

FORMULÁRIO XIV.H – ATACADISTA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS FARMACÊUTICOS



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

Nota: Os campos identificados com asterisco (*) devem ser obrigatoriamente preenchidos.

I. SOLICITAÇÃO			
1. A solicitação envolve ampliação ou redução de atividade, classe ou categoria de produto? * – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui			
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
2. Se a resposta anterior for "Não", registrar o número do Protocolo VRE/REDESIM – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui			
<input type="text"/>			
3. Objeto da Solicitação *– Orientação de Preenchimento -Clique Aqui			
<input type="text"/>			
4. Código CNAE *– Orientação de Preenchimento -Clique Aqui			
<input type="text"/>			
5. N° CMVS – Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde: – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui		<input type="text"/>	
6. Tipo de Solicitação – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui			
<input type="text"/>			
6.1. Tipo de Alteração – Escolha uma das opções abaixo, caso tenha escolhido a opção de Alteração de Dados Cadastrais no item 4:			
<input type="text"/>			
II. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui			
7. Razão Social*:		<input type="text"/>	
8. Nome Fantasia:		<input type="text"/>	
9. Natureza Jurídica:		<input type="text"/>	
10. CPF / CNPJ:		<input type="text"/>	
III. LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui			
11. Logradouro*:		12. Número*:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
13. Complemento:		14. Bairro*:	15. Município: São Paulo/SP
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
16. CEP*:	17. Telefone do estabelecimento*:	18. e-mail do estabelecimento*:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
IV. CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui			
19. Esfera Administrativa:		20. Natureza da Organização:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
V. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAIS E TÉCNICOS – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui			
➤ Responsável Legal*			
21. Nome do responsável legal:			
<input type="text"/>			
CPF:		Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
➤ Responsável Técnico			CPF:
22. Nome do responsável técnico			<input type="text"/>
<input type="text"/>			
Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:	Sigla do Conselho Profissional:	UF:	N° Inscrição Conselho:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FORMULÁRIO XIV.H – ATACADISTA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS FARMACÊUTICOS



PREFEITURA DE
SÃO PAULO

> Responsável Técnico 1 22. Nome do responsável técnico <input type="text"/>		CPF: <input type="text"/>	
Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO: <input type="text"/>	Sigla do Conselho Profissional: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>	N° Inscrição Conselho: <input type="text"/>
> Responsável Técnico – Substituto 2 23. Nome do responsável técnico <input type="text"/>		CPF: <input type="text"/>	
Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO: <input type="text"/>	Sigla do Conselho Profissional: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>	N° Inscrição Conselho: <input type="text"/>
> Responsável Técnico – Substituto 3 - 25. Nome do responsável técnico: <input type="text"/>		CPF: <input type="text"/>	
Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO: <input type="text"/>	Sigla do Conselho Profissional: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>	N° Inscrição Conselho: <input type="text"/>
VI. AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DA EMPRESA (AFE) – Informe os dados da AFE, se houver: – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui			
a) Número da AFE: <input type="text"/>		b) Data da Publicação da AFE: <input type="text"/>	
VII. AUTORIZAÇÃO ESPECIAL (AE) – Informe os dados da AE, se houver: – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui			
a) Número da AE: <input type="text"/>		b) Data da Publicação da AE: <input type="text"/>	
VIII. ATIVIDADES PRÓPRIAS – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui			
a) <input type="checkbox"/> DISTRIBUIR <input type="checkbox"/> IMPORTAR <input type="checkbox"/> EXPORTAR <input type="checkbox"/> ARMAZENAR EM DEPÓSITO FECHADO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE PRÓPRIO			
b) <input type="checkbox"/> ARMAZENAR EM DEPÓSITO FECHADO c) <input type="checkbox"/> CONTROLE DE QUALIDADE PRÓPRIO			
IX. 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.			
CATEGORIAS DE PRODUTOS DA CLASSE 01 – MEDICAMENTOS			
<input type="checkbox"/> 001 – Anovulatórios	<input type="checkbox"/> 008 – Oncológicos/Citostáticos		
<input type="checkbox"/> 002 – Antibióticos	<input type="checkbox"/> 124 – Opoterápicos		
<input type="checkbox"/> 242 – Antroposóficos	<input type="checkbox"/> 014 – Produtos Oficiniais		
<input type="checkbox"/> 115 – Cefalosporínicos e Penicilínicos	<input type="checkbox"/> 146 – Solução Parenteral de Grande Volume – SPGV		
<input type="checkbox"/> 011 – Fitoterápicos	<input type="checkbox"/> 145 – Soros e Vacinas		
<input type="checkbox"/> 006 – Hemoderivados	<input type="checkbox"/> 004 – Demais Categorias		
<input type="checkbox"/> 012 – Homeopáticos	<input type="checkbox"/> 243 – Outros Produtos Estéreis		
<input type="checkbox"/> 007 – Hormônios	<input type="checkbox"/> 244 – Radiofármacos		
CATEGORIAS DE PRODUTOS DA CLASSE 02 – MEDICAMENTOS SUJEITOS AO CONTROLE ESPECIAL		<input type="checkbox"/> 003 – Controle Especial	
CATEGORIAS DE PRODUTOS DA CLASSE 20 – GASES MEDICINAIS		<input type="checkbox"/> 213 – Gases Medicinais	
X. 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).			
<input type="text"/> Local*	<input type="text"/> 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.