

# FORMULÁRIO XIV.J – Testes e Análises Técnicas



PREFEITURA DE  
SÃO PAULO

## Utilizar esse formulário para as solicitações de:

- Licença de Funcionamento Inicial, apenas para a CNAE 7120-1/00 - Testes e Análises Técnicas
- Ampliação e Redução de Atividades

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		
1. A solicitação envolve a alteração do tipo de análise ou produto analisado? * – <a href="#">Orientação de Preenchimento -Clique Aqui</a>		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
2. Se a resposta anterior for "Não", registrar o número do Protocolo VRE/REDESIM – <a href="#">Orientação de Preenchimento -Clique Aqui</a>		
<input type="text"/>		
3. Objeto da Solicitação* – <a href="#">Orientação de Preenchimento -Clique Aqui</a>		
<input type="text"/>		
4. Código CNAE* – <a href="#">Orientação de Preenchimento -Clique Aqui</a>		
<input type="text"/>		
5. N° CMVS – Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde: – <a href="#">Orientação de Preenchimento -Clique Aqui</a>	<input type="text"/>	
6. Tipo de Solicitação – <a href="#">Orientação de Preenchimento -Clique Aqui</a>		
<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 6:		
<input type="text"/>		
II. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO – <a href="#">Orientação de Preenchimento -Clique Aqui</a>		
7. Razão Social*:	<input type="text"/>	
8. Nome Fantasia:	<input type="text"/>	
9. Natureza Jurídica:	<input type="text"/>	
10. CNPJ*:	<input type="text"/>	
III. LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO – <a href="#">Orientação de Preenchimento -Clique Aqui</a>		
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"/>
*os dados fornecidos devem possibilitar o contato direto com o responsável legal e/ou técnico do estabelecimento		
IV. CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO – <a href="#">Orientação de Preenchimento -Clique Aqui</a>		
19. Esfera Administrativa:	20. Natureza da Organização:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
V. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAIS E TÉCNICOS – <a href="#">Orientação de Preenchimento -Clique Aqui</a>		
➤ 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"/>	

# FORMULÁRIO XIV.J – Testes e Análises Técnicas



PREFEITURA DE  
SÃO PAULO

<b>&gt; Responsável Técnico</b> 22. 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"/>
<b>&gt; Responsável Técnico – Substituto 1</b> 22. 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"/>
<b>&gt; Responsável Técnico – Substituto 2</b> 22. 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"/>
<b>VI. TIPOS DE ANÁLISE – <a href="#">Orientação de Preenchimento -Clique Aqui</a></b>			
<input type="checkbox"/> Físico-Química	<input type="checkbox"/> Microbiológicas		
<b>VII. TIPOS DE PRODUTOS ANALISADOS*</b>			
<input type="checkbox"/> Água Potável	<input type="checkbox"/> Água Purificada		
<input type="checkbox"/> Alimentos	<input type="checkbox"/> Cosméticos		
<input type="checkbox"/> Insumos Farmacêuticos	<input type="checkbox"/> Medicamentos		
<input type="checkbox"/> Produtos de higiene pessoal	<input type="checkbox"/> Produtos para saúde		
<input type="checkbox"/> Saneantes			
<b>VIII. ASSINATURAS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICO – <a href="#">Orientação de Preenchimento -Clique Aqui</a></b>			
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"/>	Assinatura do Responsável Legal*	Assinatura do Responsável Técnico
Local*	Data*		
Ass. Resp. Técn. Subst. 01	Ass. Resp. Técn. Subst. 02		

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.