



Nome Fantasia: SANITIZADORA IMUNIZE Razão
Social: CONTROLE INTEGRADO DE PRAGAS E
SERVIÇOS IMUNIZE LTDA
Endereço: RUA ADERBAL RAMOS DA SILVA 95
Bairro: PROGRESSO Cidade: SAO LOURENCO DO
OESTE CEP: 89990-000
Tel: 49 98404-0250 Fax: E-mail:
clinicaimunize_slo@outlook.com



CERTIFICADO

Razão Social: PATOMEDI DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS HOSPITALARES
LTDA **Nome Fantasia:** PATOMEDI DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS
HOSPITALAR **CNPJ:** 41.141.956/0001-90
Endereço: RUA ARAUCARIA, 553 - BARRACAO 02 - SANTA TEREZINHA BARRACAO 02 **Cidade:**
PATO BRANCO **CEP:** 85501-160
Contato: TITTO

Certificamos que os serviços abaixo são válidos até:

DESINSETIZAÇÃO - ARANHAS, BARATAS, FORMIGAS, LACRAIAS, LARVAS DE MOSCA, LARVAS DE MOSQUITO,
MOSCAS, MOSQUITOS, MURIÇOCAS, OUTROS, PIOLHO DE POMBO, PULGAS e TRAÇAS **GARANTIA 6 MESES -**
VENCIMENTO: (24/05/2026)

Característica(s) do(s) Produto(s) Aplicado(s):

Nome Comum	Grupo Químico	Registro MS	Qtd. Usada	Conc. Uso
AGUA SANITÁRIA			0,1 MI	0 + 0,000 %
INSETICIDA IMIDACLOPRID	NEONICOTINÓIDE + PIRETRÓIDE	3.3222.0036.001-1	0,51 MI	0,1 %
INSETICIDA MAXTARION	PIRETRINAS E PIRETRÓIDES		0 MI	0 + 0,000 %
TERMIMAX FIPRONIL 250			2,25 MI	0,0375 + 0,000 %

Data do Serviço: 24/11/2025

Locais Tratados

APLICAÇÃO DE PRODUTOS PARA CONTROLE DE PRAGAS -INICIAL ,LIMPEZA DE CAIXA D'ÁGUA


RESPONSÁVEL TÉCNICO

JOCIEL BEAL
CRF/SC 11887




RESPONSÁVEL LEGAL

GILBERTO CAMBRUZZI DA SILVA
CONTROLE INTEGRADO DE PRAGAS E
SERVIÇOS IMUNIZE LTDA

EMPRESA REGISTRADA E LICENCIADA

Nº - VALIDADE:

Nº - VALIDADE:

Nº - VALIDADE:



Nome Fantasia: **SANITIZADORA IMUNIZE**
Razão Social: **CONTROLE INTEGRADO DE PRAGAS E SERVIÇOS IMUNIZE LTDA**
Endereço: **RUA ADERBAL RAMOS DA SILVA 95** Bairro: **PROGRESSO - SAO LOURENCO DO OESTE**
CEP: **89990-000** Tel: **49 98404-0250** Fax:
Email: **clinicaimunize_slo@outlook.com**

COMPROVANTE DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS /

Nº: 005049

Controle de Vetores e Pragas Urbanas

INFORMAÇÕES DA EMPRESA ESPECIALIZADA

CNPJ

IMA/SC

18085144000153

Nº: 598008/2025

Validade: 16/04/2026

INFORMAÇÕES DO CLIENTE

Nome/Razão Social: **PATOMEDI DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS HOSPITALARES LTDA**

Nome Fantasia: **PATOMEDI DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS HOSPITALAR**

Tipo de Atividade: **COMÉRCIO ESPECIALIZADO**

CNPJ: **41.141.956/0001-90**

Endereço: **RUA ARAUCARIA, 553 - BARRACAO 02**

Bairro: **SANTA TEREZINHA**

Município: **PATO BRANCO/PR**

CEP: **85501-160**

Telefone:

Fax: **46 99925-0026**

Email:

Contato:

Função:

VETOR(ES) OU PRAGA(S) URBANA(S) CONTROLADO(S):

ARANHAS, BARATAS, FORMIGAS, LACRAIAS, LARVAS DE MOSCA, LARVAS DE MOSQUITO, MOSCAS, MOSQUITOS, MURIÇOCAS, OUTROS, PIOLHO DE POMBO, PULGAS e TRAÇAS

ATIVIDADE DESENVOLVIDA:

CONTROLE QUÍMICO

LOCAIS A SEREM TRATADOS:

ESCRITÓRIO, COPA, REFEITÓRIO, SANITÁRIOS, DEPOSITOS, ÁREA EXTERNA, CAIXA D'ÁGUA

PRODUTOS QUÍMICOS E EQUIPAMENTOS EMPREGADOS: (INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO NO VERSO)

Grupo Químico	Nome Do Princípio Ativo	Concentração de uso (%)	Diluyente	Quantidade Total (l/g)	Praga Alvo	Equipamento
	HIPOCLORITO + HIPOCLORITO	0 + 0,000	ÁGUA	MI	MOSCAS	
NEONICOTINÓIDE + PIRETRÓIDE	IMIDACLOPRIDO	0,1	ÁGUA	MI	PULGAS, MOSQUITOS, MOSCAS, FORMIGAS	PULVERIZADOR
PIRETRINAS E PIRETRÓIDES	BIFENTRINA + BIFENTRINA	0 + 0,000	ÁGUA	MI	TRAÇAS, PULGAS, OUTROS, MURIÇOCAS, MOSCAS, BARATAS, ARANHAS	PULVERIZADOR
	FIPRONIL + FIPRONIL	0,0375 + 0,000	ÁGUA	MI	PULGAS, MOSQUITOS, FORMIGAS, BARATAS, ARANHAS	PULVERIZADOR

INFORMAÇÕES AO CONSUMIDOR

A **Garantia de Assistência Técnica - GAT** é uma expressão utilizada pelas empresas de controle de pragas para definir o prazo de compromisso com o cliente pelos serviços prestados. A GAT foi estabelecida pelo mercado com base em experiências técnicas agregadas às características biológicas e comportamentais do vetor ou da praga-alvo, do efeito residual dos produtos químicos utilizados, das condições físicas e ambientais do local que sofreu a ação de controle e da metodologia de aplicação. Veja os prazos do GAT no verso. As aplicações espaciais de inseticidas para controle de mosquitos de importância em Saúde Pública, por Ultra Baixo Volume (UBV) ou por Termonebulização (FOG) somente poderão ser praticadas nas áreas externas das edificações e como metodologia complementar às demais ações de controle. Essas aplicações deverão ser realizadas, exclusivamente, nas primeiras horas da manhã ou nos finais de tarde, de acordo com o período de atividade da espécie-alvo.

MEDIDAS CORRETIVAS E/OU PREVENTIVAS

Praga alvo	DESCRIÇÃO

APLICADOR	RESPONSÁVEL TÉCNICO	CLIENTE	
Nome: GILBERTO CAMBRUZZI DA SILVA	Nome: JOCIEL BEAL	Recebi o presente Comprovante de Execução de Serviço.	
Assinatura: 	Assinatura:  Nº Registro: CRF/SC 11887	Assinatura:	Data do Serviço: 24/11/2025



FICHA DE SERVIÇO Nº:006155

Atendimento: 002385 - Proposta: 002359

1 - CLIENTE: PATOMEDI DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS HOSPITALAR
Razão social: PATOMEDI DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
Endereço: RUA ARAUCARIA, 553 - BARRACAO 02 Bairro: SANTA TEREZINHA - BARRACAO 02
Ponto de Referência:
Atividade:

Contato: TITTO - Tel:
Atendente: GILBERTO CAMBRUZZI DA SILVA
Vendedor / Vistoriado por: GILBERTO CAMBRUZZI DA SILVA

VALOR: 350,00
FORMA PG: TRANSFERÊNCIA

2 - VIA DE CONFIRMAÇÃO	DATA DE CONFIRMAÇÃO	HORA	CONFIRMADO POR	CARGO
------------------------	---------------------	------	----------------	-------

3 - SERVIÇOS	Data: 24/11/2025	Hora: 19:00	Carga Horária: 0 min.
DESINSETIZAÇÃO - ARANHAS, BARATAS, FORMIGAS, LACRAIAS, LARVAS DE MOSCA, LARVAS DE MOSQUITO, MOSCAS, MOSQUITOS, MURIÇOCAS, OUTROS, PIOLHO DE POMBO, PULGAS e TRAÇAS	VALIDADE: 24/05/2026	() BAIXA () MÉDIA () ALTA () MUITO ALTA	

4 - RISCO DE ÁREAS VIZINHAS (I) (B) (M) (A) (MA)	NÍVEL DE INFESTAÇÃO GERAL (I) (MB) (B) (R) (A) (MA)	NÍVEL DE HIGIENE (B) (M) (A)
---	--	---------------------------------------

5 - DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E OBSERVAÇÕES DE IDA

6 - OBSERVAÇÕES SERVIÇO ANTERIOR

7 - CONSUMO DE PRODUTOS QUÍMICOS						
NOME COMERCIAL	CONC.USO	DILUENTE	EQUIPAMENTO	GP	CALDA	GR
ÁGUA SANITÁRIA	0 + 0,000	ÁGUA		0,1	0,1	
INSETICIDA IMIDACLOPRID	0,1	ÁGUA	PULVERIZADOR	0,51	100,42	
INSETICIDA MAXTARION	0 + 0,000	ÁGUA	PULVERIZADOR	0	0	
TERMIMAX FIPRONIL 250	0,0375 + 0,000	ÁGUA	PULVERIZADOR	2,25	150	

8 - VEÍCULO GM S10 - JUM4A66	ODÔMETRO (ao chegar no cliente)	MOTORISTA (dirigiu da empresa / cliente anterior até este cliente) NOME: <u>Gilberto</u> ASS: <u>[Assinatura]</u>	CUSTO TRANSP R\$
---------------------------------	---------------------------------	--	------------------

9 - RELATOS

10 - OPERADORES

RESPONSÁVEL TÉCNICO JOCIEL BEAL CRF/SC 11887 ASS: <u>[Assinatura]</u>	CLIENTE ATESTO QUE RECEBI A ORDEM DE SERVIÇO N. 000009 E QUE OS SERVIÇOS FORAM REALIZADOS COMO DESCRITO E DENTRO DO HORÁRIO ESPECIFICADO. HORA INÍCIO: <u>19:00</u> HORA TÉRMINO: <u>20:30</u> NOME LEGÍVEL: CARGO: ASS:
--	---

CERTIFICADO DE LIMPEZA DE DESINFECÇÃO DE CAIXA D'ÁGUA

Razão social –ABC DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS/PATOMED

Fantasia – ABC DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS/PATOMED

CNPJ: 12.014.370/0001-67/ 41.141.956/0001-90

Endereço: RUA ARAUCARIA, 553

Bairro: SANTA TEREZINHA

Município: PATO BRANCO - PR

CEP: 85.501-610 Fone: 46 99972-1820

Data: 28 / NOVEMBRO / 2025

Setor : 1 CAIXA D'ÁGUA DE FIBRA DE 1.000L

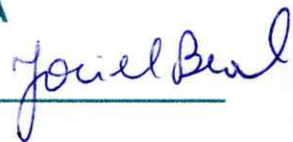
Procedimentos Realizados:

- 1) Esgotamento da Caixa / Reservatório;
- 2) Lavagem das paredes internas;
- 3) Enxaguar;
- 4) Esgotamento dos resíduos provenientes da limpeza;
- 5) Aspersão de hipoclorito de sódio;
- 6) Reabastecimento da Caixa / Reservatório

Material Utilizado:

- () Vassoura de Nylon
- () Escova
- (X) Esponja
- (X) Hipoclorito de Sódio
- (X) Outros – Escada, conserto da tampa


Equipe de Limpeza: GILBERTO CAMBRUZZI DA SILVA





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA - CRF-SC



CERTIDÃO DE REGULARIDADE 2025

Consulte via leitor de QRCode



CADASTRO NO CRF SOB O 12718	VALIDADE 31/03/2026	CÓDIGO DE AUTENTICAÇÃO FF53AC9B048D763B13914A70F525F1DC
RAZÃO/DENOMINAÇÃO SOCIAL CONTROLE INTEGRADO DE PRAGAS E SERVICOS IMUNIZE LTDA		
NOME FANTASIA SANITIZADORA IMUNIZE		
TIPO DE ESTABELECIMENTO OUTROS ESTABELECIMENTOS		
NATUREZA DE ATIVIDADE COM. VACINAS E SERVIÇO DE DEDETIZAÇÃO		
ENDEREÇO RUA ADERBAL RAMOS DA SILVA, 95		CNPJ 18.085.144/0001-53
LOCALIDADE PROGRESSO		CIDADE - UF SAO LOURENCO DO OESTE-SC

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
*****	19:30 às 22:00	19:30 às 22:00	19:30 às 22:00	19:30 às 22:00	19:30 às 22:00	13:00 às 17:00

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS

RESP. ORÇAMENTAL TÉCNICO						
TIPO	INSCRIÇÃO	NOME			FUNÇÃO	SITUAÇÃO
F	9674	JOCIEL BEAL			Responsável Técnico	SÓCIO
Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
*****	19:30 às 22:00	19:30 às 22:00	19:30 às 22:00	19:30 às 22:00	19:30 às 22:00	13:00 às 17:00

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA - CRF-SC

Florianópolis, 4 de Setembro de 2025

MARCO AURÉLIO THIESEN KOERICH
PRESIDENTE DO CRF-SC

ESTA CERTIDÃO DEVE SER AFIXADA EM UM LUGAR BEM VISÍVEL AO PÚBLICO

- Certificamos que o estabelecimento a que se refere esta Certidão de Regularidade está inscrito neste Conselho Regional de Farmácia, atendendo o que dispõe os artigos 22, parágrafo único e 24, da lei nº 3.820/60 e do Título IX da Lei nº 6.360/76. Tratando-se de Farmácia e Drogeria, certificamos que está regularizada em sua atividade durante os horários estabelecidos pelos Farmacêuticos Responsáveis Técnicos, de acordo com os artigos 15, parágrafos 1º e 2º e 23, alínea "c" da Lei nº 5.991/73 e artigos 2º e 3º Caput 5º e 6º Inciso I, todos da Lei 13.021/14.

- Por ocasião de mudanças no quadro de assistência farmacêutica, este documento deverá ser retirado pelo Responsável Técnico interessando e encaminhando por respectivo CRF para as devidas alterações.

- A autenticidade e/ou validade jurídica dessa CERTIDÃO poderá ser comprovada acessando o site institucional e digitando o código de autenticidade ou mesmo através de leitor de QR-Code.