



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
Prefeitura Municipal de SOROCABA

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CEVS: **355220501-864-000957-1-0**

DATA DE VALIDADE: **09/02/2027**

Nº PROCESSO: **2016 - 12.029 1**
Nº PROTOCOLO: **404.00151863/2025-59** DATA DO PROTOCOLO: **21/10/2025**
SUBGRUPO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**
AGRUPAMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **8640-2/02 LABORATÓRIOS CLÍNICOS**
OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DETALHE: **088 ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA CLÍNICA / TIPO III**

RAZÃO SOCIAL: **DB - MEDICINA DIAGNOSTICA LTDA.** CNPJ ALBERGANTE:
NOME FANTASIA: **DB DIAGNÓSTICOS**
CNPJ / CPF: **12.433.420/0012-01**
LOGRADOURO: **Rua PROFESSOR RUY TELLES MIRANDA** NÚMERO: **157**
COMPLEMENTO: **SALÕES II, III, IV E V**
BAIRRO: **RETIRO SÃO JOÃO**
MUNICÍPIO: **SOROCABA**
CEP: **18085-760** UF: **SP**
PÁGINA DA WEB: **WWW.DIAGNOSTICOSDOBRAZIL.COM.BR**

RESPONSÁVEL LEGAL: **SANDRO LUIZ SOTO**

CPF: **64210561991**

Nº INSCR. CONSELHO PROF:

CONSELHO REGIONAL: **N/A**

UF:

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **CARLOS ALBERTO MAYORA AITA**

CPF: **55063977049**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **68.189**

CONSELHO REGIONAL: **CRM**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **CAROLINE RINALDO**

CPF: **34291400802**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **41.338**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **GUILHERME ROBERTO SILVA DOS SANTOS**

CPF: **12580545662**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **41.416**

CONSELHO REGIONAL: **CRBM**

UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **HENRY CELSO MACHADO MACIEL**

CPF: **03347626931**

Nº INSCR. CONSELHO PROF: **85.471**

CONSELHO REGIONAL: **CRF**

UF: **SP**

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIANº CEVS: **355220501-864-000957-1-0**DATA DE VALIDADE: **09/02/2027****SERVIÇOS ALBERGADOS**

RELAÇÃO DOS SERVIÇOS ALBERGADOS DO Nº CEVS DO ESTABELECIMENTO AO QUAL ESTÁ VINCULADO:

TOXICOLOGIA CLÍNICA

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SOROCABA

CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU (S) RESPONSÁVEL(IS) ASSUME (M) CONHECER A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E CUMPRÍ-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.

SOROCABA09/02/2026

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1771525024333

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/>