

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

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

GRUPO III - Alimentos

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

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).

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.