

FORMULÁRIO XIV.K – DEMAIS FORMULÁRIOS



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 – 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. 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*:	
*os dados fornecidos devem possibilitar o contato direto com o responsável legal e/ou técnico 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:		

FORMULÁRIO XIV.K – DEMAIS FORMULÁRIOS



PREFEITURA DE
SÃO PAULO

V. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAIS E TÉCNICOS - Continuação

➤ Responsável Técnico

23. Nome do responsável técnico:

CPF:

Sigla do Conselho Profissional:

UF:

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO:

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:

➤ Responsável Técnico - Substituto 1

23. Nome do responsável técnico:

CPF:

Sigla do Conselho Profissional:

UF:

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO:

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:

➤ Responsável Técnico - Substituto 2

24. Nome do Responsável técnico:

CPF:

Sigla do Conselho Profissional:

UF:

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO:

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:

➤ Responsável Técnico - Substituto 3

25. Nome do Responsável técnico:

CPF:

Sigla do Conselho Profissional:

UF:

Nº INSCRIÇÃO CONSELHO:

Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:

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:

c) Número da AFE:

d) Data da Publicação da AFE:

e) Número da AFE:

f) Data da Publicação da AFE:

g) Número da AFE:

h) Data da Publicação da AFE:

VII. ATIVIDADES E CLASSES. – [Orientação de Preenchimento -Clique Aqui](#)

GRUPO I - Medicamentos

Classe	Atividades		
☐ Gases Medicinais	☐ Armazenar em área própria	☐ Armazenar em Depósito Fechado	☐ Controle de Qualidade Próprio
☐ Insumo Farmacêutico	☐ Distribuir	☐ Exportar	☐ Fabricar
☐ Insumo Farmacêutico Sujeito ao Controle Especial	☐ Importar para uso próprio	☐ Transportar	☐ Transporte Próprio
☐ Medicamento			
☐ Medicamento Sujeito ao Controle Especial			
☐ Precursor			

FORMULÁRIO XIV.K – DEMAIS FORMULÁRIOS



PREFEITURA DE
SÃO PAULO

VII. ATIVIDADES E CLASSES - Continuação			
GRUPO II - Cosmético			
Classe	Atividades		
☐ Cosmético ☐ Perfume ☐ Produto de Higiene	☐ Armazenar em área própria	☐ Fracionamento e Embalagem	☐ Transportar
GRUPO III - Alimentos			
Classe	Atividades		
☐ Aditivo para Alimento e Coadjuvante ☐ Alimento ☐ Embalagens para alimentos ☐ Verniz Sanitário	☐ Armazenar em área própria ☐ Distribuir ☐ Importar para uso próprio ☐ Importar	☐ Armazenar em Depósito Fechado ☐ Exportar ☐ Transportar ☐ Transporte Próprio	☐ Adequar rotulagem ☐ Controle de Qualidade Próprio ☐ Fabricar
GRUPO IV – Produtos para Saúde			
Classe	Atividades		
☐ Produtos para Saúde	☐ Armazenar em área própria	☐ Transportar	
GRUPO V – Saneante Domissanitário			
Classe	Atividades		
☐ Saneante Domissanitário	☐ Armazenar em área própria	☐ Transportar	
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).			
 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.