



PREFEITURA MUNICIPAL DE BIRIGUI

CNPJ: 46.151.718/0001-80

Praça James Mellor – S/Nº – Centro

FONE: (18) 3643-6000



OFÍCIO N.º 087/2016/LAC

000150

Birigui, 27 de Junho de 2016.

A(o) Ilmo(a) Sr(a).

RENATA NATAL ZAGO

Pregoeiro(a) Oficial

Departamento de Compras

ASSUNTO: *Relatório técnico da análise documental – Pregão Presencial N° 071/2016 – CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA PELO CONCEITO NEUROEVOLUTIVO BOBATH E TERAPIA OCUPACIONAL (TÉCNICA DE INTEGRAÇÃO SENSORIAL) PARA ATENDER PACIENTE EM CUMPRIMENTO À DECISÃO JUDICIAL, COM FORNECIMENTO DE EQUIPAMENTOS.*

CONSIDERANDO o Art.1º do Decreto n.º 4.340 de 21 de agosto de 2.008, que “Determina a Implantação do Sistema de Registro de Preços nas diversas Secretarias do Município e da outras providências”;

CONSIDERANDO a PORTARIA N.º 53/2015, que designa a COMISSÃO ESPECIAL para acompanhamento do SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇOS na modalidade de MATERIAIS DE CONSUMO E EQUIPAMENTOS PERMANENTES DE USO MÉDICO E DE ENFERMAGEM, nomeada pelo excelentíssimo



PREFEITURA MUNICIPAL DE BIRIGUI

CNPJ: 46.151.718/0001-80
Praça James Mellor – S/Nº – Centro
FONE: (18) 3643-6000



senhor prefeito municipal de Birigui/SP, PEDRO FELÍCIO ESTRADA BERNABÉ;

000151

CONSIDERANDO os termos do **edital nº 084/2016** do **pregão presencial 071/2016** com abertura no dia 23 de junho de 2016 às 08h:00min na sala de reuniões do setor de licitações;

CONSIDERANDO que os termos exarados no edital supra e no ANEXO I são soberanos sobre as decisões de aceitação ou não dos produtos e que todas as empresas tem ciência de suas obrigações a partir do momento que se credenciam no ato licitatório;

CONSIDERANDO o **subitem 5.1** do edital supra em sua alínea **“c”**: *“descrição precisa do objeto da presente licitação, com a indicação da marca em conformidade com as especificações do Anexo I e o número do registro do objeto na ANVISA, salvo isenção”*;

CONSIDERANDO a **cláusula 6.1.7** do edital que se refere a **OUTRAS COMPROVAÇÕES** e todos os subitens;

CONSIDERANDO a **cláusula VIII - DO RECURSO, DA HOMOLOGAÇÃO E DO REGISTRO DE PREÇOS** no subitem – *“8.1 - No final da sessão, a licitante que quiser recorrer deverá manifestar imediata e motivadamente a sua intenção, com o devido registro em ata, abrindo-se então o prazo de 3 (três) dias para apresentação de memoriais, ficando as demais licitantes desde logo intimadas para apresentar contra – razões em igual número de dias, que começarão a correr no término do prazo do recorrente, sendo-lhes assegurada vista imediata dos autos, em balcão, podendo tirar cópias de eventuais documentos mediante pagamento da taxa de*



Prefeitura Municipal
de Birigui

PREFEITURA MUNICIPAL DE BIRIGUI

CNPJ: 46.151.718/0001-80

Praça James Mellor – S/Nº – Centro

FONE: (18) 3643-6000



PREFEITURA DE BIRIGUI

Um novo tempo

000152

emolumentos”;

CONSIDERANDO a cláusula XIII – **DOS ESCLARECIMENTOS/IMPUGNAÇÕES AO EDITAL**, em **seus subitens 13.1 e 13.1.1** que apresentam os respectivos textos: “Até 2 (dois) dias úteis anteriores à data fixada para recebimento das propostas, **até as 17:00 horas, qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos ou impugnar o ato convocatório do Pregão, sempre por escrito**” e “A resposta ao pedido de esclarecimento será divulgada no sítio virtual indicado na **cláusula 16.4 deste Edital.**”;

Após as devidas considerações, sirvo – me do presente instrumento para expor os resultados da análise documental referente a cláusula 6.3 do edital.

ENTÃO VEJAMOS:

Da empresa TERAPY CENTER REABILITAÇÃO

NEUROLÓGICA LTDA - ME, apresentou as documentações solicitadas referente a Cláusula 6.1.7 – OUTRAS COMPROVAÇÕES, cuja análise restou:

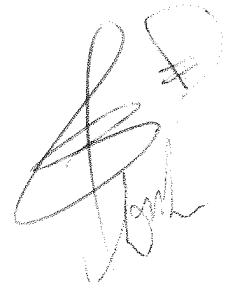
➤ Subitem 6.1.7.1.1 – “Cópia da Licença Sanitária Municipal ou Estadual expedida pela Vigilância Sanitária do Estado ou do Município onde a licitante estiver instalada. Caso esteja vencida, deverá apresentar cópia autenticada da petição de solicitação de renovação, acompanhada da cópia autenticada da licença vencida;” **APROVADO;**

➤ Subitem 6.1.7.1.2 – “Cópia do Certificado de Regularidade da Empresa expedido pelo Conselho Regional Competente ao qual a empresa é subordinada (ex: COREN, CRM, CRF, CREA, etc);” **APROVADO;**

➤ Subitem 6.1.7.1.3 – “Cópia do Certificado de Responsabilidade Técnica (CRT) do Profissional Responsável pela empresa;” **APROVADO;**

➤ Subitem 6.1.7.1.4 – “Cópia do Alvará de Funcionamento do estabelecimento onde a licitante for prestar os serviços.”


APROVADO;



Assim sendo, preservada as prerrogativas legais estabelecidas nos subitens supra do **edital**, esta Comissão Especial permanece a disposição para eventuais dúvidas e esclarecimentos que se fizerem necessários.

Segue em anexo as documentações analisadas.


Atenciosamente,



LAYANE NAYARA R. LOPES
Enfermeira
COREN/SP 425.782



LUCAS ANDERSON CATARIN
Chefe da Seção de Enfermagem
Enfermeiro Auditor
COREN/SP 225.779



SORAYA MOYSES FERNANDES AVELINO
Diretora do Depto. Médico e de Enfermagem
Prefeitura Municipal de Birigui



SIVISA Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde

000155

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS
Vigilância Sanitária de Araçatuba - SP

| LICENÇA DE FUNCIONAMENTO | | 1ª VIA |
|--|---|--------------------------------|
| Nº CEVS: 350280401-865-000286-1-4 | | DATA DE VALIDADE: 29/09/2016 ✓ |
| Nº PROCESSO: | 2013/065361 | |
| Nº PROTOCOLO: | 2015/055863-ATA | Data do Protocolo: 11/09/2015 |
| SUBGRUPO: | PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE | |
| AGRUPAMENTO: | PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE | |
| ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE: | 8650-0/04 Atividades de Fisioterapia | |
| OBJETO LICENCIADO: | ESTABELECIMENTO | |
| DETALHE : | 044 SERVIÇO DE FISIOTERAPIA | |
| RAZÃO SOCIAL: | TERAPY CENTER REABILITAÇÃO NEUROLOGICA LTDA -ME | CNPJ ALBERGANTE: |
| CNPJ / CPF: | 19240861000175 | |
| LOGRADOURO: | RUA PROFESSORA CHIQUITA FERNANDES | NÚMERO 379 |
| COMPLEMENTO: | | |
| BAIRRO: | VILA BANDEIRANTES | |
| MUNICÍPIO: | ARAÇATUBA | |
| CEP: | 16015-485 | UF: SP |
| Página da WEB | | |
| RESPONSÁVEL LEGAL: GISLAENE MARTINS FERNANDES | | CONSELHO PROFISSIONAL: N/A |
| CPF: 567.399.311-00 | | UF: SP |
| Nº. INSCR. CONSELHO PROF: 00000000000 | | |
| RESPONSÁVEL TÉCNICO: KARINA GOULART DE CAMARGO | | CONSELHO PROFISSIONAL: CREDITO |
| CPF: 226.306.778-77 | | UF: SP |
| Nº. INSCR. CONSELHO PROF: 129752-F | | |
| RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: CINTIA ELAINE VIEIRA | | CONSELHO PROFISSIONAL: CREDITO |
| CPF: 355.392.288-55 | | UF: SP |
| Nº. INSCR. CONSELHO PROF: 3/13883-TO | | |

NOTA: ESTE DOCUMENTO CONTÉM 1 PÁGINA(S).

CONFERIDO

O(A) DIRETOR DO(A) VIGILANCIA SANITARIA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA
CONCEDE A PRESENTE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO, SENDO QUE SEU(S) RESPONSÁVEL(S) ASSUME(M) CUMPRIR A LEGISLAÇÃO
VIGENTE E OBSERVAR AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E
CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS, FICANDO, INCLUSIVE, SUJEITO(S) AO CANCELAMENTO DESTA
DOCUMENTO.

ARAÇATUBA

LOCAL

CIENTE:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

29/09/2015

DATA DE DEFERIMENTO

12/10/2016
DATA DE CIENCIA

ASSINATURA DA AUTORIDADE SANITARIA
CELIA CENERINO
Dirigente Administrativo do Serviço
de Vigilância Sanitária
SMS - PMA - CRF - 10.513

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3ª REGIÃO

CERTIFICADO DE REGISTRO DE EMPRESA

Nº 8249 - SP

CONFERIDO

Certificamos que a Empresa, neste documento qualificada, foi registrada no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região, em 11/11/2014 , sob o Nº 8249 - SP às fls. 188 do livro de Registro de Empresas, de acordo com a Resolução Coffito-37 de 02/04/84. A validade deste documento está vinculada a renovação anual da Declaração de Regularidade para Funcionamento (DRRF).

.....
THERAPY CENTER REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA LTDA-ME

.....
(Nome e/ou Razão Social)
RUA PROFA CHIQUITA FERNANDES, 379

.....
(Endereço)

ARAÇATUBA

SP

.....
(Cidade)

.....
(Estado)

Osmani V.M. Andrad
Dra. Osmani Virginia Mendonça Andrade
Diretora Secretária

06/11/2015
(Data de emissão)

Reginaldo A. Bonatti
DR. REGINALDO ANTOLIN BONATTI
PRESIDENTE

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3ª REGIÃO

CERTIFICADO DE REGISTRO DE EMPRESA

Nº 8249 - SP

Nº

Certificamos que a Empresa, neste documento qualificada, foi registrada no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região, em 11/11/2014, sob o Nº 8249 - SP às fls. 188 do livro de Registro de Empresas, de acordo com a Resolução Cofitro-37 de 02/04/84. A validade deste documento está vinculada a renovação anual da Declaração de Regularidade para Funcionamento (DRF).

THERAPY CENTER REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA E ORTOPÉDICA LTDA-ME

RUA ARGENTINA, 432

(Nome e/ou Razão Social)

(Endereço)

SP

(Estado)

CONFERIDO

ARAÇATUBA

(Cidade)

Osmari Virginia Mendonça Andrade

Dra. Osmari Virginia Mendonça Andrade
Diretora Secretária

13/11/2014
(Data de emissão)

Reginaldo A. Bonatti

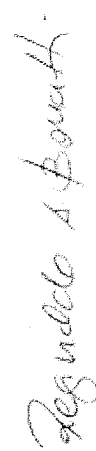
DR. REGINALDO ANTOLIM BONATTI
PRESIDENTE

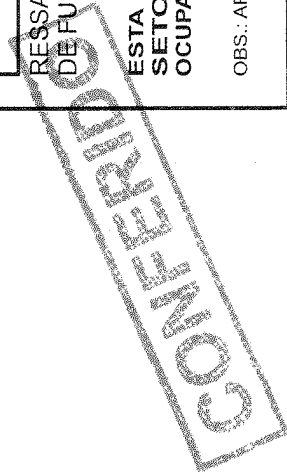
[Handwritten signature]



SEÇÃO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA
E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3ª REGIÃO
CREFITO - 3

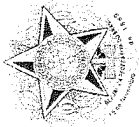
DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE PARA FUNCIONAMENTO (DRF)

| | | | |
|---|--------------------|--|--|
| IDENTIFICAÇÃO | | 1/1 | |
| FIRMA OU RAZÃO SOCIAL / DENOMINAÇÃO COMERCIAL | | | |
| THERAPY CENTER REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA LTDA-ME / THERAPY CENTER | | | |
| LOGRADOURO | | | |
| RUA PROFª CHIQUITA FERNANDES, 379 | | | |
| BAIRRO | CEP | MUNICÍPIO / U.F. | |
| VILA BANDEIRANTES | 16015-485 | ARAÇATUBA/SP | |
| REGISTRO NO CREFITO - 3 | CNPJ OU CPF | | |
| 8249/SP | 19.240.861/0001-75 | | |
| RESPONSABILIDADE TÉCNICA | | | |
| DR(A) KARINA GOULART DE CAMARGO CREFITO-3 / 129752 - F DR(A) CINTIA ELAINE VIEIRA CREFITO-3 / 13883 - TO | | | |
| HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO | | | |
| SEGUNDA-FEIRA À SEXTA-FEIRA DAS 8H15 ÀS 18H40 | | | |
| DECLARAMOS A REGULARIDADE DO(A) TITULAR, NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO PERTINENTE, PARA O DESEMPENHO DE ATIVIDADES LIGADAS AO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA: | | | |
| ** FISIOTERAPIA / TERAPIA OCUPACIONAL ** | | | |
| RESSALVADAS AS OCORRÊNCIAS DE ALTERAÇÕES NA RESPONSABILIDADE TÉCNICA, ENDEREÇO OU HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO, ESTA DRF É VALIDADE: 4/11/2016 | | | |
| ESTA DECLARAÇÃO DEVERÁ SER FIXADA NO SETOR DE FISIOTERAPIA E / OU TERAPIA OCUPACIONAL, EM LOCAL VISÍVEL. | | | |
| OBS.: APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A FISCALIZAÇÃO | |  DR. REGINALDO ANTOLIN BONATTI PRESIDENTE | |



[Handwritten initials]

000158



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA
 E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3ª REGIÃO
 CREFITO - 3

DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE PARA FUNCIONAMENTO (DRF)

IDENTIFICAÇÃO

FIRMA OU RAZÃO SOCIAL / DENOMINAÇÃO COMERCIAL

LOGRADOURO
 RUA ARGENTINA, 432 AGS CONTABILIDADE

LOGRADOURO

LOGRADOURO

BAIRRO

VILA CARVALHO

CEP

16025-240

MUNICÍPIO / U.F.

ARAÇATUBA / SP

REGISTRO NO CREFITO - 3

*** **EM APROVAÇÃO** ***

CNPJ OU CPF

19.240.861/0001-75

-SP

RESPONSABILIDADE TÉCNICA

DR(A) KARINA GOULART DE CAMARGO CREFITO-3 / 129752 - F
 DR(A) CINTIA ELAINE VIEIRA CREFITO-3 / 13883 - TO

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

SEGUNDA-FEIRA A SABADO DAS 11:20 AS 13:00 E DAS 13:00 AS 19:00 HORAS

DECLARAMOS A REGULARIDADE DO(A) TITULAR, NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO PERTINENTE, PARA O DESEMPENHO DE ATIVIDADES LIGADAS AO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA:

*** FISIOTERAPIA / TERAPIA OCUPACIONAL ***

RESSALVADAS AS OCORRÊNCIAS DE ALTERAÇÕES NA RESPONSABILIDADE TÉCNICA, ENDEREÇO OU HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DESTA DRF É VALIDADE ATÉ

** 3/1/2015 **

ESTA DECLARAÇÃO DEVERÁ SER FIXADA NO SETOR DE FISIOTERAPIA E / OU TERAPIA OCUPACIONAL, EM LOCAL VISÍVEL.

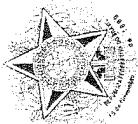
OBS.: APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A FISCALIZAÇÃO

DR. REGINALDO ANTOLIN BONATTI
 PRESIDENTE



Reginaldo A. Bonatti

CONFERIR



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA
 E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3ª REGIÃO
 CREFITO - 3

DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE PARA FUNCIONAMENTO (DRF)

| | |
|---|--------------------|
| IDENTIFICAÇÃO | |
| FIRMA OU RAZÃO SOCIAL / DENOMINAÇÃO COMERCIAL | |
| THERAPY CENTER REABILITACAO NEUROLOGICA E ORTOPEDICA LTDA-ME / THERAPY CENTER | |
| LOGRADOURO | |
| RUA ARGENTINA, 432 | |
| BAIRRO | MUNICÍPIO / U.F. |
| VILA CARVALHO | ARAÇATUBA / SP |
| CEP | |
| 16025-240 | |
| REGISTRO NO CREFITO - 3 | CNPJ OU CPF |
| | 19.240.861/0001-75 |
| RESPONSABILIDADE TÉCNICA | |
| 8249-SP | |
| DR(A) KARINA GOULART DE CAMARGO CREFITO-3 / 129752 - F DR(A) CINTIA ELAINE VIEIRA CREFITO-3 / 13883 - TO | |
| HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO | |
| SEGUNDA-FEIRA A SABADO DAS 11:20 AS 13:00 E DAS 13:00 AS 19:00 HORAS | |
| DECLARAMOS A REGULARIDADE DO(A) TITULAR, NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO PERTINENTE, PARA O DESEMPENHO DE ATIVIDADES LIGADAS AO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA: | |
| ** FISIOTERAPIA / TERAPIA OCUPACIONAL ** | |
| RESSALVADAS AS OCORRÊNCIAS DE ALTERAÇÕES NA RESPONSABILIDADE TÉCNICA, ENDEREÇO OU HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DESTA DRF É VALIDADE ATÉ | |
| ** 13/11/2015 ** | |
| ESTA DECLARAÇÃO DEVERÁ SER FIXADA NO SETOR DE FISIOTERAPIA E / OU TERAPIA OCUPACIONAL, EM LOCAL VISÍVEL. | |
| OBS.: APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A FISCALIZAÇÃO | |

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]

DR. REGINALDO ANTOLIN BONATTI
 PRESIDENTE

CONFERIR



Prefeitura Municipal de Araçatuba
SECRETARIA DE PLANEJAMENTO

000161

RUA COELHO NETO, 73 - VILA SÃO PAULO CEP: 16015-920 ARAÇATUBA - SP

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Inscrição CCM : 73841 Alvará Nº 73.841
Razão / Nome : THERAPY CENTER REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA LTDA ME

CNPJ / CPF : 19.240.861/0001-75
Insc. Estadual / RG ... : -
Endereço : RUA PROFESSORA CHIQUITA FERNANDES, nº 379
Bairro : VILA BANDEIRANTES ARAÇATUBA-SP CEP. : 16015-485
Área Ocupada : 236,60 m²

Início da Atividade : 12/11/2013 Processo. : 64630 de 05/12/2013
Atividade.....: CLÍNICA DE FISIOTERAPIA COM ATIVIDADES DE REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA E SERVIÇOS DE TERAPIA OCUPACIONAL ADULTO E INFANTIL

ALVARÁ VÁLIDO ATÉ 27/07/2018, CONDICIONADO AO VENCIMENTO DO AUTO DE VISTORIA DO CORPO DE BOMBEIROS, ALTERAÇÃO A PARTIR DE 02/07/2015 DE ENDEREÇO, RAZÃO SOCIAL E ATIVIDADE, CONFORME PROCESSO Nº 45927 DE 28/07/2015

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO
SEGUNDA À SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 18:00 HORAS
AOS SÁBADOS DAS 09:00 ÀS 16:00 HORAS

Havendo qualquer alteração na característica do estabelecimento, deverá ser comunicada através de requerimento juntamente com os Documentos Legais.

Araçatuba, 12 de maio de 2016.

Preparado por
Nelson Pedon
Dirigente Administrativo
SMF/DRM/DTR/SCF

Expedido por
Jorge Roberto da Silva
Secretário Municipal de Planejamento
Urbanização e Habitação
Fone: (16) 20235-0

CONFERIDO

000162



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO - JUCESP

JUCESP
Junta Comercial do
Estado de São Paulo

DECLARAÇÃO

Eu, GISLAENE MARTINS FERNANDES, portador da Cédula de Identidade nº 000604544, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF sob nº 567.399.311-00, na qualidade de titular, sócio ou responsável legal da empresa THERAPY CENTER REABILITACAO NEUROLOGICA E ORTOPEDICA LTDA, **DECLARO** estar ciente que o **ESTABELECIMENTO** situado no(a) RUA ARGENTINA, 432 , VILA CARVALHO, São Paulo, Araçatuba, CEP 16025-240, **NÃO PODERÁ EXERCER** suas atividades sem que obtenha o parecer municipal sobre a viabilidade de sua instalação e funcionamento no local indicado, conforme diretrizes estabelecidas na legislação de uso e ocupação do solo, posturas municipais e restrições das áreas de proteção ambiental, nos termos do art. 24, §2 do Decreto Estadual nº 55.660/2010 e sem que tenha um **CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO INTEGRADO VÁLIDO**, obtido pelo sistema Via Rápida Empresa - Módulo de Licenciamento Estadual.

Declaro ainda estar ciente que qualquer alteração no endereço do estabelecimento, em sua atividade ou grupo de atividades, ou em qualquer outra das condições determinantes à expedição do Certificado de Licenciamento Integrado, implica na perda de sua validade, assumindo, desde o momento da alteração, a obrigação de renová-lo.

Por fim, declaro estar ciente que a emissão do Certificado de Licenciamento Integrado poderá ser solicitada por representante legal devidamente habilitado, presencialmente e no ato da retirada das certidões relativas ao registro empresarial na Prefeitura, ou pelo titular, sócio, ou contabilista vinculado no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) diretamente no site da Jucesp, através do módulo de licenciamento, mediante uso da respectiva certificação digital.

GISLAENE MARTINS FERNANDES

RG: 000604544

THERAPY CENTER REABILITACAO NEUROLOGICA E ORTOPEDICA LTDA

CONFERIDO



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO

CORPO DE BOMBEIROS

CERTIFICADO DE LICENÇA DO CORPO DE BOMBEIROS

CLCB Nº 57737



O CORPO DE BOMBEIROS EXPEDE O PRESENTE CERTIFICADO DE LICENÇA, POR MEIO DO SISTEMA ELETRÔNICO VIA FÁCIL BOMBEIROS, PARA A EDIFICAÇÃO OU ÁREA DE RISCO ABAIXO, NOS TERMOS DO REGULAMENTO DE SEGURANÇA CONTRA INCÊNDIO DO ESTADO DE SÃO PAULO.

Projeto Nº 121249/3502804/2015

Endereço: RUA PROFESSORA CHIQUITA FERNANDES

Nº: 379

Complemento:

Bairro:RURAL

Município: Aracatuba

Ocupação: ATIVIDADES DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

Proprietário: THERAPY CENTER REABILITAÇÃO NEUROLOGICA LTDA - ME

Responsável pelo Uso: THERAPY CENTER REABILITAÇÃO NEUROLOGICA LTDA - ME

Responsável Técnico: Jefte pereira benedito

CREA/CAU: 40480-2

ART/RRT:

Área Total (m²): 236,60

Área Aprovada (m²):236,60

Nº de Pavimentos: 1

Validade: 27/07/2018

OBSERVAÇÕES:

1. Para as edificações de baixo potencial de risco, nos termos da IT nº 42/2014, expede-se o presente Certificado de Licença, que substitui o Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) para todos os fins.
2. Os dados do presente Certificado de Licença foram fornecidos pelos responsáveis acima, que apresentaram ao Corpo de Bombeiros a documentação obrigatória nos termos da IT nº 42/2014.
3. A alteração de qualquer dado, tais como endereço, área e ocupação, implica na perda da validade do presente Certificado de Licença e obriga o proprietário ou responsável pelo uso a renovar a solicitação.
4. Aos responsáveis compete, antes da ocupação da edificação, dimensionar e instalar as medidas de Segurança contra Incêndio nos termos do Regulamento de Segurança contra Incêndio do Estado de São Paulo.
5. O Corpo de Bombeiros pode, a qualquer tempo, proceder a verificação das informações e das declarações prestadas pelos responsáveis, inclusive por meio de vistorias à edificação e de solicitação de documentos adicionais.
6. O Corpo de Bombeiros pode cassar o presente Certificado de Licença, sem prejuízo das responsabilidades civis e criminais, sempre que constatar situação de risco iminente à vida, ao meio ambiente ou ao patrimônio, ou ainda, no caso de reincidência infracional, de fraude, de resistência ou de embaraço à fiscalização.

CONFERIDO

NOTAS: 1) O CLCB deve ser afixado na entrada principal da edificação, em local visível ao público. 2) Compete ao proprietário ou responsável pelo uso da edificação a responsabilidade de renovar o CLCB e de manter as medidas de segurança contra incêndio em condições de utilização, providenciando a sua adequada manutenção, sob pena de cassação do CLCB, independente das responsabilidades civis e criminais.

Aracatuba, 27 de Julho de 2015



Documento emitido eletronicamente pelo Sistema Via Fácil Bombeiros. A sua autenticidade pode ser confirmada por meio da leitura do QRCode ao lado ou na página do Corpo de Bombeiros: www.corpodebombeiros.sp.gov.br.



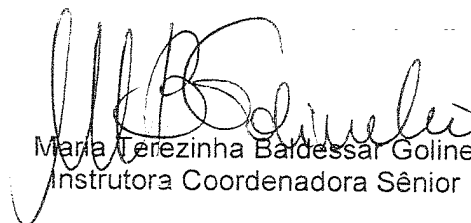
Núcleo de Estudos em Neuropediatria e Motricidade
Departamento de Fisioterapia
Universidade Federal de São Carlos


São Carlos, 12 de abril de 2013.

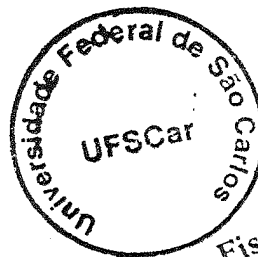
DECLARAÇÃO

DECLARO, para os devidos fins, que **Karina Goulart de Camargo** concluiu o VI Curso Básico de Tratamento Neuroevolutivo – Conceito Bobath, oferecido pelo Núcleo de Estudos em Neuropediatria e Motricidade (NENEM), do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos, realizado de 27 de agosto de 2012 a 12 de abril de 2013, com 285 horas de carga horária total.

Atenciosamente,


Maria Terezinha Bardessar Golineleo
Instrutora Coordenadora Sênior


Profa. Dra Eloisa Tudella
Coordenadora do NENEM



Fisioterapia em Neuropediatria
Universidade Federal de São Carlos

CONFERIDO

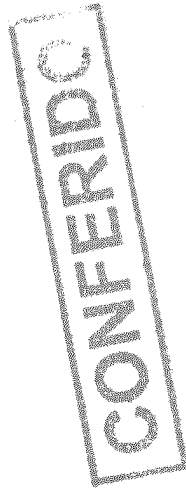
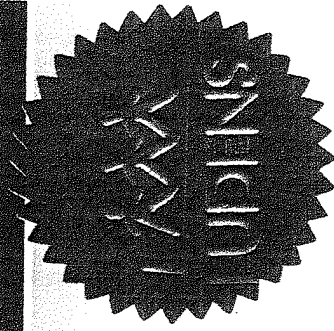
Certificado

Certificamos que **Cintia Elaine Vieira**

Participou do Curso **Integração Sensorial e sua utilização nos distúrbios de aprendizagem e neurológicos da Infância**, ministrado pela Terapeuta Ocupacional **Lígia Maria de Godoy Carvalho**, promovido pela Clínica Ludens (Ludens Cursos de Capacitação Profissional) e realizado de 18 a 22 de Junho de 2014, com carga horária de 40 horas.



Lígia Maria de Godoy Carvalho
Terapeuta Ocupacional 920 T.O.



LUDENS

Núcleo Terapêutico e de Estudos
do Desenvolvimento Humano

000165