

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

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* – Assinale uma das opções abaixo e registre, se for o caso, o nº CMVS correspondente: – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

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

5. Nº CMVS – Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde:

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

6. Tipo de Solicitação – Escolha uma das opções abaixo: – [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. 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:

Nº Inscrição Conselho:

➤ Responsável Técnico – Substituto 1

FORMULÁRIO XIV.I – COMÉRCIO VAREJISTA DE MEDICAMENTOS



PREFEITURA DE
SÃO PAULO

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.