Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354990401-477-000376-1-3** DATA DE VALIDADE: **20/08/2027**

Nº PROCESSO:	**44481/2017**
Nº PROTOCOLO:	**44481/2017-49** DATA DO PROTOCOLO: **13/08/2026**
SUBGRUPO:	**COMÉRCIO VAREJISTA**
AGRUPAMENTO:	**COMÉRCIO VAREJISTA DE MEDICAMENTOS**
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE:	**4771-7/01 COMÉRCIO VAREJISTA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS, SEM MANIPULAÇÃO DE FÓRMULAS**
OBJETO LICENCIADO:	**ESTABELECIMENTO**

ADMINISTRAR OU APLICAR MEDICAMENTOS, AFERIR PARÂMETROS FISIOLÓGICOS(PRESSÃO ARTERIAL E TEMPERATUR, COMERCIALIZAR POR MEIO REMOTO, DISPENSAR ISOTRETINOINA, MEDICAMENTO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL - DISPENSAR MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL, PRESTAR ATENÇÃO FARMACÊUTICA

DETALHE:

RAZÃO SOCIAL:	**FARMA CONDE S/A**	CNPJ ALBERGANTE:	
NOME FANTASIA:	**FARMA CONDE S/A**		
CNPJ / CPF:	**71.605.265/0343-09**		
LOGRADOURO:	**AUDEMO VENEZIANI**	NÚMERO:	**232**
COMPLEMENTO:			
BAIRRO:	**ALTO DA PONTE**		
MUNICÍPIO:	**SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**		
CEP:	**12212-372**	UF:	**SP**
PÁGINA DA WEB:			

RESPONSÁVEL LEGAL: **MANOEL CONDE NETO**
CPF: **11074227875** CONSELHO REGIONAL: **N/A**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **JUANELES MARIA DA SILVA**
CPF: **12354934408** CONSELHO REGIONAL: **CRF**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **125091** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **JAMARA DINIZ MARTINS**
CPF: **41011885808** CONSELHO REGIONAL: **CRF**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **127227** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **PAULO SERGIO DA SILVA ALENCAR**
CPF: **16283216870** CONSELHO REGIONAL: **CRF**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **51711** UF: **SP**

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **354990401-477-000376-1-3** DATA DE VALIDADE: **20/08/2027**

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRI-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 DESTE DOCUMENTO.
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 JOSÉ DOS CAMPOS	**20/08/2026**
LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1790726748114

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/