



CADASTRO E AUTODECLARAÇÃO

Estabelecimentos de saúde com alteração de atividade para unidade de internação ou serviços de campanha

Nº Autodeclaração: 2020VS00007			Data: 18/05/2020 17:43:05				
Construção nova [] Ampliação		[] Adaptação					
Nº CEVS - registre o número do Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária, no caso de ampliação ou adaptação: Capacidade instalada específica para COVID-19							
	Quarto ou	enfermaria			294 leito(s)		
Leito Complementar Internação		Terapia Intensiva			0 leito(s)		
	Cuidados I	ntermediários			0 leito(s)		
	'				0 leito(s)		
					16 leito(s)		
	lual de Vi	lual de Vigilância Sanitária, -19	[] Ampliação lual de Vigilância Sanitária, no caso de ampliação ou -19 Quarto ou enfermaria	[] Ampliação [] lual de Vigilância Sanitária, no caso de ampliação ou adapta -19 Quarto ou enfermaria Terapia Intensiva	[] Ampliação [] Adaptação lual de Vigilância Sanitária, no caso de ampliação ou adaptação: -19 Quarto ou enfermaria Terapia Intensiva		

Identificação do Estabelecimento					
CNPJ	Razão Social				
61.699.567/0020-55	SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA				
Nome Fantasia					
REDE ASSISTENCIAL SUPERVISÃO TÉCNICA DA SAÚDE VILA MARIA/VILA GUILHERME					
Endereço		Número	Complemento		
AVENIDA OLAVO FONTOURA -			1209	HOSPITAL MUNICIPAL DE CAMPANHA	
			ANHEMBI - PORTÃO 35		
Bairro Munici		ípio		CEP	
SANTANA SÃO P		PAULO - SP		02012021	
DDD + Telefone		E-mail			
(11) 3197-6841		solange.lima@spdm.org.br			

Identificação do Responsável Legal				
Nome	CPF			
JOÃO LADISLAU ROSA	003.818.168-18			

Identificação do Responsável Técnico					
Nome			CPF		
JOÃO LADISLAU ROSA	003.818.168-18				
Conselho de Classe	Nº inscrição	UF			
CRM	031335	SP			

Identificação do Responsável Técnico Substituto					
Nome			CPF		
CARLOS FREDERICO DANTAS ANJOS	124.371.075-68				
Conselho de Classe	Nº inscrição	UF	=		
CRM	49293	SP			

Declaração de Responsabilidade

ESTOU CIENTE DE QUE O ESTABELECIMENTO ESTÁ SUJEITO À FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA NOS TERMOS DA LEI ESTADUAL Nº 10.083/98 E DAS DETERMINAÇÕES DA PORTARIA CVS Nº 09/2020, E ASSUMO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS, DECLARANDO ATENDER AS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS.

Assinatura eletrônica:

21A568D6B95A8A99B7E2815E200EC06F