PREFEITURA DE SÃO PAULO
SAÚDE

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Prefeitura Municipal de SÃO PAULO

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CMVS: **355030801-712-000016-1-9** DATA DE VALIDADE: **09/10/2029**

Nº PROCESSO:	
Nº PROTOCOLO:	**6018.2026/0074850-6** DATA DO PROTOCOLO: **17/06/2026**
SUBGRUPO:	**ATIVIDADES RELACIONADAS À SAÚDE**
AGRUPAMENTO:	**OUTRAS ATIVIDADES RELACIONADAS À SAÚDE**
ATIVIDADE ECONÔMICA-CNAE:	**7120-1/00 TESTES E ANÁLISES TÉCNICAS**
Tipos de análises:	**Físico-Química, Microbiológicas**
Tipos de produtos analisados:	**Água Potável, Água Purificada, Cosméticos, Insumos Farmacêuticos, Medicamentos, Produtos de higiene pessoal, Saneantes**
OBJETO LICENCIADO:	**ESTABELECIMENTO**
DETALHE:	

RAZÃO SOCIAL:	**AVANCINI LABORATORIO DE ANALISES TECNICAS LTDA.**	CNPJ ALBERGANTE:	
NOME FANTASIA:	**AVANCINI LABORATORIO DE ANALISES TECNICAS LTDA**		
CNPJ / CPF:	**19.068.118/0001-80**		
LOGRADOURO:	**Rua CARMO DO RIO VERDE**	NÚMERO:	**479**
COMPLEMENTO:	**fundos rua marcilea, 234**		
BAIRRO:	**JARDIM CARAVELAS**		
MUNICÍPIO:	**SÃO PAULO**		
CEP:	**04729-010**	UF:	**SP**
PÁGINA DA WEB:	**WWW. AVANCINIANALISES.COM.BR**		

RESPONSÁVEL LEGAL: **SANDRA ACHKAR AVANCINI**
CPF: **12636514880** CONSELHO REGIONAL: **N/A**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: UF:

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **JULIANA SILVA COSTA**
CPF: **47166571837** CONSELHO REGIONAL: **CRBIO**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **116891/01-D** UF: **SP**

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: **MAYARA CASAL CARVALHO**
CPF: **09050137601** CONSELHO REGIONAL: **CRF**
Nº INSCR. CONSELHO PROF: **112824** UF: **SP**

LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº CMVS: **355030801-712-000016-1-9** DATA DE VALIDADE: **09/10/2029**

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 CUMPRI-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 DESTE DOCUMENTO.
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	**09/10/2026**
LOCAL	DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1791566431461

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/