



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de CAMPINAS

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: 350950225-464-000075-1-0

DATA DE VALIDADE: 17/04/2021

Nº PROCESSO:
Nº PROTOCOLO: **PMC.2020.00001032-10** Data do Protocolo: **09/01/2020**
SUBGRUPO: **DISTRIBUIDORA/IMPORTADORA**
AGRUPAMENTO: **COMÉRCIO ATACADISTA DE PRODUTOS PARA A SAÚDE**
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **4645-1/01 COMÉRCIO ATACADISTA DE INSTRUMENTOS E MATERIAIS PARA USO MÉDICO, CIRÚRGICO, HOSPITALAR E DE LABORATÓRIOS**
OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE:

RAZÃO SOCIAL: **GADALI MEDICAL COM DE PRODUTOS MEDICO-HOSPITALAR LTDA - ME** CNPJ ALBERGANTE:
NOME FANTASIA: **GADALI MEDICAL COM DE PRODUTOS MEDICO-HOSPITALAR LTDA - ME**
CNPJ / CPF: **06.143.957/0001-73**
LOGRADOURO: **Rua ELEUTÉRIO RODRIGUES** NÚMERO: **434**
COMPLEMENTO:
BAIRRO: **VILA NOVA**
MUNICÍPIO: **CAMPINAS**
CEP: **13073-066** UF: **SP**
PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **DALIZE MARIA SQUEBOLA COLA**
CPF: **32432346890** CONSELHO REGIONAL: **COREN**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **140152136** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **DALIZE MARIA SQUEBOLA COLA**
CPF: **32432346890** CONSELHO REGIONAL: **COREN**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **140152136** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **DENISE SAYURI TUKADA**
CPF: **41004382812** CONSELHO REGIONAL: **CRBIO**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **100025** UF: **SP**

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **350950225-464-000075-1-0**

DATA DE VALIDADE: **17/04/2021**

CLASSES DE PRODUTOS E ATIVIDADES AUTORIZADAS

CLASSE DE PRODUTO:

PRODUTOS PARA SAÚDE

ARMAZENAR EM ÁREA PRÓPRIA

DISTRIBUIR

IMPORTAR

TRANSPORTAR

CATEGORIA:

ACESSÓRIOS

INSTRUMENTOS

MATERIAL OU ARTIGO DESCARTÁVEL

MATERIAL OU ARTIGO IMPLANTÁVEL

OUTROS CORRELATOS

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE CAMPINAS

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.

CAMPINAS

17/04/2020

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1587674253106

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/>