

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CMVS: **355030801-863-040277-1-0**

NOTA: ESTE DOCUMENTO CONTÉM 1 PÁGINA(S)

Nº PROCESSO:
Nº PROTOCOLO: **15939527** Data do Protocolo: **21/12/2016**
SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**
AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8630-5/02 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**
OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**
DETALHE: **110 CLÍNICA / AMBULATÓRIO I**

RAZÃO SOCIAL: **CLÍNICA MÉDICA E MEDICINA DIAGNÓSTICA PHYTAH LTDA** CNPJ ALBERGANTE:
CNPJ / CPF: **09.201.100/0001-50**
LOGRADOURO: **Rua PEDRO DE TOLEDO** NÚMERO: **980**
COMPLEMENTO: **cj. 85**
BAIRRO: **Vila Clementino**
MUNICÍPIO: **SÃO PAULO**
CEP: **04039-002** UF: **SP**
PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **SUN REI DIM**
CPF: **11436333857** CONSELHO REGIONAL: **CRM**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **63024** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **FREDERICO JOSE NEVES MANCUSO**
CPF: **08937662833** CONSELHO REGIONAL: **CRM**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **97244** UF: **SP**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SÃO PAULO
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 DESTES
DOCUMENTOS

SÃO PAULO

LOCAL

09/06/2017

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1502211097231