

**LICENÇA DE FUNCIONAMENTO - VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Nº CMVS: **355030801-477-003027-1-6**

DATA DE VALIDADE: **13/09/2022**

Nº PROCESSO:  
Nº PROTOCOLO: **6018.2018/0024296-9** Data do Protocolo: **08/06/2018**  
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**  
MEDICAMENTO SUJEITO AO CONTROLE ESPECIAL - MANIPULAR CEFALOSPORÍNICO, MANIPULAR CEFALOSPORÍNICO, MANIPULAR MED. A PARTIR DE INSUMOS/MATÉRIAS PRIMAS, VEGETAL

**DETALHE:**

RAZÃO SOCIAL: **L L FARMACIA DE MANIPULACAO LTDA** CNPJ ALBERGANTE:  
NOME FANTASIA: **INNOVAPHARMA**  
CNPJ / CPF: **03.983.410/0001-98**  
LOGRADOURO: **AV. JUREMA** NÚMERO: **305**  
COMPLEMENTO:  
BAIRRO: **MOEMA**  
MUNICÍPIO: **SÃO PAULO**  
CEP: **04079001** UF: **SP**  
PÁGINA DA WEB:

RESPONSÁVEL LEGAL: **LU HUI TZU**  
CPF: **07786903852** CONSELHO REGIONAL: **CRF**  
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **10691** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **TANIA URBINI TAMAYO**  
CPF: **27808657840** CONSELHO REGIONAL: **CRF**  
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **10865** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **LU HUI TZU**  
CPF: **07786903852** CONSELHO REGIONAL: **CRF**  
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **10691** UF: **SP**

**LICENÇA DE FUNCIONAMENTO - VIGILÂNCIA SANITÁRIA**Nº CMVS: **355030801-477-003027-1-6**DATA DE VALIDADE: **13/09/2022**

CLASSES DE PRODUTOS E ATIVIDADES AUTORIZADAS

**CLASSE DE PRODUTO:**

MEDICAMENTO

DISPENSAR

**CATEGORIA: ANTIBIÓTICOS****CATEGORIA: CONTROLE ESPECIAL****CATEGORIA: DEMAIS CATEGORIAS****CATEGORIA: FITOTERÁPICOS****CATEGORIA: HORMÔNIOS****CATEGORIA: ONCOLÓGICOS / CITOSTÁTICOS****CATEGORIA: PRODUTOS OFICINAIS****CATEGORIA: PSICOTRÓPICOS**

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****13/09/2019**

LOCAL

DATA DE DEFERIMENTO

AUTORIDADE SANITÁRIA

CIENTES:

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL\_\_\_\_\_  
DATA DE CIÊNCIA\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO\_\_\_\_\_  
DATA DE CIÊNCIA