



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BIRIGUI**

CNPJ 46.151.718/0001-80

Birigui, 16 de Maio de 2025

Ofício nº 244/2025-IMVN/SECSAÚDE

A Senhora.  
TATYANE FERNANDA MARTINS  
Pregoeira Oficial.

Assunto: Parecer conclusivo da documentação técnica/amostras – Pregão Eletrônico nº 115/2025.

Prezado Senhor,

Em atendimento as determinações regidas pelo Edital n.º 53/2025, item 9.21 DOCUMENTOS COMPLEMENTARES – PÓS DISPUTA, do Pregão Eletrônico n.º 115/2025, cujo o objeto trata-se do REGISTRO DE PREÇOS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE HIDROTERAPIA EM PISCINA AQUECIDA COM RAMPA DE ACESSIBILIDADE, DESTINADOS À SECRETARIA DE SAÚDE, PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, conforme especificações do anexo I e II Termo de Referência.

Segue parecer conclusivo da comissão técnica nomeada pela portaria nº 41/2023, relativo à documentação técnica/amostra apresentada pela empresa HENRIQUE SARTORI COUTINHO FISIOTERAPIA, CNPJ: 19.733.410/0001-70, ora vencedora do LOTE N° 01 do referido certame.

**01 – RESULTADO DA AVALIAÇÃO:**

**1.1 – Documentação Técnica**

Após análise da documentação técnica apresentada pela empresa supracitada, esta comissão decide por **APROVAR** os referidos documentos, pois estão de acordo com o solicitado em edital.

Assim sendo, colocamo-nos ao vosso dispor para futuros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente.

Renata N. M. Serra  
Membro da Comissão

Silvana R.D.C Anchieta  
Membro da Comissão

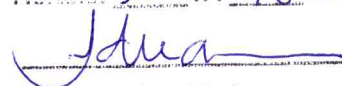
Igor Mathews Viana Nogueira  
Membro da Comissão

Prefeitura Municipal de Elói

Divisão de Compras, Licitações e Gestão de Contratos

Recebido no dia de: 12 / 05 / 2025

Horário: 10 h : 30 min



(Servidor)



Sistema Estadual de Vigilância Sanitária  
Prefeitura Municipal de BILAC

P.L. - 116/25

| LICENÇA SANITÁRIA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA       |                                        |                               |
|------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------|
| Nº CEVS: 350640901-865-000006-1-2              |                                        | DATA DE VALIDADE: 23/04/2026  |
| Nº PROCESSO:                                   |                                        |                               |
| Nº PROTOCOLO:                                  | 06/2025                                | DATA DO PROTOCOLO: 02/04/2025 |
| 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:                                       | 106 CONSULTÓRIO ISOLADO                |                               |
| RAZÃO SOCIAL:                                  | HENRIQUE SARTORI COUTINHO FISIOTERAPIA | CNPJ ALBERGANTE:              |
| NOME FANTASIA:                                 | HSC EQUOTERAPIA E FISIOTERAPIA         |                               |
| CNPJ / CPF:                                    | 19.733.410/0001-70                     |                               |
| LOGRADOURO:                                    | JOAO RODRIGUES LOPES                   | NÚMERO: 538                   |
| COMPLEMENTO:                                   | SALA B                                 |                               |
| BAIRRO:                                        |                                        |                               |
| MUNICÍPIO:                                     | BILAC                                  |                               |
| CEP:                                           | 16210-000                              | UF: SP                        |
| PÁGINA DA WEB:                                 |                                        |                               |
| RESPONSÁVEL LEGAL: HENRIQUE SARTORI COUTINHO   |                                        |                               |
| CPF: 35782648813                               | CONSELHO REGIONAL: CREFITO             |                               |
| Nº INSCR. CONSELHO PROF: 178171f               | UF: SP                                 |                               |
| RESPONSÁVEL TÉCNICO: HENRIQUE SARTORI COUTINHO |                                        |                               |
| CPF: 35782648813                               | CONSELHO REGIONAL: CREFITO             |                               |
| Nº INSCR. CONSELHO PROF: 178171f               | UF: SP                                 |                               |

O(A) DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE BILAC 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.

**BILAC**

LOCAL

**23/04/2025**

DATA DE DEFERIMENTO

Codigo de Validação: 1745452466985



**Via Rápida Empresa - VRE**  
**CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO INTEGRADO**  
**JUCESP - JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
Secretaria de Desenvolvimento Econômico do Estado de São Paulo



Prefeitura do Município de Araçatuba

Governo do Estado de São Paulo

**É importante saber que:**

1. Todos os dados e declarações constantes deste documento são de responsabilidade do proprietário do estabelecimento.
2. Somente as atividades econômicas contidas neste comprovante tem o funcionamento autorizado.
3. Quaisquer alterações de dados e/ou de condições que determinem a inscrição nos órgãos e expedição deste documento implica a perda de sua validade e regularidade perante os órgãos, e obriga o empresário e/ou empresa jurídica a revalidar as informações e renovar sua solicitação.
4. Os órgãos envolvidos poderão a qualquer momento fiscalizar ou notificar o interessado a comprovar as restrições e/ou condições supramencionadas no documento, de forma que se não atendidas as notificações, poderá ter início procedimento de apuração de responsabilidades com eventual imposição de multa, interdição do imóvel ou cassação do licenciamento.
5. As taxas devidas de cada órgão deverão ser recolhidas diretamente com os envolvidos e mantidas válidas durante todo o período de vigência do estabelecimento, de acordo com as regras definidas e especificadas pelo órgão.
6. Este documento foi expedido com base no Decreto Estadual 55.660, de 30 de março de 2010 e produz todos os efeitos legais para a autorização do exercício das atividades econômicas nele contidas.
7. Todas as licenças de funcionamento dos órgãos e entidades da Administração Direta e Indireta, bem como do município, se conveniado à REDESIM, estarão contidas neste Certificado. Portanto, não é necessária apresentação de Alvará complementar a este documento.

**DADOS DA SOLICITAÇÃO E VALIDADE DESTE DOCUMENTO:**

**PROTOCOLO/NÚMERO**

SPM2430332915

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO**

3431424

**DATA DA SOLICITAÇÃO**

25/06/2024

**DATA DE VALIDADE**

02/07/2027



**DADOS DA EMPRESA**

**NOME EMPRESARIAL**

CLINICA DE FISIOTERAPIA FERNANDA MANZANO LTDA

**CNPJ**

24.954.126/0001-63

**NATUREZA JURÍDICA**

Sociedade Empresária Limitada

**Inscrição Municipal**

**A EMPRESA TERÁ ESTABELECIMENTO?**

Sim

**FORMA DE ATUAÇÃO**

Estabelecimento Fixo

**ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO**

RUA TUPINAMBAS, 456

SAO JOAO, Araçatuba - SP CEP: 16025065

**ÁREA DO ESTABELECIMENTO**

350.65

|                                          |        |
|------------------------------------------|--------|
| DADOS DA EMPRESA                         |        |
| ÁREA DO IMÓVEL (ÁREA CONSTRUÍDA)<br>(M²) | 350.65 |
| ATIVIDADES ECONÔMICAS LICENCIADAS        |        |
| 8650004 - Atividades de fisioterapia     |        |

|                                   |
|-----------------------------------|
| ATIVIDADES AUXILIARES LICENCIADAS |
| Sede                              |
| Escritório Administrativo         |

ANÁLISE DE VIABILIDADE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| PARECER DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARAÇATUBA                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |
| VÁLIDO PARA A INSCRIÇÃO MUNICIPAL DO IMÓVEL                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DATA DE EMISSÃO: 21/06/2024 |
| TIPO DO IMÓVEL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Número IPTU: 019163         |
| RESTRIÇÕES AO EXERCÍCIO DA ATIVIDADE NO LOCAL INDICADO:                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
| CNAE:<br>8650-0/04-Atividades de fisioterapia                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |
| Atividade Estabelecimento:<br>Sim                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
| »<br>A Prefeitura poderá a qualquer momento notificar o interessado a comprovar as condições supramencionadas nas restrições de operação, de forma que se não atendida a notificação, poderá iniciar procedimento de apuração de responsabilidades com eventual imposição de multa, interdição do imóvel ou cassação do licenciamento. |                             |
| »<br>Atividade permitida no local indicado, desde que cumpra as exigências dispostas na Lei n 1.526/1971.                                                                                                                                                                                                                              |                             |
| »<br>Atividade permitida no local indicado, desde que atenda as exigências quanto as normas de acessibilidade, nos termos do artigo 13, inciso V, 1 da lei federal n 10.048/2000 e decreto n 5.296/04.                                                                                                                                 |                             |

LICENCIAMENTO INTEGRADO

|                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------|
| Secretaria de Estado da Saúde / Vigilância Sanitária               |
| Atividade licenciada pelo órgão de vigilância sanitária municipal. |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|
| Secretaria de Estado da Segurança Pública / Corpo de Bombeiros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |            |
| DATA EMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NÚMERO DE LICENÇA | VALIDADE   |
| 02/07/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CLCB 0001190137   | 02/07/2027 |
| FORAM ASSINADAS AS SEGUINTE DECLARAÇÕES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |            |
| » Declaro que o meu estabelecimento encontra-se no interior de uma edificação Licenciada pelo Corpo de Bombeiros, conforme o tipo e o número acima descrito.                                                                                                                                                                                                                                     |                   |            |
| » Declaro que a atividade a ser desenvolvida no estabelecimento é compatível com a ocupação aprovada pelo Corpo de Bombeiros para a edificação como um todo.                                                                                                                                                                                                                                     |                   |            |
| » Declaro estar ciente de que devo manter os sistemas de segurança contra incêndio sob minha responsabilidade em condições de utilização, de acordo com o preconizado pelo Regulamento de Segurança contra Incêndio do Estado de São Paulo.                                                                                                                                                      |                   |            |
| » Declaro estar ciente de que estou sujeito à fiscalização do Corpo de Bombeiros e que, além da cassação da Licença, o registro de informações inverídicas pode acarretar ao declarante o crime de falsidade ideológica, tipificado no Artigo 299 do Código Penal, com previsão de pena de um a cinco anos de reclusão e multa, sem prejuízo das providências administrativas e cíveis cabíveis. |                   |            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |              |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------|-------------|
| Secretaria do Meio Ambiente, Infraestrutura e Logística / CETESB                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |              |             |
| TIPO DE DOCUMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NÚMERO DE LICENÇA | DATA EMISSÃO | VALIDADE    |
| ISENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3779350           | 25/06/2024   | INEXISTENTE |
| FORAM ASSINADAS AS SEGUINTE DECLARAÇÕES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |              |             |
| » Atividades exercidas no local: 8650-0/04 - Atividades de fisioterapia                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |              |             |
| » Declaro que a atividade não será instalada e/ou realizada em APM (Área de Proteção aos Mananciais) / APRM (Área de Proteção e Recuperação de Mananciais).                                                                                                                                                                                              |                   |              |             |
| » Declaro que, para o exercício da atividade, não ocorrerá, sem manifestação específica da CETESB: 1.Corte de árvores nativas isoladas; 2. Supressão de vegetação nativa; 3. Intervenção em Áreas de Preservação Permanente (APP); 4. Movimentação de terra acima de 100 m³ (cem metros cúbicos); 5. Intervenção em Áreas de Várzea para fins agrícolas. |                   |              |             |
| MANIFESTAÇÕES DO ÓRGÃO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |              |             |
| » A atividade realizada pela empresa no local e nas condições informadas pelo interessado no pedido não está sujeita ao licenciamento ambiental no âmbito da CETESB. Caso haja alteração dessa situação, deverá haver nova solicitação.                                                                                                                  |                   |              |             |

|                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|
| Secretaria da Agricultura / Coordenadoria de Defesa Agropecuária                                                                                                                                                                                     |                          |           |
| DATA EMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                         | PROTOCOLO DE BAIXO RISCO | CNAE      |
| 25/06/2024                                                                                                                                                                                                                                           |                          | 8650-0/04 |
| FORAM ASSINADAS AS SEGUINTE DECLARAÇÕES:                                                                                                                                                                                                             |                          |           |
| » Declaro que as atividades que realizo para este protocolo não são de âmbito de gestão no sistema de Gestão de Defesa Animal e Vegetal (GEDAVE) pela Coordenadoria de Defesa Agropecuária (CDA) da Secretaria de Agricultura e Abastecimento (SAA). |                          |           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|
| Prefeitura de Araçatuba                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |           |
| VIGILÂNCIA SANITÁRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |           |
| DATA EMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PROTOCOLO DE BAIXO RISCO | CNAE      |
| 25/06/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          | 8650-0/04 |
| FORAM ASSINADAS AS SEGUINTE DECLARAÇÕES:                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |           |
| » Declaro estar ciente de que a atividade que realizo não é licenciada pelo órgão de vigilância sanitária.                                                                                                                                                                                                   |                          |           |
| PREFEITURA                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |           |
| DATA EMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NÚMERO DE LICENÇA        | VALIDADE  |
| 25/06/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | INEXISTENTE              |           |
| MANIFESTAÇÕES DO ÓRGÃO:                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |           |
| » A solicitação de licenciamento fica dispensada de vistoria e da necessidade de todos os atos públicos de liberação da atividade econômica para plena e contínua operação e funcionamento do estabelecimento, nos termos da resolução CGSIM 51 de 11 de junho de 2019 e/ou legislações municipais vigentes. |                          |           |

## H.S.C. EQUOTERAPIA E FISIOTERAPIA

### DECLARAÇÃO

A

Prefeitura Municipal de Birigui/SP  
Estado de São Paulo

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 115/2024 - REGISTRO DE PREÇOS  
EDITAL Nº 53/2025

A licitante HENRIQUE SARTORI COUTINHO FISIOTERAPIA - ME, inscrita no CNPJ sob o nº 19.733.410/0001-70, sediada na Rua João Rodrigues Lopes, nº 538, Sala B, Bairro São João, Bilac/SP, CEP: 16.210-164, por intermédio de seu representante, legal abaixo-assinado, vem por meio desta, declarar que:

Dispõem de profissional habilitado para execução dos serviços de Hidroterapia, sendo o fisioterapeuta inscrito no Conselho de Classe competente.

Por ser verdade, firmo e dato a presente

Bilac, SP, 29 de abril de 2.025

**HENRIQUE SARTORI  
COUTINHO:35782648813**

HENRIQUE SARTORI COUTINHO FISIOTERAPIA - ME  
Henrique Sartori Coutinho  
CPF nº 357.826.488-13  
RG nº 40.575.784-0 SSP/SP  
Proprietário

Assinado de forma digital por HENRIQUE  
SARTORI COUTINHO:35782648813  
Dados: 2025.04.29 09:43:38 -03'00'

**HENRIQUE SARTORI COUTINHO FISIOTERAPIA - ME**  
Rua João Rodrigues Lopes, nº 538, Sala B, Bairro São João, Bilac/SP, CEP: 16.210-164  
CNPJ 19.733.410/0001-70  
Inscrição Estadual: Isento  
Telefone: (18) 99743-4345  
e-mail: equoterapiawr@hotmail.com

## H.S.C. EQUOTERAPIA E FISIOTERAPIA

### DECLARAÇÃO

6

À  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BIRIGUI/SP  
At. - Pregoeiro (a) Oficial  
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 115/2024 - REGISTRO DE PREÇOS  
EDITAL Nº 53/2025

A licitante HENRIQUE SARTORI COUTINHO FISIOTERAPIA - ME, inscrita no CNPJ sob o nº 19.733.410/0001-70, sediada na Rua João Rodrigues Lopes, nº 538, Sala B, Bairro São João, Bilac/SP, CEP: 16.210-164, por intermédio de seu representante, legal abaixo-assinado, no uso de suas atribuições legais, DECLARA sob as penas da Lei, que possui sede para execução dos serviços em até 35 (trinta) quilômetros de distância do Município de Birigui/SP.

Por ser verdade, firmo e dato a presente

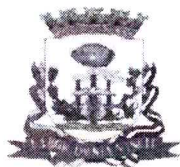
Bilac, SP, 29 de abril de 2025

**HENRIQUE SARTORI**  
**COUTINHO:35782648813**

HENRIQUE SARTORI COUTINHO FISIOTERAPIA - ME  
Henrique Sartori Coutinho  
CPF nº 357.826.488-13  
RG nº 40.575.784-0 SSP/SP  
Proprietário

Assinado de forma digital por HENRIQUE  
SARTORI COUTINHO:35782648813  
Dados: 2025.04.29 09:43:47 -03'00'

**HENRIQUE SARTORI COUTINHO FISIOTERAPIA - ME**  
**Rua João Rodrigues Lopes, nº 538, Sala B, Bairro São João, Bilac/SP, CEP: 16.210-164**  
**CNPJ 19.733.410/0001-70**  
**Inscrição Estadual: Isento**  
**Telefone: (18) 99743-4345**  
**e-mail: equoterapiawr@hotmail.com**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BIRIGUI**

CNPJ 46.151.718/0001-80

**ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA**

Atestamos, a pedido da interessada e para fins de prova, aptidão de desempenho e atestado de execução, que a empresa **HENRIQUE SARTORI COUTINHO FISIOTERAPIA – ME Matriz /H.S.C. EQUOTERAPIA E FISIOTERAPIA**, inscrita no CNPJ sob o nº 19.733.410/0001-70, estabelecida na Rua: João Rodrigues Lopes, Nº 538 complemento: sala B, , Bairro: Centro, Bilac/SP, CEP 16.210-000, prestou serviço de **HIDROTERAPIA**, destinado a pessoas com deficiências neurológicas e físicas para “Secretaria Municipal de Saúde”.

Registramos, ainda, que a prestação do serviço acima referido apresentou um bom desempenho operacional e terapêutico, tendo a empresa cumprido fielmente com suas obrigações, desde a data de 01/02/2020 a 09/12/2020, realizando uma média de 302 atendimentos neste período, em Birigui, nada constando que a desabone técnica e comercialmente, até a presente data.

Por ser verdade, firmo e dato o presente

Birigui, SP, 09 de Dezembro de 2.020

Luiz Henrique do Carmo Martins  
***Diretor da Atenção Básica e Especialidades***



# JUCESP - Junta Comercial do Estado de São Paulo

Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços  
Departamento de Registro Empresarial e Integração - DREI  
Secretaria de Desenvolvimento Econômico



JUCESP PROTOCOLO  
0.707.629/21-4

M. L. L.



## Requerimento de Empresário

|                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                           |                                             |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|
| NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO DE EMPRESA - NIRE DA SEDE                                                                                                                                   |                                                                                                           | NIRE DA FILIAL (somente para filial)        |                             |
| 3512936511-3                                                                                                                                                                                    |                                                                                                           |                                             |                             |
| NOME DO EMPRESÁRIO (completo, sem abreviações)                                                                                                                                                  |                                                                                                           |                                             |                             |
| HENRIQUE SARTORI COUTINHO                                                                                                                                                                       |                                                                                                           |                                             |                             |
| NATURAL DE (cidade e sigla do estado)                                                                                                                                                           |                                                                                                           | UF                                          | NACIONALIDADE               |
| Bilac                                                                                                                                                                                           |                                                                                                           | SP                                          | Brasileira                  |
| COR OU RAÇA                                                                                                                                                                                     |                                                                                                           | NÃO Declarada                               |                             |
| ESTADO CIVIL                                                                                                                                                                                    |                                                                                                           | REGIME DE BENS (se casado)                  |                             |
| Casado(a)                                                                                                                                                                                       |                                                                                                           | Comunhão parcial de bens                    |                             |
| SEXO                                                                                                                                                                                            |                                                                                                           | Masculino                                   |                             |
| FILIAÇÃO (Pai)                                                                                                                                                                                  |                                                                                                           | FILIAÇÃO (Mãe)                              |                             |
| VALDIR MARTINS COUTINHO                                                                                                                                                                         |                                                                                                           | ROSIMEIRE SARTORI                           |                             |
| NASCIMENTO EM (data de nascimento)                                                                                                                                                              | IDENTIDADE (número)                                                                                       | DIGITO                                      | DATA DE EXPEDIÇÃO           |
| 31/07/1987                                                                                                                                                                                      | 40575784                                                                                                  | 0                                           | 26/12/2013                  |
| ORGÃO EMISSOR                                                                                                                                                                                   | UF                                                                                                        | CPF (número)                                |                             |
| SSP                                                                                                                                                                                             | SP                                                                                                        | 357.826.488-13                              |                             |
| EMANCIPADO POR (forma de emancipação - somente no caso de menor)                                                                                                                                |                                                                                                           |                                             |                             |
|                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                           |                                             |                             |
| DOMICILIADO NA (logradouro - rua, av., etc.)                                                                                                                                                    |                                                                                                           | NÚMERO                                      |                             |
| Rua Joao Rodrigues Lopes                                                                                                                                                                        |                                                                                                           | 538                                         |                             |
| BAIRRO/DISTRITO                                                                                                                                                                                 | CEP                                                                                                       | CÓDIGO DO MUNICÍPIO                         |                             |
| Centro                                                                                                                                                                                          | 16210-000                                                                                                 | 4926                                        |                             |
| COMPLEMENTO                                                                                                                                                                                     |                                                                                                           |                                             |                             |
| FUNDOS                                                                                                                                                                                          |                                                                                                           |                                             |                             |
| MUNICÍPIO                                                                                                                                                                                       | UF                                                                                                        | PAÍS                                        |                             |
| Bilac                                                                                                                                                                                           | SP                                                                                                        | Brasil                                      |                             |
| declara, sob as penas da lei, não estar impedido de exercer atividade empresarial, que não possui outro registro de empresário e requer a Junta Comercial do Estado de São Paulo sua inscrição. |                                                                                                           |                                             |                             |
| ATOS:                                                                                                                                                                                           |                                                                                                           |                                             |                             |
| Alteração do Código de Atividade Econômica/ Objeto Social;                                                                                                                                      |                                                                                                           |                                             |                             |
| NOME EMPRESARIAL                                                                                                                                                                                |                                                                                                           | PORTE                                       |                             |
| HENRIQUE SARTORI COUTINHO FISIOTERAPIA                                                                                                                                                          |                                                                                                           | ME                                          |                             |
| LOGRADOURO (rua, av., etc.)                                                                                                                                                                     |                                                                                                           | NÚMERO                                      |                             |
| RUA JOÃO RODRIGUES LOPES                                                                                                                                                                        |                                                                                                           | 538                                         |                             |
| BAIRRO/DISTRITO                                                                                                                                                                                 | CEP                                                                                                       | CÓDIGO DO MUNICÍPIO                         |                             |
| CENTRO                                                                                                                                                                                          | 16210-000                                                                                                 | 4926                                        |                             |
| COMPLEMENTO                                                                                                                                                                                     |                                                                                                           |                                             |                             |
| SALA B                                                                                                                                                                                          |                                                                                                           |                                             |                             |
| MUNICÍPIO                                                                                                                                                                                       | UF                                                                                                        | PAÍS                                        | CORREIO ELETRÔNICO (e-mail) |
| Bilac                                                                                                                                                                                           | SP                                                                                                        | Brasil                                      |                             |
| VALOR DO CAPITAL (R\$)                                                                                                                                                                          | VALOR DO CAPITAL (por extensão)                                                                           |                                             |                             |
|                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                           |                                             |                             |
| CODIGO DE ATIVIDADE                                                                                                                                                                             | DESCRIÇÃO DE OBJETO                                                                                       |                                             |                             |
| Atividade Principal                                                                                                                                                                             | CLINICA MEDICA DE FISIOTERAPIA, DR. HENRIQUE SARTORI COUTINHO, CREDITO N 35419-LFT. ATIVIDADES DE APOIO À |                                             |                             |
| 8650004                                                                                                                                                                                         | EDUCAÇÃO TAIS COMO ATIVIDADES DE PSICOPEDAGOGIA, EXCETO CAIXAS ESCOLARES, SERVIÇOS COMBINADOS DE          |                                             |                             |
| Atividade(s) Secundária(s)                                                                                                                                                                      | ESCRITÓRIO E                                                                                              |                                             |                             |
| 8211300                                                                                                                                                                                         | APOIO ADMINISTRATIVO.                                                                                     |                                             |                             |
| 8550302                                                                                                                                                                                         |                                                                                                           |                                             |                             |
| DATA DE INÍCIO DAS ATIVIDADES                                                                                                                                                                   | NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CNPJ                                                                               | TRANSFÊRENCIA DE SEDE OU FILIAL DE OUTRA UF | UF                          |
|                                                                                                                                                                                                 | 19.733.410/0001-70                                                                                        |                                             |                             |
| DEPENDÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO GOVERNAMENTAL                                                                                                                                                        |                                                                                                           |                                             |                             |
| Permanece inalterado                                                                                                                                                                            |                                                                                                           |                                             |                             |
| ASSINATURA DA FIRMA PELO EMPRESÁRIO                                                                                                                                                             |                                                                                                           |                                             |                             |
| HENRIQUE SARTORI COUTINHO FISIOTERAPIA                                                                                                                                                          |                                                                                                           |                                             |                             |
| DATA DA ASSINATURA                                                                                                                                                                              | ASSINATURA DO EMPRESÁRIO (ou pelo representante/assessor/gerente/procurador)                              |                                             |                             |
| 26/07/2021                                                                                                                                                                                      | HENRIQUE SARTORI COUTINHO (Empresário)                                                                    |                                             |                             |
| PARA USO EXCLUSIVO DA JUNTA COMERCIAL                                                                                                                                                           |                                                                                                           |                                             |                             |

DEFERIDO

REGISTRO

CONTROLE INTERNET

029693960-9



NC



|                                                                                     |  |            |  |             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|--|-------------|--|
| 0.575.784-0                                                                         |  | 30/10/1996 |  | S.S.P. - SP |  |
| 26928840175                                                                         |  | SP/210°    |  | 357.826.488 |  |
| 13                                                                                  |  |            |  |             |  |
|  |  |            |  |             |  |
|  |  |            |  |             |  |



## CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3ª REGIÃO

### DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE PARA FUNCIONAMENTO (DRF)

Registro no CREFITO-3: 8214; Livro: 53; Folha: 153.

**Razão Social ou Denominação Comercial:**

HENRIQUE SARTORI COUTINHO FISIOTERAPIA ME.  
CNPJ: 19.733.410/0001-70.

**Endereço:**

RUA JOÃO RODRIGUES LOPES, 538; SALA B; CENTRO.  
CEP: 16210-000; Cidade: BILAC; Estado: SP.

**Segmento de atuação:**

Fisioterapia.

**Tipo de atividade:**

Empresa.

**Horário de funcionamento:**

ATENDIMENTO DOMICILIAR E EQUOTERAPIA EM LOCAL DE TERCEIROS.

**Responsável Técnico:**

Dr(a). HENRIQUE SARTORI COUTINHO CREFITO-3/178171 - F

Declaramos a Regularidade do(a) Titular, nos termos da legislação pertinente, para o desempenho das atividades ligadas ao exercício profissional, citadas no campo específico acima. Ressalvadas as ocorrências de alterações na responsabilidade técnica, endereço ou horário de funcionamento, esta *Declaração de Regularidade para Funcionamento* (DRF) possui validade até: **30 de julho de 2025**.

Dr. Raphael Martins Ferris  
Presidente



Consulte a autenticidade do documento pelo QR Code ao lado, ou acesse:  
<http://www.crefito3.org.br/dsn/servicos/documentos/regularidade-validar.asp?vl=1205468>

Esta declaração deverá ser fixada em local visível no setor de fisioterapia e, ou, terapia ocupacional.  
*A apresentação é obrigatória à fiscalização.*

Ficha de Estabelecimento Identificação

Date: 03/01/2024

CNPES: 0100714Nome Fantasia: H S C EQUOTERAPIA E FISIOTERAPIACNPJ: 19.733.410/0001-70

Nome Empresarial: HENRIQUE SARTORI COUTINHO FISIOTERAPIANatureza jurídica: ENTIDADES EMPRESARIAIS

Logradouro: RUA JOAO RODRIGUES LOPESNúmero: 538Complemento: SALA B

Bairro: CENTROMunicípio: 350640 - BILACUF: SP

CEP: 16210-000Telefone: (18)99743-4345Dependência: INDIVIDUALReg de Saúde: --

Tipo de Estabelecimento: SERVICO DE ATENCAO DOMICILIARSubtipo: --Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: HENRIQUE SARTORI COUTINHO

Cadastrado em: 27/03/2020Atualização na base local: 17/10/2023Última atualização Nacional: 11/12/2023

Horário de Funcionamento:

Caracterização

| Atividade ensino/pesquisa       | Código/natureza jurídica       |
|---------------------------------|--------------------------------|
| UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO | 2135 - EMPRESARIO (INDIVIDUAL) |

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

| Atividade    | Nível de atenção | Gestão    |
|--------------|------------------|-----------|
| AMBULATORIAL | ATENCAO BASICA   | MUNICIPAL |

## Atendimento

| Tipo de atendimento |  | Convênio   |
|---------------------|--|------------|
| AMBULATORIAL        |  | PARTICULAR |
| AMBULATORIAL        |  | SUS        |

## Fluxo de clientela

|                                          |
|------------------------------------------|
| 02 - ATENDIMENTO DE DEMANDA REFERENCIADA |
|------------------------------------------|

## Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Classificação Estabelecimento

### Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE

012 - ATENCAO BASICA

### Grupo > Atividade Secundária

01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL

## Classificação Estabelecimento Saúde

001 - UNIDADE BASICA DE SAUDE

## Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

| Instalação       |  | Qtde./Consultório | Leitos/Equipamentos |
|------------------|--|-------------------|---------------------|
| AMBULATORIAL     |  |                   |                     |
| CLINICAS BASICAS |  | 1                 | 0                   |

Serviços de

| Serviço | Característica |
|---------|----------------|
|---------|----------------|

Serviços especializados

| Código | Serviço                 | Característica | Ambulatorial |         | Hospitalar |         |
|--------|-------------------------|----------------|--------------|---------|------------|---------|
|        |                         |                | SUS          | Não SUS | SUS        | Não SUS |
| 126    | SERVICO DE FISIOTERAPIA | PROPRIO        | SIM          | SIM     | NÃO        | NÃO     |

Comissões e

| Descrição |
|-----------|
|-----------|

Serviços e Classificação

| Código    | Serviço                 | Classificação                                                | Terceiro | CNES          |
|-----------|-------------------------|--------------------------------------------------------------|----------|---------------|
| 126 - 007 | SERVICO DE FISIOTERAPIA | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA    | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 126 - 005 | SERVICO DE FISIOTERAPIA | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET | NÃO      | NAO INFORMADO |

Outros

| Nível de hierarquia | Tipo de unidade                                  | Turno de atendimento                       |
|---------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|
|                     | SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR ISOLADO(HOME CARE) | ATENDIMENTOS NOS TURNOS DA MANHA E A TARDE |

|                                        |  |  |  |  |
|----------------------------------------|--|--|--|--|
| Hospital avaliado segundo o NBAH do MS |  |  |  |  |
| NÃO                                    |  |  |  |  |

#### Equipamentos/Rejeitos

##### Equipamentos

| Equipamento                          | Existente | Em uso | SUS |
|--------------------------------------|-----------|--------|-----|
| EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA |           |        |     |
| Respirador/Ventilador                | 8         | 0      | SIM |

##### Resíduos/Rejeitos

|                            |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|
| Coleta Seletiva de Rejeito |  |  |  |
| NENHUM                     |  |  |  |

#### Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

#### Diálise

Nenhum resultado para a consulta realizada.

#### Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Hemoterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Hospitalar - Leitos

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Mantenedora

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Profissionais

| Nome                      | CNS             | Dt. Entrada | CBO    | Descrição            | SUS | Vinculação | Tipo            | Subtipo       | Portaria 134 | CH Outro | CH Amb. | CH Hosp. | Total |
|---------------------------|-----------------|-------------|--------|----------------------|-----|------------|-----------------|---------------|--------------|----------|---------|----------|-------|
| HENRIQUE SARTORI COUTINHO | 700301962585338 |             | 223605 | FISIOTERAPEUTA GERAL | SIM | AUTONOMO   | PESSOA JURIDICA | NAO SE APLICA |              | 0        | 48      | 0        | 48    |

## Habilitações

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Habilitações - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Regras Contratuais

## Regras Contratuais - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Contrato Gestão

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Contrato Gestão - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Incentivos

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Incentivos - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Equipes

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Residência Terapêutica

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Organizações Parceiras

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Gerência/Administração Terceiro/Interveniente

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Base Descentralizada

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## SAMU 192

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: -- Motivo desativação: --

