DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE GUARARAPES

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

www.guararapes.sp.gov.br | www.imprensaoficialmunicipal.com.br/guararapes

SUMÁRIO

PODER EXECUTIVO DE GUARARAPES	2
Notificações	2
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.imprensaoficialmunicipal.com.br/guararapes
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.imprensaoficialmunicipal.com.br/guararapes

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

Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICPBrasil, em conformidade com a MP nº 2.200-2, de 2001

O Município de Guararapes garante a autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.guararapes.sp.gov.br

Compilado e também disponível em www.imprensaoficialmunicipal.com.br/guararapes

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE GUARARAPES

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

www.guararapes.sp.gov.br | www.imprensaoficialmunicipal.com.br/guararapes

PODER EXECUTIVO DE GUARARAPES

Notificações

EDITAL DE NOTIFICAÇÃO

A Prefeitura Municipal de Guararapes, através de seu Departamento de Engenharia, responsável pela fiscalização das Posturas Municipais, e no uso de suas prerrogativas, vem por meio do presente Edital, NOTIFICAR os(as) contribuintes abaixo identificados, de qualificação ignorada, residente e domiciliados(as) em lugar incerto e não sabido proprietários(as) de imóveis nesta urbe, também abaixo identificado, para no prazo de 5 (cinco) dias, contados da publicação deste, efetue a limpeza de seu terreno a suas expensas, sob pena de execução do serviço por parte desta Prefeitura Municipal, com a respectiva cobrança do valor de R$ 2,08 (Dois Reais e oito centavos) por metro quadrado, bem como a aplicação de multa no valor de R$ 361,54 (trezentos e sessenta e um reais e cinquenta e quatro centavos) correspondente a 100 UFMs (Unidade Fiscal do Município), por motivo de reincidência, tudo em conformidade com os preceitos dispostos nos artigos 34, § 1º da Lei Municipal nº 631/1967 e 40 do mesmo diploma legal com redação alterada pelo artigo 1º da Lei Municipal nº 2808/2011.

Proprietário	Imóvel/localização
Olivio da Silva	Rua Dom Luiz Orioni, Jd. Dom Luiz Orioni I, cad Municipal 000254201
Olivio da Silva	Rua Dom Luiz Orioni, Jd. Dom Luiz Orioni I, cad Municipal 000127001

Guararapes, 11 de março de 2.021

ASSÍRIO LAURINDO DE ANDRADE

Fiscal de Obras e Posturas

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

LAUDO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO - *LTA*
DE PROJETOS DE EDIFICAÇÕES, INSTALAÇÕES E EMPREENDIMENTOS DE INTERESSE À SAÚDE

N.º *LTA*	**001 /2021** (X) DEFERIDO ( )INDEFERIDO	DATA DO DEFERIMENTO:	**09/03/2021**

N.º PROCESSO: **0019/2021**			
N.º PROTOCOLO:**1247/2020**		DATA DO PROTOCOLO:	**25/11/2020**
TIPO DE ESTABELECIMENTO: AGRUPAMENTO: CNAE – ATIVIDADE ECONÔMICA ESTABELECIMENTO :	**Serviço de complementação diagnóstica terapêutica.** **8640-2/02 Laboratório de Análises Clínicas.**		
PROJETO AVALIADO:	**Ampliação, reforma e ou Adaptação.**		

RAZÃO SOCIAL:	**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUARARAPES**		
CNPJ / CPF:	48.467.054/0001-98		
LOGRADOURO:	**MARECHAL FLORIANO**	NÚMERO:	**1602**
COMPLEMENTO:			
BAIRRO:	**CENTRO**		
MUNICÍPIO:	**Guararapes**		
CEP:	**16.700-000**	UF:	**SP**

RESPONSÁVEL LEGAL:	**ADRIANO VEANHOLI**
CPF:	**365.774.048-10**

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO PROJETO:	**GEDSON JUNQUEIRA BERSANETE**				
CPF:	**957.696.418-00**	CREA Nº:	**0600 83 4844**	UF:	**SP**

PARECER CONCLUSIVO: Conforme normas sanitárias vigentes, em edificações o projeto apresentado mantém condições adequadas para a atividade de: **Laboratório de Análises Clínicas.**

ver "***relatório sucinto de avaliação***" e "***condicionantes do projeto***" nas demais folhas que acompanham este documento. - Total de folhas 0 2

_____

ASSINATURA DA AUTORIDADE SANITÁRIA

N.º *LTA*	**001/2021**	DATA DO DEFERIMENTO:	**09/03/2021**

RELATÓRIO SUCINTO DE AVALIAÇÃO: Conforme normas sanitárias vigentes, em edificações o projeto apresentado mantém condições adequadas para a atividade de: **Laboratório de Análises Clínicas**

CONDICIONANTES DO PROJETO: **Satisfatório.**

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS PELA AVALIAÇÃO DO PROJETO:

NOME:	**CLARA SABIO CANTIÉRI**			ASSINATURA:		
CPF:	**431.743.448-24**	CONSELHO PROFISSIONAL	**CREA : 5070372736**		UF:	**SP**
NOME:	**GLAUCIA NUNES JORDÃO DEL PASCHOA**			ASSINATURA:		
CPF:	**119.947.128-30**	CONSELHO PROFISSIONAL	**CRF: 20170**		UF:	**SP**
NOME:				ASSINATURA:		
CPF:		CONSELHO PROFISSIONAL			UF:	
NOME:				ASSINATURA:		
CPF:		CONSELHO PROFISSIONAL			UF:	
NOME:				ASSINATURA:		
CPF:		CONSELHO PROFISSIONAL			UF:	
NOME:				ASSINATURA:		
CPF:		CONSELHO PROFISSIONAL			UF:	
NOME:				ASSINATURA:		
CPF:		CONSELHO PROFISSIONAL			UF:	
NOME:				ASSINATURA:		
CPF:		CONSELHO PROFISSIONAL			UF:	
NOME:				ASSINATURA:		
CPF:		CONSELHO PROFISSIONAL			UF:	

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

LAUDO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO - *LTA*
DE PROJETOS DE EDIFICAÇÕES, INSTALAÇÕES E EMPREENDIMENTOS DE INTERESSE À SAÚDE

N.º *LTA*	**002 /2021** (X) DEFERIDO ( )INDEFERIDO	DATA DO DEFERIMENTO:	**09/03/2021**

N.º PROCESSO: **0096/2020**			
N.º PROTOCOLO:**1155/2020**		DATA DO PROTOCOLO:	**20/10/2020**
TIPO DE ESTABELECIMENTO:	**Atividades de atenção ambulatorial, executadas por odontólogos**		
AGRUPAMENTO:			
CNAE – ATIVIDADE ECONÔMICA ESTABELECIMENTO :	**8630-5/04 Atividade odontológica**		
PROJETO AVALIADO:	**Ampliação, reforma e ou Adaptação.**		

RAZÃO SOCIAL:	**WDONTO ODONTOLOGIA LTDA**		
CNPJ / CPF:	37.963.718/0001-93		
LOGRADOURO:	**SANTO ANTONIO**	NÚMERO:	**244**
COMPLEMENTO:			
BAIRRO:	**CENTRO**		
MUNICÍPIO:	**Guararapes**		
CEP:	**16.700-000**	UF:	**SP**

RESPONSÁVEL LEGAL:	**DENIS WATANABE**
CPF:	**393.249.258-73**

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO PROJETO:	**MARCO STELLA**				
CPF:	**368.512.288-66**	CAU Nº:	**A105057-5**	UF:	**SP**

PARECER CONCLUSIVO: Conforme normas sanitárias vigentes, em edificações o projeto apresentado mantém condições adequadas para a atividade de: **Atividade Odontológica.**

ver "***relatório sucinto de avaliação***" e "***condicionantes do projeto***" nas demais folhas que acompanham este documento. - Total de folhas 02

_____

ASSINATURA DA AUTORIDADE SANITÁRIA

N.º *LTA*	**002/2021**	DATA DO DEFERIMENTO:	**09/03/2021**

RELATÓRIO SUCINTO DE AVALIAÇÃO: Conforme normas sanitárias vigentes, em edificações o projeto apresentado mantém condições adequadas para a atividade de: **Atividade Odontológica**

CONDICIONANTES DO PROJETO: **Satisfatório.**

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS PELA AVALIAÇÃO DO PROJETO:

NOME:	**CLARA SABIO CANTIÉRI**		ASSINATURA:		
CPF:	**431.743.448-24**	CONSELHO PROFISSIONAL	**CREA : 5070372736**	UF:	**SP**
NOME:	**JOÃO PAULO CATELAN DO NASCIMENTO**		ASSINATURA:		
CPF:	**323.928.798-69**	CONSELHO PROFISSIONAL	**COREN: 330304**	UF:	**SP**
NOME:			ASSINATURA:		
CPF:		CONSELHO PROFISSIONAL		UF:	
NOME:			ASSINATURA:		
CPF:		CONSELHO PROFISSIONAL		UF:	
NOME:			ASSINATURA:		
CPF:		CONSELHO PROFISSIONAL		UF:	
NOME:			ASSINATURA:		
CPF:		CONSELHO PROFISSIONAL		UF:	
NOME:			ASSINATURA:		
CPF:		CONSELHO PROFISSIONAL		UF:	
NOME:			ASSINATURA:		
CPF:		CONSELHO PROFISSIONAL		UF:	
NOME:			ASSINATURA:		
CPF:		CONSELHO PROFISSIONAL		UF:	