



VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Prefeitura Municipal de SÃO PAULO

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CMVS: 355030801-864-002485-1-7

DATA DE VALIDADE: 04/09/2020

Nº PROCESSO:
Nº PROTOCOLO: PA744217 Data do Protocolo: 03/05/2017
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 PARA ANÁLISES CLÍNICAS

RAZÃO SOCIAL: PRIME LAB SERVIÇOS DE DIAGNOSTICOS LTDA CNPJ ALBERGANTE:
NOME FANTASIA: PRIME LAB
CNPJ / CPF: 18.332.020/0001-25
LOGRADOURO: Rua DOUTOR LUIZ MIGLIANO NÚMERO: 1110
COMPLEMENTO: sl 204
BAIRRO: Jardim Caboré
MUNICÍPIO: SÃO PAULO
CEP: 05711-001 UF: SP
PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: MARCELO AUGUSTO DE OLIVEIRA
CPF: 11679079816 CONSELHO REGIONAL: N/A
Nº INSCR. CONSELHO PROF: UF: SP

RESPONSÁVEL TÉCNICO: CARINA PERES MEDEIROS
CPF: 11803836806 CONSELHO REGIONAL: CRF
Nº INSCR. CONSELHO PROF: 40358 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) 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

04/09/2017

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Código de Validação: 1559230487690

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, **PRIME LAB DIAGNOSTICOS**

ENDERECO: RUA DR LUIZ MIGLIANO, 1110 CONJ 204


BAIRRO: JD CAMBORE

CNPJ/CPF: 18.332.020/0001-25

Entregou documentação para CNES de inclusão, na Secretaria Municipal da Saúde,
junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES.

São Paulo, 09 de Agosto de 2017 .

Recebido por: _____


Susana Viana de O. Mota
RF 535.959.7

CNES Nº : _____

9307168

OBS: Acesse o site: <http://cnes.datasus.gov.br> (sem www). Vá em consultas – estabelecimentos, informe o CPF OU CNPJ (somente). Quando o cadastro estiver disponível no site, anotar o número no espaço existente no relatório entregue no ato do cadastro.

Entrar em contato por e-mail quando precisar proceder a qualquer tipo de atualização no CNES.

Relatório recebido em 9/8/17 -----

Nome Legível -----

Assinatura  -----

OBSERVAÇÃO: Na desativação do estabelecimento (aposentadoria, falecimento, mudança de município ...), o CNES precisa ser encerrado, bem como a Vigilância Sanitária e demais órgãos.

DADOS OPERACIONAIS → INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

IDENTIFICAÇÃO

PF CNES Tipo de Estabelecimento
 39 - UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)

PJ Sub-Tipo de Estabelecimento

Identificador da Situação do Estabelecimento → Individual Mantido Terceiros

Nome Empresarial
PRIME LAB SERVICOS DIAGNOSTICOS LTDA

Nome Fantasia
PRIME LAB DIAGNOSTICOS

Logradouro
RUA DOUTOR LUIZ MIGLIANO Número
1110

Complemento
CONJ 204 Bairro
JARDIM CABORE

Nome do Município
SAO PAULO CEP
05711000

Cód. Município UF R. Saúde Micro região D. Sanit. Mód. Assist. Telefone

355030 SP do laboratório

FAX E-Mail

laboratório

CNPJ/CPF DO ESTABELECIMENTO
18332020000125 CNPJ DA MANTENEDORA

CARACTERIZAÇÃO

Natureza Jurídica
--

Atividade de Ensino/Pesquisa
04-UNIDADE SEM ATIVIDADE DE

Atendimento Prestado	SUS	Particular	Plano de Saúde Público	Plano de Saúde Privado
Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento Ambulatorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SADT	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilância em Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regulação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gestão

	Estadual	Municipal
Atenção Básica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Média Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fluxo da Cliente
01-A TENDIMENTO DE DEMANDA

TURNO DE ATENDIMENTO
03-A TENDIMENTOS NOS TURNOS DA MANHA E A TARDE

VÍNCULO COM O SUS

No. Contrato/Convênio - Municipal Data da Publicação

No. Contrato/Convênio - Estadual Data da Publicação

Conta-corrente

Banco Agência Número

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

No. do Alvará Data de Expedição Órgão Expeditor

355030801-864-002485-0-9 03/05/2017 SES SMS

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)	Data	Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade	Data
			27/06/17
Assinatura e Carimbo do(a) Gestor Municipal do SUS	Data	Assinatura e Carimbo do(a) Gestor Estadual do SUS	Data

Assinatura de O. Mota
R.F. 533.757.11
AGPP

