



VIGILÂNCIA EM SAÚDE
GRUPO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA I CAPITAL

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **355030890-325-000268-1-6**

DATA DE VALIDADE: **06/08/2020**

Nº PROCESSO: **001/0711/000392/2013**
Nº PROTOCOLO: **1956626/2019** Data do Protocolo: **18/07/2019**
SUBGRUPO: **FABRIL**
AGRUPAMENTO: **INDÚSTRIA DE PRODUTOS PARA A SAÚDE**
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **3250-7/01 FABRICAÇÃO DE INSTRUMENTOS NÃO ELETRÔNICOS E UTENSÍLIOS PARA USO MÉDICO, CIRÚRGICO, ODONTOLÓGICO E DE LABORATÓRIO**
OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE:

RAZÃO SOCIAL: **GABMED PRODUTOS ESPECÍFICOS LTDA.** CNPJ ALBERGANTE:
NOME FANTASIA: **GABMED**
CNPJ / CPF: **68.867.522/0001-29**
LOGRADOURO: **Rua ANTÔNIO DAS CHAGAS** NÚMERO: **954**
COMPLEMENTO: **966**
BAIRRO: **CHÁCARA SANTO ANTÔNIO (ZONA SUL)**
MUNICÍPIO: **SÃO PAULO**
CEP: **04714-001** UF: **SP**
PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **ANTONIO FERNANDO RAMOS**
CPF: **87645955872**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **0**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**
UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **PERLA FABIANA DE FREITAS FONSECA**
CPF: **26163052838**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **202483**

CONSELHO REGIONAL: **COREN**
UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **BEATRIZ GOULART DE FARIA RAMOS**
CPF: **40202738809**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **2042394**

CONSELHO REGIONAL: **CREA**
UF: **SP**

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO - VIGILÂNCIA SANITÁRIANº CEVS: **355030890-325-000268-1-6**DATA DE VALIDADE: **06/08/2020**

CLASSES DE PRODUTOS E ATIVIDADES AUTORIZADAS

CLASSE DE PRODUTO:

PRODUTOS PARA SAÚDE

ARMAZENAR EM ÁREA PRÓPRIA

EMBALAR

EXPEDIR

EXPORTAR

FABRICAR

IMPORTAR

TRANSPORTAR

CATEGORIA:

MATERIAL OU ARTIGO DESCARTÁVEL

O(A) DIRETOR(A) DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SÃO PAULO

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.

SÃO PAULO

LOCAL

06/08/2019

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1566834444092

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/>