



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SÃO ROQUE

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **355060501-871-000020-1-1**

DATA DE VALIDADE: **17/04/2027**

Nº PROCESSO:
Nº PROTOCOLO: **SR 586/2024** DATA DO PROTOCOLO: **09/08/2024**
SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**
AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8711-5/03 ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA A DEFICIENTES FÍSICOS, IMUNODEPRIMIDOS E CONVALESCENTES**
OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **191 INSTITUIÇÃO PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVAS**

RAZÃO SOCIAL: **CENTRO TERAPEUTICO RENASCIMENTO E RENOVAÇÃO LTDA ME** CNPJ ALBERGANTE:
NOME FANTASIA: **CENTRO TERAPEUTICO RENASCIMENTO E RENOVAÇÃO LTDA ME**
CNPJ / CPF: **20.874.388/0001-67**
LOGRADOURO: **Estrada CAPELA DO CEPO** NÚMERO: **51**
COMPLEMENTO:
BAIRRO: **SOROCAMIRIM**
MUNICÍPIO: **SÃO ROQUE**
CEP: **18130-970** UF: **SP**
PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **RICARDO PIRES DE OLIVEIRA**

CPF: **33146275805**

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

Nº INSCR. CONSELHO PROF:

UF:

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **DIEGO BARBOSA FRAGA ALVES**

CPF: **03000099174**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **229561**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **JAQUELINE DE LARA SILVA**

CPF: **45386694820**

CONSELHO REGIONAL: **COREN**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **740291**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **NEUDNA MARTINIANO DA SILVA**

CPF: **36075781846**

CONSELHO REGIONAL: **CRN**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **36135**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **REGINA MARIA ALVES DE LUNA**

CPF: **00629857873**

CONSELHO REGIONAL: **CRP**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **24367**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **SILVIA HELENA PIRES**

CPF: **08519902820**

CONSELHO REGIONAL: **COREN**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **148622**

UF: **SP**

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **355060501-871-000020-1-1**

DATA DE VALIDADE: **17/04/2027**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SÃO ROQUE

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 ROQUE

LOCAL

17/04/2026

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1776466093032

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/>