Prefeitura Municipal de Itanhaém

Protocolo Seção

PROCESSO Nº.: 2170/2026

INTERESSADO: FARMA CONDE S/A

DATA	DOCUMENTO	LOCAL/SUBLOCAL
17/04/2026 15:07	93033	SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO/SEÇÃO DE PROTOCOLO

GRUPO/ASSUNTO

SECRETARIA DE SAÚDE/Renovação de Licença Sanitária

SOLICITAÇÃO / COMPLEMENTO

SITO A ESTRADA GENTIL PEREZ, 2205 - UMUARAMA

REQUERENTE	CNPJ / CPF	CELULAR
FARMA CONDE S/A	71.605.265/0447-03	(12) 99724-7194

R.G.	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	E-MAIL	TELEFONE	FAX
		CONTROLE@FARMACONDE.COM.B	(12) 3932-4721	

ENDEREÇO DO REQUERENTE

Estrada GENTIL PERES, 2205, - JD. UMUARAMA, 11740-000, Itanhaém-SP, Brasil

CEP

11740-000

505

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO III – PORTARIA CVS 1/2024

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS
PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº PROTOCOLO
2. DATA PROTOCOLO
3. Nº PROCESSO DE ORIGEM

II – SOLICITAÇÃO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO
   - (⊙) ESTABELECIMENTO
   - ( ) EQUIPAMENTO
   - ( ) ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO

5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA — CÓDIGO DA ATIVIDADE: 4771-7/01
   DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos, Sem Manipulação de Fórmulas

6. ATRIBUTO DA ATIVIDADE ECONÔMICA - Assinale uma das alternativas abaixo e informe o solicitado:
   - ALBERGANTE — Cód. Albergante:
   - ALBERGADO PRÓPRIO — Cód. Albergado CEVS Próprio:
   - ALBERGADO TERCEIRIZADO — Cód. Albergado CEVS Próprio: — CNPJ Albergante: 71.605.265/0447-03

7. Nº CEVS: 352210901 477 000164 1 1

8. TIPO DE SOLICITAÇÃO – Assinale uma das opções abaixo:
   - ( ) LICENÇA SANITÁRIA INICIAL
   - ( ) CANCELAMENTO DE LICENÇA SANITÁRIA
   - (⊙) RENOVAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA
   - ( ) ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale no item 8, as alterações correspondentes à esta solicitação.

9. TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale uma das opções abaixo:
   - a. ENDEREÇO
   - b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
   - c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
   - d. RESPONSABILIDADE LEGAL
   - e. RAZÃO SOCIAL
   - f.1. FUSÃO ou — f.2. INCORPORAÇÃO ou — f.3. CISÃO ou — f.4. SUCESSÃO
     REGISTRE O NOVO CNPJ:
   - g. Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO
   - h. Nº DE LEITOS
   - i. AMPLIAÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO
   - j. REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO

III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

10. NATUREZA JURÍDICA – Assinale uma das opções: (⊙) PESSOA JURÍDICA ( ) PESSOA FÍSICA
11. CNPJ / CPF: 71.605.265/0447-03
12. RAZÃO SOCIAL / NOME: FARMA CONDE S/A
13. NOME FANTASIA:

LICENÇA SANITÁRIA
RENOVAÇÃO
DATA 07/04/26
ITANHAÉM

505

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO III.3 – PORTARIA CVS 1/2024

ATIVIDADE RELACIONADA A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

I – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS
PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº PROTOCOLO
2. DATA PROTOCOLO
3. Nº PROCESSO DE ORIGEM

II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. Nº CEVS 352210901 477 000164 1 1
5. CNPJ 71 605 265 0447 03
6. RAZÃO SOCIAL / NOME FARMA CONDE S/A
7. NOME FANTASIA

III – CARACTERIZAÇÃO DA ATIVIDADE

8. **CNAE** – De acordo com o CNAE declarado no formulário SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anexo III), que acompanha o presente formulário, assinale uma das alternativas abaixo e siga as respectivas instruções para complementação da informação:

- ☐ **DISPENSAÇÃO E ARMAZENAMENTO PÚBLICO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAÚDE**
  - Somente CNAE **8412-4/00** (Anexo I, Agrupamento 91, Grupo IV) - Preencher somente o Bloco III.1.
- ☐ **FABRIL**
  - Todos CNAE do Subgrupo A (Anexo I, Grupo I) - Preencher somente o Bloco III.2.
- ☐ **DISTRIBUIDORA / IMPORTADORA**
  - Todos CNAE do Subgrupo B (Anexo I, Grupo I) - Preencher somente o Bloco III.3.
- ☑ **COMÉRCIO VAREJISTA**
  - Todos CNAE dos Agrupamentos 21 e 28 (Anexo I, Subgrupo C, Grupo I) - Preencher somente o Bloco III.4.
- ☐ **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COM PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE**
  - Somente para os CNAE **8292-0/00** (Agr. 30), **5211-7/01** e **5211-7/99** (Agr. 40), **8129-0/00** (Agr. 60) – (Anexo I, Subgrupo D, Grupo I)
  - Preencher somente o Bloco III.5.

9. **AFE** – Informe os dados da Autorização de Funcionamento da Empresa, se houver:
   Nº:
   DATA:
   ATIVIDADES AUTORIZADAS - Registre códigos correspondentes: (Consultar Quadro 13)

10. **AE** – Informe os dados da Autorização Especial, se houver: **Nº:** - **DATA:**
    ATIVIDADES AUTORIZADAS - Registre respectivos códigos: (Consultar Quadro 13)

VISTO DO RESPONSAVEL LEGAL

IMPRIMIR SOMENTE AS FOLHAS PREENCHIDAS DESTE SUBANEXO III.3 E JUNTAR AO ANEXO III TAMBEM PREENCHIDO E ASSINADO