DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE GUARARAPES

Conforme Lei Municipal nº 3.427, de 22 de setembro de 2016

www.guararapes.sp.gov.br | www.guararapes.dioe.com.br

SUMÁRIO

PODER EXECUTIVO DE GUARARAPES 2
Atos Oficiais 2
Decretos 2

VIGILÂNCIA SANITÁRIA 3
Atos Administrativos 3
Licenciamentos 3

EXPEDIENTE

O Diário Oficial do Município de Guararapes, veiculado exclusivamente na forma eletrônica, é uma publicação das entidades da Administração Direta e Indireta deste Município, sendo referidas entidades inteiramente responsáveis pelo conteúdo aqui publicado.

ACERVO

As edições do Diário Oficial Eletrônico de Guararapes poderão ser consultadas através da internet, por meio do seguinte endereço eletrônico: www.guararapes.sp.gov.br
Para pesquisa por qualquer termo e utilização de filtros, acesse www.guararapes.dioe.com.br
As consultas e pesquisas são de acesso gratuito e independente de qualquer cadastro.

ENTIDADES

Prefeitura Municipal de Guararapes
CNPJ 48.468.284/0001-71
Avenida Marechal Floriano, nº 565 – Centro
Telefone: (18) 3606-8000
Site: www.guararapes.sp.gov.br
Diário: www.guararapes.dioe.com.br

Câmara Municipal de Guararapes
Avenida Marechal Floriano, nº 583 – Centro
Telefone: (18) 3606-5500
Site: www.camaraguararapes.sp.gov.br

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE GUARARAPES

Conforme Lei Municipal nº 3.427, de 22 de setembro de 2016

www.guararapes.sp.gov.br | www.guararapes.dioe.com.br

PODER EXECUTIVO DE GUARARAPES

Atos Oficiais

Decretos

DECRETO Nº 3.400 DE 21 DE DEZEMBRO DE 2.016

"DISPÕESOBREAHOMOLOGAÇÃO DO CONCURSO PÚBLICO, EDITAL Nº 001/2016.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE GUARARAPES, Estado de São Paulo usando de suas atribuições legais.

DECRETA:

Art. 1º Em vista do Resultado apresentado pela CONSESP – Concursos, Residências Médicas, Avaliações e Pesquisas Ltda, HOMOLOGO o Concurso Público nº 001/2016, para preenchimento dos cargos: ASD – Ajudante de Serviços Diversos (masculino); ASD – Ajudante de Serviços Diversos (feminino); Agente de Vigilância; Escriturário; ADE – Auxiliar de Desenvolvimento Educacional; Professor de Desenvolvimento Infantil; Professor de Educação Infantil; e Coordenador de Creche, realizado no dia 04 de dezembro de 2016. A convocação se dará de acordo com as necessidades da administração através de Edital especifico, publicado no Diário Oficial do Município, veiculado exclusivamente por meio eletrônico, no endereço www.guararapes.sp.gov.br, em jornal de circulação local, no site da Prefeitura Municipal www.guararapes.sp.gov.br e através de carta a ser emitida pela Prefeitura Municipal, via correio com aviso de recebimento.

Art. 2º. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Guararapes, 21 de dezembro de 2.016

Edenilson de Almeida

Prefeito

PUBLICADO E ARQUIVADO pelo Departamento Administrativo da Prefeitura Municipal de Guararapes através do Diário Oficial do Município, veiculado exclusivamente na forma eletrônica.

Stella Christina Marino Russo Covolo

Diretora do Deptº Administrativo

Código Localizador: 6ZFXOT1U

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE GUARARAPES
Conforme Lei Municipal nº 3.427, de 22 de setembro de 2016

VIGILÂNCIA SANITÁRIA | **Atos Administrativos**

Licenciamentos

SIVISA Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde
VIGILÂNCIA SANITÁRIA
GUARARAPES

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: 351820601-471-000021-1-9 DATA DE VALIDADE: 15/12/2017

NOTA: **ESTE DOCUMENTO CONTÉM 2 PÁGINA(S)**

Nº PROCESSO:	**121/2000-GPES**
Nº PROTOCOLO:	**1173/2016** Data do Protocolo: **01/12/2016**
SUBGRUPO:	**COMÉRCIO VAREJISTA**
AGRUPAMENTO:	**COMÉRCIO VAREJISTA DE ALIMENTOS**
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE:	**4712-1/00 Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios - minimercados, mercearias e armazéns**
OBJETO LICENCIADO:	**ESTABELECIMENTO**
DETALHE:	

RAZÃO SOCIAL:	**DIVALDO BEZERRA BISPO - ME**	CNPJ ALBERGANTE:	
CNPJ / CPF:	**03.852.578/0001-64**		
LOGRADOURO:	**Rua MÁRIO DA SILVA MARTINHO,**	NÚMERO:	**136**
COMPLEMENTO:			
BAIRRO:	**VILA MEDEIROS (05-505)**		
MUNICÍPIO:	**GUARARAPES**		
CEP:	**16700-000**	UF:	**SP**
PÁGINA DA WEB:			

RESPONSÁVEL LEGAL:	DIVALDO BEZERRA BISPO
CPF:	00462318893
CONSELHO REGIONAL:	N/A
Nº INSCR. CONSELHO PROF:	
UF:	

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: **351820601-471-000021-1-9** DATA DE VALIDADE: **15/12/2017**

ATIVIDADES AUTORIZADAS E CLASSES DE PRODUTOS - Indústria / Importadora / Exportadora / Farmácia de Manipulação

CLASSE DE PRODUTO:

ALIMENTO

FRACIONAR

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE GUARARAPES CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU(S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME(M) CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E OBSERVAR AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO(S) AO CANCELAMENTO DESTE DOCUMENTO

GUARARAPES	15/12/2016	
LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO	AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTE: _____ _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO | DATA DE CIÊNCIA

SIVISA Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde
VIGILÂNCIA SANITÁRIA
GUARARAPES

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: 351820601-472-000027-1-2 DATA DE VALIDADE: 21/12/2017

NOTA: **ESTE DOCUMENTO CONTÉM 2 PÁGINA(S)**

Nº PROCESSO:	**208/2002-GPES**	
Nº PROTOCOLO:	**1193/2016**	Data do Protocolo: **05/12/2016**
SUBGRUPO:	**COMÉRCIO VAREJISTA**	
AGRUPAMENTO:	**COMÉRCIO VAREJISTA DE ALIMENTOS**	
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE:	**4724-5/00 Comércio varejista de hortifrutigranjeiros**	
OBJETO LICENCIADO:	**ESTABELECIMENTO**	
DETALHE:		

RAZÃO SOCIAL:	**LUZIA HIDEKO GOYA - ME**	CNPJ ALBERGANTE:	
CNPJ / CPF:	**48.467.450/0001-15**		
LOGRADOURO:	**Avenida RIO BRANCO**	NÚMERO:	**1236**
COMPLEMENTO:			
BAIRRO:	**CENTRO (03-254)**		
MUNICÍPIO:	**GUARARAPES**		
CEP:	**16700-000**	UF:	**SP**
PÁGINA DA WEB:			

RESPONSÁVEL LEGAL: LUZIA HIDEKO GOYA	
CPF: 49677438891	CONSELHO REGIONAL: N/A
Nº INSCR. CONSELHO PROF:	UF:

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: **351820601-472-000027-1-2** DATA DE VALIDADE: **21/12/2017**

ATIVIDADES AUTORIZADAS E CLASSES DE PRODUTOS - Indústria / Importadora / Exportadora / Farmácia de Manipulação

CLASSE DE PRODUTO:

ALIMENTO

FRACIONAR

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE GUARARAPES CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU(S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME(M) CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E OBSERVAR AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO(S) AO CANCELAMENTO DESTE DOCUMENTO

GUARARAPES	21/12/2016	
LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO	AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTE: _____ _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO | DATA DE CIÊNCIA

SIVISA Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde
VIGILÂNCIA SANITÁRIA
GUARARAPES

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: 351820601-561-000066-1-0 DATA DE VALIDADE: 23/12/2017

NOTA: **ESTE DOCUMENTO CONTÉM 1 PÁGINA(S)**

Nº PROCESSO:	**539/2005 - GPES:**	
Nº PROTOCOLO:	**1200/2016**	Data do Protocolo: **07/12/2016**
SUBGRUPO:	**COMÉRCIO VAREJISTA**	
AGRUPAMENTO:	**COMÉRCIO VAREJISTA DE ALIMENTOS**	
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE:	**5611-2/03 Lanchonete, casas de chá, de sucos e similares**	
OBJETO LICENCIADO:	**ESTABELECIMENTO**	
DETALHE:		

RAZÃO SOCIAL:	**MARCO ANTONIO FERNANDES DE SOUZA - ME**	CNPJ ALBERGANTE:	
CNPJ / CPF:	**07.222.225/0001-31**		
LOGRADOURO:	**Rua DOM LUIZ ORIONI**	NÚMERO:	**50**
COMPLEMENTO:			
BAIRRO:	**DOM ORIONI (05-103)**		
MUNICÍPIO:	**GUARARAPES**		
CEP:	**16700-000**	UF:	**SP**
PÁGINA DA WEB:			

RESPONSÁVEL LEGAL: **MARCO ANTONIO FERNANDES DE SOUZA**
CPF: 07677136800 CONSELHO REGIONAL: **N/A**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: UF:

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE GUARARAPES CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU(S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME(M) CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E OBSERVAR AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO(S) AO CANCELAMENTO DESTE DOCUMENTO

GUARARAPES	23/12/2016	
LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO	AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTE: _____ _____
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DATA DE CIÊNCIA

SIVISA Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde
VIGILÂNCIA SANITÁRIA
GUARARAPES

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: 351820601-561-000257-1-2 DATA DE VALIDADE: 15/12/2017

NOTA: **ESTE DOCUMENTO CONTÉM 2 PÁGINA(S)**

Nº PROCESSO:	**1245/2014-GPES**
Nº PROTOCOLO:	**1180/2016** Data do Protocolo: **01/12/2016**
SUBGRUPO:	**COMÉRCIO VAREJISTA**
AGRUPAMENTO:	**COMÉRCIO VAREJISTA DE ALIMENTOS**
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE:	**5611-2/02 BARES E OUTROS ESTABELECIMENTOS ESPECIALIZADOS EM SERVIR BEBIDAS**
OBJETO LICENCIADO:	**ESTABELECIMENTO**
DETALHE:	

RAZÃO SOCIAL:	**MAX LEANDRO DOS SANTOS - ME**	CNPJ ALBERGANTE:	
CNPJ / CPF:	**20.384.576/0001-07**		
LOGRADOURO:	**Avenida WASHINGTON LUIZ**	NÚMERO:	**769**
COMPLEMENTO:			
BAIRRO:	**JARDIM INDUSTRIAL**		
MUNICÍPIO:	**GUARARAPES**		
CEP:	**16700-000**	UF:	**SP**
PÁGINA DA WEB:			

RESPONSÁVEL LEGAL:	MAX ANDERSON DOS SANTOS
CPF:	39974889839
Nº INSCR. CONSELHO PROF:	
CONSELHO REGIONAL:	N/A
UF:	

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: **351820601-561-000257-1-2** DATA DE VALIDADE: **15/12/2017**

ATIVIDADES AUTORIZADAS E CLASSES DE PRODUTOS - Indústria / Importadora / Exportadora / Farmácia de Manipulação

CLASSE DE PRODUTO:

ALIMENTO

FRACIONAR

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE GUARARAPES CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU(S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME(M) CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E OBSERVAR AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO(S) AO CANCELAMENTO DESTE DOCUMENTO

GUARARAPES	15/12/2016	
LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO	AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTE: _____ _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO | DATA DE CIÊNCIA

SIVISA Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde
VIGILÂNCIA SANITÁRIA
GUARARAPES

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: 351820601-561-000280-1-0 DATA DE VALIDADE: 23/12/2017

NOTA: **ESTE DOCUMENTO CONTÉM 2 PÁGINA(S)**

Nº PROCESSO:	**1322/2015**	
Nº PROTOCOLO:	**1201/2016**	Data do Protocolo: **07/12/2016**
SUBGRUPO:	**COMÉRCIO VAREJISTA**	
AGRUPAMENTO:	**COMÉRCIO VAREJISTA DE ALIMENTOS**	
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE:	**5611-2/02 BARES E OUTROS ESTABELECIMENTOS ESPECIALIZADOS EM SERVIR BEBIDAS**	
OBJETO LICENCIADO:	**ESTABELECIMENTO**	
DETALHE:		

RAZÃO SOCIAL:	**RICARDO HENRIQUE VAL IZIDORO BAR ME**	CNPJ ALBERGANTE:	
CNPJ / CPF:	**02.086.630/0001-56**		
LOGRADOURO:	**Avenida MARECHAL FLORIANO**	NÚMERO:	**1146**
COMPLEMENTO:			
BAIRRO:	**CENTRO**		
MUNICÍPIO:	**GUARARAPES**		
CEP:	**16700-000**	UF:	**SP**
PÁGINA DA WEB:			

RESPONSÁVEL LEGAL: RICARDO HENRIQUE VAL IZIDORO	
CPF: 22006429892	CONSELHO REGIONAL: N/A
Nº INSCR. CONSELHO PROF:	UF:

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: **351820601-561-000280-1-0** DATA DE VALIDADE: **23/12/2017**

ATIVIDADES AUTORIZADAS E CLASSES DE PRODUTOS - Indústria / Importadora / Exportadora / Farmácia de Manipulação

CLASSE DE PRODUTO:

ALIMENTO

FRACIONAR

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE GUARARAPES CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU(S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME(M) CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E OBSERVAR AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO(S) AO CANCELAMENTO DESTE DOCUMENTO

GUARARAPES	23/12/2016	
LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO	AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTE: _____ _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO | DATA DE CIÊNCIA

SIVISA Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde
VIGILÂNCIA SANITÁRIA
GUARARAPES

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: 351820601-562-000006-1-2 DATA DE VALIDADE: 21/12/2017

NOTA: **ESTE DOCUMENTO CONTÉM 2 PÁGINA(S)**

Nº PROCESSO:	**1232/2014-GPES**
Nº PROTOCOLO:	**1192/2016** Data do Protocolo: **02/12/2016**
SUBGRUPO:	**COMÉRCIO VAREJISTA**
AGRUPAMENTO:	**COMÉRCIO VAREJISTA DE ALIMENTOS**
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE:	**5620-1/01 Fornecimento de alimentos preparados preponderantemente para empresas**
OBJETO LICENCIADO:	**ESTABELECIMENTO**
DETALHE:	

RAZÃO SOCIAL:	**SERVICO SOCIAL DA INDUSTRIA**	CNPJ ALBERGANTE:	
CNPJ / CPF:	**03.779.133/0104-01**		
LOGRADOURO:	**Rua GUIDO POLETO**	NÚMERO:	**10**
COMPLEMENTO:			
BAIRRO:	**JARDIM SATELITE II**		
MUNICÍPIO:	**GUARARAPES**		
CEP:	**16700-000**	UF:	**SP**
PÁGINA DA WEB:			

RESPONSÁVEL LEGAL: **CLAUDIA FRANCISCA LOPES DOS SANTOS**
CPF: 05774443876 CONSELHO REGIONAL: **N/A**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 0000000000 UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **MARIANA ELIS MARINA SILVA PUGINA**
CPF: 34027799860 CONSELHO REGIONAL: **CRN**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 23825 UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **DANIELA CHIARARIA**
CPF: 30977815870 CONSELHO REGIONAL: **CRN**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 19951 UF: **SP**

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: **351820601-562-000006-1-2** DATA DE VALIDADE: **21/12/2017**

ATIVIDADES AUTORIZADAS E CLASSES DE PRODUTOS - Indústria / Importadora / Exportadora / Farmácia de Manipulação

CLASSE DE PRODUTO:

ALIMENTO

FABRICAR

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE GUARARAPES CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU(S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME(M) CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E OBSERVAR AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO(S) AO CANCELAMENTO DESTE DOCUMENTO

GUARARAPES	21/12/2016	
LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO	AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTE: _____ _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO | DATA DE CIÊNCIA

SIVISA Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde
VIGILÂNCIA SANITÁRIA
GUARARAPES

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: 351820601-863-000008-1-7 DATA DE VALIDADE: 20/12/2017

NOTA: **ESTE DOCUMENTO CONTÉM 1 PÁGINA(S)**

Nº PROCESSO:	**510/2004-GPES**	
Nº PROTOCOLO:	**1190/2016**	Data do Protocolo: **01/12/2016**
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:	**AILTON FUZETTI**	CNPJ ALBERGANTE:
CNPJ / CPF:	**02361629852**	
LOGRADOURO:	**Rua ANTÔNIO CARLOS TORRENTE,**	NÚMERO: **10**
COMPLEMENTO:		
BAIRRO:	**DOM ORIONE (04-101)**	
MUNICÍPIO:	**GUARARAPES**	
CEP:	**16700-000**	UF: **SP**
PÁGINA DA WEB:		

RESPONSÁVEL LEGAL: AILTON FUZETTI
CPF: 02361629852 CONSELHO REGIONAL: CRO
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 37195 UF: SP

RESPONSÁVEL TÉCNICO: AILTON FUZETTI
CPF: 02361629852 CONSELHO REGIONAL: CRO
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 37195 UF: SP

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE GUARARAPES
CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU(S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME(M) CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E OBSERVAR AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO(S) AO CANCELAMENTO DESTE DOCUMENTO

GUARARAPES — LOCAL
20/12/2016 — DATA DE DEFERIMENTO
AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTE: _____ ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO
_____ DATA DE CIÊNCIA

SIVISA Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde
VIGILÂNCIA SANITÁRIA
GUARARAPES

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: 351820601-863-000009-1-4 DATA DE VALIDADE: 20/12/2017

NOTA: **ESTE DOCUMENTO CONTÉM 1 PÁGINA(S)**

Nº PROCESSO:	**510/2004-GPES**	
Nº PROTOCOLO:	**1190/2016**	Data do Protocolo: **01/12/2016**
SUBGRUPO:	**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**	
AGRUPAMENTO:	**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**	
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE:	**8630-5/04 ATIVIDADE ODONTOLÓGICA**	
OBJETO LICENCIADO:	**EQUIPAMENTO**	

Tipo: RAIOS X ODONTOLÓGICO INTRA-ORAL, 007271, DABI ATLANTE SPECTRO, 10 Ma

DETALHE:

RAZÃO SOCIAL:	**AILTON FUZETTI**	CNPJ ALBERGANTE:
CNPJ / CPF:	**02361629852**	
LOGRADOURO:	**Rua ANTÔNIO CARLOS TORRENTE,**	NÚMERO: **10**
COMPLEMENTO:		
BAIRRO:	**DOM ORIONE (04-101)**	
MUNICÍPIO:	**GUARARAPES**	
CEP:	**16700-000**	UF: **SP**
PÁGINA DA WEB:		

RESPONSÁVEL LEGAL: **AILTON FUZETTI**
CPF: 02361629852 CONSELHO REGIONAL: CRO
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 37195 UF: SP

RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL - EQUIPAMENTO: **AILTON FUZETTI**
CPF: 02361629852 CONSELHO REGIONAL: CRO
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 37195 UF: SP

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE GUARARAPES CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU(S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME(M) CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E OBSERVAR AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO(S) AO CANCELAMENTO DESTE DOCUMENTO

GUARARAPES	20/12/2016	
LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO	AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTE: _____ _____
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DATA DE CIÊNCIA

SIVISA Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde
VIGILÂNCIA SANITÁRIA
GUARARAPES

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: 351820601-863-000013-1-7 DATA DE VALIDADE: 20/12/2017

NOTA: **ESTE DOCUMENTO CONTÉM 1 PÁGINA(S)**

Nº PROCESSO:	**430/2003-GPES**	
Nº PROTOCOLO:	**1106/2016**	Data do Protocolo: **23/11/2016**
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:	**PAULO SUSSUMU SAITO**	CNPJ ALBERGANTE:
CNPJ / CPF:	**96990040882**	
LOGRADOURO:	**AV.: FERNANDO COSTA,**	NÚMERO: **139**
COMPLEMENTO:		
BAIRRO:	**CENTRO (04)**	
MUNICÍPIO:	**GUARARAPES**	
CEP:	**16700-000**	UF: **SP**
PÁGINA DA WEB:		

RESPONSÁVEL LEGAL: PAULO SUSSUMO SAITO
CPF: 96990040882 CONSELHO REGIONAL: CRO
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 38304 UF: SP

RESPONSÁVEL TÉCNICO: PAULO SUSSUMO SAITO
CPF: 96990040882 CONSELHO REGIONAL: CRO
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 38304 UF: SP

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE GUARARAPES
CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU(S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME(M) CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E OBSERVAR AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO(S) AO CANCELAMENTO DESTE DOCUMENTO

GUARARAPES — LOCAL
20/12/2016 — DATA DE DEFERIMENTO
AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTE: _____ _____
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO — DATA DE CIÊNCIA

SIVISA Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde
VIGILÂNCIA SANITÁRIA
GUARARAPES

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: **351820601-863-000014-1-4** DATA DE VALIDADE: **20/12/2017**

NOTA: **ESTE DOCUMENTO CONTÉM 1 PÁGINA(S)**

Nº PROCESSO:	**430/2003-GPES**
Nº PROTOCOLO:	**1106/2016** Data do Protocolo: **23/11/2016**
SUBGRUPO:	**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**
AGRUPAMENTO:	**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE:	**8630-5/04 ATIVIDADE ODONTOLÓGICA**
OBJETO LICENCIADO:	**EQUIPAMENTO**

Tipo: RAIOS X ODONTOLÓGICO INTRA-ORAL, 70030, TOSHIBA- XRM, 60 kVp -10 mA

DETALHE:

RAZÃO SOCIAL:	**PAULO SUSSUMU SAITO**	CNPJ ALBERGANTE:	
CNPJ / CPF:	**96990040882**		
LOGRADOURO:	**AV.: FERNANDO COSTA,**	NÚMERO:	**139**
COMPLEMENTO:			
BAIRRO:	**CENTRO (04)**		
MUNICÍPIO:	**GUARARAPES**		
CEP:	**16700-000**	UF:	**SP**
PÁGINA DA WEB:			

RESPONSÁVEL LEGAL: **PAULO SUSSUMO SAITO**
CPF: **96990040882** CONSELHO REGIONAL: **CRO**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **38304** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL - EQUIPAMENTO: **PAULO SUSSUMO SAITO**
CPF: **96990040882** CONSELHO REGIONAL: **CRO**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **38304** UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE GUARARAPES CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU(S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME(M) CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E OBSERVAR AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO(S) AO CANCELAMENTO DESTE DOCUMENTO

GUARARAPES	**20/12/2016**	
LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO	AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTE: _____ _____
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DATA DE CIÊNCIA

SIVISA Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde
VIGILÂNCIA SANITÁRIA
GUARARAPES

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: 351820601-863-000096-1-0 DATA DE VALIDADE: 21/12/2017

NOTA: **ESTE DOCUMENTO CONTÉM 2 PÁGINA(S)**

Nº PROCESSO:	**0446/2003-GPES**
Nº PROTOCOLO:	**1212/2016** Data do Protocolo: **12/12/2016**
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:	**SINDICATO DOS TRABALHADORES NAS INDUSTRIAS DE ALIMENTACAO E**	CNPJ ALBERGANTE:	
CNPJ / CPF:	**43.756.659/0002-66**		
LOGRADOURO:	**RUA: QUINTINO BOCAIUVA,**	NÚMERO:	**515**
COMPLEMENTO:			
BAIRRO:	**CENTRO**		
MUNICÍPIO:	**GUARARAPES**		
CEP:	**16700-000**	UF:	**SP**
PÁGINA DA WEB:			

RESPONSÁVEL LEGAL: DULCE ELENA JOSEFINA FERREIRA
CPF: 27247431806 CONSELHO REGIONAL: N/A
Nº INSCR. CONSELHO PROF: UF:

RESPONSÁVEL TÉCNICO: VANESSA RODRIGUES DO PRADO
CPF: 28855071874 CONSELHO REGIONAL: CRO
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 77.390 UF: SP

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: **351820601-863-000096-1-0** DATA DE VALIDADE: **21/12/2017**

SERVIÇOS ALBERGADOS
RELAÇÃO DOS SERVIÇOS ALBERGADOS SOB O Nº CEVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE - OBJETO DESTA LICENÇA:
ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE GUARARAPES CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU(S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME(M) CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E OBSERVAR AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO(S) AO CANCELAMENTO DESTE DOCUMENTO

GUARARAPES	21/12/2016	
LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO	AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTE: _____ _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO | DATA DE CIÊNCIA

SIVISA Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde
VIGILÂNCIA SANITÁRIA
GUARARAPES

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: 351820601-863-000097-1-7 DATA DE VALIDADE: 21/12/2017

NOTA: **ESTE DOCUMENTO CONTÉM 1 PÁGINA(S)**

Nº PROCESSO:	**0446/2003-GPES**
Nº PROTOCOLO:	**1212/2016** Data do Protocolo: **12/12/2016**
SUBGRUPO:	**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**
AGRUPAMENTO:	**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE:	**8630-5/04 ATIVIDADE ODONTOLÓGICA**
OBJETO LICENCIADO:	**EQUIPAMENTO**

Tipo: RAIOS X ODONTOLÓGICO INTRA-ORAL, 003056, DABI ATLANTE SPECTO, 70 kVp

DETALHE:

RAZÃO SOCIAL:	**SINDICATO DOS TRABALHADORES NAS INDUSTRIAS DE ALIMENTACAO E** CNPJ ALBERGANTE:
CNPJ / CPF:	**43.756.659/0002-66**
LOGRADOURO:	**RUA: QUINTINO BOCAIUVA,** NÚMERO: **515**
COMPLEMENTO:	
BAIRRO:	**CENTRO**
MUNICÍPIO:	**GUARARAPES**
CEP:	**16700-000** UF: **SP**
PÁGINA DA WEB:	

RESPONSÁVEL LEGAL: **DULCE ELENA JOSEFINA FERREIRA**
CPF: **27247431806** CONSELHO REGIONAL: **N/A**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: UF:

RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL - EQUIPAMENTO: **VANESSA RODRIGUES DO PRADO**
CPF: **28855071874** CONSELHO REGIONAL: **CRO**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **77.390** UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE GUARARAPES CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU(S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME(M) CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E OBSERVAR AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO(S) AO CANCELAMENTO DESTE DOCUMENTO

GUARARAPES	21/12/2016	
LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO	AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTE: _____ _____
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DATA DE CIÊNCIA

SIVISA Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde
VIGILÂNCIA SANITÁRIA
GUARARAPES

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: 351820601-863-000115-1-7 DATA DE VALIDADE: 16/12/2017

NOTA: **ESTE DOCUMENTO CONTÉM 2 PÁGINA(S)**

Nº PROCESSO:	**1315/2015**
Nº PROTOCOLO:	**1134/2016** Data do Protocolo: **25/11/2016**
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:	**APARECIDA ELIZABETE BATISTA CHAVES**	CNPJ ALBERGANTE:	
CNPJ / CPF:	**05534830808**		
LOGRADOURO:	**Rua ENGENHEIRO CASTILHO**	NÚMERO:	**30**
COMPLEMENTO:			
BAIRRO:	**CENTRO**		
MUNICÍPIO:	**GUARARAPES**		
CEP:	**16700-000**	UF:	**SP**
PÁGINA DA WEB:			

RESPONSÁVEL LEGAL: APARECIDA ELIZABETE BATISTA CHAVES
CPF: 05534830808 CONSELHO REGIONAL: N/A
Nº INSCR. CONSELHO PROF: UF:

RESPONSÁVEL TÉCNICO: WILLIAN RICARDO PIRES
CPF: 05717384947 CONSELHO REGIONAL: CRO
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 110286 UF: SP

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: **351820601-863-000115-1-7** DATA DE VALIDADE: **16/12/2017**

SERVIÇOS ALBERGADOS
RELAÇÃO DOS SERVIÇOS ALBERGADOS SOB O Nº CEVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE - OBJETO DESTA LICENÇA:
ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE GUARARAPES CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU(S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME(M) CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E OBSERVAR AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO(S) AO CANCELAMENTO DESTE DOCUMENTO

GUARARAPES	16/12/2016	
LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO	AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTE: _____ _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO | DATA DE CIÊNCIA

SIVISA Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde
VIGILÂNCIA SANITÁRIA
GUARARAPES

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: **351820601-863-000116-1-4** DATA DE VALIDADE: **09/12/2017**

NOTA: **ESTE DOCUMENTO CONTÉM 1 PÁGINA(S)**

Nº PROCESSO:	**1315/2015**
Nº PROTOCOLO:	**1134/2016** Data do Protocolo: **25/11/2016**
SUBGRUPO:	**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**
AGRUPAMENTO:	**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE:	**8630-5/04 ATIVIDADE ODONTOLÓGICA**
OBJETO LICENCIADO:	**EQUIPAMENTO**

Tipo: RAIOS X ODONTOLÓGICO INTRA-ORAL, 0512, SPECTRO 1070, 110V -60 Hz- 900W

DETALHE:

RAZÃO SOCIAL:	**APARECIDA ELIZABETE BATISTA CHAVES**	CNPJ ALBERGANTE:	
CNPJ / CPF:	**05534830808**		
LOGRADOURO:	**Rua ENGENHEIRO CASTILHO**	NÚMERO:	**30**
COMPLEMENTO:			
BAIRRO:	**CENTRO**		
MUNICÍPIO:	**GUARARAPES**		
CEP:	**16700-000**	UF:	**SP**
PÁGINA DA WEB:			

RESPONSÁVEL LEGAL: **APARECIDA ELIZABETE BATISTA CHAVES**
CPF: 05534830808 CONSELHO REGIONAL: N/A
Nº INSCR. CONSELHO PROF: UF:

RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL - EQUIPAMENTO: **WILLIAN RICARDO PIRES**
CPF: 05717384947 CONSELHO REGIONAL: CRO
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 110286 UF: SP

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE GUARARAPES CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU(S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME(M) CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E OBSERVAR AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO(S) AO CANCELAMENTO DESTE DOCUMENTO

GUARARAPES	16/12/2016	
LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO	AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTE: _____ _____
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DATA DE CIÊNCIA

Código Localizador: 8PVYUJP6