



**SIVISA Sistema de Informação em Vigilância Sanitária**  
**SUS - Sistema Único de Saúde**  
**VIGILÂNCIA SANITÁRIA**  
**FRANCA**

**LICENÇA DE FUNCIONAMENTO**

Nº CEVS: **351620004-477-000706-1-0**

DATA DE VALIDADE: **10/10/2019**

NOTA: ESTE DOCUMENTO CONTÉM 2 PÁGINA(S)

Nº PROCESSO: **213F-15913/2017**  
Nº PROTOCOLO: **1295/2018** Data do Protocolo: **08/10/2018**  
SUBGRUPO: **COMÉRCIO VAREJISTA**  
AGRUPAMENTO: **COMÉRCIO VAREJISTA DE MEDICAMENTOS**  
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: **4771-7/02 COMÉRCIO VAREJISTA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS, COM MANIPULAÇÃO DE FÓRMULAS**  
OBJETO LICENCIADO: **ESTABELECIMENTO**

DISPENSAR ISOTRETINOINA, MEDICAMENTO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL - DISPENSAR MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL, FRACIONAR MEDICAMENTOS, MEDICAMENTO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL - MANIPULAR ANTIBIÓTICOS, HORMÔNIOS, CITOSTÁTICOS E SUBST, MANIPULAR FITOTERÁPICOS, MEDICAMENTO - MANIPULAR MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS, PRESTAR ATENÇÃO FARMACÊUTICA

**DETALHE:**

RAZÃO SOCIAL: **ESTELA MARIA RIBEIRO VITALIANO - ME** CNPJ ALBERGANTE:  
NOME FANTASIA: **FARMACIA OFICIAL**  
CNPJ / CPF: **11.295.553/0002-16**  
LOGRADOURO: **Rua VOLUNTÁRIOS DA FRANCA** NÚMERO: **1840**  
COMPLEMENTO:  
BAIRRO: **Centro**  
MUNICÍPIO: **FRANCA**  
CEP: **14400-490** UF: **SP**  
PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **ESTELA MARIA RIBEIRO VITALIANO**  
CPF: **32785365844** CONSELHO REGIONAL: **N/A**  
Nº INSCR. CONSELHO PROF: UF:

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **MARIA GABRIELA AZIZ**  
CPF: **32059422809** CONSELHO REGIONAL: **CRF**  
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **48210** UF: **SP**

# LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Nº CEVS: 351620004-477-000706-1-0

DATA DE VALIDADE: 10/10/2019

## CLASSES DE PRODUTOS E ATIVIDADES AUTORIZADAS

### CLASSE DE PRODUTO:

MEDICAMENTO

DISPENSAR

O(A) AUTORIDADE SANITÁRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE FRANCA

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.

FRANCA

10/10/2018

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1539208626057

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/>