



SIVISA Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde
VIGILÂNCIA SANITÁRIA
UBATUBA

FICHA DE SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE EXECUTORA

46.482.857/0001-96	EQUIPE DE VIG.	SANITÁRIA DE UBATUBA 0167681	1
CNPJ/CPF	Nome	Código SIA	Código Serviço

INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

E20230017923	28/12/2023
--------------	------------

Protocolo	Data do protocolo
-----------	-------------------

SOLICITAÇÃO

Estabelecimento	Licença Sanitária Inicial
Objeto da Solicitação	Tipo de Solicitação

Data de Vencimento

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

47.241.882/0001-40

CNPJ/CPF

CAMILA R B BUCCI ODONTOLOGIA

Razão Social / Nome

LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Rua HANS STADEN nº 855

Logradouro, Nº, Complemento

CENTRO	UBATUBA / SP
--------	--------------

Bairro	Município / UF
--------	----------------

(12) 991528115	fernando.contabeis2014@gmail.com	11690-021
----------------	----------------------------------	-----------

Telefone	FAX	e-mail	CEP
----------	-----	--------	-----

Página de Web

CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Albergante	Matriz/Mantenedora	Situação
------------	--------------------	----------

Tipo	PRIVADO	EMPRESA PRIVADA
------	---------	-----------------

Esfera administrativa	Natureza da organização
-----------------------	-------------------------

NÃO POSSUI UNIDADE DESSE TIPO

Unidade de ensino e pesquisa

Total de Funcionários/Profissionais com vínculo	Total de Funcionários/Profissionais autônomos	Total de Funcionários/Profissionais terceirizados
0		

Total de Funcionários

DADOS DA ATIVIDADE

8630-5/04

Código CNAE

ATIVIDADE ODONTOLÓGICA

Descrição CNAE

Não

Prestadora de serviço de radiometria / testes de qualidade

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS LEGAIS E TÉCNICOS

38876096892	CAMILA RAFAELA BORGES BUCCI
-------------	-----------------------------

CPF	Nome
-----	------

Legal - Técnico de equipamento - Técnico da atividade principal - Técnico da atividade substituto

Tipo de Responsabilidade

FICHA DE SOLICITAÇÃO

SERVIÇOS

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Seção sem preenchimento.

ATRIBUTO DA ATIVIDADE ECONÔMICA ALBERGADO - PRÓPRIO

Seção sem preenchimento.

ATRIBUTO DA ATIVIDADE ECONÔMICA ALBERGADO - TERCEIRIZADO

Seção sem preenchimento.

AMBULATÓRIOS

Total de Consultórios Médicos, Segundo o Tipo

Pediátrico	Feminino	Masculino	Outros
------------	----------	-----------	--------

Total outros Consultórios

Total Outros

Total de Salas e de Leitos de Repouso / Observação, Segundo o Tipo

Pediátrico(Sala)	Pediátrico(Leito)	Feminino(Sala)	Feminino(Leito)
Masculino(Sala)	Masculino(Leito)	Outros(Sala)	Outros(Leito)

Total de Consultórios Odontológicos e Equipos

Consultórios odontológicos	Equipos
----------------------------	---------

Total de Salas, Segundo o Tipo

Imunização	Enfermagem	Sala de quimioterapia	Leito/poltronas de quimioterapia
Nebulização	Curativo	Gesso	Cirurgia ambulatorial
Sala diálise	Poltrona diálise	Pequenas cirurgias	

CCIH - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALAR

Seção sem preenchimento.

LEITOS

Seção sem preenchimento.

ORIENTAÇÕES

Senhores representantes legais e responsáveis técnicos, favor comparecerem ao órgão de vigilância sanitária do município onde está sediado o estabelecimento, munidos dos documentos exigidos pela legislação vigente (Portaria CVS 1/2020).