

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	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2. Se a resposta anterior for "Não", registrar o número do Protocolo VRE/REDESIM – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui	
<input type="text"/>	
3. Objeto da Solicitação* – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui	
<input type="text"/>	
4. Código CNAE* – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui	
<input type="text"/>	
5. N° CMVS – Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde: – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui	<input type="text"/>
6. Tipo de Solicitação – Escolha uma das opções abaixo: – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui	
<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 – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui	
7. Razão Social*:	<input type="text"/>
8. Nome Fantasia:	<input type="text"/>
9. Natureza Jurídica:	<input type="text"/>
10. CPF / CNPJ*:	<input type="text"/>
III. LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui	
11. Logradouro*:	<input type="text"/>
12. Número*:	<input type="text"/>
13. Complemento:	<input type="text"/>
14. Bairro*:	<input type="text"/>
15. Município: São Paulo/SP	
16. CEP*:	<input type="text"/>
17. Telefone do estabelecimento*:	<input type="text"/>
18. e-mail do estabelecimento*:	<input type="text"/>
*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:	<input type="text"/>
20. Natureza da Organização:	<input type="text"/>
V. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAIS E TÉCNICOS – Orientação de Preenchimento -Clique Aqui	
> Responsável Legal*	
21. Nome do responsável legal:	
<input type="text"/>	
CPF:	<input type="text"/>
Código e Descrição da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:	<input type="text"/>

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:	<input type="text"/>	b) Data da Publicação da AFE:	<input type="text"/>
c) Número da AFE:	<input type="text"/>	d) Data da Publicação da AFE:	<input type="text"/>
e) Número da AFE:	<input type="text"/>	f) Data da Publicação da AFE:	<input type="text"/>
g) Número da AFE:	<input type="text"/>	h) Data da Publicação da AFE:	<input type="text"/>

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

GRUPO I - Medicamentos

Classe	Atividades		
<input type="checkbox"/> Gases Medicinais	<input type="checkbox"/> Armazenar em área própria	<input type="checkbox"/> Armazenar em Depósito Fechado	<input type="checkbox"/> Controle de Qualidade Próprio
<input type="checkbox"/> Insumo Farmacêutico	<input type="checkbox"/> Distribuir	<input type="checkbox"/> Exportar	<input type="checkbox"/> Fabricar
<input type="checkbox"/> Insumo Farmacêutico Sujeito ao Controle Especial	<input type="checkbox"/> Importar para uso próprio	<input type="checkbox"/> Transportar	<input type="checkbox"/> Transporte Próprio
<input type="checkbox"/> Medicamento			
<input type="checkbox"/> Medicamento Sujeito ao Controle Especial			
<input type="checkbox"/> Precursor			

FORMULÁRIO XIV.K – DEMAIS FORMULÁRIOS



PREFEITURA DE
SÃO PAULO

VII. ATIVIDADES E CLASSES - Continuação

GRUPO II - Cosmético

Classe	Atividades		
<input type="checkbox"/> Cosmético <input type="checkbox"/> Perfume <input type="checkbox"/> Produto de Higiene	<input type="checkbox"/> Armazenar em área própria	<input type="checkbox"/> Fracionamento e Embalagem	<input type="checkbox"/> Transportar

GRUPO III - Alimentos

Classe	Atividades		
<input type="checkbox"/> Aditivo para Alimento e Coadjuvante <input type="checkbox"/> Alimento <input type="checkbox"/> Embalagens para alimentos <input type="checkbox"/> Verniz Sanitário	<input type="checkbox"/> Armazenar em área própria <input type="checkbox"/> Distribuir <input type="checkbox"/> Importar para uso próprio <input type="checkbox"/> Importar	<input type="checkbox"/> Armazenar em Depósito Fechado <input type="checkbox"/> Exportar <input type="checkbox"/> Transportar <input type="checkbox"/> Transporte Próprio	<input type="checkbox"/> Adequar rotulagem <input type="checkbox"/> Controle de Qualidade Próprio <input type="checkbox"/> Fabricar

GRUPO IV – Produtos para Saúde

Classe	Atividades	
<input type="checkbox"/> Produtos para Saúde	<input type="checkbox"/> Armazenar em área própria	<input type="checkbox"/> Transportar

GRUPO V – Saneante Domissanitário

Classe	Atividades	
<input type="checkbox"/> Saneante Domissanitário	<input type="checkbox"/> Armazenar em área própria	<input type="checkbox"/> 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).

<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.