



**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO**  
**CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**LICENÇA DE FUNCIONAMENTO - 1ª via**

N.º CEVS: 000000000-000-000000-0-0

DATA DE VALIDADE: 00/00/0000

N.º PROCESSO:	000.000.000.000/00	
N.º PROTOCOLO:	000.000.000.000/00	DATA DO PROTOCOLO: 00/00/0000
TIPO DE ESTABELECIMENTO:	(DESCRIÇÃO)	
AGRUPAMENTO:	(DESCRIÇÃO)	
CNAE-ATIVIDADEECONÔMICAESTABELECIMENTO :	0000-0/00 (DESCRIÇÃO)	
OBJETO CADASTRADO:	(ESTABELECIMENTO / EQUIPAMENTO DE SAÚDE)	
	(DETALHAMENTO DO OBJETO CADASTRADO)	

RAZÃO SOCIAL:	(NOME)	
CNPJ / CPF:	000.000.000/0000-00	CNPJ ALBERGANTE: 000.000.000/0000-00
LOGRADOURO:	(NOME)	NÚMERO: 000
COMPLEMENTO:	(TIPO)	
BAIRRO:	(NOME)	
MUNICÍPIO:	(NOME)	
CEP:	00.000-000	UF: SP

RESPONSÁVEL LEGAL:	(NOME)	
CPF:	000.000.000-00	
RESPONSÁVEL TÉCNICO:	(NOME)	
CPF:	000.000.000-00	CONSELHO PROF.: (SIGLA)
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	00.000-00	UF: SP
RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO:	(NOME)	
CPF:	000.000.000-00	CONSELHO PROF.: (SIGLA)
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	00.000-00	UF: SP
RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO:	(NOME)	
CPF:	000.000.000-00	CONSELHO PROF.: (SIGLA)
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	00.000-00	UF: SP
RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO:	(NOME)	
CPF:	000.000.000-00	CONSELHO PROF.: (SIGLA)
Nº INSCR. CONSELHO PROF.:	00.000-00	UF: SP

O \_\_\_\_\_ DA \_\_\_\_\_ IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU(S) RESPONSÁVEL(S) ASSUME(M) CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E OBSERVAR AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO(S) AO CANCELAMENTO DESTES DOCUMENTOS.

(NOME MUNICÍPIO)  
LOCAL

00/00/0000  
DATA DEFERIMENTO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DA AUTORIDADE SANITÁRIA