DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE CAFELÂNDIA

Conforme Lei Municipal nº 3.588, de 23 de maio de 2017

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

SUMÁRIO

Poder Executivo 2
Errata 2
Vigilância Sanitária 3
Licença Sanitária 3

EXPEDIENTE

O Diário Oficial do Município de Cafelândia, 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 Cafelândia poderão ser consultadas através da internet, por meio do seguinte endereço eletrônico: www.cafelandia.sp.gov.br
Para pesquisa por qualquer termo e utilização de filtros, acesse www.imprensaoficialmunicipal.com.br/cafelandia
As consultas e pesquisas são de acesso gratuito e independente de qualquer cadastro.

ENTIDADES

Prefeitura Municipal de Cafelândia
CNPJ 46.186.375/0001-99
Avenida Jacob Zucchi, 200
Telefone: (14) 3556-8000
Site: www.cafelandia.sp.gov.br
Diário: www.imprensaoficialmunicipal.com.br/cafelandia

Câmara Municipal de Cafelândia
CNPJ 49.890.148/0001-38
Rua Dr. Arnaldo Ferreira de Lima, 65
Telefone: (14) 3554-1119
Site: www.camaracafelandia.sp.gov.br

SAAEC - Serviço Autônomo de Água e Esgoto de Cafelândia
CNPJ 20.903.427/0001-07
Avenida Jacob Zucchi, 200
Telefone: (14) 3556-8000
Site: www.saaec.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 Cafelândia garante a autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.cafelandia.sp.gov.br

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

PODER EXECUTIVO

Errata

ERRATA

Na publicação da Portaria nº 00507/2022-TFMCS, de 11/08/2022, publicado no Diário Oficial do Município de Cafelândia Ano VI, Edição n.º 1031 do dia 11/08/2022.

Onde se Lê: matrícula 9511

Leia-se: matrícula 9541

Cafelândia, 16 de Agosto de 2022.

EDSON NORIYUKI MORIBE

COORDENADOR DE COMUNICAÇÃO SOCIAL E ATOS OFICIAIS

.....

Vigilância Sanitária

Licença Sanitária

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

PROTOCOLO: 042/22 Data: 01/08/2022

Nº Processo Mãe:	
Tipo da Solicitação:	**Cancelamento de Licença Sanitária**
Objeto da Solicitação:	**Estabelecimento**

Atividade Econômica:	**ATIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL**		
Tipo de Estabelecimento:		CEVS:	**350880101-865-000025-1-8**
Razão Social:	**ANA CARLA SPAGNUOLO**		
CNPJ / CPF:	**27619734880**	Situação:	
Logradouro:	**Rua JUSTINO FRANCO JUNIOR**	Número:	**181**
Complemento:	**SALA 3**		
Bairro:	**CENTRO**		
Município:	**CAFELÂNDIA**	UF:	**SP**
CEP:	**16500-000**		

Estabelecimento: 350880101-865-000025-1-8

Responsáveis

ANA CARLA SPAGNUOLO	27619734880	Legal Técnico da atividade principal	CREFITO	SP	5750

Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de CAFELÂNDIA

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **350880101-863-000042-1-9** DATA DE VALIDADE: **09/02/2023**

Nº PROCESSO:	**01.0981.000880/05**
Nº PROTOCOLO:	**045/22** DATA DO PROTOCOLO: **10/08/2022**
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:	**CECILIA KIYOMI MORIBE IKEDA**	CNPJ ALBERGANTE:
NOME FANTASIA:	**CECILIA KIYOMI MORIBE IKEDA**	
CNPJ / CPF:	**08391035816**	
LOGRADOURO:	**RUA DRAUSIO MARCONDES**	NÚMERO: **198**
COMPLEMENTO:	**B**	
BAIRRO:	**CENTRO**	
MUNICÍPIO:	**CAFELÂNDIA**	
CEP:	**16500-000**	UF: **SP**
PÁGINA DA WEB:		

RESPONSÁVEL LEGAL: **CECILIA KIYOMI MORIBE IKEDA**
CPF: **08391035816** CONSELHO REGIONAL: **CRO**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **35.912** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **CECILIA KIYOMI MORIBE IKEDA**
CPF: **08391035816** CONSELHO REGIONAL: **CRO**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **35.912** UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE CAFELÂNDIA CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRI-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.

CAFELÂNDIA	**10/08/2022**	
LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO	AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTES: _____ _____
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL — DATA DE CIÊNCIA

_____ _____
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO — DATA DE CIÊNCIA

Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de CAFELÂNDIA

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **350880101-477-000012-1-0** DATA DE VALIDADE: **13/08/2023**

Nº PROCESSO:	**01.0981.000980/06**
Nº PROTOCOLO:	**041/22** DATA DO PROTOCOLO: **21/07/2022**
SUBGRUPO:	**COMÉRCIO VAREJISTA**
AGRUPAMENTO:	**COMÉRCIO VAREJISTA DE MEDICAMENTOS**
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE:	**4771-7/01 COMÉRCIO VAREJISTA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS, SEM MANIPULAÇÃO DE FORMULAS**
OBJETO LICENCIADO:	**ESTABELECIMENTO**

MEDICAMENTO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL - ADMINISTRAR OU APLICAR MEDICAMENTOS, ADMINISTRAR OU APLICAR MEDICAMENTOS, AFERIR PARÂMETROS FISIOLÓGICOS E BIOQUÍMICOS, PERFURAR LÓBULO AURICULAR, PRESTAR ATENÇÃO FARMACÊUTICA DOMICILIAR

DETALHE:

RAZÃO SOCIAL:	**DROGARIA TANAKA & NASCIMENTO LTDA ME**	CNPJ ALBERGANTE:
NOME FANTASIA:	**FARMÁCIA SANTA ALICE**	
CNPJ / CPF:	**08.199.298/0001-12**	
LOGRADOURO:	**RUA DRAUSIO MARCONDES**	NÚMERO: **90**
COMPLEMENTO:		
BAIRRO:	**CENTRO**	
MUNICÍPIO:	**CAFELÂNDIA**	
CEP:	**16500-000**	UF: **SP**
PÁGINA DA WEB:		

RESPONSÁVEL LEGAL: **SUZY MASSAKO TANAKA**
CPF: **26047285830** CONSELHO REGIONAL: **CRF**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **28128** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **SUZY MASSAKO TANAKA**
CPF: **26047285830** CONSELHO REGIONAL: **CRF**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **28128** UF: **SP**

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **350880101-477-000012-1-0** DATA DE VALIDADE: **13/08/2023**

CLASSES DE PRODUTOS E ATIVIDADES AUTORIZADAS

CLASSE DE PRODUTO:

MEDICAMENTO

DISPENSAR MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL

DISPENSAR MEDICAMENTOS

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE CAFELÂNDIA CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRI-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.

CAFELÂNDIA	**21/07/2022**	
LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO	AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTES:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL	DATA DE CIÊNCIA
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO	DATA DE CIÊNCIA

Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de CAFELÂNDIA

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **350880101-960-000115-1-7** DATA DE VALIDADE: **04/08/2023**

Nº PROCESSO:	**01.0981.002419/22**
Nº PROTOCOLO:	**038/22** DATA DO PROTOCOLO: **12/07/2022**
SUBGRUPO:	**ATIVIDADES RELACIONADAS À SAÚDE**
AGRUPAMENTO:	**OUTRAS ATIVIDADES RELACIONADAS À SAÚDE**
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE:	**9602-5/02 ATIVIDADES DE ESTÉTICA E OUTROS SERVIÇOS DE CUIDADOS COM A BELEZA**
OBJETO LICENCIADO:	**ESTABELECIMENTO**
DETALHE:	

RAZÃO SOCIAL:	**GIOVANA LETICIA CANDIDO**	CNPJ ALBERGANTE:
NOME FANTASIA:	**GIOVANA LETICIA CANDIDO**	
CNPJ / CPF:	**45426360898**	
LOGRADOURO:	**Avenida PIZA SOBRINHO**	NÚMERO: **180**
COMPLEMENTO:	**SALA A**	
BAIRRO:	**PENA**	
MUNICÍPIO:	**CAFELÂNDIA**	
CEP:	**16503-038**	UF: **SP**
PÁGINA DA WEB:		

RESPONSÁVEL LEGAL: **GIOVANA LETICIA CANDIDO**
CPF: **45426360898** CONSELHO REGIONAL: **CRBM**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **36539** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **GIOVANA LETICIA CANDIDO**
CPF: **45426360898** CONSELHO REGIONAL: **CRBM**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **36539** UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE CAFELÂNDIA CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRI-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.

CAFELÂNDIA	**04/08/2022**	
LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO	AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTES:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL	DATA DE CIÊNCIA
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO	DATA DE CIÊNCIA

Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de CAFELÂNDIA

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **350880101-477-000020-1-1** DATA DE VALIDADE: **07/08/2023**

Nº PROCESSO:	**01.0981.002334/19**
Nº PROTOCOLO:	**044/22** DATA DO PROTOCOLO: **03/08/2022**
SUBGRUPO:	**COMÉRCIO VAREJISTA**
AGRUPAMENTO:	**COMÉRCIO VAREJISTA DE MEDICAMENTOS**
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE:	**4771-7/01 COMÉRCIO VAREJISTA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS, SEM MANIPULAÇÃO DE FORMULAS**
OBJETO LICENCIADO:	**ESTABELECIMENTO**

MEDICAMENTO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL - ADMINISTRAR OU APLICAR MEDICAMENTOS, ADMINISTRAR OU APLICAR MEDICAMENTOS, AFERIR PARÂMETROS FISIOLÓGICOS E BIOQUÍMICOS, MEDICAMENTO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL - DISPENSAR MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL

DETALHE:

RAZÃO SOCIAL:	**LB DROGARIA LTDA**	CNPJ ALBERGANTE:
NOME FANTASIA:	**LB DROGARIA LTDA**	
CNPJ / CPF:	**31.033.063/0002-59**	
LOGRADOURO:	**Rua DRAUSIO MARCONDES**	NÚMERO: **222**
COMPLEMENTO:		
BAIRRO:	**CENTRO**	
MUNICÍPIO:	**CAFELÂNDIA**	
CEP:	**16500-033**	UF: **SP**
PÁGINA DA WEB:		

RESPONSÁVEL LEGAL: **MARCIA RAMOS SALES**
CPF: **30465421865** CONSELHO REGIONAL: **N/A**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: UF:

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **LENICE DE OLIVEIRA LIMA**
CPF: **06182960850** CONSELHO REGIONAL: **CRF**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **59645** UF: **SP**

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **350880101-477-000020-1-1** DATA DE VALIDADE: **07/08/2023**

CLASSES DE PRODUTOS E ATIVIDADES AUTORIZADAS

CLASSE DE PRODUTO:

MEDICAMENTO

DISPENSAR MEDICAMENTOS

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE CAFELÂNDIA CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRI-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.

CAFELÂNDIA	**10/08/2022**	
LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO	AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTES:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL	DATA DE CIÊNCIA
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO	DATA DE CIÊNCIA

Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de CAFELÂNDIA

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **350880101-864-000005-1-5** DATA DE VALIDADE: **29/05/2023**

Nº PROCESSO:	**01.0981.002374/20**
Nº PROTOCOLO:	**040/22** DATA DO PROTOCOLO: **21/07/2022**
SUBGRUPO:	**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**
AGRUPAMENTO:	**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE:	**8640-2/02 LABORATÓRIOS CLÍNICOS**
OBJETO LICENCIADO:	**ESTABELECIMENTO**
DETALHE:	**139 POSTO DE COLETA LABORATORIAL**

RAZÃO SOCIAL:	**POSTO DE COLETA LABORATORIO SAO MARCOS DE CAFELANDIA EIRELI** CNPJ ALBERGANTE:
NOME FANTASIA:	**POSTO DE COLETA LABORATORIO SAO MARCOS DE CAFELANDIA EIRELI**
CNPJ / CPF:	**36.064.549/0001-97**
LOGRADOURO:	**Praça BERALDO ARRUDA** NÚMERO: **155**
COMPLEMENTO:	
BAIRRO:	**parte baixa**
MUNICÍPIO:	**CAFELÂNDIA**
CEP:	**16500-000** UF: **SP**
PÁGINA DA WEB:	

RESPONSÁVEL LEGAL: **THAIS MITIE SATO BUENO**
CPF: **21974630803** CONSELHO REGIONAL: **CRF**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **50490** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **THAIS MITIE SATO BUENO**
CPF: **21974630803** CONSELHO REGIONAL: **CRF**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **50490** UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE CAFELÂNDIA CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRI-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.

CAFELÂNDIA — LOCAL
21/07/2022 — DATA DE DEFERIMENTO
AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTES:
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL — DATA DE CIÊNCIA

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO — DATA DE CIÊNCIA

Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de CAFELÂNDIA

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **350880101-863-000161-1-0** DATA DE VALIDADE: **30/08/2023**

Nº PROCESSO:	**01.0981.002411/21**
Nº PROTOCOLO:	**039/22** DATA DO PROTOCOLO: **12/07/2022**
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:	**RAFAEL HENRIQUE MIADA CASTRO**	CNPJ ALBERGANTE:
NOME FANTASIA:	**DR RAFAEL MIADA**	
CNPJ / CPF:	**42072738830**	
LOGRADOURO:	**Avenida PIZA SOBRINHO**	NÚMERO: **180**
COMPLEMENTO:	**A**	
BAIRRO:	**PARTE ALTA**	
MUNICÍPIO:	**CAFELÂNDIA**	
CEP:	**16503-038**	UF: **SP**
PÁGINA DA WEB:		

RESPONSÁVEL LEGAL: **RAFAEL HENRIQUE MIADA CASTRO**
CPF: **42072738830** CONSELHO REGIONAL: **CRO**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **133484** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **RAFAEL HENRIQUE MIADA CASTRO**
CPF: **42072738830** CONSELHO REGIONAL: **CRO**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **133484** UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE CAFELÂNDIA CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRI-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.

CAFELÂNDIA	**09/08/2022**	
LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO	AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTES:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL	DATA DE CIÊNCIA
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO	DATA DE CIÊNCIA

Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de CAFELÂNDIA

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **350880101-864-000006-1-2** DATA DE VALIDADE: **04/08/2023**

Nº PROCESSO:	**01.0981.002409/21**
Nº PROTOCOLO:	**043/22** DATA DO PROTOCOLO: **02/08/2022**
SUBGRUPO:	**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**
AGRUPAMENTO:	**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE:	**8640-2/02 LABORATÓRIOS CLÍNICOS**
OBJETO LICENCIADO:	**ESTABELECIMENTO**
DETALHE:	**088 ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA CLÍNICA**

RAZÃO SOCIAL:	**STEFFANI DIAS PEREIRA**	CNPJ ALBERGANTE:
NOME FANTASIA:	**LABORMED**	
CNPJ / CPF:	**41.405.577/0001-60**	
LOGRADOURO:	**Rua RUA WALTER CALDAS DE MESQUITA**	NÚMERO: **379**
COMPLEMENTO:		
BAIRRO:	**CENTRO**	
MUNICÍPIO:	**CAFELÂNDIA**	
CEP:	**16500-049**	UF: **SP**
PÁGINA DA WEB:		

RESPONSÁVEL LEGAL: **STEFFANI DIAS PEREIRA**
CPF: **47498508885** CONSELHO REGIONAL: **CRBM**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **43212** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **DEBORA RICCI ALEXANDRE**
CPF: **42728121818** CONSELHO REGIONAL: **CRBM**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **40080** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **STEFFANI DIAS PEREIRA**
CPF: **47498508885** CONSELHO REGIONAL: **CRBM**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **43212** UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE CAFELÂNDIA CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRI-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.

CAFELÂNDIA	**04/08/2022**	
LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO	AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTES:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL	DATA DE CIÊNCIA
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO	DATA DE CIÊNCIA