



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde
Recebimento - NAOR Capital

CADASTRO DE REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS

Nº do Processo: 024.00184307/2024-52

Interessado: SAO PAULO SECRETARIA DA SAUDE-HOSPITAL GERAL DE ITAIM PAULISTA CNPJ
46.374.500/0141-44

Assunto: RENOVAÇÃO DA LICENÇA - HOSPITAL GERAL

PROTOCOLO



Documento assinado eletronicamente por **Sandra Cristina Da Silva Fraga, OFICIAL ADMINISTRATIVO**, em 29/10/2024, às 10:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
https://sei.sp.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0044379116** e o código CRC **91A5800A**.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO III – PORTARIA CVS 1/2024

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº PROTOCOLO

2. DATA PROTOCOLO

3. Nº PROCESSO DE ORIGEM

II – SOLICITAÇÃO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO

ESTABELECIMENTO

EQUIPAMENTO

ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO

5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA

CÓDIGO DA ATIVIDADE: 8610-1/01

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: ATIVIDADE DE ATENDIMENTO HOSPITALAR - EXCETO PRONTO-SOCORRO

6. Nº CEVS

355030890

861

012007

1

2

7. TIPO DE SOLICITAÇÃO – Assinale uma das opções abaixo:

LICENÇA SANITÁRIA INICIAL

CANCELAMENTO DE LICENÇA SANITÁRIA

RENOVAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA

ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale no item 8, as alterações correspondentes à esta solicitação.

8. TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale uma das opções abaixo:

a. ENDEREÇO

g. Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO

b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

h. Nº DE LEITOS

c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

i. AMPLIAÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO

d. RESPONSABILIDADE LEGAL

j. REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO

e. RAZÃO SOCIAL

f.1. FUSÃO ou

f.2. INCORPORAÇÃO ou

f.3. CISÃO ou

f.4. SUCESSÃO

REGISTRE O NOVO CNPJ:

III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

9. NATUREZA JURÍDICA – Assinale uma das opções:

PESSOA JURÍDICA

PESSOA FÍSICA

10. CNPJ / CPF

46.374.500/0141-44

11. RAZÃO SOCIAL / NOME

SÃO PAULO SECRETARIA DA SAÚDE - HOSPITAL

12. NOME FANTASIA

HOSPITAL GERAL SANTA MARCELINA DO ITAIM PAULISTA

IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

13. CEP 08115-100	14. TIPO LOGRADOURO AVENIDA
15. LOGRADOURO AV. MARECHAL TITO	
16. Nº 6035	17. COMPLEMENTO
18. BAIRRO ITAIM PAULISTA	
19. MUNICÍPIO SÃO PAULO	
UF: SP	20. DISTRITO
21. COORDENADAS GEOGRÁFICAS: LONGITUDE: " ' . " N " ' . " S	
22. TELEFONE 11 2563-6303	23. CELULAR 11 98361-1024
24. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail) gersupri.itaim@oss.santamarcelina.org	
25. ENDEREÇO PÁGINA WEB	

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

26. TIPO – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: <input checked="" type="radio"/> MATRIZ / MANTENEDORA <input type="radio"/> FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora:
27. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: <input type="radio"/> PRIVADO <input type="radio"/> FEDERAL <input checked="" type="radio"/> ESTADUAL <input type="radio"/> MUNICIPAL
28. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale <u>uma</u> das opções: <input type="radio"/> PESSOA FÍSICA <input type="radio"/> EMPRESA PRIVADA <input type="radio"/> EMPRESA DE ECONOMIA MISTA <input type="radio"/> COOPERATIVA <input type="radio"/> SINDICATO <input type="radio"/> FUNDAÇÃO PRIVADA <input type="radio"/> ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS <input type="radio"/> SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE <input checked="" type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA <input type="radio"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA
29. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Refere-se somente ao CNAE 8640-2/99. – Assinale <u>uma</u> das opções ao lado conforme prestação do serviço: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM para a classe 1 <input type="radio"/> SIM para a classe 2 – Para resposta <u>SIM</u> , assinale <u>uma ou mais</u> alternativas referentes ao tipo de equipamento, conforme classe assinalada: <input type="checkbox"/> ODONTÓGICO INTRAORAL <input type="checkbox"/> MÉDICO SEM FLUOROSCOPIA <input type="checkbox"/> MAMÓGRAFO <input type="checkbox"/> ODONTÓGICO EXTRAORAL <input type="checkbox"/> MÉDICO COM FLUOROSCOPIA <input type="checkbox"/> TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO
30. TRANSPORTE DE ÁGUA – Refere-se somente ao CNAE 3600-6/02: <input type="radio"/> CONSUMO HUMANO <input type="radio"/> REUSO
31. TRANSPORTADORA – Refere-se somente aos CNAE 4930-2/01 e 4930-2/02 do Agrupamento 50, Subgrupo D, Grupo I. – Assinale <u>uma ou mais</u> alternativas referentes ao tipo de produto objeto de transporte <input type="checkbox"/> ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES <input type="checkbox"/> MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO <input type="checkbox"/> SANGUE E HEMOCOMPONENTES - AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES <input type="checkbox"/> PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE - Assinale um ou mais códigos das Classes de Produtos referentes aos tipos de produtos transportados (Quadro 24) <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO III – PORTARIA CVS 1/2024

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

VI – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

32. RESPONSÁVEL LEGAL: ROSANE GHEDIN

CPF: 128.400.028-17

CBO – Registre código e descrição: 2235-0 ENFERMEIRA

33. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL FERNANDA MARIA FERREIRA GUIMARÃES

CPF: 129.350.448-35

CONSELHO PROFISSIONAL: CRM

UF: SP

Nº INSCRIÇÃO: 60114

CBO – Registre código e descrição: 225124 MÉDICO PEDIATRA

34. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

35. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

36. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03

CPF:

CONSELHO PROFISSIONAL:

UF:

Nº INSCRIÇÃO:

CBO – Registre código e descrição:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO E SEUS ANEXOS.

SÃO PAULO

01/10/2024

LOCAL

DATA

Fernanda M. Ferreira Guimarães

ASSIN. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02

Rf. Rosane Ghedin
RG: 19.838.222-4
CPF: 128.400.028-17
Diretora Presidente

Dra. Fernanda M. F. Guimarães
Diretora Técnica
C.R.M 60.114



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO III.1 – PORTARIA CVS 1/2024

ATIVIDADE RELACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. N° PROTOCOLO	2. DATA PROTOCOLO
3. N° PROCESSO ORIGEM	

II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. N° CEVS	355030890	861	012007	1	2	5. CNPJ/CPF	46.374.500/0141-44
6. RAZÃO SOCIAL / NOME SÃO PAULO SECRETARIA DA SAÚDE - HOSPITAL							
7. NOME FANTASIA HOSPITAL GERAL SANTA MARCELINA DO ITAIM PAULISTA							

III - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

8. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	CÓDIGO CNES:	2077620
9. TIPO DE SERVIÇO	CÓDIGO SERVIÇO:	090

10. TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ALBERGADOS

A. PRÓPRIOS SOB N° CEVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE – Registre os códigos correspondentes:

163	181	112	055	058	059	062	066
196	096	115	136	022	026	036	051
192	053	054	100	101	087	172	206
033	034	093	076	092	162	009	079

B. PRÓPRIOS COM N° CEVS PRÓPRIO – Registre os códigos correspondentes:

074	088	141	041	071	198	200	203
082	111	090					

C. TERCEIRIZADOS – Registre os códigos correspondentes e respectivos CNPJ:

CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ

11. TRANSPORTE – Refere-se somente aos CNAE 8640-2/01 ou 8640-2/02 ou 8640-2/12 do Agrupamento 70, Grupo II, Anexo I.

– Assinale uma das alternativas relacionadas ao material que será transportado:

- A. SANGUE E HEMOCOMPONENTES – AUTORIZAÇÃO ANVISA: / /
 B. MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO

IV - ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL

12. CONSULTÓRIOS MÉDICOS

PEDIÁTRICO 2 FEMININO 0 MASCULINO 0 OUTROS 10

13. CONSULTÓRIOS

OUTROS 10

14. SALAS E LEITOS DE REPOUSO / OBSERVAÇÃO

PEDIÁTRICO 2 9 FEMININO 1 8 MASCULINO 1 8 OUTROS 1 8
SALAS LEITOS SALAS LEITOS SALAS LEITOS SALAS LEITOS

15. CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS 0

EQUIPOS ODONTOLÓGICOS 0

16. SALAS, POLTRONAS E MÁQUINAS DE PROCEDIMENTOS

CIRURGIA AMBULAT. 0 CURATIVO 2 ENFERMAGEM 3 GESSO 1 IMUNIZAÇÃO 1 NEBULIZAÇÃO 1
SALAS SALAS SALAS SALAS SALAS SALAS
PEQUENAS CIRURGIAS 1 QUIMIOTERAPIA 0 0 DIÁLISE 0 0 0
SALAS SALAS POLTRONAS SALAS POLTRONAS MÁQ. HD CRÔNICOS

V - LEITOS – UNIDADES DE INTERNAÇÃO E DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

17. UNIDADE DE INTERNAÇÃO – Registre o número de leitos existentes, segundo a especialidade:

A. CIRÚRGICA:

BUCO MAXILO FACIAL 0 GINECOLOGIA 12 OBSTETRÍCIA 0 OTORRINOLARINGOLOGIA 0
CARDIOLOGIA 0 LEITO / DIA 0 OFTALMOLOGIA 0 PEDIÁTRICA 8
CIRURGIA GERAL 40 NEFRO/UROLOGIA 0 ONCOLOGIA 0 PLÁSTICA 0
GASTROENTEROLOGIA 0 NEUROCIRURGIA 0 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA 12 TORÁCICA 0

B. CLÍNICA:

AIDS 0 ENDOCRINOLOGIA 0 MOL. INFECCIOSAS 0 ONCOLOGIA 0 REABILITAÇÃO 0
CARDIOLOGIA 0 GERIATRIA 0 NEFRO/UROLOGIA 0 PEDIATRIA 43 TISIOLOGIA 0
CLÍNICA GERAL 78 HANSENOLOGIA 0 NEONATOLOGIA 0 PNEUMOLOGIA 0
CRÔNICOS 0 HEMATOLOGIA 0 NEUROLOGIA 0 PSIQUIATRIA 22
DERMATOLOGIA 0 LEITO / DIA 0 OBSTETRÍCIA 38

18. UNIDADE DE INTERNAÇÃO COM LEITO COMPLEMENTAR – Registre o número de leitos complementares existentes:

UTI ADULTO 10 UTI NEONATAL 16 UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL 16
UTI INFANTIL 0 UNIDADE INTERMEDIÁRIA 2 UNIDADE DE ISOLAMENTO 8

19. UNIDADE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (PRONTO-SOCORRO)

Nº SALAS: 2 Nº LEITOS OBSERVAÇÃO: 14

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO E SEUS ANEXOS.

SÃO PAULO

01/10/2024

LOCAL

DATA

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02

Dra. Fernanda M. F. Guimarães
Diretora Técnica
C.R.M 60.114

Rosane Ghedin
RG: 19.838.222-4
CPF: 128.400.028-17
Diretora Presidente



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO III.1 – PORTARIA CVS 1/2024

ATIVIDADE RELACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. N° PROTOCOLO	2. DATA PROTOCOLO
3. N° PROCESSO ORIGEM	

II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. N° CEVS	355030890	861	012007	1	2	5. CNPJ/CPF	46.374.500/0141-44
6. RAZÃO SOCIAL / NOME SÃO PAULO SECRETARIA DA SAÚDE - HOSPITAL							
7. NOME FANTASIA HOSPITAL GERAL SANTA MARCELINA DO ITAIM PAULISTA							

III - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

8. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	CÓDIGO CNES:	2077620
9. TIPO DE SERVIÇO	CÓDIGO SERVIÇO:	090

10. TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ALBERGADOS

A. PRÓPRIOS SOB N° CEVS DA ESTRUTURA ALBERGANTE – Registre os códigos correspondentes:

081	110						

B. PRÓPRIOS COM N° CEVS PRÓPRIO – Registre os códigos correspondentes:

C. TERCEIRIZADOS – Registre os códigos correspondentes e respectivos CNPJ:

CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ
CÓD.	CNPJ	CÓD.	CNPJ

11. TRANSPORTE – Refere-se somente aos CNAE 8640-2/01 ou 8640-2/02 ou 8640-2/12 do Agrupamento 70, Grupo II, Anexo I.

– Assinale uma das alternativas relacionadas ao material que será transportado:

- A. SANGUE E HEMOCOMPONENTES – AUTORIZAÇÃO ANVISA: / /
 B. MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO

IV - ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE NATUREZA AMBULATORIAL

12. CONSULTÓRIOS MÉDICOS

PEDIÁTRICO 2 FEMININO 0 MASCULINO 0 OUTROS 10

13. CONSULTÓRIOS

OUTROS 10

14. SALAS E LEITOS DE REPOUSO / OBSERVAÇÃO

PEDIÁTRICO 2 9 FEMININO 1 8 MASCULINO 1 8 OUTROS 1 8
SALAS LEITOS SALAS LEITOS SALAS LEITOS SALAS LEITOS

15. CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS 0

EQUIPOS ODONTOLÓGICOS 0

16. SALAS, POLTRONAS E MÁQUINAS DE PROCEDIMENTOS

CIRURGIA AMBULAT. 0 CURATIVO 2 ENFERMAGEM 3 GESSO 1 IMUNIZAÇÃO 1 NEBULIZAÇÃO 1
SALAS SALAS SALAS SALAS SALAS SALAS
 PEQUENAS CIRURGIAS 1 QUIMIOTERAPIA 0 0 DIÁLISE 0 0 0
SALAS SALAS POLTRONAS SALAS POLTRONAS MÁQ. HD CRÔNICOS

V - LEITOS – UNIDADES DE INTERNAÇÃO E DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

17. UNIDADE DE INTERNAÇÃO – Registre o número de leitos existentes, segundo a especialidade:

A. CIRÚRGICA:

BUCO MAXILO FACIAL 0 GINECOLOGIA 12 OBSTETRÍCIA 0 OTORRINOLARINGOLOGIA 0
 CARDIOLOGIA 0 LEITO / DIA 0 OFTALMOLOGIA 0 PEDIÁTRICA 8
 CIRURGIA GERAL 40 NEFRO/UROLOGIA 0 ONCOLOGIA 0 PLÁSTICA 0
 GASTROENTEROLOGIA 0 NEUROCIRURGIA 0 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA 12 TORÁCICA 0

B. CLÍNICA:

AIDS 0 ENDOCRINOLOGIA 0 MOL.INFECCIOSAS 0 ONCOLOGIA 0 REABILITAÇÃO 0
 CARDIOLOGIA 0 GERIATRIA 0 NEFRO/UROLOGIA 0 PEDIATRIA 43 TISILOGIA 0
 CLÍNICA GERAL 78 HANSENOLOGIA 0 NEONATOLOGIA 0 PNEUMOLOGIA 0
 CRÔNICOS 0 HEMATOLOGIA 0 NEUROLOGIA 0 PSIQUIATRIA 22
 DERMATOLOGIA 0 LEITO / DIA 0 OBSTETRÍCIA 38

18. UNIDADE DE INTERNAÇÃO COM LEITO COMPLEMENTAR – Registre o número de leitos complementares existentes:

UTI ADULTO 10 UTI NEONATAL 16 UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL 16
 UTI INFANTIL UNIDADE INTERMEDIÁRIA 2 UNIDADE DE ISOLAMENTO 8

19. UNIDADE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (PRONTO-SOCORRO) Nº SALAS: 2

Nº LEITOS OBSERVAÇÃO: 14

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO E SEUS ANEXOS.

SÃO PAULO

01/10/2024

LOCAL

DATA

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02

Dra. Fernanda M. F. Guimarães
 Diretora Técnica
 C.R.M 60.114

Dr. Rosane Shedin
 RG: 19.838.222-4
 CPF: 128.400.028-17
 Diretora Presidente