

☐ Não

2. Se a resposta anterior for "Não", registrar o número do Protocolo VRE/REDESIM – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

3. Objeto da Solicitação* – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

4. Código CNAE* – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

5. N° CMVS – Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde:

– [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

6. Tipo de Solicitação – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

6.1. Tipo de Alteração – Escolha uma das opções abaixo, caso tenha escolhido a opção de Alteração de Dados Cadastrais no item 6:

II. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

7. Razão Social*:

8. Nome Fantasia:

9. Natureza Jurídica:

10. CPF / CNPJ*:

III. LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

11. Logradouro*:

12. Número*:

13. Complemento:

14. Bairro*:

15. Município: São Paulo/SP

16. CEP*:

17. Telefone do estabelecimento*:

18. e-mail do estabelecimento*:

*os dados fornecidos devem possibilitar o contato direto com o responsável legal e/ou técnico do estabelecimento

IV. CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

19. Esfera Administrativa:

20. Natureza da Organização:

V. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAIS E TÉCNICOS – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

➤ Responsável Legal*

21. Nome do responsável legal:

CPF*:

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:

FORMULÁRIO XIV.E – COMÉRCIO ATACADISTA DE PRODUTOS PARA SAÚDE



PREFEITURA DE
SÃO PAULO

V. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAIS E TÉCNICOS - Continuação

➤ Responsável Técnico

22. Nome do responsável técnico

CPF:

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:

Sigla do Conselho Profissional:

UF:

Nº Inscrição Conselho:

➤ Responsável Técnico – Substituto 1

23. Nome do responsável técnico

CPF:

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:

Sigla do Conselho Profissional:

UF:

Nº Inscrição Conselho:

➤ Responsável Técnico – Substituto 2

24. Nome do responsável técnico

CPF:

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:

Sigla do Conselho Profissional:

UF:

Nº Inscrição Conselho:

➤ Responsável Técnico – Substituto 3

25. Nome do responsável técnico

CPF:

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:

Sigla do Conselho Profissional:

UF:

Nº Inscrição Conselho:

VI. AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DA EMPRESA (AFE) – Informe os dados da AFE, se houver: – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

a) Número da AFE:

b) Data da Publicação da AFE:

VII. ATIVIDADES PRÓPRIAS* – Assinale uma ou mais alternativas de "a"; ou assinale a alternativa "b"; ou, "c". – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

a) ☐ DISTRIBUIR ☐ IMPORTAR ☐ EXPORTAR ☐ ARMAZENAR EM DEPÓSITO FECHADO ☐ TRANSPORTE PRÓPRIO

b) ☐ ARMAZENAR EM ÁREA PRÓPRIA c) ☐ CONTROLE DE QUALIDADE PRÓPRIO

VIII. CATEGORIA DE PRODUTO/GRAU DE RISCO* – Assinale uma ou mais Categoria de Produto comercializado e os respectivos Graus de Risco, referente às Classes de Produto indicadas.

	Grau de Risco					Grau de Risco			
	I	II	III	IV		I	II	III	IV
099 – Acessórios	☐	☐	☐	☐	106 – Material ou artigo líquido	☐	☐	☐	☐
100 – Aparelhos	☐	☐	☐	☐	107 – Material ou artigo semissólido	☐	☐	☐	☐
102 – Equipamentos	☐	☐	☐	☐	108 – Material ou artigo sólido	☐	☐	☐	☐
103 – Instrumentos	☐	☐	☐	☐	109 – Mobiliários (específicos da saúde)	☐	☐	☐	☐
104 – Material ou artigo descartável	☐	☐	☐	☐	110 – Outros produtos para saúde	☐	☐	☐	☐
105 – Material ou artigo implantável	☐	☐	☐	☐	112 – Produto para diagnóstico de uso "in vitro"	☐	☐	☐	☐

IX. ASSINATURAS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICO – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

Declaramos cumprir à Legislação Vigente e assumimos, civil e criminalmente, inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas neste formulário e seu (s) anexos (s).

Local*

Data*

Assinatura do Responsável Legal*

Assinatura do Responsável Técnico

Ass. Resp. Técn. Subst. 01

Ass. Resp. Técn. Subst. 02

Ass. Resp. Técn. Subst. 03

Obs: o documento pode ser assinado digitalmente, com a utilização de certificados do tipo e-CNPJ ou e-CPF, emitidos por autoridades certificadoras reconhecidas pela Infraestrutura de Chaves-Públicas Brasileira – ICP/Brasil.