

# FORMULÁRIO XIV.I – COMÉRCIO VAREJISTA DE MEDICAMENTOS



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

# FORMULÁRIO XIV.I – COMÉRCIO VAREJISTA DE MEDICAMENTOS



PREFEITURA DE  
SÃO PAULO

> 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. AUTORIZAÇÃO ESPECIAL (AE)** – Informe os dados da AE, se houver: – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

a) Número da AE:

b) Data da Publicação da AE:

**VIII. CLASSES** – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

Medicamento

Medicamento Sujeito ao Controle Especial

**IX. ATIVIDADES EXECUTADAS (CNAE 4771-7/01 e 4771-1/02)**

Administrar ou Aplicar Medicamentos

Aferir Parâmetros Fisiológicos (Pressão Arterial e Temperatura Corporal)

Comercializar por Meio Remoto

Dispensar Medicamentos

Dispensar Medicamentos Sujeitos ao Controle Especial

Dispensar Isotretinoína

Perfurar Lóbulo Auricular

Fracionar Medicamentos

Prestar Atenção Farmacêutica Domiciliar

Prestar Atenção Farmacêutica

**X. PARA A ATIVIDADE 4771-7/02 PREENCHER TAMBÉM:**

**MANIPULAR NÃO ESTÉREIS**

Antibiótico

Cefalosporínico

Citostático

Fitoterápicos

Homeopáticos

Substâncias de Baixo Índice Terapêutico - SBIT

Substâncias Sujeitas ao Controle Especial

Hormônio

Demais Categorias

**MANIPULAR ESTÉREIS – COM ESTERILIZAÇÃO TERMINAL**

Prod. Estéril Nutrição Parenteral

Prod. Estéril Quimioterápico

Hormônio

Outros Produtos Estéreis

**MANIPULAR ESTÉREIS – COM PROCESSAMENTO ASSÉPTICO (FILTRAÇÃO ESTERILIZANTE OU MANIPULAÇÃO ASSÉPTICA)**

Prod. Estéril Nutrição Parenteral

Prod. Estéril Quimioterápico

Hormônio

Outros Produtos Estéreis

**XI. FARMÁCIA HOMEOPÁTICA – CNAE 4771-7/03**

Manipular Medicamentos Homeopáticos

Ervanaria

Comercializar por Meio Remoto

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

Declaramos cumprir à Legislação Vigente e assumimos, 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.