

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](#)

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 4:

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*:

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:

> Responsável Técnico

22. Nome do responsável técnico

CPF:

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:

Sigla do Conselho Profissional:

UF:

N° Inscrição Conselho:

FORMULÁRIO XIV.H – ATACADISTA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS FARMACÊUTICOS



PREFEITURA DE SÃO PAULO

➤ Responsável Técnico 1			
23. Nome do responsável técnico	CPF:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:	Sigla do Conselho Profissional:	UF:	Nº Inscrição Conselho:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
➤ Responsável Técnico – Substituto 2			
24. Nome do responsável técnico	CPF:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:	Sigla do Conselho Profissional:	UF:	Nº Inscrição Conselho:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
➤ Responsável Técnico – Substituto 3 - 25. Nome do responsável técnico:		CPF:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:	Sigla do Conselho Profissional:	UF:	Nº Inscrição Conselho:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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 ÁREA PRÓPRIA <input type="checkbox"/> TRANSPORTE PRÓPRIO			
b) <input type="checkbox"/> FRACIONAR INSUMO FARMACÊUTICO c) <input type="checkbox"/> ARMAZENAR EM DEPÓSITO FECHADO			
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"/> 011 – Fitoterápicos	
<input type="checkbox"/> 002 – Antibióticos	<input type="checkbox"/> 124 – Opoterápicos	<input type="checkbox"/> 012 – Homeopáticos	
<input type="checkbox"/> 242 – Antroposóficos	<input type="checkbox"/> 014 – Produtos Oficiais	<input type="checkbox"/> 007 – Hormônios	
<input type="checkbox"/> 115 – Cefalosporínicos e Penicilínicos	<input type="checkbox"/> 244 – Radiofármacos	<input type="checkbox"/> 006 – Hemoderivados	
<input type="checkbox"/> 243 – Outros Produtos Estéreis	<input type="checkbox"/> 145 – Soros e Vacinas	<input type="checkbox"/> 004 – Demais Categorias	
<input type="checkbox"/> 176 – Penicilínicos	<input type="checkbox"/> 146 – Solução Parenteral de Grande Volume – SPGV		
CATEGORIAS DE PRODUTOS DA CLASSE 02 – MEDICAMENTOS SUJEITOS AO CONTROLE ESPECIAL		<input type="checkbox"/> 003 – Controle Especial	
		<input type="checkbox"/> 005 – Entorpecentes	
		<input type="checkbox"/> 245 – Hormônios	
		<input type="checkbox"/> 009 – Psicotrópicos	
CATEGORIAS DE PRODUTOS DA CLASSE 03 – INSUMOS FARMACÊUTICOS		<input type="checkbox"/> 013 – Insumos farmacêuticos	
CATEGORIAS DE PRODUTOS DA CLASSE 15 – INSUMOS FARMACÊUTICOS SUJEITOS AO CONTROLE ESPECIAL		<input type="checkbox"/> 010 – Insumos farmacêuticos sujeitos ao 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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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.