

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CMVS: 355030801-873-000453-1-4

NOTA: ESTE DOCUMENTO CONTÉM 1 PÁGINA(S)

Nº PROCESSO:
Nº PROTOCOLO: PA1551217 Data do Protocolo: 23/08/2017
SUBGRUPO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
AGRUPAMENTO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: 8730-1/02 ALBERGUES ASSISTENCIAIS
OBJETO LICENCIADO: ESTABELECIMENTO
DETALHE: 120 CASAS DE APOIO - OUTRAS

RAZÃO SOCIAL: CENTRO DOS HEMOFÍLICOS DO ESTADO DE SÃO PAULO CNPJ ALBERGANTE:
NOME FANTASIA: CHESP
CNPJ / CPF: 62.847.322/0001-28
LOGRADOURO: Rua CAPITÃO MACEDO NÚMERO: 470
COMPLEMENTO:
BAIRRO: Vila Clementino
MUNICÍPIO: SÃO PAULO UF: SP
CEP: 04021-020
PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: MARIA CECÍLIA CHIOCCA DE MAGALHÃES PINTO CONSELHO REGIONAL: N/A
CPF: 11848104863 UF:
Nº INSCR. CONSELHO PROF:

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA 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 CUMPRÍ-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

05/09/2017

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: 1504643619805