

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CMVS: **355030801-864-000953-1-1**

DATA DE VALIDADE: **09/11/2026**

Nº PROCESSO:
Nº PROTOCOLO: **6018.2023/0058325-0** DATA DO PROTOCOLO: **26/06/2023**
SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**
AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8640-2/05 SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM COM USO DE RADIAÇÃO IONIZANTE - EXCETO TOMOGRAFIA**
OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**
DETALHE: **032 INSTITUTO DE DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA**

RAZÃO SOCIAL: **UNIRADIOGRAPHIC RADIOLOGIA E DOCUMENTACAO LTDA - EPP** CNPJ ALBERGANTE:
NOME FANTASIA: **UNIRADIOGRAPHIC RADIOLOGIA E DOCUMENTACAO LTDA - EPP**
CNPJ / CPF: **07.106.068/0001-07**
LOGRADOURO: **R GRAVI** NÚMERO: **93**
COMPLEMENTO:
BAIRRO: **SAUDE**
MUNICÍPIO: **SÃO PAULO**
CEP: **04143050** UF: **SP**
PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **ANDREIA ANDRADE DE PAIVA SOUZA**
CPF: **15744873880** CONSELHO REGIONAL: **N/A**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: UF:

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **KAIQUE PATROCINIO DE LIMA**
CPF: **48926182843** CONSELHO REGIONAL: **CRO**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **155836** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **ALBERTO FISCHMAN**
CPF: **13028711885** CONSELHO REGIONAL: **CRO**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **36414** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **ANA CLAUDIA AZEVEDO PERETTE**
CPF: **12552052886** CONSELHO REGIONAL: **CRO**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **74161** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **GUSTAVO DE ANDRADE JACQUIER**
CPF: **44641830851** CONSELHO REGIONAL: **CRO**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **144809** UF: **SP**

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CMVS: 355030801-864-000953-1-1

DATA DE VALIDADE: 09/11/2026

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

LOCAL

09/11/2023

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1699548076400

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/>