Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354990401-872-000039-1-3** DATA DE VALIDADE: **05/06/2025**

Nº PROCESSO:	**162181/2023**
Nº PROTOCOLO:	**162181/2023-0** DATA DO PROTOCOLO: **15/03/2024**
SUBGRUPO:	**ATIVIDADES RELACIONADAS À SAÚDE**
AGRUPAMENTO:	**OUTRAS ATIVIDADES RELACIONADAS À SAÚDE**
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE:	**8720-4/99 ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL E À SAÚDE A PORTADORES DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS, DEFICIÊNCIA MENTAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA E GRUPOS SIMILARES NÃO ESPECIFICADA ANTERIORMENTE**
OBJETO LICENCIADO:	**ESTABELECIMENTO**
DETALHE:	

RAZÃO SOCIAL:	**ASSOCIACAO BRASILEIRA DE PROTECAO AO INDIVIDUO - ABRAPI**	CNPJ ALBERGANTE:	
NOME FANTASIA:	**ABRAPI**		
CNPJ / CPF:	**35.252.296/0001-12**		
LOGRADOURO:	**Rua SALVADOR LAHOZ**	NÚMERO:	**275**
COMPLEMENTO:			
BAIRRO:	**Jardim Vale do Sol**		
MUNICÍPIO:	**SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**		
CEP:	**12238-220**	UF:	**SP**
PÁGINA DA WEB:			

RESPONSÁVEL LEGAL: **SINTIQUE NOBRE LOURENCO DE ARAUJO**
CPF: **33834942847** CONSELHO REGIONAL: **N/A**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: UF:

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **BARBARA ELEONORA EZEQUIEL DA SILVA**
CPF: **30597096880** CONSELHO REGIONAL: **CRESS**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **65910** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **CLAUDIA MARIA DO NASCIMENTO**
CPF: **18379620810** CONSELHO REGIONAL: **CRESS**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **68405** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **VIVIANE DA SILVA COSTA CASTILHO**
CPF: **31893444856** CONSELHO REGIONAL: **CRP**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **06155448** UF: **SP**

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354990401-872-000039-1-3** DATA DE VALIDADE: **05/06/2025**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRI-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 DESTE DOCUMENTO.
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 JOSÉ DOS CAMPOS	**05/06/2024**
LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1718659271835

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/