



Município de Santa Bárbara d'Oeste

DECLARAÇÃO

Ref: Requisição de Documentos KL28/2022 - Item 101

A Secretaria Municipal de Saúde do Município de Santa Bárbara d'Oeste/SP, através de sua Secretária Municipal de Saúde, LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA, vem, pelo presente, DECLARAR para fins de informações ao E. Tribunal de Contas, TC 7314.989.20, lista de equipamentos com licença da vigilância em anexo:

Por ser expressão, da verdade firmo o presente.

Santa Bárbara d'Oeste, 08 de agosto de 2022.

Lucimeire Cristina Coelho Rocha
Secretária Municipal de Saúde

Rodrigo Ito e Silva
Secretário Adjunto - Saúde
Santa Bárbara d'Oeste

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Fernando de Noronha, 707 - Vila Grego
Santa Bárbara d'Oeste / SP | CEP 13451-155
+55 (19) 3464.9400

gabinete.saude@santabarbara.sp.gov.br | www.santabarbara.sp.gov.br





Município de Santa Bárbara d'Oeste

TEM	SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	LICENÇA VISA Ambulatório	VALIDADE
1	AMDIC - Ambulatório Médico de Doenças Infecto-Contagiosas Rua Teresina, 553 - Planalto do Sol	Sim	26/04/2022
2	Amoxarifado - imóvel alugado Rua Henrique Wiesel, 735 - Cidade Industrial		Isento
3	CAPS AD - Núcleo Álcool e Drogas Rua José Fernando Mollon, 245 -Jd. Fernando Mollon	Sim	25/05/2022
4	CAPS i - Núcleo Infante Juvenil Avenida de Cillo, 1015 - Jardim Boa Vista	Sim	28/05/2022
5	CAPS II - Núcleo de Saúde Mental - imóvel alugado Rua Floriano Peixoto, 5 - Centro	Não	
6	Cento de Especialidades Médicas Dr. Domingos Finamore Rua Graça Martins, 45 - Centro	Sim	07/03/2023
7	Centro de Especialid. Odontológicas Dr. Afranio Pereira Cheida Rua Antonio Frederico Ozanan, 45 - Vila Maria	Sim	25/05/2022
8	Centro de Exames e Diagnósticos Dr. Rubens Erhardt Brito Largo Bicentenário, 50 - Centro	Sim	28/05/2022
9	Centro de Referência em Saúde da Mulher - imóvel alugado Rua Quinze de Novembro, 1157 - Centro	Não	
10	Clínica de Fisioterapia Municipal Rua do Trigo, 1005 - Jardim Pérola	Sim	26/04/2023
11	Farmácia Municipal Largo Bicentenário, 50 - Centro	Sim	07/03/2023

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Fernando de Noronha, 707 - Vila Grego
Santa Bárbara d'Oeste / SP | CEP 13451-155

+55 (19) 3464.9400

gabinete.saude@santabarbara.sp.gov.br | www.santabarbara.sp.gov.br





Município de Santa Bárbara d'Oeste

12	NES - Núcleo de Educação em Saúde Rua Graça Martins, 436 - Centro		Isento
13	Posto de Coleta de Exames da Zona Sul Rua das Bem-Aventuranças, 255 - Jardim Vista Alegre	Não	
14	Pronto Socorro Municipal Dr. Afonso Ramos Rua do Trigo, 1005 - Jardim Pérola	Sim	28/05/2022
15	Pronto Socorro Municipal Dr. Edison Daniel dos Santos Mano Rua Alice Aranha de Oliveira, 45 - Vila Maria	Sim	05/11/2020
16	Secretaria Municipal de Saúde Rua Inácio Antonio, 453 - Centro		Isento
17	Transporte Sanitário Av. da Agricultura, 3500 - Loteamento Industrial		Isento
18	Unidade Básica de Saúde Anália Salvador Dal Bello Rua do Centeio, 38 - Jardim São Fernando	Sim	07/03/2023
19	Unidade Básica de Saúde Dr. Carlos Peres Rua 23 de Maio, 196 - Conj. Habit. 31 de Março	Sim	07/03/2023
20	Unidade Básica de Saúde Dr. Célio Faria Rua Profeta Jeremias, 140 - Jardim Laudissi	Sim	07/03/2023
21	Unidade Básica de Saúde Dr. Felício Fernandes Nogueira Rua do Cobre, 850 - Vila Mollon	Sim	12/05/2022
22	Unidade Básica de Saúde Dr. Hélio Furlan Rua Salvador, 466 - Cidade Nova	Sim	14/06/2022
23	Unidade Básica de Saúde Dr. Jeber Juabre Avenida Sábato Ronsini, 203 - Vila Borges	Sim	04/11/2022
24	Unidade Básica de Saúde Dr. Joel Joel Lincoln May Keese Rua José Calixto, 100 - Jd. Santa Rita de Cássia	Sim	10/06/2022
25	Unidade Básica de Saúde Dr. José Togeiro de Andrade Rua Cariris, 400 - Jardim São Francisco II	Sim	21/05/2022
26	Unidade Básica de Saúde Dr. José Wenceslau Júnior	Sim	21/05/2022

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Fernando de Noronha, 707 - Vila Grego
Santa Bárbara d'Oeste / SP | CEP 13451-155

+55 (19) 3464.9400

gabinete.saude@santabarbara.sp.gov.br | www.santabarbara.sp.gov.br





Município de Santa Bárbara d'Oeste

	Rua Ribeirão Preto, 110 - Jardim Esmeralda		
27	Unidade Básica de Saúde Dr. Paulo Pereira Fonseca Rua Cel. Hélio Caldas, 57 - Chác. de Recreio Cruzeiro do Sul	Sim	07/03/2023
28	Unidade Básica de Saúde Dr. Sérgio Moricazo Miyazato Rua Letônia, 150 - Jardim Europa IV	Sim	12/05/2022
29	Unidade Básica de Saúde Dr. Simão Gandelman Rua Portugal, 522 - Jardim Europa	Não	
30	Unidade Básica de Saúde Dra. Nair Nobuyasu Guimarães Rua Mombuca, 385 - Planalto do Sol II	Sim	07/03/2023
31	Unidade Básica de Saúde Elias David Fernandes Rua Arthur Amaral, 30 - Jardim Miguel Cláudio Grego	Não	10/03/2022
32	Unidade Básica de Saúde Elizeu Vilha Rua Teresina, 553 - Planalto do Sol	Sim	07/03/2023
33	Unidade Básica de Saúde Gabriel Rubens Pimentel Avenida de Cillo, 1015 - Jardim Boa Vista	Sim	07/03/2023
34	Unidade Básica de Saúde Rubens Ribeiro / SAD Rua Maria Tereza G. Ribeiro, 900 - Jardim Dona Regina	Sim (UBS) Sim (SAD)	UBS 07/03/2023 SAD 09/08/2022
35	Vigilância em Zoonoses Estrada da Cachoeira, 1220 - Residencial São Joaquim		Isento

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Fernando de Noronha, 707 - Vila Grego
Santa Bárbara d'Oeste / SP | CEP 13451-155

+55 (19) 3464.9400

gabinete.saude@santabarbara.sp.gov.br | www.santabarbara.sp.gov.br





Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000422-1-8**

DATA DE VALIDADE: **06/04/2022**

Nº PROCESSO: **10792/11**

Nº PROTOCOLO: **7208/22**

DATA DO PROTOCOLO: **16/03/2022**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **110 CLÍNICA / UNIDADE AMBULATÓRIO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICIPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **AMDIC - AMBULATÓRIO MÉDICO DE DOENÇAS INFECTO CONTAGIOSAS**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **TERESINA**

NÚMERO: **553**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **PLANALTO DO SOL**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13450-395**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **LUCY PEREIRA**

CPF: **08993804842**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **53056**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

06/04/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1657914601275



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-872-000005-1-5**

DATA DE VALIDADE: **21/05/2021**

Nº PROCESSO: **10672/16**

Nº PROTOCOLO: **10264/2021**

DATA DO PROTOCOLO: **26/05/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8720-4/01 ATIVIDADES DE CENTROS DE ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **137 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS I/III/III**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **CAPSI - NÚCLEO INFANTOJUVENIL**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **AVENIDA DE CILLOS**

NÚMERO: **1015**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **JARDIM BOA VISTA**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13450-041**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **CATULO CESAR PESTANA DE BARROS MAGALHAES**

CPF: **43946860834**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **20502**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.

ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

26/05/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1657914163170



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-872-000006-1-2**

DATA DE VALIDADE: **25/05/2021**

Nº PROCESSO: **10670/16**

Nº PROTOCOLO: **11714/21**

DATA DO PROTOCOLO: **24/05/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8720-4/01 ATIVIDADES DE CENTROS DE ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **137 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS I/II/III**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS - AD -
ALCOOL E DROGAS**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua JOSÉ FERNANDO MOLLON**

NÚMERO: **245**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **FERNANDO MOLLON**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13456-601**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **DENISE SALES**

CPF: **19178536880**

CONSELHO REGIONAL: **CRP**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **84287**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL (IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.

ASSUME AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

25/05/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: **1657914356545**



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000879-1-2**

DATA DE VALIDADE: **28/05/2021**

Nº PROCESSO: **11466/21**

Nº PROTOCOLO: **11466/21**

DATA DO PROTOCOLO: **20/05/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **106 CONSULTÓRIO ISOLADO**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICIPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **CENTRO DE EXAMES E DIAGNÓSTICOS DR. RUBENS ERHARDT BRITO**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Largo LARGO BICENTENÁRIO**

NÚMERO: **50**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **centro**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13450-046**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **TIAGO LINS DE CARVALHO**

CPF: **07480435606**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **144805**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

28/05/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: 1657917093445



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-477-000103-1-6**

DATA DE VALIDADE: **14/06/2022**

Nº PROCESSO: **25344/08**

Nº PROTOCOLO: **13148/21**

DATA DO PROTOCOLO: **09/06/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8610-1/02 ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **031 DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICIPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS DO PRONTO SOCORRO DR. AFONSO RAMOS**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **RUA DO TRIGO**

NÚMERO: **1005**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **ESMERALDA**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13450-187**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **ANA PALMIRA DE OLIVEIRA SIGRIST**

CPF: **11518627897**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **15.786**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **ANA PAULA DE OLIVEIRA THOMAZELLI**

CPF: **28217442851**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **62125**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **RAQUEL MANTOVANI VESSIO**

CPF: **22305402899**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **39.858**

UF: **SP**

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-477-000103-1-6**

DATA DE VALIDADE: **14/06/2022**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

LOCAL

14/06/2021

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1657915258163

A autenticidade deste documento deverá ser confirmada na página do Sistema de Informação em Vigilância Sanitária, no endereço: <https://sivisa.saude.sp.gov.br/sivisa/cidadao/>

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: TIAGO FERNANDO DE CARVALHO SOUTELLO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse <http://e-processo.tce.sp.gov.br> - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-2X61-M97B-78X7-DIZE



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000833-1-3**

DATA DE VALIDADE: **07/03/2022**

Nº PROCESSO: **20450/19**

Nº PROTOCOLO: **4684/22**

DATA DO PROTOCOLO: **22/02/2022**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **031 DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICIPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. CARLOS PERES - DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua VINTE E TRÊS DE MAIO**

NÚMERO: **196**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **CONJUNTO HABITACIONAL 31 DE MARÇO**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13453-153**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **ELAINE APARECIDA TOMAZ COSTA**

CPF: **11557322864**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **20848**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

07/03/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: 1657920991983



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000823-1-7**

DATA DE VALIDADE: **08/03/2022**

Nº PROCESSO: **20448/19**

Nº PROTOCOLO: **38070/21**

DATA DO PROTOCOLO: **22/12/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **031 DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR PAULO PEREIRA FONSECA - DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua CORONEL HÉLIO CALDAS**

NÚMERO: **57**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **Chácara Recreio Cruzeiro do Sul**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13459-392**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **EDIVÂNIA DE CÁSSIA LEGNARE BOSQUIERO**

CPF: **10992293839**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **14591**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

08/03/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: 1657917839967



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000831-1-9**

DATA DE VALIDADE: **04/11/2021**

Nº PROCESSO: **27249/17**

Nº PROTOCOLO: **27530/21**

DATA DO PROTOCOLO: **22/09/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **031 DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BÁSICA DE SAUDE DR. JEGER JUABRE -
DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS - CENTRO DE
SAUDE II**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua AV SÁBATO RONSINI**

NÚMERO: **203**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **VILA BORGES**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13454-006**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **FABIANA NAOMI HAYASHIDA AOKI**

CPF: **28351440809**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **55808**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE
CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO
SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS
REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS
EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.
ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS
ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS
LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA
PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

04/11/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: **1657916988687**



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000824-1-4**

DATA DE VALIDADE: **06/04/2022**

Nº PROCESSO: **20452/19**

Nº PROTOCOLO: **7216/22**

DATA DO PROTOCOLO: **16/03/2022**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **031 DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE DR. JOSE WENCESLAU JUNIOR - DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS - JD ESMERALDA**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua RIBEIRÃO PRETO**

NÚMERO: **110**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **Jardim Esmeralda**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13454-027**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **FABIANA NAOMI HAYASHIDA AOKI**

CPF: **28351440809**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **55808**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

06/04/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: **1657918128171**



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000832-1-6**

DATA DE VALIDADE: **07/03/2022**

Nº PROCESSO: **35255/19**

Nº PROTOCOLO: **4685/22**

DATA DO PROTOCOLO: **22/02/2022**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **031 DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE ELIAS DAVID FERNANDES
- DISP. DE MEDICAMENTOS - JD. MIGUEL CLAUDIO
GREGO**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua ARTHUR AMARAL**

NÚMERO: **30**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **Jardim Miguel Claudio Grego**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13451-153**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **LUCY DE CAMARGO FREITAS NERY**

CPF: **26597113802**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **26930**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE
CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO
SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS
REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS
EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTA DOCUMENTO.
ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS
ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS
LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA
PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

07/03/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: **1657921158601**



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-861-000024-1-0**

DATA DE VALIDADE: **02/06/2022**

Nº PROCESSO: **27252/17**

Nº PROTOCOLO: **3983/21**

DATA DO PROTOCOLO: **16/02/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8610-1/02 ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **031 DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DR. EDISON DANIEL DOS SANTOS MANO - DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **RUA ALICE ARANHA DE OLIVEIRA**

NÚMERO: **45**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **VILA MARIA**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13450-270**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **MÁRCIA CRISTINA BARBOZA**

CPF: **19704803869**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **37261**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **KARLA FERNANDES BASSO**

CPF: **22832865810**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **77516**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **MARIANE CARMINATTI MARQUIZETTI**

CPF: **44694026801**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **93768**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **SILMARA DA SILVA TOMAZINI**

CPF: **09244982854**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **50664**

UF: **SP**

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-861-000024-1-0**

DATA DE VALIDADE: **02/06/2022**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

LOCAL

02/06/2021

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1657915355414

A autenticidade deste documento deverá ser confirmada na página do Sistema de Informação em Vigilância Sanitária, no endereço: <https://sivisa.saude.sp.gov.br/sivisa/cidadao/>

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: TIAGO FERNANDO DE CARVALHO SOUTELLO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse <http://e-processo.tce.sp.gov.br> - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-2X61-M97B-78X7-DIZE



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000827-1-6**

DATA DE VALIDADE: **07/03/2022**

Nº PROCESSO: **27254/17**

Nº PROTOCOLO: **4674/22**

DATA DO PROTOCOLO: **22/02/2022**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **031 DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. CÉLIO FARIA - JARDIM LAUDISSI - DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua PROFETA JEREMIAS**

NÚMERO: **140**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **Jardim Laudissi**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13458-082**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **LUCY DE CAMARGO FREITAS NERY**

CPF: **26597113802**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **26930**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

07/03/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: 1657919347368



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000828-1-3**

DATA DE VALIDADE: **21/05/2021**

Nº PROCESSO: **27255/17**

Nº PROTOCOLO: **11351/21**

DATA DO PROTOCOLO: **18/05/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **031 DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE DR. JOSÉ TOGEIRO DE ANDRADE - DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS - JD SAO FRANCISCO**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **CARIRIS**

NÚMERO: **400**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **JARDIM SÃO FRANCISCO II**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13457-047**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **MARIA CLAUDIA PASCON**

CPF: **28189499807**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **32.847**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

21/05/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: **1657920393892**



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000821-1-2**

DATA DE VALIDADE: **06/04/2022**

Nº PROCESSO: **33286/08**

Nº PROTOCOLO: **7207/22**

DATA DO PROTOCOLO: **16/03/2022**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **031 DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE DR. HELIO FURLAN - DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS - CIDADE NOVA**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **RUA SALVADOR**

NÚMERO: **466**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **CIDADE NOVA**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13454-355**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **ELAINE APARECIDA TOMAZ COSTA**

CPF: **11557322864**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **20848**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

06/04/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: 1657917352727



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000822-1-0**

DATA DE VALIDADE: **28/06/2021**

Nº PROCESSO: **20449/19**

Nº PROTOCOLO: **543/21**

DATA DO PROTOCOLO: **11/01/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **031 DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE DR. JOEL LINCOLN MAY
KEESE -DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **JOSE CALIXTO**

NÚMERO: **100**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **JARDIM SANTA RITA DE CASSIA**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13457-085**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **ALANA DOS SANTOS PINTO**

CPF: **77860659204**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **61518**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTE DOCUMENTO. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

28/06/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1657920064039



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-865-000150-1-6**

DATA DE VALIDADE: **26/04/2022**

Nº PROCESSO: **28018/18**

Nº PROTOCOLO: **730/22**

DATA DO PROTOCOLO: **12/01/2022**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8650-0/04 ATIVIDADES DE FISIOTERAPIA**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **187 CENTRO / NÚCLEO DE REABILITAÇÃO FÍSICA**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICIPIO DE SANTA BÂRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **ATIVIDADES DE FISIOTERAPIA**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua DO TRIGO**

NÚMERO: **1005**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **JARDIM PÉROLA**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13454-029**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **SILVIA OLIVIERI MONTEIRO GOMES**

CPF: **37073301848**

CONSELHO REGIONAL: **CREFITO**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **149350-f**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.

ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

26/04/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: **1657915232548**



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-841-000002-1-3**

DATA DE VALIDADE: **07/03/2022**

Nº PROCESSO: **1012/02**

Nº PROTOCOLO: **731/22**

DATA DO PROTOCOLO: **12/01/2022**

SUBGRUPO: **PROMOÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8412-4/00 REGULAÇÃO DAS ATIVIDADES DE SAÚDE, EDUCAÇÃO, SERVIÇOS CULTURAIS E OUTROS SERVIÇOS SOCIAIS**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DISPENSAÇÃO, ARMAZENAMENTO PÚBLICO MEDICAMENTOS E PRODUTOS, DISPENSAÇÃO PAF/SUS

DETALHE:

RAZÃO SOCIAL: **MUNICIPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **FARMACIA MUNICIPAL**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **LARGO BICENTENÁRIO**

NÚMERO: **50**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **Centro**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13450-046**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **PATRÍCIA ZINSLY POLI MOLLON**

CPF: **27328324805**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **27013**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **ALANA DOS SANTOS PINTO**

CPF: **77860659204**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **61518**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **THAIS MARIA AMARAL TRUITE**

CPF: **27072732870**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **29587**

UF: **SP**

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-841-000002-1-3**

DATA DE VALIDADE: **07/03/2023**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

LOCAL

07/03/2022

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1657915243519

A autenticidade deste documento deverá ser confirmada na página do Sistema de Informação em Vigilância Sanitária, no endereço: <https://sivisa.saude.sp.gov.br/sivisa/cidadao/>

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: TIAGO FERNANDO DE CARVALHO SOUTELLO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse <http://e-processo.tce.sp.gov.br> - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-2X61-M97B-78X7-DIZE



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000826-1-9**

DATA DE VALIDADE: **06/04/2022**

Nº PROCESSO: **29501/17**

Nº PROTOCOLO: **7212/22**

DATA DO PROTOCOLO: **16/03/2022**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **031 DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE DRª NAIR S. N. GUIMARAES - PLANALTO DO SOL II - DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua MOMBUCA**

NÚMERO: **385**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **PLANALTO DO SOL II**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13453-721**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **EDIVÂNIA DE CÁSSIA LEGNARE BOSQUIERO**

CPF: **10992293839**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **14591**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTA DOCUMENTO. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

06/04/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: **1657919892960**



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000830-1-1**

DATA DE VALIDADE: **06/04/2022**

Nº PROCESSO: **27258/17**

Nº PROTOCOLO: **7214/22**

DATA DO PROTOCOLO: **16/03/2022**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **031 DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE DR. FELÍCIO FERNANDES
NOGUEIRA - DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS - JD.
MOLLON**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua DO COBRE**

NÚMERO: **850**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **Jardim Mollon**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13456-433**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **MARIA CLAUDIA PASCON**

CPF: **28189499807**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **32.847**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE
CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO
SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS
REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS
EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTA DOCUMENTO.
ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS
ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS
LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA
PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

06/04/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: **1657919590555**



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000796-1-8**

DATA DE VALIDADE: **07/03/2022**

Nº PROCESSO: **17172/19**

Nº PROTOCOLO: **1585/22**

DATA DO PROTOCOLO: **21/01/2022**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/04 ATIVIDADE ODONTOLÓGICA**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **028 CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE DR. CARLOS PERES -
CONJ HAB. 31 DE MARÇO - ODONTOLOGIA**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua VINTE E TRÊS DE MAIO**

NÚMERO: **196**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **CONJUNTO HABITACIONAL 31 DE MARÇO**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13453-153**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **CLAUDIA REGINA B. PORTOLEZ NEVES**

CPF: **25170841817**

CONSELHO REGIONAL: **CRO**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **62612**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.

ASSUME AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

07/03/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: **1657921044462**



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000681-1-0**

DATA DE VALIDADE: **07/03/2022**

Nº PROCESSO: **25223/16**

Nº PROTOCOLO: **1354/22**

DATA DO PROTOCOLO: **20/01/2022**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/04 ATIVIDADE ODONTOLÓGICA**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **106 CONSULTÓRIO ISOLADO**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE DR. PAULO PEREIRA
FONSECA - CHAC. CRUZEIRO DO SUL - ODONTOLOGA**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **RUA CORONEL HELIO CALDAS**

NÚMERO: **57**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **CRUZEIRO DO SUL**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13459-392**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **MAGNO ANTONIO BALDIM**

CPF: **48014206649**

CONSELHO REGIONAL: **CRO**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **33481**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL (IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.

ASSUME AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

07/03/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: **1657917896316**



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000797-1-5**

DATA DE VALIDADE: **04/11/2021**

Nº PROCESSO: **17176/19**

Nº PROTOCOLO: **27528/21**

DATA DO PROTOCOLO: **22/09/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/04 ATIVIDADE ODONTOLÓGICA**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **028 CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE DR. JEBER JUABRE -
ODONTOLOGIA - CENTRO DE SAUDE II**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua SABATO RONSINI**

NÚMERO: **203**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **VILA BORGES**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13450-350**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **MARIA ANGÉLICA LEITE DE GODOY**

CPF: **06766422840**

CONSELHO REGIONAL: **CRO**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **036614**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL (IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.

ASSUME AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

04/11/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: **1657916912689**



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000329-1-3**

DATA DE VALIDADE: **17/06/2021**

Nº PROCESSO: **18647/08**

Nº PROTOCOLO: **13883/21**

DATA DO PROTOCOLO: **16/06/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/04 ATIVIDADE ODONTOLÓGICA**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **028 CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BARBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR CÉLIO FARIA - JARDIM LAUDISSI - ODONTOLOGIA**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **RUA PROFETA JEREMIAS**

NÚMERO: **140**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **JARDIM LAUDISSI**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13458-076**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **CLAUDIA VILELA DE QUEIROZ DOS SANTOS**

CPF: **16757370883**

CONSELHO REGIONAL: **CRO**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **64840**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL (IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.

ASSUME AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

17/06/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1657918932062



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000839-1-7**

DATA DE VALIDADE: **10/03/2022**

Nº PROCESSO: **3124/20**

Nº PROTOCOLO: **13890/21**

DATA DO PROTOCOLO: **16/06/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/04 ATIVIDADE ODONTOLÓGICA**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **028 CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ELIAS DAVID FERNANDES
- ODONTOLOGIA - VILA GREGO**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua ARTHUR AMARAL**

NÚMERO: **30**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **Jardim Miguel Claudio Grego**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13451-153**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **DANIELA GIORDANO SANS**

CPF: **26738610840**

CONSELHO REGIONAL: **CRO**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **69664**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL (IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.

ASSUME AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

10/03/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1657921251778



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000847-1-9**

DATA DE VALIDADE: **21/05/2021**

Nº PROCESSO: **20622/08**

Nº PROTOCOLO: **10959/21**

DATA DO PROTOCOLO: **13/05/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **110 CLÍNICA / UNIDADE AMBULATÓRIO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE DR. JOSÉ WENCESLAU JÚNIOR - JD. ESMERALDA**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **RUA RIBEIRÃO PRETO**

NÚMERO: **414**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **ESMERALDA**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13454-027**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **OSCAR NORIO KINSUI**

CPF: **32444893620**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **47717**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

21/05/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: 1657917582390



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000838-1-0**

DATA DE VALIDADE: **07/03/2022**

Nº PROCESSO: **183/20**

Nº PROTOCOLO: **1376/22**

DATA DO PROTOCOLO: **20/01/2022**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/04 ATIVIDADE ODONTOLÓGICA**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **028 CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE DRA NAIR SIZUKA
NOBUYASU GUIMARAES - ODONTOLOGIA - PLANALTO
DO SOL II**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua MOMBUCA**

NÚMERO: **385**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **planalto do sol II**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13453-721**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **WILSON TADEU FORMENTINI**

CPF: **04036206869**

CONSELHO REGIONAL: **CRO**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **39090**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.

ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

07/03/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1657919989842



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000883-1-5**

DATA DE VALIDADE: **08/06/2022**

Nº PROCESSO: **12194/21**

Nº PROTOCOLO: **12194/21**

DATA DO PROTOCOLO: **27/05/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/04 ATIVIDADE ODONTOLÓGICA**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **106 CONSULTÓRIO ISOLADO**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE: **46.422.408/0001-52**

NOME FANTASIA: **PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DR AFONSO RAMOS
ODONTOLOGIA**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua DO TRIGO**

NÚMERO: **1005**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **Jardim Esmeralda**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13454-029**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **ELIANA MONTEIRO**

CPF: **01718095805**

CONSELHO REGIONAL: **CRO**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **36057**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL (IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.

ASSUME AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

08/06/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: **1657915665480**



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000287-1-1**

DATA DE VALIDADE: **10/06/2021**

Nº PROCESSO: **9849/06**

Nº PROTOCOLO: **6425/21**

DATA DO PROTOCOLO: **10/03/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/04 ATIVIDADE ODONTOLÓGICA**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **028 CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UBS REGIONAL ZONA SUL DR. JOEL LINCOLN MAY
KEESE - ODONTOLOGIA**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **RUA JOSÉ CALIXTO**

NÚMERO: **100**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **JD. SANTA RITA DE CÁSSIA**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13457-085**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **ÉRIKA GRAF PEDROSO**

CPF: **21286029805**

CONSELHO REGIONAL: **CRO**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **60024**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.

ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

10/06/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: **1657919959651**



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000846-1-1**

DATA DE VALIDADE: **07/03/2022**

Nº PROCESSO: **33756/08**

Nº PROTOCOLO: **4683/22**

DATA DO PROTOCOLO: **22/02/2022**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/04 ATIVIDADE ODONTOLÓGICA**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **028 CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. HÉLIO FURLAN -
CIDADE NOVA - ODONTOLOGIA**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua SALVADOR**

NÚMERO: **466**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **CIDADE NOVA**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13454-355**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **ISABELA TUNUSSI SARTORI**

CPF: **13953790846**

CONSELHO REGIONAL: **CRO**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **56576**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL (IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.

ASSUME AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

07/03/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1657917427508



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000334-1-3**

DATA DE VALIDADE: **21/05/2021**

Nº PROCESSO: **20159/08**

Nº PROTOCOLO: **12845/21**

DATA DO PROTOCOLO: **07/06/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/04 ATIVIDADE ODONTOLÓGICA**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **020 CLÍNICA ODONTOLÓGICA TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE DR. JOSÉ TOGEIRO DE ANDRADE - JD. SÃO FRANCISCO- ODONTOLOGIA**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **RUA CARIRIS**

NÚMERO: **400**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **SÃO FRANCISCO**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13457-036**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **ELISA ALVES CORREA IATAROLA WIEZEL**

CPF: **13096322864**

CONSELHO REGIONAL: **CRO**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **40345**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL (IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.

ASSUME AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

17/06/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: **1657920313482**



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-861-000006-1-2**

DATA DE VALIDADE: **28/05/2021**

Nº PROCESSO: **17840/08**

Nº PROTOCOLO: **12318/21**

DATA DO PROTOCOLO: **28/05/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8610-1/02 ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **115 PRONTO SOCORRO GERAL**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DR. AFONSO RAMOS**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **RUA DO TRIGO**

NÚMERO: **1005**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **JARDIM ESMERALDA**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13454-024**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **RUBENS JOSE GIMENES CAVALI**

CPF: **17176756899**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **81022**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL (IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.

ASSUME AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

28/05/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: **1657915119453**



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-871-000002-1-3**

DATA DE VALIDADE: **09/08/2021**

Nº PROCESSO: **17836/08**

Nº PROTOCOLO: **32099/21**

DATA DO PROTOCOLO: **04/11/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8712-3/00 ATIVIDADES DE FORNECIMENTO DE INFRA-ESTRUTURA DE APOIO E ASSISTÊNCIA A PACIENTE NO DOMICÍLIO**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **095 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **SAD- SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **MARIA TEREZA GUARDIANO RIBEIRO**

NÚMERO: **900**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **JD DONA REGINA**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13450-312**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **ELISABETH AGNES MARIA GEUER SIMMELINK**

CPF: **22409776809**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **119866**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL (IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.

ASSUME AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

04/11/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: **1657916166042**



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000806-1-6**

DATA DE VALIDADE: **07/03/2022**

Nº PROCESSO: **20429/19**

Nº PROTOCOLO: **1363/22**

DATA DO PROTOCOLO: **20/01/2022**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **110 CLÍNICA / UNIDADE AMBULATÓRIO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE - DR CARLOS PERES - CONJ. HAB. 31 DE MARÇO**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua VINTE E TRÊS DE MAIO**

NÚMERO: **196**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **Conjunto Habitacional 31 de Março (COHAB)**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13453-153**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **CELSO EDUARDO OLIVIER**

CPF: **10210551828**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **55934**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

07/03/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1657921094770



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000817-1-0**

DATA DE VALIDADE: **14/06/2021**

Nº PROCESSO: **33284/08**

Nº PROTOCOLO: **672/21**

DATA DO PROTOCOLO: **12/01/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **110 CLÍNICA / UNIDADE AMBULATÓRIO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICIPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. HÉLIO FURLAN**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **RUA SALVADOR**

NÚMERO: **466**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **CIDADE NOVA**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13454-355**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **DANIEL ANTUNES RUBIM**

CPF: **01442777605**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **143007**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.

ASSUME AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

14/06/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1657916879643



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000804-1-1**

DATA DE VALIDADE: **07/03/2022**

Nº PROCESSO: **17829/08**

Nº PROTOCOLO: **1359/22**

DATA DO PROTOCOLO: **20/01/2022**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **110 CLÍNICA / UNIDADE AMBULATÓRIO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE DR. PAULO PEREIRA FONSECA - CHAC. CRUZEIRO DO SUL**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua CORONEL HÉLIO CALDAS**

NÚMERO: **57**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **Chácara Recreio Cruzeiro do Sul**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13459-392**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **CARMEN DA SILVA COSTA DE MELO OLIVIER**

CPF: **06197137801**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **55922**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

07/03/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1657917955543



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000847-1-9**

DATA DE VALIDADE: **21/05/2021**

Nº PROCESSO: **20622/08**

Nº PROTOCOLO: **10959/21**

DATA DO PROTOCOLO: **13/05/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **110 CLÍNICA / UNIDADE AMBULATÓRIO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE DR. JOSÉ WENCESLAU JÚNIOR - JD. ESMERALDA**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **RUA RIBEIRÃO PRETO**

NÚMERO: **414**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **ESMERALDA**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13454-027**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **OSCAR NORIO KINSUI**

CPF: **32444893620**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **47717**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

21/05/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: 1657917582390



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000805-1-9**

DATA DE VALIDADE: **07/03/2022**

Nº PROCESSO: **35021/16**

Nº PROTOCOLO: **1367/22**

DATA DO PROTOCOLO: **20/01/2022**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **110 CLÍNICA / UNIDADE AMBULATÓRIO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BÁSICA DE SAUDE GABRIEL RUBENS
PIMENTEL - JD. BOA VISTA**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Avenida DE CILLO**

NÚMERO: **1015**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **jardim boa vista**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13450-041**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **PAULO ROGERIO LOPES**

CPF: **12363843851**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **163777**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE
CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO
SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS
REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS
EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.
ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS
ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS
LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA
PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

07/03/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1657918218243



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000377-1-0**

DATA DE VALIDADE: **07/03/2022**

Nº PROCESSO: **4836/09**

Nº PROTOCOLO: **4681/22**

DATA DO PROTOCOLO: **22/02/2022**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/04 ATIVIDADE ODONTOLÓGICA**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **028 CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE ANÁLIA SALVADOR DAL BELLO - JARDIM SÃO FERNANDO - ODONTOLOGIA**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **RUA DO CENTEIO**

NÚMERO: **S/N**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **SÃO FERNANDO**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13454-282**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **ERIKA ALESSANDRA DORING BELO**

CPF: **15471213866**

CONSELHO REGIONAL: **CRO**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **51918**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.

ASSUME AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

07/03/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1657920724701



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000769-1-0**

DATA DE VALIDADE: **07/03/2022**

Nº PROCESSO: **26174/18**

Nº PROTOCOLO: **1368/22**

DATA DO PROTOCOLO: **20/01/2022**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **110 CLÍNICA / UNIDADE AMBULATÓRIO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE RUBENS RIBEIRO - JD. DONA REGINA**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua MARIA TEREZA GUARDIANO RIBEIRO**

NÚMERO: **900**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **Jardim Dona Regina**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13455-759**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **EDILSON CARVALHO FIGUEIREDO**

CPF: **00227381696**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **167892**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

07/03/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1657918006042



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000818-1-7**

DATA DE VALIDADE: **12/05/2021**

Nº PROCESSO: **12139/16**

Nº PROTOCOLO: **10623/21**

DATA DO PROTOCOLO: **07/05/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **110 CLÍNICA / UNIDADE AMBULATÓRIO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE DR. SERGIO MORICAZU
MIYAZATO - JD. EUROPA IV**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua LETÔNIA**

NÚMERO: **150**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **Jardim Europa IV**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13455-536**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **CAIO FIORE**

CPF: **35457381838**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **155981**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

12/05/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1657918722278



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000774-1-0**

DATA DE VALIDADE: **10/03/2021**

Nº PROCESSO: **30542/18**

Nº PROTOCOLO: **6411/21**

DATA DO PROTOCOLO: **09/03/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **106 CONSULTÓRIO ISOLADO**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE ELIAS DAVID FERNANDES
- JD. MIGUEL CLAUDIO GREGO**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua ARTHUR AMARAL**

NÚMERO: **30**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **Jardim Miguel Claudio Grego**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13451-153**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **ELISABETH AGNES MARIA GEUER SIMMELINK**

CPF: **22409776809**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **119866**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTE DOCUMENTO. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

10/03/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1657920697752



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000803-1-4**

DATA DE VALIDADE: **07/03/2022**

Nº PROCESSO: **17826/08**

Nº PROTOCOLO: **1373/22**

DATA DO PROTOCOLO: **20/01/2022**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **110 CLÍNICA / UNIDADE AMBULATÓRIO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. CÉLIO FARIA - JARDIM LAUDISSI**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua PROFETA JEREMIAS**

NÚMERO: **140**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **Jardim Laudissi**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13458-082**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **MARCELO ALVES LERBACK**

CPF: **00753125145**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **174324**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

07/03/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: 1657919462626



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000807-1-3**

DATA DE VALIDADE: **12/05/2021**

Nº PROCESSO: **20417/19**

Nº PROTOCOLO: **8652/21**

DATA DO PROTOCOLO: **09/04/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **110 CLÍNICA / UNIDADE AMBULATÓRIO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE DR FELICIO FERNANDES NOGUEIRA - JD. MOLLON**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua DO COBRE**

NÚMERO: **850**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **Vila Mollon**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13456-430**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **ANTONIO DETONI**

CPF: **03640167872**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **123.925 D**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

12/05/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1657919033052



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000768-1-3**

DATA DE VALIDADE: **07/03/2022**

Nº PROCESSO: **35499/16**

Nº PROTOCOLO: **4678/22**

DATA DO PROTOCOLO: **22/02/2022**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **110 CLÍNICA / UNIDADE AMBULATÓRIO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE DRª NAIR S. N. GUIMARAES - PLANALTO DO SOL II**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua MOMBUCA**

NÚMERO: **385**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **Jardim das Laranjeiras**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13453-721**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **JOÃO HENRIQUE SILVA RIZZETTO**

CPF: **41889875880**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **133981**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

07/03/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1657919878973



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000767-1-6**

DATA DE VALIDADE: **07/03/2022**

Nº PROCESSO: **25478/18**

Nº PROTOCOLO: **1370/22**

DATA DO PROTOCOLO: **20/01/2022**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **106 CONSULTÓRIO ISOLADO**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE ELIZEU VILHA - PLANALTO DO SOL I**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **Rua TERESINA**

NÚMERO: **553**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **Loteamento Planalto do Sol**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13454-395**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **BRUNA GAGLIARDI**

CPF: **35061647831**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **163484**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

07/03/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: 1657919742602



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000819-1-4**

DATA DE VALIDADE: **07/03/2022**

Nº PROCESSO: **41571/08**

Nº PROTOCOLO: **4677/22**

DATA DO PROTOCOLO: **22/02/2022**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **110 CLÍNICA / UNIDADE AMBULATÓRIO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ANÁLIA SALVADOR DAL BELLO**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **RUA DO CENTEIO**

NÚMERO: **S/N**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **SÃO FERNANDO**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13454-282**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **THAIS HARUE NOZAKI UEDA**

CPF: **30715904825**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **187371**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

07/03/2022

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: 1657920672774



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000816-1-2**

DATA DE VALIDADE: **10/06/2021**

Nº PROCESSO: **3887/06**

Nº PROTOCOLO: **10624/21**

DATA DO PROTOCOLO: **07/05/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **110 CLÍNICA / UNIDADE AMBULATÓRIO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE DR. JOEL LINCOLN MAY KEESE**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **JOSE CALIXTO**

NÚMERO: **100**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **JARDIM SANTA RITA DE CASSIA**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13457-085**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **LUCRECIA REGINA GOMES ROMEU**

CPF: **12199514803**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **95073**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

10/06/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: 1657920099373



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SANTA BARBARA D'OESTE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354580301-863-000820-1-5**

DATA DE VALIDADE: **21/05/2021**

Nº PROCESSO: **19857/08**

Nº PROTOCOLO: **11355/21**

DATA DO PROTOCOLO: **18/05/2021**

SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **110 CLÍNICA / UNIDADE AMBULATÓRIO TIPO I**

RAZÃO SOCIAL: **MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE**

CNPJ ALBERGANTE:

NOME FANTASIA: **UNIDADE BASICA DE SAUDE DR. JOSE TOGEIRO DE ANDRADE - JD. SAO FRANCISCO II**

CNPJ / CPF: **46.422.408/0001-52**

LOGRADOURO: **CARIRIS**

NÚMERO: **400**

COMPLEMENTO:

BAIRRO: **JARDIM SÃO FRANCISCO II**

MUNICÍPIO: **SANTA BARBARA D'OESTE**

CEP: **13457-047**

UF: **SP**

PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**

CPF: **25007846813**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **250078468**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **JOANA PONTES LANGHI MARINI**

CPF: **21517025885**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **107882d**

UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA BARBARA D'OESTE CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRIR-LA INTEGRALMENTE, INCLUSIVE EM SUAS FUTURAS ATUALIZAÇÕES, OBSERVANDO AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADO, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO (S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS. ASSUMEM AINDA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS PARA O EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES RELACIONADAS E DECLARAM ESTAR CIENTES DA OBRIGAÇÃO DE PRESTAR ESCLARECIMENTOS E OBSERVAR AS EXIGÊNCIAS LEGAIS QUE VIEREM A SER DETERMINADAS PELO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE, EM QUALQUER TEMPO, NA FORMA PREVISTA NO ARTIGO 95 DA LEI ESTADUAL 10.083 DE 23 DE SETEMBRO DE 1998.

SANTA BARBARA D'OESTE

21/05/2021

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1657920335465