



**VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**Prefeitura Municipal de SÃO PAULO**

**LICENÇA DE FUNCIONAMENTO - VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Nº CMVS: **355030801-864-001414-1-0**

DATA DE VALIDADE: **22/11/2022**

Nº PROCESSO:  
Nº PROTOCOLO: **6018.2019/0039723-9** Data do Protocolo: **17/06/2019**  
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**

RAZÃO SOCIAL: **IGENOMIX BRASIL LABORATORIO DE MEDICINA GENETICA LTDA** CNPJ ALBERGANTE:  
NOME FANTASIA: **IGENOMIX BRASIL LABORATORIO DE MEDICINA GENETICA LTDA**  
CNPJ / CPF: **19.555.576/0001-43**  
LOGRADOURO: **AV MOACI** NÚMERO: **525**  
COMPLEMENTO: **605, 606, 607, 608 E 609**  
BAIRRO: **INDIANOPOLIS**  
MUNICÍPIO: **SÃO PAULO**  
CEP: **04083000** UF: **SP**  
PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **MARCIA RIBOLDI**  
CPF: **00389644064** CONSELHO REGIONAL: **CRBM**  
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **11466** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **MARCIA RIBOLDI**  
CPF: **00389644064** CONSELHO REGIONAL: **CRBM**  
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **11466** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **MARIANE UEHARA DE SOUZA**  
CPF: **35234313875** CONSELHO REGIONAL: **CRBIO**  
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **10022901** UF: **SP**

# LICENÇA DE FUNCIONAMENTO - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CMVS: **355030801-864-001414-1-0**

DATA DE VALIDADE: **22/11/2022**

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

LOCAL

22/11/2019

DATA DE DEFERIMENTO

**Codigo de Validação: 1574444647980**

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/>