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
Atos Administrativos	2
Convênios	2
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

ICP Brasil
O Brasil na era da certificação digital

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

Atos Administrativos

Convênios

EXTRATO DE TERMO DE COLABORAÇÃO

Administração Pública - Prefeitura Municipal de Guararapes

Organização da Sociedade Civil - Fundação Pio XII – Hospital do Câncer de Barretos

Objeto - Repasse de recursos públicos ao Terceiro Setor, a serem realizados no exercício de 2017

Nº - 025/2.017

Valor Mensal - R$ 1.000,00/fonte municipal;

Assinatura - 15 de maio de 2.017

Vigência – 15 de maio de 2.017 a 31 de dezembro de 2.017

Licenciamentos

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

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: **351820601-477-000021-1-9** DATA DE VALIDADE: **24/07/2018**

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

Nº PROCESSO:	**180/2002-GPES**
Nº PROTOCOLO:	**00538/2017** Data do Protocolo: **23/05/2017**
SUBGRUPO:	**ATIVIDADES RELACIONADAS À SAÚDE**
AGRUPAMENTO:	**OUTRAS ATIVIDADES RELACIONADAS À SAÚDE**
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE:	**4774-1/00 Comércio varejista de artigos de ótica**
OBJETO LICENCIADO:	**ESTABELECIMENTO**
DETALHE:	

RAZÃO SOCIAL:	**PAULINO NORIMI MORI - ME**	CNPJ ALBERGANTE:	
CNPJ / CPF:	**03.870.580/0001-66**		
LOGRADOURO:	**AV. RIO BRANCO,**	NÚMERO:	**1228**
COMPLEMENTO:			
BAIRRO:	**CENTRO (03-254)**		
MUNICÍPIO:	**GUARARAPES**		
CEP:	**16700-000**	UF:	**SP**
PÁGINA DA WEB:			

RESPONSÁVEL LEGAL: **PAULINO NORIMI MORI**
CPF: **82476080810** CONSELHO REGIONAL: **N/A**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: UF:

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **PAULINO NORIMI MORI**
CPF: **82476080810** 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	**24/07/2017**	
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: **351820601-863-000042-1-9** DATA DE VALIDADE: **26/07/2018**

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

Nº PROCESSO:		
Nº PROTOCOLO:	**00668/2017**	Data do Protocolo: **06/07/2017**
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, 606.114, PRECION X10, 10 MA

DETALHE:

RAZÃO SOCIAL:	**PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARAPES**	CNPJ ALBERGANTE: **48.468.284/0001-71**
CNPJ / CPF:	**48.468.284/0001-71**	
LOGRADOURO:	**Praça MAX WIRTH**	NÚMERO: **14**
COMPLEMENTO:		
BAIRRO:	**centro**	
MUNICÍPIO:	**GUARARAPES**	
CEP:	**16700-000**	UF: **SP**
PÁGINA DA WEB:		

RESPONSÁVEL LEGAL: **MARIA CRISTINA NEIFE GALHARDO BERTASSO**
CPF: **06063123822** CONSELHO REGIONAL: **N/A**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL - EQUIPAMENTO: **JOSE RENATO CUNHA MARTINEZ**
CPF: **07847111861** CONSELHO REGIONAL: **CRO**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **45870** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO - EQUIPAMENTO: **EDILAINE MIEKO CARVALHO HARA SONODA**
CPF: **06167032874** CONSELHO REGIONAL: **CRO**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **49064** 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	**26/07/2017**	
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: **351820601-863-000043-1-6** DATA DE VALIDADE: **26/07/2018**

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

Nº PROCESSO:
Nº PROTOCOLO: **00668/2017** Data do Protocolo: **06/07/2017**
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, 510.034, PRECION X10, 10 MA
DETALHE:

RAZÃO SOCIAL: **PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARAPES** CNPJ ALBERGANTE: **48.468.284/0001-71**
CNPJ / CPF: **48.468.284/0001-71**
LOGRADOURO: **Praça MAX WIRTH** NÚMERO: **14**
COMPLEMENTO:
BAIRRO: **centro**
MUNICÍPIO: **GUARARAPES**
CEP: **16700-000** UF: **SP**
PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **MARIA CRISTINA NEIFE GALHARDO BERTASSO**
CPF: **06063123822** CONSELHO REGIONAL: **N/A**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL - EQUIPAMENTO: **MARCIO HENRIQUE IEIRI YAMANARI**
CPF: **27444460841** CONSELHO REGIONAL: **CRO**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **79088** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO - EQUIPAMENTO: **MAX ANDERSON GOMES**
CPF: **05847295880** CONSELHO REGIONAL: **CRO**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **38.349** 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	26/07/2017	
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: **351820601-863-000044-1-3** DATA DE VALIDADE: **26/07/2018**

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

Nº PROCESSO:
Nº PROTOCOLO: **00668/2017** Data do Protocolo: **06/07/2017**
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, 6.963, SPECTRO II, 10 MA
DETALHE:

RAZÃO SOCIAL: **PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARAPES** CNPJ ALBERGANTE: **48.468.284/0001-71**
CNPJ / CPF: **48.468.284/0001-71**
LOGRADOURO: **Praça MAX WIRTH** NÚMERO: **14**
COMPLEMENTO:
BAIRRO: **centro**
MUNICÍPIO: **GUARARAPES**
CEP: **16700-000** UF: **SP**
PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **MARIA CRISTINA NEIFE GALHARDO BERTASSO**
CPF: **06063123822** CONSELHO REGIONAL: **N/A**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL - EQUIPAMENTO: **EDILAINE MIEKO CARVALHO HARA SONODA**
CPF: **06167032874** CONSELHO REGIONAL: **CRO**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **49064** 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	26/07/2017	
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: **351820601-863-000120-1-7** DATA DE VALIDADE: **26/07/2018**

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

Nº PROCESSO:		
Nº PROTOCOLO:	**00668/2017**	Data do Protocolo: **06/07/2017**
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:	**PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARAPES**	CNPJ ALBERGANTE: **48.468.284/0001-71**
CNPJ / CPF:	**48.468.284/0001-71**	
LOGRADOURO:	**Praça MAX WIRTH**	NÚMERO: **14**
COMPLEMENTO:		
BAIRRO:	**centro**	
MUNICÍPIO:	**GUARARAPES**	
CEP:	**16700-000**	UF: **SP**
PÁGINA DA WEB:		

RESPONSÁVEL LEGAL: **MARIA CRISTINA NEIFE GALHARDO BERTASSO**
CPF: **06063123822** CONSELHO REGIONAL: **N/A**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **JOSE RENATO CUNHA MARTINEZ**
CPF: **07847111861** CONSELHO REGIONAL: **CRO**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **45870** 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	**26/07/2017**	
LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO	AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTE: _____ _____
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DATA DE CIÊNCIA