



TERMO DE AUTUAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: 077/2024

ASSUNTO: CREDENCIAMENTO DE PSICOLOGIA, DERMATLOGIA E FONOAUDIOLOGIA

MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE

CUMPRINDO O DISPOSTO NA LEI, NESTE ATO PROCEDO A ATUAÇÃO DO PROCESSO EM EPÍGRAFE, CONTENDO PÁGINAS NUMERADAS DE Nº 01 A Nº 202 E, PARA CONSTAR, LAVRO E ASSINO O PRESENTE TERMO, DE AUTUAÇÃO PARA QUE SURTAS OS EFEITOS LEGAIS.

CAMPO MOURÃO/PR, 25 DE JUNHO DE 2024

NOME: JARDEL ALEXANDRE LISBOA

ASSINTURA: _____

Página de assinaturas



Jardel Lisboa
733.780.031-20
Signatário

HISTÓRICO

- 27 jun 2024**
14:26:22  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br)
- 27 jun 2024**
14:31:24  **Jardel Alexandre Lisboa** (Email: jardellis@gmail.com, CPF: 733.780.031-20) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil
- 27 jun 2024**
14:31:24  **Jardel Alexandre Lisboa** (Email: jardellis@gmail.com, CPF: 733.780.031-20) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil





PEDIDO DE COMPRA DE PRODUTOS/SERVIÇO

Ao

Setor de Compras/Licitações/Contratos

Ivani Fiore Dal Molin

Campo Mourão, 26 de junho de 2024

Setor Solicitante: Coordenador de Redes

Responsável: Orlando Augusto Baggio

Prezado, encaminho solicitação para início de processo licitatório para contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psicologia, fonoaudiologia e dermatologia pelo Ciscamcam.

Justificativa: Tendo em vista a necessidade de manter os serviços de atendimento médico nas especialidades disponíveis na tabela de valores do Ciscamcam torna-se necessário abertura de processo de credenciamento dos prestadores que encaminharam documentação mediante o Edital de Chamamento Público 05/2023.

*A Natureza da Despesa e Desdobramento da Despesa será preenchido pelo Contador.

OBSERVAÇÕES

ADRIANO ROQUE AVILA
Coordenador de Redes CISCOMCAM/QualiCIS

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140
Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscamcam.com.br / e-mail: compras@ciscamcam.com.br

Página de assinaturas



Adriano Avila
058.375.919-07
Signatário

HISTÓRICO

- 27 jun 2024**
14:28:14  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br)
- 27 jun 2024**
14:29:29  **Adriano Roque Avila** (Email: adrianoqueavila@gmail.com, CPF: 058.375.919-07) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil
- 27 jun 2024**
14:29:29  **Adriano Roque Avila** (Email: adrianoqueavila@gmail.com, CPF: 058.375.919-07) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil





SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

Excelentíssimo Sr. Presidente e
Sr. Coordenador

Solicito-vos, autorização para a compra e abertura de processo licitatório para aquisição dos materiais/serviços solicitados neste documento

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Psicologia, Dermatologia e Fonoaudiologia oferecidas pelo Ciscomcam.

Processo Administrativo nº 77

Modalidade: Inexigibilidade

Prazo de Entrega: 365

Local de Entrega: CISCOMCAM

Dotação Orçamentária:

01.015.10.302.0015.2.023.3.3.90.39.00.00. - 1005 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

01.015.10.302.0015.2.023.3.3.90.39.00.00. - 31496 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

01.015.10.302.0015.2.023.3.3.90.39.00.00. - 31499 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

Campo Mourão, 26 de junho de 2024

Ivani Fiore Dal Molin
Agente de Contratação
Portaria 03/2024 – Publicado em: 12/01/2024

Página de assinaturas



Ivani Molin
517.896.809-30
Signatário

HISTÓRICO

- 27 jun 2024**
14:27:14  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30)
- 27 jun 2024**
14:28:11  **Ivani Fiore Dal Molin** (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil
- 27 jun 2024**
14:28:11  **Ivani Fiore Dal Molin** (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil





PARECER CONTÁBIL

Processo Administrativo nº 77

Data do Processo Administrativo: 26/06/2024

Modalidade: Inexigibilidade

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Psicologia, Dermatologia e Fonoaudiologia oferecidas pelo Ciscomcam.

Dotação Orçamentária:

01.015.10.302.0015.2.023.3.3.90.39.00.00. - 1005 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
01.015.10.302.0015.2.023.3.3.90.39.00.00. - 31496 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
01.015.10.302.0015.2.023.3.3.90.39.00.00. - 31499 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

A despesa oriunda para aquisição do produto/serviço solicitado neste documento seguirá como:

- a) Funcional Programática sob nº.: 01.015.10.302.0015.2023
- b) Despesa sob nº.: 339039
- c) Desdobramento n. 50.30
- d) Fonte sob nº. : 01001; 31496; 31499
- e) Reduzido sob nº.: 63;64;65.

Campo Mourão, 26 de junho de 2024

Alexandro Sebastião dos Santos
Contador

Página de assinaturas



Alexandro Santos
019.886.109-58
Signatário

HISTÓRICO

- 28 jun 2024**
13:25:15  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@cisco.com.br)
- 28 jun 2024**
15:27:08  **Alexandro Sebastião Dos Santos** (Email: alexandro_s_s@hotmail.com, CPF: 019.886.109-58) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil
- 28 jun 2024**
15:27:12  **Alexandro Sebastião Dos Santos** (Email: alexandro_s_s@hotmail.com, CPF: 019.886.109-58) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil





AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

Eu, Leandro Roque Avila, Coordenador do Ciscocomcam, autorizo a abertura de processo administrativo para aquisição do produto/serviço solicitado neste documento.

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Psicologia, Dermatologia e Fonoaudiologia oferecidas pelo Ciscocomcam.

Processo Administrativo nº 77

Modalidade: Inexigibilidade

Prazo de Entrega: 365

Local de Entrega: CISCOMCAM

Item	Descrição do Produto / Serviço	Qtd.	QUANT. MESES	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Natureza da Despesa	Desdobramento da Despesa
DERMATOLOGIA							
985	02.01.01.002 - BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	10	12	R\$ 19,04	R\$ 190,40	3.390.39.00.	50.30
987	02.01.01.037 - BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	10	12	R\$ 34,87	R\$ 348,70	3.390.39.00.	50.30
994	02.01.01.052 - BIOPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	10	12	R\$ 29,11	R\$ 291,10	3.390.39.00.	50.30
1668	03.03.08.001 - CAUTERIZACAO QUIMICA DE PEQUENAS LESOES	10	12	R\$ 36,32	R\$ 363,20	3.390.39.00.	50.30
1672	03.01.01.007 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CISCOMCAM)	100	12	R\$ 50,90	R\$ 5.090,00	3.390.39.00.	50.30
3391	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	1200	12	R\$ 57,27	R\$ 68.724,00	3.390.39.00.	50.30
6214	90.04.01.156 - CRIOTERAPIA (SESSÃO)	100	12	R\$ 35,00	R\$ 3.500,00	3.390.39.00.	50.30
6212	90.04.01.156 - CRIOTERAPIA (SESSÃO)	10	12	R\$ 47,25	R\$ 472,50	3.390.39.00.	50.30
1692	04.01.01.004 - ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA	10	12	R\$ 15,98	R\$ 159,80	3.390.39.00.	50.30
1708	CLASSIFICAÇÃO IDS 04.06.02.013-2 - EXCISAO E SUTURA DE HEMANGIOMA	10	12	R\$ 40,31	R\$ 403,10	3.390.39.00.	50.30
1709	04.04.02.009 - EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA BOCA	10	12	R\$ 37,80	R\$ 378,00	3.390.39.00.	50.30
3735	04.04.02.009 - EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA BOCA	100	12	R\$ 28,00	R\$ 2.800,00	3.390.39.00.	50.30
1711	04.01.01.006 - EXCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES / FERIMENTOS DE PELE / MUCOSA	10	12	R\$ 37,80	R\$ 378,00	3.390.39.00.	50.30
1157	04.04.02.010 - EXCISAO EM CUNHA DE LABIO	10	12	R\$ 40,31	R\$ 403,10	3.390.39.00.	50.30
3736	04.04.02.010 - EXCISAO EM CUNHA DE LABIO	100	12	R\$ 29,86	R\$ 2.986,00	3.390.39.00.	50.30
1712	04.01.02.008 - EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO	10	12	R\$ 40,31	R\$ 403,10	3.390.39.00.	50.30
1715	04.01.01.007 - EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	10	12	R\$ 16,82	R\$ 168,20	3.390.39.00.	50.30
1161	04.01.01.009 - FULGURACAO / CAUTERIZACAO QUIMICA DE LESOES CUTANEAS	10	12	R\$ 36,32	R\$ 363,20	3.390.39.00.	50.30
1720	04.01.01.010 - INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	10	12	R\$ 15,98	R\$ 159,80	3.390.39.00.	50.30
FONOAUDIOLOGIA							



CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

975	02.11.07.004 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	100	12	R\$ 28,80	R\$ 2.880,00	3.390.39.00.	50.30
2237	90.04.01.073 AUDIOMETRIA VOCAL (CLINICA)	100	12	R\$ 25,04	R\$ 2.504,00	3.390.39.00.	50.30
2241	90.04.01.028 CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA (CLINICA)	100	12	R\$ 35,00	R\$ 3.500,00	3.390.39.00.	50.30
2387	02.11.07.014 EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS P/ TRIAGEM AUDITIVA (CLINICA)	10	12	R\$ 14,37	R\$ 143,70	3.390.39.00.	50.30
1169	02.11.07.020 - IMITANCIOMETRIA	100	12	R\$ 66,18	R\$ 6.618,00	3.390.39.00.	50.30
6215	90.04.01.157-0 - POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DO TRONCO ENCEFÁLICO (PEATE/BERA)	10	12	R\$ 55,00	R\$ 550,00	3.390.39.00.	50.30
3723	03.01.07.011 TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INDIVIDUAL (CLINICA)	500	12	R\$ 35,00	R\$ 17.500,00	3.390.39.00.	50.30
6423	07.01.03.003 APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO A	1	12	R\$ 525,00	R\$ 525,00	3.390.39.00.	50.30
6424	07.01.03.004 APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO B	1	12	R\$ 700,00	R\$ 700,00	3.390.39.00.	50.30
6425	07.01.03.005 APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C	100	12	R\$ 1.100,00	R\$ 110.000,00	3.390.39.00.	50.30
PSICOLOGIA							
6218	90.04.01.151-0 - TERAPIA ABA (2 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	120	12	R\$ 400,00	R\$ 48.000,00	3.390.39.00.	50.30
6219	90.04.01.152-0 - TERAPIA ABA (3 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	1	12	R\$ 600,00	R\$ 600,00	3.390.39.00.	50.30
6220	90.04.01.153-0 - TERAPIA ABA (4 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	1	12	R\$ 800,00	R\$ 800,00	3.390.39.00.	50.30
6221	90.04.01.154-0 - TERAPIA ABA (5 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	1	12	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	3.390.39.00.	50.30
TOTAL					R\$	282.902,90	

Campo Mourão, 26 de junho de 2024

Leandro Roque Avila
Coordenador do CISCOMCAM

Página de assinaturas



Leandro Avila

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE D...

Signatário

HISTÓRICO

- 27 jun 2024**
14:29:29  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br)
- 28 jun 2024**
07:19:34  **Leandro Roque Avila** (Empresa: *CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO*, Email: coordenacao@ciscomcam.com.br, CPF: 057.666.679-30) visualizou este documento por meio do IP 177.51.112.4 localizado em Londrina - Paraná - Brazil
- 28 jun 2024**
07:19:34  **Leandro Roque Avila** (Empresa: *CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO*, Email: coordenacao@ciscomcam.com.br, CPF: 057.666.679-30) assinou este documento por meio do IP 177.51.112.4 localizado em Londrina - Paraná - Brazil





AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

Eu, Rafael Brito do Prado, Presidente do Ciscomcam, autorizo a abertura de processo administrativo para aquisição do produto/serviço solicitado neste documento.

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Psicologia, Dermatologia e Fonoaudiologia oferecidas pelo Ciscomcam.

Processo Administrativo nº 77

Modalidade: Inexigibilidade

Prazo de Entrega: 365

Local de Entrega: CISCOMCAM

Item	Descrição do Produto / Serviço	Qtd.	QUANT. MESES	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Natureza da Despesa	Desdobramento da Despesa
DERMATOLOGIA							
985	02.01.01.002 - BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	10	12	R\$ 19,04	R\$ 190,40	3.390.39.00.	50.30
987	02.01.01.037 - BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	10	12	R\$ 34,87	R\$ 348,70	3.390.39.00.	50.30
994	02.01.01.052 - BIOPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	10	12	R\$ 29,11	R\$ 291,10	3.390.39.00.	50.30
1668	03.03.08.001 - CAUTERIZACAO QUIMICA DE PEQUENAS LESOES	10	12	R\$ 36,32	R\$ 363,20	3.390.39.00.	50.30
1672	03.01.01.007 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CISCOMCAM)	100	12	R\$ 50,90	R\$ 5.090,00	3.390.39.00.	50.30
3391	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLÍNICA)	1200	12	R\$ 57,27	R\$ 68.724,00	3.390.39.00.	50.30
6214	90.04.01.156 - CRIOTERAPIA (SESSÃO)	100	12	R\$ 35,00	R\$ 3.500,00	3.390.39.00.	50.30
6212	90.04.01.156 - CRIOTERAPIA (SESSÃO)	10	12	R\$ 47,25	R\$ 472,50	3.390.39.00.	50.30
1692	04.01.01.004 - ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA	10	12	R\$ 15,98	R\$ 159,80	3.390.39.00.	50.30
1708	CLASSIFICAÇÃO IDS 04.06.02.013-2 - EXCISAO E SUTURA DE HEMANGIOMA	10	12	R\$ 40,31	R\$ 403,10	3.390.39.00.	50.30
1709	04.04.02.009 - EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA BOCA	10	12	R\$ 37,80	R\$ 378,00	3.390.39.00.	50.30
3735	04.04.02.009 - EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA BOCA	100	12	R\$ 28,00	R\$ 2.800,00	3.390.39.00.	50.30
1711	04.01.01.006 - EXCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES / FERIMENTOS DE PELE / MUCOSA	10	12	R\$ 37,80	R\$ 378,00	3.390.39.00.	50.30
1157	04.04.02.010 - EXCISAO EM CUNHA DE LABIO	10	12	R\$ 40,31	R\$ 403,10	3.390.39.00.	50.30
3736	04.04.02.010 - EXCISAO EM CUNHA DE LABIO	100	12	R\$ 29,86	R\$ 2.986,00	3.390.39.00.	50.30
1712	04.01.02.008 - EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO	10	12	R\$ 40,31	R\$ 403,10	3.390.39.00.	50.30
1715	04.01.01.007 - EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	10	12	R\$ 16,82	R\$ 168,20	3.390.39.00.	50.30
1161	04.01.01.009 - FULGURACAO / CAUTERIZACAO QUIMICA DE LESOES CUTANEAS	10	12	R\$ 36,32	R\$ 363,20	3.390.39.00.	50.30

RAFAEL BRITO DO PRADO:04933415951
Assinado de forma digital por RAFAEL BRITO DO PRADO:04933415951
Dados: 2024.06.28 10:31:44 -03'00'

Rua Mamborê, 1542 - Fone (44) 3523-3684 – CEP 87303-140 – Campo Mourão – Pr

CNPJ: 95.640.322/0001-01 – E-mail: coordenacao@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

1720	04.01.01.010 - INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	10	12	R\$ 15,98	R\$ 159,80	3.390.39.00.	50.30
FONOAUDIOLOGIA							
975	02.11.07.004 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	100	12	R\$ 28,80	R\$ 2.880,00	3.390.39.00.	50.30
2237	90.04.01.073 AUDIOMETRIA VOCAL (CLINICA)	100	12	R\$ 25,04	R\$ 2.504,00	3.390.39.00.	50.30
2241	90.04.01.028 CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA (CLINICA)	100	12	R\$ 35,00	R\$ 3.500,00	3.390.39.00.	50.30
2387	02.11.07.014 EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS P/ TRIAGEM AUDITIVA (CLINICA)	10	12	R\$ 14,37	R\$ 143,70	3.390.39.00.	50.30
1169	02.11.07.020 - IMITANCIOMETRIA	100	12	R\$ 66,18	R\$ 6.618,00	3.390.39.00.	50.30
6215	90.04.01.157-0 - POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DO TRONCO ENCEFÁLICO (PEATE/BERA)	10	12	R\$ 55,00	R\$ 550,00	3.390.39.00.	50.30
3723	03.01.07.011 TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INDIVIDUAL (CLINICA)	500	12	R\$ 35,00	R\$ 17.500,00	3.390.39.00.	50.30
6423	07.01.03.003 APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO A	1	12	R\$ 525,00	R\$ 525,00	3.390.39.00.	50.30
6424	07.01.03.004 APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO B	1	12	R\$ 700,00	R\$ 700,00	3.390.39.00.	50.30
6425	07.01.03.005 APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C	100	12	R\$ 1.100,00	R\$ 110.000,00	3.390.39.00.	50.30
PSICOLOGIA							
6218	90.04.01.151-0 - TERAPIA ABA (2 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	120	12	R\$ 400,00	R\$ 48.000,00	3.390.39.00.	50.30
6219	90.04.01.152-0 - TERAPIA ABA (3 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	1	12	R\$ 600,00	R\$ 600,00	3.390.39.00.	50.30
6220	90.04.01.153-0 - TERAPIA ABA (4 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	1	12	R\$ 800,00	R\$ 800,00	3.390.39.00.	50.30
6221	90.04.01.154-0 - TERAPIA ABA (5 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	1	12	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	3.390.39.00.	50.30
TOTAL					R\$	282.902,90	

Campo Mourão, 26 de junho de 2024

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por RAFAEL
BRITO DO PRADO:04933415951
Dados: 2024.06.28 10:32:07 -03'00'

Rafael Brito do Prado
Presidente do CISCOMCAM

[Voltar](#)

Detalhes processo licitatório

Informações Gerais

Entidade Executora	CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE COMUNIDADE DOS MUNIC DA REGIÃO I		
Ano*	2024		
Nº licitação/dispensa/inexigibilidade*	27		
Modalidade*	Processo Inexigibilidade		
Número edital/processo*	77		
Recursos provenientes de organismos internacionais/multilaterais de crédito			
Instituição Financeira			
Contrato de Empréstimo			
Descrição Resumida do Objeto*	: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Psicologia, Dermatologia e Fonoaudiologia oferecidas pelo Ciscomcam.		
Dotação Orçamentária*	0101510302001520233390390000		
Preço máximo/Referência de preço - R\$*	282.902,90		
Data Publicação Termo ratificação	27/06/2024		
Data de Lançamento do Edital			
Data da Abertura das Propostas			
Há itens exclusivos para EPP/ME?	▼		
Há cota de participação para EPP/ME?	▼		Percentual de participação: 0,00
Trata-se de obra com exigência de subcontratação de EPP/ME?	▼		
Há prioridade para aquisições de microempresas regionais ou locais?	▼		
Data Cancelamento			

Editar

Excluir

CPF: 51789680930 ([Logout](#))



ATESTADO DE REGULARIDADE

Considerando:

1. Necessidade de contratação em acordo com o objeto;
2. Documentação juntada ao presente processo, sobretudo a pesquisa de mercado, o parecer contábil e o parecer jurídico;
3. As disposições legais: Lei 14.133/21.
4. Este Presidente da Comissão Permanente de Licitação atesta a regularidade da documentação juntada e é favorável a continuidade do processo. (x) SIM () NÃO

Iranir M

Agente de contratação
Portaria 03/2024 – Publicado em: 12/01/2024

Página de assinaturas



Ivani Molin
517.896.809-30
Signatário

HISTÓRICO

- 23 jul 2024**
15:41:21  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30)
- 23 jul 2024**
15:42:04  **Ivani Fiore Dal Molin** (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil
- 23 jul 2024**
15:42:04  **Ivani Fiore Dal Molin** (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil





PARECER JURÍDICO

Trata-se de parecer jurídico inicial acerca da minuta de edital e demais documentos do Credenciamento – Chamamento Público nº 05/2023, por meio da modalidade de Inexigibilidade de licitação, visando o credenciamento de pessoa jurídica atuante na área da saúde, em atendimento as especializadas oferecidas pelo Ciscomcam.

Verifica-se que consta aos autos da requisição formulada pela Coordenação do consórcio, justificativa da necessidade dos serviços a serem contratados, bem como parecer contábil demonstrando que existe dotação orçamentária disponível para custeio da presente contratação.

O credenciamento como forma de chamamento público para contratação de empresas interessadas a prestarem o fornecimento dos itens descritos em atendimento ao Cis-Comcam na forma constante da minuta de edital é admitido conforme art. 6º, XLIII e art. 79, inciso I, da Lei nº 14.133/21.

Isto posto, o Acórdão nº 1605/21 - Tribunal Pleno do TCE-PR (processo nº 237952/20) expressa que é possível de acordo com a necessidade administrativa no caso concreto, o gestor optar pela contratação de pessoa física (PF) ou jurídica (PJ), pois não há vedação legal específica.

Sendo assim, considerando que foram observadas as regras do parágrafo único do art. 79 da Lei nº 14.133/21, sou **favorável** a publicação do edital nos presentes termos.

É o parecer.

Campo Mourão/PR, 31 de julho de 2023.

ALBERT VASCONCELOS
OAB/PR 74.160



EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 05/2023 E X E R C Í C I O – 2023/2024
CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CISCOMCAM, torna público aos interessados por meio deste Chamamento Público que estará contratando empresas privadas Prestadoras de Serviços em Saúde, sem caráter de exclusividade, por meio procedimento de Inexigibilidade para as especialidades oferecidas pelo Ciscamcam.

1. PREÂMBULO.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CISCOMCAM, através da Comissão Permanente de Licitação, designada pela Portaria nº 14/2023 de 05/04/2023, publicado no Jornal Tribuna do Interior em 06/04/2023, edição 10.867, página 03 e em conformidade com a Lei Federal nº 14.133/21, Lei Federal nº 8.080/90 (Lei Orgânica do SUS), Lei Federal nº 11.107/2005 (Lei dos Consórcios Públicos), Portaria nº 1.034/10 do Ministério da Saúde (Participação de Instituições Privadas no SUS), Lei Estadual nº 15.608/07 (Licitações e Contratos PR), Decreto Estadual nº 4.507/09 (Regulamento de Credenciamentos PR), Decreto Estadual nº 4.732/09 (Alterações no Decreto nº 4.507/09), Resolução nº 1613/2001- CFM (Fiscalização da Profissão - Medicina) e demais legislações aplicáveis, TORNA PÚBLICO a realização de **CHAMAMENTO PÚBLICO**, visando a contratação de pessoas jurídicas atuantes na área da saúde, nas especialidades oferecidas pelo CISCOMCAM, conforme TABELA DE VALORES DO CISCOMCAM – DISTRIBUÍDAS POR ESPECIALIDADES, tendo como tabela vigente a última tabela atualizada no site do CISCOMCAM.

2. DO OBJETO.

2.1O presente Chamamento Público, tem por sua finalidade comunicar aos interessados que o CISCOMCAM estará contratando pessoas jurídicas atuantes na área da saúde, por meio de procedimento de Inexigibilidade, para que as interessadas providenciem a documentação necessária nas especialidades oferecidas pelo CISCOMCAM neste ato convocatório, durante o exercício de 2023/2024.

2.2As áreas da saúde que serão abrangidas neste Edital de Chamamento Público, e posterior procedimento de inexigibilidade, estão elencadas na TABELA DE VALORES DO CISCOMCAM– DISTRIBUIDAS POR ESPECIALIDADES, tendo como tabela vigente a última tabela atualizada no site do CISCOMCAM. As especialidades oferecidas neste Chamamento Público serão aquelas constantes na tabela de nº 03, 04, 05, 08, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21 e 22, contendo suas especialidades, descrições e valores para cada procedimento, exame, consulta, disponíveis no neste

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140

Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01

www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



endereço

eletrônico:

http://www.ciscomcam.com.br/sistema/arquivos/1/020623102909_t_de_valores_ciscomcam_por_especialidades_30052023_pdf.pdf

2.3 Os interessados que desejam participar do procedimento de inexigibilidade, deverão encaminhar a documentação pertinente abaixo elencada, devendo ofertarem obrigatoriamente no mínimo 100 (cem) consultas/exames por mês, para sua respectiva especialidade.

2.4 O procedimento adotado para a contratação dos interessados será através de inexigibilidade, por meio deste Edital de Chamamento Público publicado no órgão oficial Jornal Tribuna do Interior, bem como no site do Ciscomcam <https://diario.ciscomcam.com.br/diariooficial>.

2.5 A contratação será efetivada após o preenchimento dos requisitos de habilitação, os quais serão analisadas pela Comissão Permanente de Licitação, designada pela Portaria 14/2023 de 05/04/2023, publicado no Jornal Tribuna do Interior em 06/04/2023, edição 10.867, página 03.

3. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO.

3.1 Poderão optar pelo credenciamento, toda e qualquer profissional da saúde, pessoa jurídica, interessado desde que sua especialidade e procedimento esteja sendo oferecida na tabela de valores na última atualização, que mantenham em seus quadros, profissionais habilitados de suas respectivas áreas, que gozem de boa reputação profissional e desde que atendidos os requisitos do item “**6 - DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**”, bem como atendam as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento de excelência aos pacientes.

3.2 Poderão participar do procedimento de inexigibilidade as pessoas jurídicas inscritas com CNPJ ativo.

3.3 Não poderão participar do procedimento de contratação os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas no art. 156 da Lei nº 14.133/21.

3.4 Não poderão participar do procedimento de contratação os profissionais de saúde integrantes efetivos do quadro de pessoal do CISCOMCAM.

3.5 Não poderão participar do procedimento de contratação no caso de parentesco entre o integrante do quadro societário da empresa com algum servidor (efetivo ou comissionado) do órgão que efetue a contratação.

4. DA FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO.

4.1 Os interessados poderão inscrever-se para o credenciamento, de acordo com o processo de inexigibilidade nos moldes da Lei nº 14.133/21. Processo que será regulado por esse Edital de Chamamento Público.

4.2 Conforme o item 13.1, o Chamamento Público ficará aberto aos interessados no período de 12 (dozes) meses, sendo a data inicial a da publicação 01/08/2023 e término 01/08/2024.

4.3 Os interessados poderão entregar a sua documentação no próximo dia útil posterior a publicação desse Edital de Chamamento Público

4.4 O Chamamento Público ficará aberto pelo período de 12 meses, podendo o CISCOMCAM realizar mensalmente, ou sempre que necessário, o procedimento de inexigibilidade para a efetivação da contratação, desde que a documentação atenda aos requisitos do edital.

4.5 Considerando que o Chamamento Público ficará aberto pelo período de 12 (doze)

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140

Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01

www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



meses, o prazo de vigência do contrato poderá ser prorrogado pelo período máximo de 60 (sessenta) meses.

4.6O processo de credenciamento se dará da seguinte forma: publicação do edital de Chamamento Público, envios das documentações através do site de credenciamento, informando sobre a contratação, análise da documentação pela Comissão Permanente de Licitação, se de acordo com as diretrizes do edital, será adjudicado e homologado para aquela especialidade pretendida, confecção e assinatura do contrato de prestação de serviços pelo prazo de 12 (doze) meses, prorrogável por iguais e sucessivos períodos até o limite máximo de 60 meses.

4.7Os interessados poderão entregar as documentações para credenciamento pelo site de credenciamento disponível no seguinte link:
<https://credenciamento.ciscomcam.com.br/login>;

4.8Por meio digital sendo todas as vias autenticadas com assinatura digital do socio administrador ou do CNPJ e todas as vias em formato de arquivo PDF, podendo ser enviadas pelo endereço de e-mail: compras@ciscomcam.com.br;

4.9Por meio físico, podendo entregar as documentações pessoalmente, ou por correspondência, em envelope lacrado diretamente no Ciscomcam, Rua Mamborê, nº 1542, CEP 87.302-140, em dias de expediente, de segunda- feira a sexta-feira das 08h00min às 12h0min e das 13h00min às 16h30min no departamento de compras e licitações.

4.10Qualquer pessoa poderá entregar a documentação para a empresa interessada, desde que tenha posse do login e senha da pessoa que irá se credenciar (no caso de envio pelo site), lembrando que o Ciscomcam não se responsabilizará por acesso a informações pessoais que possam ser disponibilizadas por acesso fornecidos a terceiros. É de total responsabilidade do credenciado o seu login e senha tendo total autonomia de compartilhá-la com quem preferir bem como qualquer pessoa poderá entregar a documentação para a empresa interessada (por meio físico), devendo se dirigir ao departamento de compras e licitações ao funcionário responsável pelo credenciamento, conforme item 4.7;

4.11Os interessados em participar do processo de inexigibilidade, poderão ter acesso ao edital e seus anexos, após sua publicação, no site <http://www.ciscomcam.com.br/site/editais>, ou podendo solicitar pelo aplicativo de mensagens (44) 99772-0041 ou pelo e-mail: compras@ciscomcam.com.br;

4.12 Toda documentação só será aceita impreterivelmente pelos meios descritos no item 4.7. Não será aceita documentação por outros meios.

4.13Em caso de solicitação presencial do edital, o interessado deverá trazer qualquer tipo de mídia (CD-ROM, PEN-DRIVE para gravação do edital, não podendo o edital ser impresso por qualquer servidor ou membro da Comissão Permanente de Licitação.

4.14 No caso de envio por meio físico, interessados deverão encaminhar os documentos relacionados abaixo ao Ciscomcam em dias de expediente do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão, no seguinte endereço: Rua Mamborê, nº 1542, centro, Campo Mourão-PR, em envelope fechado com as seguintes indicações:



CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2022

INTERESSADO:
ESPECIALIDADE:
ENDEREÇO:
TELEFONE PARA CONTATO:
PESSOA PARA CONTATO:
E-MAIL PARA CONTATO:

4.15 Os interessados deverão entregar a documentação pessoalmente ou por alguém designado pelo credenciado, por correspondência, por e-mail (desde que todas as vias esteja totalmente autenticados por assinatura digital, conforme item 4.7), no próximo dia útil posterior a publicação deste Edital de Chamamento Público a ser publicado no site <http://www.ciscomcam.com.br/site/editais> e no órgão oficial do CISCOMCAM <https://diario.ciscomcam.com.br/diariooficial> e no Jornal Tribuna do Interior.

5. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

5.1 Para o envio pelo site de credenciamento o credenciado deverá preparar toda a sua documentação em arquivo PDF com tamanho de no máximo 50KB, devendo preencher e assinar todos os anexos e após as devidas edições, e converter em PDF para o envio;

5.2 Os documentos dos profissionais a serem credenciados tem que estar em um unico arquivo PDF, não pode ultrapassar o limite de tamanho do arquivo, conforme o item 5.1 e sendo enviado em local determinado no site;

Os certificados deverão ser digitalizados FRENTE e o VERSO, não será aceito nenhum documento sem assinatura ou com seu devido registro.

5.3 Por outros meios de envio, a documentação deverá ser obrigatoriamente apresentada com a etiqueta (se for por e-mail, a etiqueta também tem que estar devidamente autenticada por assinatura digital, conforme item 4.7), indicada acima, envelope devidamente lacrado, documentação na ordem estabelecida no edital, os anexos devidamente preenchidos corretamente, datados, assinados pelo representante legal da empresa, conforme estabelece os anexos, sob pena de não recebimento do envelope até que seja regularizado.

6. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

6.1 Antes de começar a separar a documentação, recomenda-se ao credenciado que imprima o checklist (ANEXO VI) a fim de auxiliar na preparação da documentação.

6.2 Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no **Anexo I** (No caso de envio pelo site de credenciamento, não precisa preencher o Anexo I, contudo basta preencher em uma página com as informações bancária, número de telefone fixo, número de celular e e-mail para contato convertendo o arquivo para formato PDF);

6.3 Registro comercial, no caso de empresa individual;

6.4 Ato constitutivo, estatuto ou contrato em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e no caso de sociedade por ações, acompanhado dos documentos de eleição de seus atuais administradores;

6.5 Inscrição do ato constitutivo no caso de sociedades civis, acompanhada de documentação que identifique a Diretoria em exercício;



- 6.6 Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente.
- 6.7 Cópia da cédula de identidade dos sócios administradores
- 6.8 Cópia do CPF dos sócios administradores
- 6.9 Declaração de idoneidade, conforme modelo constante no **Anexo II**;
- 6.10 Declaração do proponente de que não possui nenhum impedimento, tanto referente à Lei 14.133/21 quanto às demais legislações atinentes à espécie, conforme modelo constante no **Anexo III**;
- 6.11 Declaração que não possui parentesco consanguíneo ou afim, até 3º grau, com empregados e/ou dirigentes do órgão licitante, conforme modelo constante no **Anexo IV**;
- 6.12 Todos os anexos deverão ser preenchidos em conformidade com o modelo do anexo, devendo inserir os dados do interessado em todos os campos pertinentes, bem como assinar e preencher com os dados lá solicitados com a identidade visual da empresa a ser credenciada, não podendo constar a identidade visual do Ciscomcam como consta nos modelos de anexos, sob pena de não credenciamento.
- 6.13 Cartão CNPJ conforme última atualização, caso aja alterações no contrato social;
- 6.14 Comprovante atualizado do endereço indicado no documento de constituição ou alteração da empresa.
- 6.15 Certidão Simplificada da Junta Comercial, no caso de empresas constituídas junto as Juntas Comerciais, Certidão do Cartório de Registro de Pessoa Jurídica, tratando-se de empresas constituídas junto aos Cartórios de Pessoa Jurídica **ou** mesmo o relatório de “Consulta QSA / Capital Social” emitido no site da Receita Federal do Brasil, desde que acompanhado com os CPF dos titulares, sócios e representantes legais da Pessoa Jurídica, **emitida com prazo não superior a 60 (sessenta) dias**.
- 6.16 **Em caso** de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, apresentar o **Anexo V** – Modelo de Declaração de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte;
- 6.17 **Em caso** de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte apresentar comprovante de opção pelo Simples obtido através do site do Ministério da Fazenda: <http://www8.receita.fazenda.gov.br/simplesnacional/aplicacoes.aspx?id=21> ou de outro site público que efetivamente ateste a opção pelo simples, como o <http://www.sintegra.gov.br>
- 6.18 Prova de regularidade fiscal perante a **Fazenda Nacional**, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02/10/2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.
- 6.19 Prova de regularidade fiscal perante a **Fazenda Estadual**, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- 6.20 Prova de regularidade com a **Fazenda Municipal** do domicílio ou sede do licitante, relativa à atividade em cujo exercício contrata ou concorre;
- 6.21 Prova de situação regular perante o **Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS** (art. 27, a, Lei nº 8.036/90), através da apresentação do CRF – Certificado de Regularidade do FGTS;



6.22 Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a **Justiça do Trabalho**, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII- A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;

6.23 Além do comprovante indicado no item 6.7, deverá apresentar o comprovante de endereço do local onde será executada a prestação de serviço.

6.24 Apresentar Alvará ou licença sanitária para funcionamento, conforme o caso, expedido pelo Serviço de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal da sede do licitante do local da prestação de serviço. Caso o documento exigido nesta alínea não indique a sua validade, considerar-se-á o prazo de 12 (doze) meses, contados da sua emissão.

6.25 Caso a prestação de serviço seja executada em locais públicos como UBS, UPA, Posto de Atendimento Médico ou até mesmo no próprio Ciscomcam, fica dispensado a apresentação dos documentos solicitados no item 6.16 e 6.17, devendo inserir o local de atendimento em campo próprio no **Anexo I**.

A pessoa jurídica deverá indicar no Anexo I (para envio por meio físico), o profissional que executará o (s) serviço (s) ora contratado (s), devendo anexar os seguintes documentos:

6.26 Documentos dos Profissionais.

6.26.1 Cópia do RG;

6.26.2 Cópia do CPF;

6.26.3 Cópia do cartão SUS;

6.26.4 Comprovante de endereço do profissional o qual prestará o serviço. Este documento é solicitado para incluir no sistema da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Mourão/Pr;

6.26.5 Cópia da Carteira Profissional do respectivo conselho da classe;

6.26.6 Cópia do Diploma de graduação em ensino superior e outros de habilitação à prestação dos serviços credenciados;

6.26.7 Para o credenciamento de médicos, apresentar cópia do certificado emitido pelo CRM constando o registro da especialidade pretendida no órgão da classe (Registro de Qualificação de Especialização);

6.26.8 Na ausência do RQE (Registro de Qualificação de Especialização) o profissional poderá entregar cópia(s) (FRENTE E VERSO) do(s) CERTIFICADO(S) DE ESPECIALIZAÇÃO(ÕES) ou CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE RESIDENCIA MÉDIA na especialidade a que se deseja credenciar, podendo ser substituída por declaração de conclusão do curso (com no máximo 12 meses após a conclusão do curso) com devida identificação e autenticação da instituição responsável, declaração ou certidão emitida pelo Conselho pertinente, desde que, devidamente atualizada; ou COMPROVANTE DE EXPERIÊNCIA emitido por instituição devidamente autorizada para atendimento na área da saúde de acordo com a(s) especialidade(s) a ser(em) exercida(s)

6.26.9 Cópia do alvará ou licença sanitária do local que prestará o serviço (caso o endereço for diferente do endereço do CNPJ ou em outros municípios onde está instalado o CNPJ);

6.26.10 Número do telefone celular e e-mail.

6.27 Documentos do responsável pelo faturamento:

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140

Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01

www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



6.27.1 Número do telefone celular e e-mail

6.27.2 Cópia do RG

6.27.3 Todos os anexos deverão ser preenchidos em conformidade do anexo, devendo inserir os dados dos interessados em todos os campos pertinentes, bem como assinar e preencher com os dados lá solicitados, sob pena de não credenciamento.

6.27.4 Qualquer das certidões, declarações ou documentos do interessado disponíveis via internet não serão impressos pelo CISCOMCAM, salvo nos casos de flagrante interesse público;

6.27.5 O Ciscomcam **NÃO SE RESPONSABILIZARÁ** por documentação faltante. Os interessados deverão, **OBRIGATORIAMENTE**, entregar toda a documentação exigida no presente edital sob pena de não serem credenciados.

6.27.6 A documentação poderá ser entregue na forma de cópia simples, não havendo a necessidade de autenticação por qualquer tipo de tabelionato ou qualquer membro da Comissão Permanente de Licitação, salvo quando a documentação for entregue por e-mail em que todas as vias devem estar autenticadas com assinatura digital, conforme item 4.7;

6.27.7 Em caso de inclusão ou exclusão do profissional habilitado para prestação do serviço deverá comunicar o Ciscomcam, por meio de documentos oficial a ser anexado a esse Edital e estará disponível no site do Ciscomcam, para que proceda a exclusão do profissional e a inclusão do novo profissional no contrato, enviando toda a documentação do novo profissional conforme item 6.26;

6.27.8 Para alteração de endereço ou inclusão de novo local de atendimento, deverá comunicar o Ciscomcam, por meio de documentos oficial a ser anexado a esse Edital e estará disponível no site do Ciscomcam, juntamente com a alteração do contrato social que está relatando a alteração do endereço do CNPJ, bem como o alvará ou licença sanitária das novas instalações;

6.27.9 Para os casos de acrescentar local de atendimento, além da declaração devidamente preenchida e assinada, deverá encaminhar o alvará ou licença sanitária das instalações de onde serão feitos os atendimentos;

6.27.10 Até que sejam feitas as devidas atualizações no cadastro e contrato do credenciado, qualquer situação de atendimento e permanecerá como o cadastro original de quando foi feito o credenciamento;

6.27.11 A alteração será realizada após análise da documentação do profissional com posterior termo aditivo ao contrato.

7. DO PROCEDIMENTO DO CREDENCIAMENTO

7.1 O credenciamento será amplamente divulgado, com sua publicação no Jornal Tribuna do Interior, no site do Ciscomcam (www.ciscomcam.com.br), bem como acesso mediante solicitação pelo aplicativo de mensagens (44) 99772-0041 ou pelo e-mail: compras@ciscomcam.com.br.

7.2 Os inscritos serão credenciados segundo a avaliação da Comissão Permanente de Licitação, designada pela Portaria nº 14/2023 de 05/04/2023, publicado no Jornal Tribuna do Interior em 06/04/2023, edição 10.867, página 03, da documentação exigida no item “6 - DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO”.

7.3 Para renovação do Credenciamento, o responsável pela Unidade contratante deverá proceder, no mínimo anualmente, através da imprensa oficial e de jornal diário ao chamamento público para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos interessados;

7.4 Ressalta-se que é expressamente proibido a solicitação para qualquer um dos
Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140
Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



membros da Comissão Permanente de Licitação que analise a documentação antes do protocolo. Após o protocolo o membro da comissão poderá analisar a documentação, e se por ventura a documentação estiver incompleta, o membro procederá a devolução do envelope, não entregará o protocolo da entrega do envelope e solicitará ao interessado que regularize a documentação;

7.5 Para os envios por meio do site de credenciamento, é gerado um protocolo da entrega da documentação, isso não quer dizer que, o credenciado já está apto para realizar os atendimentos. A documentação ainda passará por análise da Comissão de Licitação e, estando apto, será feito o credenciamento e emissão do contrato. Só após o contrato assinado e após contato do setor de faturamento e agendamento que será liberado para os atendimentos;

7.6 Para os envios via e-mail, o protocolo de entrega será considerado a data e hora do e-mail que foi enviado.

8. DO CRITÉRIO DE CREDENCIAMENTO.

8.1 As pessoas jurídicas serão cadastradas conforme critérios abaixo elencados:

8.2 Mediante demanda dos serviços, que por sua vez, é por parte dos municípios credenciados;

8.3 Sistema de rotatividade entre todos os credenciados, a partir da ordem de envio por numeração do protocolo gerado pelo sistema de credenciamento, data e hora do e-mail que foi enviada documentação e apresentação dos envelopes, junto ao setor de Licitação e Contratos;

8.4 Ao requerer a inscrição no cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado/prestador de serviços fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no item 6 deste instrumento, bem de sua capacitação profissional.

8.5 A atuação do cadastramento no cumprimento de obrigações assumidas será anotada no respectivo registro cadastral.

8.6 A qualquer tempo o Termo de Credenciamento/Contrato poderá ser alterado, visando adequar o serviço às condições de execução previstas pelo CIS-COMCAM.

8.7 O Termo de Credenciamento/Contrato poderá ser suspenso ou cancelado, se ficar demonstrado que o inscrito deixou de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento, bem como senão atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento de excelência, oportunidade em que haverá imediata abertura para inscrição de novos credenciados.

9. DOS VALORES.

9.1 A remuneração pela prestação dos serviços se dará de acordo com cada especialidade, exame, procedimento, consulta, podendo ser localizada acessando o link:

http://www.ciscomcam.com.br/sistema/arquivos/1/020623102909_t_de_valores_ciscomcam_por_especialidades_30052023_pdf.pdf

9.2 Os pagamentos pela execução dos serviços correrão por fontes dos recursos ao qual estará contido no orçamento para exercício de 2023/2024.

9.3 O presente edital passa a surtir efeitos a partir de sua publicação, onde este edital é meramente informativo, devendo as partes aguardarem a divulgação do edital de inexigibilidade que será divulgado após este edital para protocolarem a documentação pertinente.

9.4 A prestação dos serviços obedecerá ao período de 12 (dozes) meses, podendo ser prorrogado conforme termos aditivos previstos no Art. 107 da Lei 14.133/21.

9.5 Os contratos extraídos dos Processos Licitatórios de Inexigibilidade oriunda deste



chamamento público poderão ser prorrogados por meio de termo aditivo de dilatação de prazo acordado entre as partes, desde que estejam em consonância com parecer jurídico emitido pela instituição em conformidade com o Art. 107 da Lei 14.133/21.

10. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.

10.1 Em caso de não apresentação das certidões indicadas acima, o pagamento não será retido, entretanto, o credenciado deverá apresentar as certidões as quais não apresentou no prazo de 05 (cinco) dias após o pagamento, podendo a Administração Pública rescindir o contrato pactuado.

10.2 O CREDENCIADO deverá enviar os boletos, pedidos e/ou requisições emitidas e autorizadas pelos Municípios, sem rasuras, faturadas no período do primeiro até o último dia do mês, com pagamento a ser realizado até o último dia do mês subsequente.

10.3 As guias deverão ser registradas diretamente pelo sistema fornecido pelo Ciscamcam. O Ciscamcam não se responsabilizará por guias que não forem registradas no sistema e não fara lançamentos das mesmas, implicando em interrompimento de pagamentos dentro do prazo determinado no item 10.2.

10.4 As guias que não forem recepcionadas, deverão ser trocadas por guias validas e devidamente apresentadas no sistema fornecido pelo Ciscamcam.

10.5 Não poderá em hipótese alguma ser inserido nas faturas para pagamento, as consultas, exames e procedimentos os quais não foram realizados por falta do paciente, sendo efetuado o pagamento apenas das consultas, exames e procedimento devidamente realizados, mesmo que porventura não sejam preenchidas as consultas/exames/procedimentos disponibilizados pelo Ciscamcam.

10.6 Os boletos que não atenderem as especificações do item anterior, serão GLOSADOS, e ficarão à disposição no setor de fatura para a retirada e correção por parte da clínica;

10.7 Após a conferência e posterior elaboração das planilhas pelo Setor de Faturamento do CIS-COMCAM, ficará disponível no site do CISCOMCAM (www.ciscamcam.com.br) os valores para emissão e entrega da Nota Fiscal, na data estipulada pelo Setor de Contabilidade do Consórcio;

10.8 O CISCOMCAM não se responsabilizará por atraso na entrega das faturas e não se comprometerá em realizar pagamentos de formar acumulativa, de forma que, não comprometera o seu orçamento mensal, ficando o credenciado responsável para entregar as faturas nas datas determinadas;

10.9 A entrega do documento fiscal fora da data estipulada implicará o pagamento com atraso, tendo em vista que a contabilidade do CIS-COMCAM segue as normas da Lei Federal nº 4.320 de 17 de março de 1964 e do Tribunal de Contas do Estado do Paraná;

10.10 Após a entrega do documento fiscal, a Tesouraria do CIS-COMCAM providenciará o pagamento através de transferência bancária, posterior ao repasse de Convênios Públicos, do Recurso SUS e de transferências dos Recursos Próprios dos Municípios consorciados;

10.11 É de responsabilidade do credenciado deixar claro todas as informações do faturamento na nota fiscal, especificando cada item/procedimento realizado;

10.12 O pagamento pelos serviços, ora credenciados, será individualizado pela natureza da prestação, complexidade e especialidade das respectivas Áreas da Saúde;

10.13 É vedada a cobrança de sobretaxas pelos credenciados, bem como a indução para o serviço particular, sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140

Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01

www.ciscamcam.com.br / e-mail: compras@ciscamcam.com.br



CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

10.14 Não serão realizados pagamentos com contratos vencidos, devendo o prestador se atentar ao vencimento de seu contrato para emissão do documento fiscal.

11. DO CRITÉRIO DE REAJUSTE

11.10 O valor dos procedimentos sofrerá reajuste de acordo com a Resolução 07/2012 e suas alterações, também por outras Resoluções quando necessárias, devidamente publicada no jornal Tribuna do Interior.

12. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

12.1 As dotações orçamentárias pertinentes a este chamamento público estarão consignadas no orçamento anual da entidade para os respectivos exercícios 2023/2024:

60	01.015.10.302.0015.2.020	33.90.39.00.0	01001	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEITOS - PESSOA Jurídica	R\$ 22.534.028,83
61	01.015.10.302.0015.2.020	33.90.39.00.0	01496	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEITOS - PESSOA Jurídica	R\$ 1.700.416,24
62	01.015.10.302.0015.2.020	33.90.39.00.0	01499	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEITOS - PESSOA Jurídica	R\$ 1.711.016,08

13. DO PRAZO DE VIGÊNCIA DO CREDENCIAMENTO E DO CONTRATO DE SERVIÇOS

13.10 Chamamento Público entrará em vigor após a publicação deste edital órgão oficial do Ciscomcam, sendo ele o Jorna Tribuna do Interior, com prazo de vigência de 12 (doze) meses após a sua publicação, podendo ser prorrogado, mediante parecer jurídico, por até 60 (sessenta) meses.

13.20 prazo de vigência será até 01/08/2024. Podendo ser prorrogado/aditivado conforme Art. 107 da Lei Federal nº 14.133/21.

14. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS.

14.1 Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, o CIS-COMCAM poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos infratores as sanções do art. 156 da Lei Federal nº. 14.133/21;

14.2 Para apuração de eventuais casos de inadimplemento dos serviços, o CIS-COMCAM manterá disponível ao usuário do SUS serviço de denúncia e/ou ouvidoria, nas dependências do CIS-COMCAM.

14.3 - Quando a Contratada não cumprir com as obrigações contratuais assumidas ou com os preceitos legais, serão aplicadas as seguintes sanções, cumulativas ou não, após a apuração de responsabilidade em devido processo e conforme o caso.

14.3.1 - Advertência.

14.3.2 - Multa de no mínimo 0,5% ou no máximo 2% (dois por cento) sobre o valor global do contrato, conforme a gravidade do caso;

14.3.3 - Impedimento de licitar e contratar com o CISCOMCAM, por prazo não superior a 3 (três) anos.

14.3.4 - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante o CISCOMCAM, que ocorrerá sempre que o faltoso ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada.

15. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

15.1 Manter sempre atualizado o prontuário físico ou eletrônico dos pacientes e o arquivo médico;

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140
Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



15.2 Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

15.3 Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços;

15.4 Justificar ao paciente ou a seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto no contrato;

15.5 Manter seu consultório em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento;

15.6 Notificar o CONTRATANTE de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao CONTRATANTE, no prazo de quinze (15) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas;

15.7 Proceder, quando solicitado pelo Ciscomcam, o cadastro do serviço junto à Secretaria Municipal de Saúde de Campo Mourão, sob pena de suspensão dos pagamentos referentes aos serviços prestados;

15.8 Seguir as diretrizes do SUS nas prescrições médicas de medicamentos, ou seja, seguir a RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do SUS, bem como a Relação de Medicamentos Regional elaborada pela 11ª Regional de Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica que constará na lista a ser disponibilizada pelo CISCOMCAM;

15.9 Seguir as diretrizes do SUS nas prescrições médicas tanto de medicamento quanto de exames de acordo com as orientações do CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, as quais disponibilizam todas as orientações sobre os PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, auxiliando os médicos no trabalho diário e diminuindo a judicialização no SUS, conforme Lei 12.401/2011, que altera a Lei 8.080/1990;

15.10 Responder por escrito as demandas apresentadas junto as Ouvidorias (Ciscomcam, Municípios e Regional de Saúde), prestando os esclarecimentos detalhados nos prazos estipulados;

15.11

15.12 Emitir contra referência, por meio manual ou eletrônico, da condição clínica ou de tratamento do paciente, para Unidade de Saúde da origem do encaminhamento.

15.13 O Credenciado não poderá cobrar do paciente, ou seu acompanhante, qualquer complementação, a qualquer título, aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste contrato.

15.14 Os credenciados só poderão realizar alterações na agenda com prazo de 30 (trinta) dias de antecedência, devendo comunicar a alteração no prazo pré estabelecido por escrito e com justificativa, podendo enviar o comunicado pelo e-mail fatura@ciscomcam.com.br.

15.15 Os credenciados somente poderão bloquear a agenda com prazo de 72 horas de antecedência, devendo comunicar o Ciscomcam por escrito e com justificativa, tendo que disponibilizar no prazo de 15 (quinze) dias outra data para que supra o dia da ausência.

16. DA DIVISÃO DOS ATENDIMENTOS.

16.1 As especialidades contidas nas tabelas citadas no item 2.3 terão um número mínimo de 100 (cem) atendimentos por mês para cada especialidade.

16.2 Não será estipulado número limite de credenciados para cada especialidade, podendo o Ciscomcam credenciar aqueles que protocolaram seus envelopes para

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140

Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01

www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

aquela especialidade, desde que a documentação esteja de acordo com as especificações do edital.

16.3A forma de divisão dos atendimentos para os Municípios que fazem parte do Ciscamcam ficara por conta de cada Município.

16.4Os Municípios integrantes do Ciscamcam absorveram os atendimentos em números que lhe convierem, podendo direcionar aos credenciados dentro da sua cota disponibilizada.

16.5Os credenciados não poderão remarcar nenhum tipo de exame a não ser por revisões técnicas justificáveis.

17. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

17.1 presente Edital será divulgado no Jornal Tribuna do Interior, site do Ciscamcam (www.ciscamcam.com.br), estará disponível também nas dependências do Ciscamcam com qualquer membro da comissão permanente de licitação.

17.2 Qualquer pessoa poderá impugnar o presente Edital, com antecedência mínima de 02 (três) dias da data para entrega dos envelopes, devendo protocolar as razões de impugnação via correio, presencial ou no e-mail: compras@ciscamcam.com.br. A resposta às impugnações caberá à Comissão Permanente de Licitação vigente.

17.3 Os pedidos de esclarecimentos, decorrentes de dúvidas na interpretação deste Edital e de seus anexos, deverão ser encaminhados com antecedência mínima de 02 (dois) dias da data para entrega dos documentos por meio digital ou por entrega/envio dos envelopes, de forma eletrônica, pelo e-mail: compras@ciscamcam.com.br ou pelo aplicativo de mensagens no telefone (44) 99772-0041. Os esclarecimentos serão prestados por qualquer membro da Comissão Permanente de Licitação.

17.4 As impugnações e pedidos de esclarecimentos não suspendem os prazos previstos no Edital. As respostas às impugnações e os esclarecimentos prestados serão juntados nos autos do processo de Chamamento Público e de Inexigibilidade e estarão disponíveis para consulta por qualquer interessado.

17.5 Eventual modificação no Edital, decorrente das impugnações ou dos pedidos de esclarecimentos, ensejará divulgação pela mesma forma que se deu o texto original, alterando-se o prazo inicialmente estabelecido somente quando a alteração afetar a formulação dos documentos exigidos ou o princípio da isonomia.

17.6 A Comissão Permanente de Licitação resolverá os casos omissos e as situações não previstas no presente Edital, observadas as disposições legais e os princípios que regem a administração pública.

17.7 A qualquer tempo, o presente Edital poderá ser revogado por interesse público ou anulado, no todo ou em parte, por vício insanável, sem que isso implique direito a indenização ou reclamação de qualquer natureza.

17.8 O proponente é responsável pela fidelidade e legitimidade das informações prestadas e dos documentos apresentados em qualquer fase do Chamamento Público. A falsidade de qualquer documento apresentado ou a inverdade das informações nele contidas poderá acarretar a eliminação da proposta apresentada, a aplicação das sanções administrativas cabíveis e a comunicação do fato às autoridades competentes, inclusive para apuração do cometimento de eventual crime. Além disso, caso a descoberta da falsidade ou inverdade ocorra após a celebração da parceria, o fato poderá dar ensejo à rescisão do instrumento e/ou aplicação das sanções de que trata a Lei nº 8.666/93.

17.9 O presente Edital terá vigência de 12 meses a contar da data da homologação do resultado definitivo.

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140

Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01

www.ciscamcam.com.br / e-mail: compras@ciscamcam.com.br



CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

17.10 Comissão Permanente de Licitação, designada pela Portaria nº 14/2023 de 05/04/2023, publicado no Jornal Tribuna do Interior em 06/04/2023, edição 10.867, página 03, ficará responsável por este procedimento de Chamamento Público para dirimir quaisquer dúvidas e omissões quanto ao Edital, qualquer assunto que ultrapassar sua alçada será remetido a Autoridade Competente representada pela Coordenação do Ciscomcam e Assessor Jurídico da Presidência do Ciscomcam.

Campo Mourão, 01 de agosto de 2023

Ivani Fiore Dal Molin
Presidente da Comissão Permanente de
Licitação Portaria nº 14/2023 de
05/04/2023

Joana Darc da Silva
Membro Comissão Permanente de
Licitação Portaria nº 14/2023 de
05/04/2023

Alexandro Sebastião dos Santos
Membro Comissão Permanente de
Licitação Portaria nº 14/2023 de
05/04/2023

Adriano Roque Ávila
Membro Comissão Permanente de
Licitação Portaria nº 14/2023 de
05/04/2023



ANEXO I

**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO
PESSOA JURÍDICA**

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE
PROFISSIONAIS ATUANTES DA ÁREA DA SAÚDE divulgado pelo Consórcio
Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo
Mourão – CISCOMCAM, por meio do EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO 05/2023,
objetivando a prestação de serviços nos termos do chamamento público.

Declaro que a interessada cumpre e acata as normas estabelecidas no edital de
credenciamento, que estou plenamente ciente do teor e da extensão deste
documento, bem como que cumpro os requisitos de habilitação, conforme
documentos apresentados em anexo.

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ nº:

Inscrição Estadual:

Micro Empresa: () Não () Sim

Optante Simples: () Não () Sim

Número do CNAE Nacional: **Descrição:**

Endereço:

Município: **UF:**

CEP:

Telefone Comercial: () **Telefone Celular:** () **DADOS BANCÁRIOS:**

BANCO:	CÓDIGO DO BANCO:	AGÊNCIA:
TIPO DE CONTA:	OPERAÇÃO:	Nº DA CONTA:
CIDADE E UF DA AGENCIA:		

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF



CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSÃO	E-MAIL	TELEFONE

ESPECIALIDADES

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
Inserir o profissional	Inserir a especialidade que irá prestar o serviço.

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

INSERIR LOCAL DE ATENDIMENTO	INSERIR ENDEREÇO DO LOCAL DE ATENDIMENTO (anexar alvará ou licença sanitária do local, junto a esse anexo).
------------------------------	--

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA
RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA Nº CNPJ
NOME REPRESENTANTE LEGAL
CPF REPRESENTANTE LEGAL
RG REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

A empresa (Razão Social da interessada), inscrita no CNPJ sob nº (número), sediada na Rua

_____, nº____, (bairro/jardim) na cidade de (cidade), através representante legal, (nome, RG e CPF), declara, sob as penas da Lei, que:

- a) não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;
- b) não está impedido de transacionar com a Administração Pública;
- c) não foi apenada com rescisão de contrato, quer por deficiência dos serviços, quer por outro motivo igualmente grave, no transcorrer dos últimos 5 (cinco) anos;
- d) não incorre nas demais condições impeditivas previstas na Lei Federal nº 14.133/21 e alterações posteriores. Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA N° CNPJ

NOME REPRESENTANTE LEGAL

CPF REPRESENTANTE LEGAL

RG REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO III
MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE
FATO IMPEDITIVO

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

(Razão Social da Empresa), estabelecida na (endereço completo), inscrita no CNPJ sob nº , neste ato representada pelo seu (representante / sócio / procurador), no uso de suas atribuições legais, vem: *DECLARAR*, para fins de participação neste procedimento licitatório em pauta, sob as penas da Lei, que inexistente qualquer fato impeditivo a sua participação na licitação citada, que não foi declarada inidônea e que não está suspensa de participar em processos de licitação ou impedida de contratar com a Administração Pública, e que se compromete a comunicar ocorrência de fatos supervenientes.

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA
RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA N° CNPJ
NOME REPRESENTANTE LEGAL
CPF REPRESENTANTE LEGAL
RG REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO IV
MODELO DE DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE
PARENTESCO

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

Eu, (nome completo pessoa física), carteira de identidade nº (número do RG) expedida pela, (órgão emissor) inscrito no CPF sob nº(número do CPF), Representante legal da inscrita no CNPJ sob o nº (nº do CNPJ), DECLARO, sob as penas da Lei, para os devidos fins que não possuo parentesco consanguíneo ou afim, até 3º grau, com empregados e/ou dirigentes do órgão licitante.

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA
RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA N° CNPJ
NOME REPRESENTANTE LEGAL
CPF REPRESENTANTE LEGAL
RG REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO V

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA
OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE**

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

O representante legal da Empresa (**PROPONENTE**), na qualidade de Proponente do procedimento licitatório sob a modalidade inexigibilidade, instaurado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região da Comcam – CISCOMCAM, declara para os fins de direitos que a referida empresa se enquadra na condição de Micro Empresa ou Empresa de Pequeno Porte, nos termos da Lei Complementar nº 123/2006 e que não possui nenhum dos impedimentos previstos no artigo 3º, § 4º, da mencionada lei.

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA
RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA N° CNPJ
NOME REPRESENTANTE LEGAL
CPF REPRESENTANTE LEGAL
RG REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO VI
LISTA DE DOCUMENTOS

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)
(Não é obrigatório a entrega desse anexo. Apenas caráter informativo)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

RESPONSÁVEL DO CNPJ:

RESPONSÁVEL

DO

DOCUMENTAÇÃO:

CONTATO:

ITEM EDITAL	DOCUMENTOS e ANEXOS	SIM	NÃO
	DOCUMENTAÇÃO DO CNPJ		
6.2	Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no Anexo I		
6.3	Registro comercial, no caso de empresa individual		
6.4	Ato constitutivo, estatuto ou contrato em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e no caso de sociedade por ações, acompanhado dos documentos de eleição de seus atuais administradores		
6.5	Inscrição do ato constitutivo no caso de sociedades civis, acompanhada de documentação que identifique a Diretoria em exercício		
6.6	Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente.		
6.7	Cópia da cédula de identidade dos sócios administradores		
6.8	Cópia do CPF dos sócios administradores		
6.9	Declaração de idoneidade, conforme modelo constante no Anexo II		
6.10	Declaração do proponente de que não possui nenhum impedimento, tanto referente à Lei 14.133/21 quanto às demais legislações atinentes à espécie, conforme modelo constante no Anexo III		
6.11	Declaração que não possui parentesco consanguíneo ou afim, até 3º grau, com empregados e/ou dirigentes do órgão licitante, conforme modelo constante no Anexo IV		
6.12	Todos os anexos deverão ser preenchidos em conformidade com o modelo do anexo, devendo inserir os dados do interessado em todos os campos pertinentes, bem como assinar e preencher com os dados lá solicitados, sob pena de não credenciamento		
6.13	Cartão CNPJ		
6.14	Comprovante atualizado do endereço indicado no documento de constituição ou alteração da empresa		



CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

6.15	Certidão Simplificada da Junta Comercial, no caso de empresas constituídas junto as Juntas Comerciais, Certidão do Cartório de Registro de Pessoa Jurídica, tratando-se de empresas constituídas junto aos Cartórios de Pessoa Jurídica ou mesmo o relatório de "Consulta QSA / Capital Social" emitido no site da Receita Federal do Brasil, desde que acompanhado com os CPF dos titulares, sócios e representantes legais da Pessoa Jurídica, emitida com prazo não superior a 60 (sessenta) dias		
6.16	Em caso de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, apresentar o Anexo V – Modelo de Declaração de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte		
6.17	Em caso de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte apresentar comprovante de opção pelo Simples obtido através do site do Ministério da fazenda		
6.18	Certidão Negativa da Receita Federal		
6.19	Certidão Negativa Estadual, independentemente de ter ou não, inscrição estadual		
6.20	Certidão Negativa Municipal, a qual, a sede do CNPJ está instalada		
6.21	Certificado de Regularidade do FGTS		
6.22	Certidão Negativa da Justiça do Trabalho		
6.23	Comprovante de endereço do local onde será executada a prestação de serviço		
6.24	Alvará ou licença sanitária para funcionamento, conforme o caso, expedido pelo Serviço de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal da sede do licitante do local da prestação de serviço		

DOCUMENTAÇÃO DO PROFISSIONAL

		SIM	NÃO
6.26.1	Cópia do RG		
6.26.2	Cópia do CPF		
6.26.3	Cópia do cartão SUS		
6.26.4	Comprovante de endereço do profissional o qual prestará o serviço		
6.26.5	Cópia da Carteira Profissional do respectivo conselho da classe		
6.26.6	Cópia do Diploma de graduação (FRENTE E VERSO) em ensino superior e outros de habilitação à prestação dos serviços credenciados		
6.26.7	Certificado emitido pelo CRM constando o registro da especialidade pretendida no órgão da classe (Registro de Qualificação de Especialização)		
6.26.8	Cópia(s) do(s) CERTIFICADO(S) DE ESPECIALIZAÇÃO(ÕES) ou COMPROVANTE DE EXPERIÊNCIA de acordo com a(s) atividade(s) a ser(em) exercida(s), podendo ser substituída por declaração de conclusão de cursos, declaração de conclusão de residência médica na especialização da área pretendida a ser credenciada, declaração ou certidão emitida pelo Conselho		



CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

	pertinente, desde que, devidamente atualizada		
6.26.9	Cópia do alvará ou licença sanitária do local que prestará o serviço		
6.26.10	Número do telefone celular e e-mail		
DOCUMENTAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO			
6.27.1	Cópia do RG		
6.27.2	Número do telefone celular e e-mail		

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA
RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA N° CNPJ
NOME REPRESENTANTE LEGAL
CPF REPRESENTANTE LEGAL
RG REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO VII
MODELO DE DECLARAÇÃO DE ALTERAÇÃO
DE ENDEREÇO DA RAZÃO SOCIAL
(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

(Razão Social da Empresa), estabelecida na (endereço completo), inscrita no CNPJ sob nº , neste ato representada pelo seu (representante / sócio / procurador), no uso de suas atribuições legais, vem: DECLARAR, para fins de atualização do cadastro do Processo Administrativo ___/202___, Inexigibilidade ___/_____, sob as penas da Lei, que o foi alterado para (endereço completo), conforme atualização do novo endereço e criação de filiais no Contrato Social, Alvará de Funcionamento e a Licença Sanitária da empresa onde os serviços serão efetivamente prestados, devidamente atualizados me comprometendo a anexar esse documentos supracitados acima a essa declaração.

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA
RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA N° CNPJ
NOME REPRESENTANTE LEGAL
CPF REPRESENTANTE LEGAL
RG REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO VIII
MODELO DE DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO
EM OUTRA RAZÃO SOCIAL
(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

(Razão Social da Empresa), estabelecida na (endereço completo), inscrita no CNPJ sob nº , neste ato representada pelo seu (representante / sócio / procurador), no uso de suas atribuições legais, vem: DECLARAR, para fins de participação neste procedimento licitatório em pauta, sob as penas da Lei, que o profissional representante do CNPJ citado, estará prestando atendimento (Razão Social da Empresa), estabelecida na (endereço completo), inscrita no CNPJ sob nº, e se compromete anexar junto a este documento o Alvará de Funcionamento e a Licença Sanitária da empresa onde os serviços serão efetivamente prestados, devidamente atualizados

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA
RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA N° CNPJ
NOME REPRESENTANTE LEGAL
CPF REPRESENTANTE LEGAL
RG REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO IX
MODELO DE SOLICITAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO
DE PROFISSIONAL

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

(Razão Social da Empresa), estabelecida na (endereço completo), inscrita no CNPJ sob nº , neste ato representada pelo seu (representante / sócio / procurador), no uso de suas atribuições legais, vem: SOLICITAR, para fins de participação neste procedimento de credenciamento pela INEXIGIBILIDADE (nº da inexigibilidade), sob as penas da Lei, a SUBSTITUIÇÃO do profissional (NOME), portador do RG (Nº) pelo profissional (NOME), portador do RG (Nº) e do CPF (Nº) inscrito no CRM – (UF) sob o nº (0000) para atendimento em (especificar se é consultas ou procedimentos) na especialidade (.....) sendo a inclusão por aditivo no CONTRATO Nº/ANO. E se compromete anexar junto a este documento os documentos comprobatórios que é exigido no Edital de Chamamento Público 05/2023, item 6.26, devidamente atualizados.

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA
RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA Nº CNPJ
NOME REPRESENTANTE LEGAL
CPF REPRESENTANTE LEGAL
RG REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO X
SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE PROFISSIONAL
(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

(Razão Social da Empresa), estabelecida na (endereço completo), inscrita no CNPJ sob nº , neste ato representada pelo seu (representante / sócio / procurador), no uso de suas atribuições legais, vem: SOLICITAR, para fins de participação neste procedimento de credenciamento pela INEXIGIBILIDADE (nº da inexigibilidade), sob as penas da Lei, a inclusão do profissional (NOME), portador do RG (Nº) e do CPF (Nº) inscrito no CRM – (UF) sob o nº (0000) para atendimento em (especificar se é consultas ou procedimentos) na especialidade (.....) sendo a inclusão por aditivo no CONTRATO Nº/ANO. E se compromete anexar junto a este documento os documentos comprobatórios que é exigido no Edital de Chamamento Público 05/2023, item 6.26, devidamente atualizados.

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA
RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA Nº CNPJ
NOME REPRESENTANTE LEGAL
CPF REPRESENTANTE LEGAL
RG REPRESENTANTE LEGAL

Página de assinaturas



Adriano Avila
058.375.919-07
Signatário



Ivani Molin
517.896.809-30
Signatário



Joana Silva
058.222.369-52
Signatário



Alexandro Santos
019.886.109-58
Signatário

HISTÓRICO

- 24 jul 2023** 15:09:06  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: compras@ciscomcam.com.br)
- 24 jul 2023** 15:15:56  **Ivani Fiore Dal Molin** (E-mail: vani_fiore@hotmail.com, CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil
- 24 jul 2023** 15:15:56  **Ivani Fiore Dal Molin** (E-mail: vani_fiore@hotmail.com, CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil
- 24 jul 2023** 15:17:19  **Joana Silva** (E-mail: joana.wanderbroock@gmail.com, CPF: 058.222.369-52) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil
- 24 jul 2023** 15:17:19  **Joana Silva** (E-mail: joana.wanderbroock@gmail.com, CPF: 058.222.369-52) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil
- 25 jul 2023** 07:44:10  **Alexandro Sebastião Dos Santos** (E-mail: alexandro_s_s@hotmail.com, CPF: 019.886.109-58) visualizou este documento por meio do IP 138.186.111.169 localizado em Maringá - Parana - Brazil
- 25 jul 2023** 07:44:14  **Alexandro Sebastião Dos Santos** (E-mail: alexandro_s_s@hotmail.com, CPF: 019.886.109-58) assinou este documento por meio do IP 138.186.111.169 localizado em Maringá - Parana - Brazil
- 24 jul 2023** 15:13:04  **Adriano Roque Avila** (E-mail: adrianoroqueavila@gmail.com, CPF: 058.375.919-07) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil



24 jul 2023

15:13:04



Adriano Roque Avila (E-mail: adrianoaqueavila@gmail.com, CPF: 058.375.919-07) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil



Sistema de Credenciamento

Declaração

Declaramos para os fins previstos na Lei nº 14.133, de 2021, conforme documentação registrada no Sistema de credenciamento Ciscamcam, que a situação do fornecedor no momento é a seguinte:

Dados Fornecedor

CNPJ: 13.354.219/0001-30
Razão Social: CLINICA MEDICA DRA NAYARA CASTANHEIRA S/S LTDA
E-mail: na0210@gmail.com
Telefone: 4430191794
Banco: c6 bank
Conta: 26656659-6
Agência: 0001
Tipo Conta: 1

Credenciamento:

Data Inicio: 01/01/2024 08:00
Data Encerramento: 01/08/2024 17:00

Níveis cadastrados:

I - Credenciamento

II - Habilitação Jurídica

Cartao CNPJ: doc.pdf

Ato constitutivo: doc1.pdf

Documento dos sócios: doc1.pdf

Alvará de Licença de Localização e/ou Funcionamento: doc1.pdf

Licença Sanitária: doc1.pdf

Cartao CNPJ: doc1.pdf

III - Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidão Municipal: 1106 - Data Emissão: 2024-05-16 - Data Vencimento: 2024-06-15

Certidão Estadual: 1107 - Data Emissão: 2024-05-16 - Data Vencimento: 2024-09-13

Certidão Federal: 1108 - Data Emissão: 2024-04-05 - Data Vencimento: 2024-10-02

Certidão Trabalhista: 1109 - Data Emissão: 2024-05-16 - Data Vencimento: 2024-11-12

Certidão FGTS: 1110 - Data Emissão: 2024-06-20 - Data Vencimento: 2024-07-07

IV - Capacidade Técnica

V - Proposta

Categoria: DERMATOLOGIA - Procedimento: BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES - Valor: R\$ 34.87 - Qtd: 1

Categoria: DERMATOLOGIA - Procedimento: CAUTERIZACAO QUIMICA DE PEQUENAS LESOES - Valor: R\$ 36.32 - Qtd: 1

Categoria: DERMATOLOGIA - Procedimento: CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA - Valor: R\$ 57.27 - Qtd: 1

Categoria: DERMATOLOGIA - Procedimento: CRIOTERAPIA (SESSÃO) - CLÍNICA - Valor: R\$ 35 - Qtd: 1

Categoria: DERMATOLOGIA - Procedimento: ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA - Valor: R\$ 15.98 - Qtd: 1

Categoria: DERMATOLOGIA - Procedimento: EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA BOCA - Valor: R\$ 28 - Qtd: 1

Categoria: Selecione uma categoria - Procedimento: EXCISAO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESOES / FERIMENTOS DE PELE / ANEXOS E MUCOSA - Valor: R\$ 37.8 - Qtd: 1

Categoria: DERMATOLOGIA - Procedimento: EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA - Valor: R\$ 16.82 - Qtd: 1

Categoria: DERMATOLOGIA - Procedimento: INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO - Valor: R\$ 15.98 - Qtd: 1

Categoria: DERMATOLOGIA - Procedimento: BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE - Valor: R\$ 19.04 - Qtd: 1

VI - Profissionais

Nome: Nayara castanheira souza - Especialidade : dermatologia - CPF: 046.767.409-48

Nome: Nayara castanheira souza - Especialidade : dermatologia - CPF: 046.767.409-48

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

**Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.cisco.com.br em: 28/05/2024
18:22:56**

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____

CLINICA MÉDICA DRA. NAYARA CASTANHEIRA S/S LTDA
CNPJ/MF: 13.354.219/0001-30
RUA ABOLIÇÃO, 936 – ZONA 02 – CEP 87.200-304
FONE: 44 – 3019-1794 – CIANORTE – PARANÁ

ANEXO IV
MODELO DE DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE
PARENTESCO

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

Eu, Nayara Francine Castanheira de Souza, carteira de identidade nº 8.365.734-0 expedida pela SSP-PR, inscrito no CPF sob nº 046.767.409-48, Representante legal da Clínica Médica Dra. Castanheira s/s Ltda, inscrita no CNPJ sob o nº 13.354.219/0001-30, DECLARO, sob as penas da Lei, para os devidos fins que não possuo parentesco consanguíneo ou afim, até 3º grau, com empregados e/ou dirigentes do órgão licitante.

Cianorte – Pr, 16 de maio de 2024.

Clínica Médica Dra. Nayara Castanheira s/s Ltda
CNPJ 13.354.219/0001-30
Nayara Francine Castanheira de Souza
CPF 046.767.409-48
RG 8.365.734-0

CLINICA MÉDICA DRA. NAYARA CASTANHEIRA S/S LTDA

CNPJ/MF: 13.354.219/0001-30

RUA ABOLIÇÃO, 936 – ZONA 02 – CEP 87.200-304

FONE: 44 – 3019-1794 – CIANORTE – PARANÁ

ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

A empresa Clínica Médica Dra. Nayara Castanheira s/s Ltda, inscrita no CNPJ sob nº 13.354.219/0001-30, sediada na Rua Abolição, nº 936, zona 02 na cidade de Cianorte, através representante legal, Nayara Francine Castanheira de Souza, RG 8.365.734-0 e CPF 046.767.409-48, declara, sob as penas da Lei, que: não foi declarada inidônea por ato do Poder Público; não está impedido de transacionar com a Administração Pública; não foi apenada com rescisão de contrato, quer por deficiência dos serviços, quer por outro motivo igualmente grave, no transcorrer dos últimos 5 (cinco) anos; não incorre nas demais condições impeditivas previstas na Lei Federal nº 14.133/21 e alterações posteriores. Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Cianorte – Pr, 16 de maio de 2024.

Clínica Médica Dra. Nayara Castanheira s/s Ltda

CNPJ 13.354.219/0001-30

Nayara Francine Castanheira de Souza

CPF 046.767.409-48

RG 8.365.734-0

CLINICA MÉDICA DRA. NAYARA CASTANHEIRA S/S LTDA
CNPJ/MF: 13.354.219/0001-30
RUA ABOLIÇÃO, 936 – ZONA 02 – CEP 87.200-304
FONE: 44 – 3019-1794 – CIANORTE – PARANÁ

ANEXO III
MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE
FATO IMPEDITIVO

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

Clínica Médica Dra. Nayara Castanheira s/s Ltda, estabelecida na Rua Abolição 936 – zona 01 – CEP 87.200-304 em Cianorte-PR, inscrita no CNPJ sob nº 13.354.219/0001-30, neste ato representada pelo seu representante Nayara Francine Castanheira de Souza, no uso de suas atribuições legais, vem: DECLARAR, para fins de participação neste procedimento licitatório em pauta, sob as penas da Lei, que inexistente qualquer fato impeditivo a sua participação na licitação citada, que não foi declarada inidônea e que não está suspensa de participar em processos de licitação ou impedida de contratar com a Administração Pública, e que se compromete a comunicar ocorrência de fatos supervenientes.

Por ser verdade, assina a presente

Cianorte – Pr, 16 de maio de 2024.

Clínica Médica Dra. Nayara Castanheira s/s Ltda
CNPJ 13.354.219/0001-30
Nayara Francine Castanheira de Souza
CPF 046.767.409-48
RG 8.365.734-0

CLINICA MÉDICA DRA. NAYARA CASTANHEIRA S/S LTDA
CNPJ/MF: 13.354.219/0001-30
RUA ABOLIÇÃO, 936 – ZONA 02 – CEP 87.200-304
FONE: 44 – 3019-1794 – CIANORTE – PARANÁ

ANEXO V
MODELO DE DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA
OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

O representante legal da Empresa **CLINICA MÉDICA DRA. NAYARA CASTANHEIRA S/S LTDA**, na qualidade de Proponente do procedimento licitatório sob a modalidade inexigibilidade, instaurado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região da Comcam – CISCOMCAM, declara para os fins de direitos que a referida empresa se enquadra na condição de Micro Empresa ou Empresa de Pequeno Porte, nos termos da Lei Complementar nº 123/2006 e que não possui nenhum dos impedimentos previstos no artigo 3º, § 4º, da mencionada lei.

Cianorte – Pr, 16 de maio de 2024.

Clínica Médica Dra. Nayara Castanheira s/s Ltda
CNPJ 13.354.219/0001-30
Nayara Francine Castanheira de Souza
CPF 046.767.409-48
RG 8.365.734-0

CLINICA MÉDICA DRA. NAYARA CASTANHEIRA S/S LTDA
CNPJ/MF: 13.354.219/0001-30
RUA ABOLIÇÃO, 936 – ZONA 02 – CEP 87.200-304
FONE: 44 – 3019-1794 – CIANORTE – PARANÁ

ANEXO III
MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE
FATO IMPEDITIVO

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

Clínica Médica Dra. Nayara Castanheira s/s Ltda, estabelecida na Rua Abolição 936 – zona 01 – CEP 87.200-304 em Cianorte-PR, inscrita no CNPJ sob nº 13.354.219/0001-30, neste ato representada pelo seu representante Nayara Francine Castanheira de Souza, no uso de suas atribuições legais, vem: DECLARAR, para fins de participação neste procedimento licitatório em pauta, sob as penas da Lei, que inexistente qualquer fato impeditivo a sua participação na licitação citada, que não foi declarada inidônea e que não está suspensa de participar em processos de licitação ou impedida de contratar com a Administração Pública, e que se compromete a comunicar ocorrência de fatos supervenientes.

Por ser verdade, assina a presente

Cianorte – Pr, 16 de maio de 2024.

Clínica Médica Dra. Nayara Castanheira s/s Ltda
CNPJ 13.354.219/0001-30
Nayara Francine Castanheira de Souza
CPF 046.767.409-48
RG 8.365.734-0

[Voltar](#)[Imprimir](#)

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 13.354.219/0001-30
Razão Social: CEMEDE CENTRO DE MED EST E DERMATOLOGIA
Endereço: RUA GUARARAPES 506 / CENTRO / PARANAÍ / PR / 87200-000

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 08/06/2024 a 07/07/2024

Certificação Número: 2024060801141820923966

Informação obtida em 20/06/2024 08:12:47

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:
www.caixa.gov.br



MUNICÍPIO DE CIANORTE
Estado do Paraná
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

Certidão Positiva com efeito de Negativa de Débitos N° 15038

CERTIFICAMOS, conforme requerido por CLÍNICA MÉDICA DRA. NAYARA CASTANHEIRA S/S LTDA, CPF/CNPJ n° 13.354.219/0001-30, para fins **LICITAÇÃO**, que **EXISTEM DÉBITOS À VENCER** RELATIVOS A TRIBUTOS MUNICIPAIS (impostos, taxas, contribuição de melhoria e dívida ativa), até a presente data, em nome de **CEMEDE - CENTRO DE MEDICINA ESPECIALIZADO S/S LTDA**, CPF/CNPJ n° **13.354.219/0001-30**, situado(a) em Cianorte - PR.

Fica ressalvado o direito da Fazenda Pública Municipal cobrar débitos posteriormente apurados, mesmo referentes a períodos compreendidos nesta Certidão.

A aceitação desta certidão está condicionado à verificação de sua autenticidade na internet, no seguinte endereço: www.cianorte.pr.gov.br/autenticidade

Certidão emitida gratuitamente com base na Lei Municipal N° 3436/10 de 24/03/2010

ATENÇÃO: QUALQUER RASURA OU EMENDA INVALIDARÁ ESSE DOCUMENTO

CÓDIGO DE AUTENTICIDADE 3BF947FD0C7761127731EFDBD36BE1A1

A PRESENTE CERTIDÃO TERÁ VALIDADE ATÉ 15/06/2024

Cianorte - PR, 16 de maio de 2024



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

**CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS
FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

Nome: CLINICA MEDICA DRA NAYARA CASTANHEIRA S/S LTDA
CNPJ: 13.354.219/0001-30

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. não constam inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) na Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.
Emitida às 09:13:38 do dia 05/04/2024 <hora e data de Brasília>.
Válida até 02/10/2024.

Código de controle da certidão: **E119.95A3.2C38.425E**
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: CLINICA MEDICA DRA NAYARA CASTANHEIRA S/S LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 13.354.219/0001-30

Certidão nº: 34161554/2024

Expedição: 16/05/2024, às 15:46:14

Validade: 12/11/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **CLINICA MEDICA DRA NAYARA CASTANHEIRA S/S LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **13.354.219/0001-30**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022. Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.



Estado do Paraná
Secretaria de Estado da Fazenda
Receita Estadual do Paraná

Certidão Negativa
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual
Nº 033532480-21

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **13.354.219/0001-30**

Nome: **CNPJ NÃO CONSTA NO CADASTRO DE CONTRIBUINTES DO ICMS/PR**

Ressalvado o direito da Fazenda Pública Estadual inscrever e cobrar débitos ainda não registrados ou que venham a ser apurados, certificamos que, verificando os registros da Secretaria de Estado da Fazenda, constatamos não existir pendências em nome do contribuinte acima identificado, nesta data.

Obs.: Esta Certidão engloba todos os estabelecimentos da empresa e refere-se a débitos de natureza tributária e não tributária, bem como ao descumprimento de obrigações tributárias acessórias.

Válida até 13/09/2024 - Fornecimento Gratuito

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via Internet
www.fazenda.pr.gov.br

Data da consulta: 16/05/2024 15:35:57

Identificação do Contribuinte - CNPJ Matriz

CNPJ: **13.354.219/0001-30**

A opção pelo Simples Nacional e/ou SIMEI abrange todos os estabelecimentos da empresa

Nome Empresarial: **CLINICA MEDICA DRA NAYARA CASTANHEIRA S/S LTDA**

Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **Optante pelo Simples Nacional desde 01/01/2016**

Situação no SIMEI: **NÃO enquadrado no SIMEI**

[+ Mais informações](#)

[Voltar](#)

[Gerar PDF](#)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 13.354.219/0001-30 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 09/03/2011	
NOME EMPRESARIAL CLINICA MEDICA DRA NAYARA CASTANHEIRA S/S LTDA			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) CEMEDE		PORTE DEMAIS	
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não informada			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 224-0 - Sociedade Simples Limitada			
LOGRADOURO R ABOLICAO	NÚMERO 936	COMPLEMENTO CASA	
CEP 87.200-304	BAIRRO/DISTRITO ZONA 02	MUNICÍPIO CIANORTE	UF PR
ENDEREÇO ELETRÔNICO VALDEMAR@MACKSONN.COM.BR		TELEFONE (44) 3019-1794/ (44) 9926-5022	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 09/03/2011	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 2.119, de 06 de dezembro de 2022.

Emitido no dia **16/05/2024** às **15:32:23** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

Consulta Quadro de Sócios e Administradores - QSA

CNPJ:	13.354.219/0001-30
NOME EMPRESARIAL:	CLINICA MEDICA DRA NAYARA CASTANHEIRA S/S LTDA
CAPITAL SOCIAL:	R\$4.000,00 (Quatro mil reais)

O Quadro de Sócios e Administradores(QSA) constante da base de dados do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) é o seguinte:

Nome/Nome Empresarial:	VALDEMAR DE SOUZA
Qualificação:	49-Sócio-Administrador

Nome/Nome Empresarial:	NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA
Qualificação:	22-Sócio

Para informações relativas à participação no QSA, acessar o e-CAC com certificado digital ou comparecer a uma unidade da RFB.

Emitido no dia 16/05/2024 às 15:33 (data e hora de Brasília).

**Empresa** ►► **Fácil**

ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CIANORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LICENÇA SANITÁRIA

Número 283/2023

Nome Fantasia:

Razão Social: CLINICA MEDICA DRA NAYARA CASTANHEIRA S/S LTDA

CNPJ: 13.354.219/0001-30

Inscrição Municipal: 1565700

Atividade Principal: 8630-5/03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Atividade(s) Secundaria(s):

Município: Cianorte **Endereço:** RUA ABOLICAO, 936,, CASA, ZONA 02

CEP: 87200304

Local e data: Cianorte, sexta, 14 de julho de 2023

Validade: quinta, 25 de abril de 2024

NEILSON ETANIO DE SOUSA

Secretaria Municipal de Saúde

Observação

- RESPONSAVEL LEGAL E TCNICO: NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA - CPF: 046.767.409-48 - CRM 29.113

Código de Autenticidade: **23JPUMXC1R**

EMITIDO PELO FUNCIONÁRIO ELISA MARIA MACKINCS SILVA

Esse documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial



Telefonica Brasil S.A.
Alameda Miguel Blasi, 51 - CEP: 86010-070 - Londrina - PR
I.E.: 9015982664 CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62

Nº da Conta: 00001127919972
Código Cliente: 00000140785326

MÊS REFERÊNCIA: 04/2024
DATA DE EMISSÃO: 28/04/2024

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA
VIA V LOS ANGELES 188
AP 104 BL B
RESIDENCIAL ALPHA CLUB
87201-102 CIANORTE - PR

2ª Via

VENCIMENTO
13/05/2024

VALOR A PAGAR (R\$)
240,70

MEIO DE PAGAMENTO: DÉBITO AUTOMÁTICO
ENVIO DA FATURA: E-MAIL
(na0210@gmail.com)

OS BENEFÍCIOS DO CELULAR RENOVAM TODO DIA: 25

RESUMO DA SUA CONTA

(DE 25/03/24 A 24/04/24)

+ VIVO TOTAL	101,00
III VIVO CELULAR	139,70
Total a pagar	240,70

Plano contratado Adicionais contratados	Quantidade	Valor (R\$)
+ VIVO TOTAL - Vivo Total Pro		
Vivo Fibra 500Mbps.	1	101,00
(+) Serviços Digitais Incluídos	-	-
Subtotal Vivo Fibra		101,00
<hr/>		
Vivo Pós 50GB	1	79,00
(+) Serviços Digitais Incluídos	-	-
Subtotal Vivo Pós		79,00
<hr/>		
		180,00
III VIVO CELULAR - Controle		
Vivo Controle 8GB III	1	55,70
(+) Pacote Redes Sociais e Vídeo	1	5,00
(+) Serviços Digitais Incluídos	-	-
Subtotal Vivo Controle		60,70
Subtotal Plano contratado / Adicionais contratados		240,70
Total a pagar		240,70

- Não existe(m) valor(es) pendente(s) até a data de emissão dessa conta -



SEUS NÚMEROS VIVO

Tel. Celular: 44-99702-6464, 44-99129-7468 (Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento no App Vivo)



SUAS BONIFICAÇÕES

Celular Vivo: 1 Bonus Vivo Fibra - Controle

Veja detalhamento da sua conta no app Vivo

Pelo aplicativo, você também pode:

- Verificar a distribuição de franquia de dados entre titular e dependentes no **Multivivo Cotas**
- Aproveitar os benefícios do **Vivo Valoriza**



FALE COM A GENTE

Acesse o **App Vivo** ou ligue:

Para os serviços da casa: 10315

Para os serviços do celular: *8486 do seu celular Vivo

Se tem necessidades específica de acessibilidade para fala e/ou audição: 142

Ou acesse a Central de Intermediação em Libras disponível em nosso site.



IMPORTANTE

- Ser transparente é uma das nossas prioridades, por isso informamos que não existem débitos pendentes no contrato mencionado nesta conta, dos serviços Vivo, no período de 2023. Esse contrato não inclui quitações de parcelamentos de contas, serviços prestados e não faturados, débitos discutidos judicial e administrativamente, de cobranças de serviços de outras operadoras que ocorreram na sua conta Vivo, entre outras que não estejam mencionadas na Lei 12.007/2009.
- O(s) produto(s)/serviço(s) Vivo Controle 8GB III em 25/03/24 possui nova condição comercial.

Acesse: www.vivo.com.br/para-voce/comunicados/regulatorios

Autenticação Mecânica

CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO
NUBANK, Agência 0001

Destaque aqui

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA

Vencimento

Total a Pagar - R\$

13/05/2024

240,70

Cód. Débito Automático

Nº da Conta

Nº da Fatura

Mês Referência

1127919972-0

00001127919972

0000557764675

04/2024

846600000026

407000691003

011279199720

924047646758

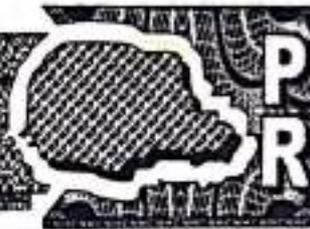


Pagar
via Pix





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1426670044



DO PLASTIFICAR
 670044

NOME
NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
8365734-0 SESP PR

CPF DATA NASCIMENTO
046.767.409-48 02/10/1983

FILIAÇÃO
VALDEMAR DE SOUZA

MARIA DO CARMO
CASTANHEIRA DE SOUZA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
02200230699

VALIDADE
31/03/2022

1ª HABILITAÇÃO
15/02/2002

OBSERVAÇÕES

[Assinatura]

LOCAL
CIANORTE, PR

DATA EMISSÃO
31/03/2017

[Assinatura]
JAROS (RAAD)

41853144274
 PR912538103



Telefonica Brasil S.A.
Alameda Miguel Blasi, 51 - CEP: 86010-070 - Londrina - PR
I.E.: 9015982664 CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62

Nº da Conta: **00001127919972**
Código Cliente: **00000140785326**

Importante: Mantenha o pagamento em dia e evite o cancelamento dos serviços, a suspensão parcial / total dos serviços, a rescisão contratual, e a inclusão nos órgãos de proteção ao crédito. Para pagamento após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. | Central de Atendimento ANATEL: 1331 e www.anatel.gov.br. PLANOS ANATEL: Vivo Fibra 500Mbps.: PSABL/146/POS/SCM, Titular Vivo Pós 50GB: 150/POS/SMP, Vivo Controle 8GB III: 116/POS/SMP. Para a prestação de serviços descrita nessa fatura incidem os seguintes impostos: PR - 19.5% ICMS, 0.65% PIS e 3% COFINS para Telecom. SP - 0% ISS, 0.65% PIS e 3% COFINS e 2% ISS, 1.65% PIS e 7.6% COFINS e 0% ISS, 0% PIS e 0% COFINS para SVAs.



Telefonica Brasil S.A.
Alameda Miguel Blasi, 51 - CEP: 86010-070 - Londrina - PR
I.E.: 9015982664 CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62

Nº da Conta: 00001127919972
Código Cliente: 00000140785326

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA
VIA LOS ANGELES 188
AP 104
87201-102 CIANOESTE - PR

CPF/CNPJ: 046.767.409-48
Inscrição Estadual: ISENTO
Número da Conta: 00001127919972

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES

Nome da Empresa: Telefonica Brasil S.A.	Nº NFST: 1533408/04/2024	Nº Série: BT	Sub-Série: 4
Endereço: Alameda Miguel Blasi, 51 - Centro	Período: 25/03/2024 a 24/04/2024	Emissão: 28/04/2024	
CNPJ: 02.558.157/0518-24	Atende o convênio: 115/2003	CFOP: 5.307	
I.E.: 9015982664	Descrição: PF/PJ - OUTROS		

Seq.	Cód. Serviço	Descrição	Quantidade	ICMS	Valor R\$
1	2575	Serviços Contratos Vivo Internet	1	19,50%	71,00
TOTAL NOTA FISCAL TELEFONICA BRASIL S.A.					71,00

Informações Complementares							
ICMS	19,50%	Base de Cálculo	R\$ 71,00	Valor ICMS	R\$ 13,85	Serv. Isentos/Não Tributável	R\$ 0,00
PIS	0,65%	Base de Cálculo	R\$ 57,15	Valor PIS	R\$ 0,37	Serv. Isentos/Não Tributável	R\$ 0,00
COFINS	3,00%	Base de Cálculo	R\$ 57,15	Valor COFINS	R\$ 1,71	Serv. Isentos/Não Tributável	R\$ 0,00

Contribuição para o Fust 1% = R\$0,55 e Funtel 0,5% = R\$0,28 do Valor dos Serviços - Não Repassados às Tarifas
Autenticação digital: fe4ee3049f979b8dc2edf6b8779f69ba

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA
VIA V LOS ANGELES 188
AP 104 BL B
RESIDENCIAL ALPHA CLUB
87201-102 CIANOESTE - PR

CPF/CNPJ: 046.767.409-48
Inscrição Estadual: ISENTO
Número da Conta: 00001127919972

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES

Nome da Empresa: Telefonica Brasil S.A.	Nº NFST: 33173150/04/2024	Nº Série: BT	Sub-Série: 1
Endereço: Alameda Miguel Blasi, 51 - Centro	Período: 25/03/2024 a 24/04/2024	Emissão: 28/04/2024	
CNPJ: 02.558.157/0518-24	Atende o convênio: 115/2003	CFOP: 5.307	
I.E.: 9015982664	Descrição: PF/PJ - OUTROS		

Seq.	Cód. Serviço	Descrição	Quantidade	ICMS	Valor R\$
1	1570	Serviços Contratados Vivo Móvel	3	19,50%	82,60
TOTAL NOTA FISCAL TELEFONICA BRASIL S.A.					82,60

Informações Complementares							
ICMS	19,50%	Base de Cálculo	R\$ 82,60	Valor ICMS	R\$ 16,12	Serv. Isentos/Não Tributável	R\$ 0,00
PIS	0,65%	Base de Cálculo	R\$ 66,48	Valor PIS	R\$ 0,43	Serv. Isentos/Não Tributável	R\$ 0,00
COFINS	3,00%	Base de Cálculo	R\$ 66,48	Valor COFINS	R\$ 1,99	Serv. Isentos/Não Tributável	R\$ 0,00

Contribuição para o Fust 1% = R\$0,64 e Funtel 0,5% = R\$0,32 do Valor dos Serviços - Não Repassados às Tarifas
Autenticação digital: 89d90fc4cdfb25ec53842560a1a9d251

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA
VIA V LOS ANGELES 188
AP 104 BL B
RESIDENCIAL ALPHA CLUB
87201-102 CIANORTE - PR

MÊS REFERÊNCIA: 04/2024
DATA DE EMISSÃO: 28/04/2024

DETALHAMENTO DA SUA CONTA (DE 25/03/24 A 24/04/24)

VIVO TOTAL - Vivo Total Pro

Plano contratado | Adicionais contratados

VIVO FIBRA	Período	Incluso Plano / Pacote	Utilizado Minutos / Unidades	Valor (R\$)
Vivo Fibra 500Mbps.	-	1	1	71,00
Subtotal				71,00

OUTROS LANÇAMENTOS

SERVIÇOS DIGITAIS INCLUSOS

TELEFONICA BRASIL S.A. 02.558.157/0135-74

VIVO FIBRA	Período	Incluso Plano / Pacote	Utilizado Minutos / Unidades	Valor (R\$)
Serviço Digital III	-	-	-	-
McAfee Protecao	-	-	-	2,00
Skeelo AudioBooks	-	-	-	15,00
Ubook	-	-	-	3,00
Funkids	-	-	-	1,00
NewsCo+	-	-	-	1,00
Abril News Digital	-	-	-	1,00
Clube de Revistas	-	-	-	7,00
Subtotal				30,00

> SEU NÚMERO VIVO: 44-99702-6464

Plano contratado | Adicionais contratados

VIVO CELULAR - Pós	Período	Incluso Plano / Pacote	Utilizado Minutos / Unidades	Valor (R\$)
Vivo Pós 50GB	-	1	1	39,00
Subtotal				39,00

	Incluso Plano / Pacote	Utilizado Minutos / Unidades	Valor (R\$)
Franquia Vivo Travel Sempre America	-	-	0,00
Franquia de Internet	50,00GB	15,06GB	0,00
Apps Ilimitados	ILIMITADO	1,64GB	0,00
Minuto Vivo + Fixo Outra Operadora	ILIMITADO	17m06s	0,00
Minutos Movel - Outras Operadoras	ILIMITADO	09m54s	0,00
Roaming Nacional	ILIMITADO	00m30s	0,00
SMS - Brasil	ILIMITADO	-	0,00

OUTROS LANÇAMENTOS

SERVIÇOS DIGITAIS INCLUSOS

TELEFONICA BRASIL S.A. 02.558.157/0135-74

VIVO CELULAR - Pós	Período	Incluso Plano / Pacote	Utilizado Minutos / Unidades	Valor (R\$)
Vivo Pos Serviço Digital II	-	-	-	-
Goread	-	-	-	1,50
NBA Básico	-	-	-	1,00
Super Comics	-	-	-	13,30
Skeelo Premium	-	-	-	20,00
Atma	-	-	-	4,20
Subtotal				40,00

> SEU NÚMERO VIVO: 44-99129-7468

Plano contratado | Adicionais contratados

VIVO CELULAR - Controle	Período	Incluso Plano / Pacote	Utilizado Minutos / Unidades	Valor (R\$)
Vivo Controle 8GB III	-	1	1	38,60



Pacote Redes Sociais e Vídeo	-	1	1	5,00
Subtotal				43,60

	Incluso Plano / Pacote	Utilizado Minutos / Unidades	Valor (R\$)
Franquia de Internet	8,00GB	-	0,00
Pacote Redes Sociais e Vídeo	-	-	0,00

BONIFICAÇÃO MOVEL	Período	Incluso Plano / Pacote	Utilizado Minutos / Unidades	Valor (R\$)
Bonus Vivo Fibra - Controle	-	5,00GB	-	0,00

OUTROS LANÇAMENTOS

SERVIÇOS DIGITAIS INCLUSOS

TELEFONICA BRASIL S.A. 02.558.157/0135-74

VIVO CELULAR - Controle	Período	Incluso Plano / Pacote	Utilizado Minutos / Unidades	Valor (R\$)
Vivo Controle Serv Digital I	-	-	-	-
Babbel Languages	-	-	-	0,20
Babbel Exercise Books	-	-	-	1,20
Goread	-	-	-	1,80
Skeelo Avançado	-	-	-	11,30
Hube Jomais	-	-	-	2,60
Subtotal				17,10

INSTRUMENTO PARTICULAR DE CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE SIMPLES POR QUOTAS DE RESPONSABILIDADE LIMITADA.



CEMEDE – CENTRO DE MEDICINA ESTÉTICA E DERMATOLOGIA S/S LTDA

Por este instrumento particular, **NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA**, brasileira, natural de Cianorte, Estado do Paraná, solteira, maior e capaz, médica, inscrita no CPF/MF sob nº 046.767.409-48, portadora da Cédula de Identidade RG nº 8.365.734-0, expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Paraná e inscrita no Conselho Regional de Medicina de São Paulo sob nº 128.537, residente e domiciliada na Rua Abolição, 936 – Zona Dois, em Cianorte, Estado do Paraná, CEP 87200-000 e **NIDYANARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA**, brasileira, solteira, maior e capaz, engenheira civil, inscrita no CPF/MF sob nº 048.510.439-37, portadora da Cédula de Identidade RG nº 8.196.307-0, expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Paraná, residente e domiciliada na Rua Abolição, 936 – Zona Dois, em Cianorte, Estado do Paraná, CEP 87200-000, **RESOLVEM**, como de fato resolvido tem e na melhor forma de direito, constituir uma sociedade simples por quotas de responsabilidade limitada que se regerá pelas disposições legais aplicáveis e pelas seguintes cláusulas e condições:

PRIMEIRA – Consoante os artigos 997 e seguintes do Código Civil a Sociedade girará sob o nome empresarial de **CEMEDE – CENTRO DE MEDICINA ESTÉTICA E DERMATOLOGIA S/S LTDA** e terá sede e domicílio na Rua Abolição, 936 – Zona Dois, CEP 87200-000 em Cianorte, Estado do Paraná.

SEGUNDA – O objeto da sociedade será a prestação de serviços médicos de dermatologia e estética.

TERCEIRA – O prazo de duração da sociedade é indeterminado, tendo seu início em 01 de março de 2011.

QUARTA – O capital social será de R\$10.000 (dez mil reais) divididos em 10.000 (dez mil) quotas de valor nominal R\$1,00 (um real), inteiramente integralizado em moeda corrente do país, assim distribuído entre os sócios:

Nomes	Quotas	Valor (R\$)
NAYARA FRANCINE C. DE SOUZA	9.000	9.000,00
NIDYANARA FRANCINE C. DE SOUZA	1.000	1.000,00
TOTAL	10.000	10.000,00

QUINTA – As quotas são indivisíveis e não poderão ser cedidas ou transferidas a terceiros sem o consentimento do outro sócio, a quem fica assegurado, em igualdade de condições e preço, direito de preferência para a sua aquisição se postas à venda, formalizando, se realizada a cessão delas, a alteração contratual pertinente.

SEXTA – A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas todos respondem solidariamente pela integralização do capital social.

SÉTIMA – A administração da sociedade caberá a sócia **NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA**, com poderes e atribuições de administrador, autorizado o uso do nome empresarial individualmente, vedado, no entanto, em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações, seja em favor de qualquer dos cotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da sociedade sem autorização do outro sócio.

OITAVA – Ao término de cada exercício social, em 31 de dezembro, o administrador prestará contas justificadas de sua administração, procedendo a elaboração do inventário, do balanço patrimonial e do balanço de resultado econômico, cabendo aos sócios, na proporção de suas quotas, os lucros ou perdas apurados.

NONA – Nos quatro meses seguintes ao término do exercício social, os sócios deliberarão sobre as contas e designarão administrador(es) quando for o caso.

DÉCIMA – A sociedade poderá, a qualquer tempo, abrir ou fechar filial ou outra dependência, mediante alteração contratual assinada por todos os sócios.



DÉCIMA PRIMEIRA – Os sócios poderão, de comum acordo, fixar uma retirada mensal a título de "pró-labore", observadas as disposições regulamentares pertinentes.

DÉCIMA SEGUNDA – Falecendo ou interditado qualquer sócio, a sociedade continuará suas atividades com os herdeiros, sucessores e o incapaz. Não sendo possível ou inexistindo interesse destes ou do(s) sócio(s) remanescente(s), o valor de seus haveres será apurado e liquidado com base na situação patrimonial da sociedade, à data da resolução, verificada em balanço especialmente levantado.

Parágrafo único – O mesmo procedimento será adotado em outros casos em que a sociedade se resolva em relação a seu sócio.

DÉCIMA TERCEIRA – O administrador declara, sob as penas da lei, que não está impedido de exercer a administração da sociedade por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrar sob os efeitos dela, a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, fé pública ou a propriedade.

DÉCIMA QUARTA – A sócia **NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA CRM/SP n° 128.537** será a responsável perante o Conselho Regional de Medicina e terá absoluta independência de ação.

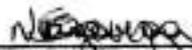
DÉCIMA QUINTA – Fica eleito o Foro da Comarca de Cianorte para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato.

E, por estarem assim justos e contratados, lavram, datam e assinam juntamente com 02 (duas) testemunhas, o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, obrigando-se fielmente por si e seus herdeiros a cumpri-lo em todos os seus termos.

REG. INTS. DOCA. PJ
04/04
P.º
Cianorte

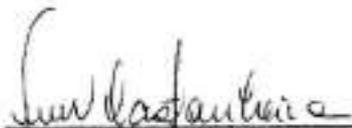
Cianorte, 28 de fevereiro de 2011.


Nidyanara Francine Castanheira de Souza

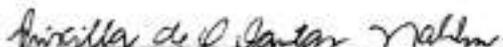

Nayara Francine Castanheira de Souza

Testemunhas:

1. 
Valdemar de Souza
RG: 930.414-2
CPF: 009.406.238-91

2. 
Maria do Carmo C. de Souza
RG: 3.545.545-0
CPF: 883.639.029-34

Advogado:


Priscilla Cristina de Oliveira Dantas Nabhan
OAB: 46141/PR

Registro de Títulos e Documentos e P. Jurídicas
Registrador: Bel. Aúlio Pedro de Oliveira
Juramentado: Kleber Nogueira
Rua Ipiranga, 636 - Cianorte - Paraná
PROTOCOLO N° 0079067 Livro A-009
REGISTRO N° 0001224
LIVRO A-012
Cianorte (PR), 09 de março de 2011

Juramentado

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS E P. JURÍDICAS
Bel. Aúlio Pedro de Oliveira
Kleber Nogueira
Escrivente Juramentado
CIANORTE - PR



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERRA BOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
RUA PRES. TANCREDO NEVES, 240 - CENTRO
Terra Boa - PR - CEP: 87240-000
Fone: (44) 3641-8000 - Fax: (44) 3641-1687
WWW.TERRABOIA.PR.GOV.BR - VIGSATERRABOIA@HOTMAIL.COM



A Vigilância Sanitária no uso de suas atribuições e de acordo a Legislação vigente, concede ao estabelecimento a presente.

LICENÇA SANITÁRIA Nº 207/24

Razão Social: CENTRO DE ESPECIALIDADES KELLY CRISTINA ROCHA

Nome Fantasia:

CNPJ/CPF: 75.793.786/0001-40

Endereço: RUA VALÊNCIA, Nº 79

Bairro: CENTRO

Município: Terra Boa

Ramos de Subclasse:

8630-5/03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Responsável Legal: LEUKTEMBERGG MENEGHETTI DA COSTA

CPF: 019.978.389-66

Data de Emissão: 22/02/2024

Vencimento: 22/02/2025

Observações:


Anderson Leandro Ap. Bazar
Chefe da divisão de Vigilância Sanitária
Portaria 496/2021

Responsável pela Vigilância Sanitária

1 - ESTE DEVE SER AFIXADO EM LOCAL VISÍVEL AO PÚBLICO. (Art. 166 - Código de Saúde do Paraná)

2 - O ESTABELECIMENTO, MESMO COM A LICENÇA SANITÁRIA DEVIDAMENTE REGULARIZADA, PODE SOFRER AUTUAÇÃO OU INTERVENÇÃO DE OUTROS ÓRGÃOS DAS ESFERAS FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL, QUE TÊM INTERFACE COM O SUS E POSSUAM ATRIBUIÇÃO ESPECÍFICA PARA INTERCEDER NO ESTABELECIMENTO. (Art. 167 do Código de Saúde do Paraná)



Universidade de Ribeirão Preto
Associação de Ensino de Ribeirão Preto

A Reitora da Universidade de Ribeirão Preto,
 no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina
 em 2007, confere o título de
Médica a

Maçara Francine Castanhiera de Souza

brasileira, natural do Estado do Paraná,
 nascida a 02 de outubro de 1983, RG 8.365.734-0 - PR

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Ribeirão Preto, (SP), 20 de julho de 2007

[Signature]
 Dra. EMILARA LACIA DE O. BONINI CORALICI
 Reitora

[Signature]
 FRANCISCA BONINI PARICO
 Diretora de Assuntos Comunitários e Estudantes

[Signature]
 Profa. Dra. Nairé Aparecida de Souza Luppold
 Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão

[Signature]
 Maçara Castanhiera Souza
 Diplomada

Curso de
MEDICINA

Reconhecido pela Portaria n.º 712
de 16 de abril de 2003

Data da Colação de Grau:
Ribeirão Preto, 20 de julho de 2007

**UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
UNAERP**

13650

Diploma registrado sob n.º
Livro .05., Fis. 05., Processo 611/2007.....,
nos termos do Artigo 48, § 1.º da Lei 9394 de 20 de
dezembro de 1996.

Ribeirão Preto, 20 de julho de 2007.

Rosângela Maria Tiglla Vilar
Supervisora Administrativa do Registro de
Diplomas da UNAERP

**UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
UNAERP**

Diploma expedido sob n.º 007....., no Livro 08...

Ribeirão Preto, 20 de julho de 2007.

Rosângela Maria Tiglla Vilar
Supervisora Administrativa do Registro de
Diplomas da UNAERP

UNAERP
Tel.: (16) 3603-7000



CREMESP
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CERTIDÃO

Certidão n°: 00108/2009 CRM

Luis Antonio Giacomini, Responsável
pela Seção de Atendimento ao Público
do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE SÃO PAULO, no uso de
suas atribuições

CERTIFICA, a pedido do(a) Dr(a)

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA

que revendo os assentamentos deste Conselho, deles verificou
constar que o(a) mesmo(a) é médico (a)

Inscrito(a) Definitivamente

sob numero **128537** desde **31/07/2007** nos termos do artigo 17
da lei n°. 3.268/57 combinado com o artigo 1°. parágrafo
único do Decreto n°. 44.045/58, não possuindo qualquer registro
de antecedentes de ordem ético-profissional até a presente data
que restrinjam ou inabilitem para o exercício profissional da
medicina.

ERA o que se continha em ditos assentamentos, para aqui, bem e
fielmente transcritos, aos quais se reporta e dá fé. São Paulo,
18 de fevereiro de 2009. Eu, Simone

(SIMONE SOARES SOUSA BARBOSA) conferi a presente que vai
rubricada por mim e assinada por (Luis Antonio Giacomini)
[Assinatura], Responsável pela Seção de
Atendimento ao Público do CREMESP.

074806

CERTIDÃO

Certidão n°: 00108/2009 CRM

Luis Antonio Giacomini, Responsável pela Seção de Atendimento ao Público do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, no uso de suas atribuições

CERTIFICA, a pedido do(a) Dr(a)

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA

que revendo os assentamentos deste Conselho, deles verificou constar que o(a) mesmo(a) é médico (a)

Inscrito(a) Definitivamente

sob número **128537** desde **31/07/2007** nos termos do artigo 17 da lei n°. 3.268/57 combinado com o artigo 1°. parágrafo único do Decreto n°. 44.045/58, não possuindo qualquer registro de antecedentes de ordem ético-profissional até a presente data que restrinjam ou inabilitem para o exercício profissional da medicina.

ERA o que se continha em ditos assentamentos, para aqui, bem e fielmente transcritos, aos quais se reporta e dá fé. São Paulo, 18 de fevereiro de 2009. Eu, Simone Soares Sousa Barbosa

(SIMONE SOARES SOUSA BARBOSA) conferi a presente que vai rubricada por mim e assinada por (Luis Antonio Giacomini) [Assinatura], Responsável pela Seção de Atendimento ao Público do CREMESP.

 PREVIDÊNCIA SOCIAL	Cadastro de Pessoa Física e Contribuinte Individual
--	--

Data de Cadastramento : 13/10/2007

Forma de Cadastramento : Via Internet

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA FÍSICA - INSCRIÇÃO: 1.685.617.440-4

Nome: NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA

Mãe : MARIA DO CARMO CASTANHEIRA DE SOUZA

Data de Nascimento: 02/10/1983 Sexo: Feminino

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade : PR - CIANORTE

Grau de Instrução : Superior completo

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA FÍSICA

Registro Civil: Livro nº: Folha nº: Termo nº:

Carteira de Identidade: 00083657340 Emissor: Sec. Seg. Publ. UF: PR

CTPS: 0053096 Série: 00336 UF: SP

Título de Eleitor:

CPF : 046767409-48

CLASSIFICAÇÃO DA PESSOA FÍSICA

Tipo de contribuinte: Contribuinte Individual

Ocupação: Medico em Geral

ENDEREÇO PARA ENTREGA DE CORRESPONDÊNCIA

RUA ABOLICAO 936

ZONA 02 CEP: 87200 000

CIANORTE -PR TEL: (44) 36376995

E-mail :

Sujeito à Lei 9876 de 26/11/1999 e Decreto 3265 de 29/11/1999.
Declaro serem verídicas as informações por mim prestadas acima.

Em 13 de outubro de 2007

<http://www1.dataprev.gov.br/cadint/nit/nit1685617440.htm>

13/10/2007



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

Documento de identidade nos termos da Lei nº 6.206/75

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO
ESTADO DO PARANÁ

NOME

NAYARA FRANCINE
CASTANHEIRA DE SOUZA

CRM Nº

29113

DATA DE INSCRIÇÃO

01/11/2011

VIA

1

DATA DE NASCIMENTO

02/10/1983

ASSINATURA DO PORTADOR

FILIAÇÃO

VALDEMAR DE SOUZA

MARIA DO CARMO CASTANHEIRA DE SOUZA

NATALIDADE

CIANORTE-PR

RG

8365734-0/SESP-PR

DATA DE EXPEDIÇÃO

15/04/1998

TÍTULO DE ELEITOR

080133370612

SEÇÃO

0014

ZONA

0088

CPF

04676740948

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO

CURITIBA-PR, 07/02/2012

ASSINATURA DO PRESIDENTE

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

P R O I B I D O P L A S T I F I C A R



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

8365734-0 SESP PR

CPF

046.767.409-48

DATA NASCIMENTO

02/10/1983

FILIAÇÃO

VALDEMAR DE SOUZA

MARIA DO CARMO

CASTANHEIRA DE SOUZA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

B

Nº REGISTRO

02200230699

VALIDADE

31/03/2022

1ª HABILITAÇÃO

15/02/2002

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1426670044

OBSERVAÇÕES

[Assinatura]

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

CIANORTE, PR

DATA EMISSÃO

31/03/2017

[Assinatura]
ARCOS (RAAD)

ASSINATURA DO EMISSOR

41853144274

PR912538103

PARANÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR

1426670044

CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

PIS/PASEP

PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL

Número de Identificação do Trabalhador

131 . 89096 . 53 - 7

Data Cadastramento /

06 / 02 / 2009

Nome do Trabalhador

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA

Nome da Mãe

MARIA DO CARMO CASTANHEIRA SOUZA

Data de Nascimento

02 / 10 / 1983

Carteira de Trabalho

INSCRIÇÃO

0053096

Agência

0569

Empregador

MACKSONN CONFEC LTDA

77939718/0001-72

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO
BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO

02/10/1983

Nº INSCRIÇÃO

0801 3337 0612

D.V.

ZONA

088

SEÇÃO

0014

MUNICÍPIO / UF

CIANORTE/PR

DATA DE EMISSÃO

20/08/2017

JUIZ ELEITORAL

VAL Des. Adalberto Jorge Xisto Pereira

TRIBUNAL ELEITORAL DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO

02/10/1983

Nº INSCRIÇÃO

0801 3337 0612

D.V.

ZONA

088

SEÇÃO

0014

MUNICÍPIO / UF

CIANORTE/PR

DATA DE EMISSÃO

20/08/2017

JUIZ ELEITORAL

[Handwritten Signature]

Des. Adalberto Jorge Xisto Pereira



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

046.767.409-48

Nome

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA

Nascimento
02/10/1983



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

8.365.734 0

DATA DE
EXEDIÇÃO

15/04/1998

NOME

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA

FILIAÇÃO

VALDEMAR DE SOUZA

MARIA DO CARMO CASTANHEIRA DE SOUZA

NATURALIDADE

CIANORTE/PR

DATA DE NASCIMENTO

02/10/1983

DIST. ORIGEM

COMARCA=CIANORTE/PR, DA SEDE

C.NASC 49487, LIVRO=A43, FOLHA=172

CPF



GERMANO DO NASCIMENTO FILHO
ASSINATURA DO DIRETOR

CURITIBA - PR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CALECORNIA BARRAGE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

8.365.734 0

DATA DE
EXPEDIÇÃO

15/04/1998

NOME

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA

FILIAÇÃO

VALDEMAR DE SOUZA

MARIA DO CARMO CASTANHEIRA DE SOUZA

NATURALIDADE

CIANORTE/PR

DATA DE NASCIMENTO

02/10/1983

DUC ORIGEM

COMARCA=CIANORTE/PR, DA SEDE

C.NASC 49487, LIVRO=A43, FOLHA=172

CPF

CURITIBA - PR



ASSINATURA DO DIRETOR
GERMANO DO NASCIMENTO FILHO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ



POLEGAR DIREITO



Mayana Francine C. de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALÉRIE BARBUTI

i-0022
0022
Comp Banco Agência C1 C2 Cheque Nº C3 R\$
018 237 0142 2 3 705 002241 1 1 G912WV 000129 5 5
018 0142 2 3 705 002241 1 1 G912WV 000129 5 5

CHEQUE ESPECIAL

Pague por este cheque a quantia de _____

VALID 05/2017



Bradesco
Prime

Banco Bradesco S.A.
CIANORTE-PR
AV. PARANA, 156

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA OU
CPF 046767409-48 DI 83657340 SSPR
MARCOS ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA
CPF 078624038-51 DI 4399568083 DTRASP

Cliente bancario
desde 04/2015





TALÃO BLOQUEADO

CONFIRA OS DADOS E VEJA NO VERSO
COMO FAZER O DESBLOQUEIO.

Agência: 0142-2

Conta-Corrente: 002.241-1

Nome do Cliente: Nayara Francine Castanheira de Souza

Número do Talão: 000.121 a 000.140

Fone Fácil Brade

Capitais e regiões met
4002 0022

Demais regiões
0800 570 0022

Acesso do Exterior
55 11 4002 00





Associação Médica Brasileira
Sociedade Brasileira de Dermatologia



conferem o

Título de Especialista em Dermatologia

à

Dra. Nayara Francine Castanheira de Souza



por ter obtido aprovação em concurso realizado segundo as normas estabelecidas pela Associação Médica Brasileira e a Sociedade Brasileira de Dermatologia.

São Paulo, 22 de abril de 2018

Dr. Antônio Lopes Ferreira
Presidente da AMB

Dr. Antônio Jorge Saldoulo
Secretário Geral da AMB

Dr. José Antônio Soares Júnior
Presidente da SBD

Dr. Fátima Barbosa Luz
Secretária Geral da SBD



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certificado de Especialista

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, de acordo com a resolução vigente, certifica que registrou, em 28/05/2018, no livro nº. 5, RQE nº. 23734, folha nº. 2, a qualificação do médico(a).

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA, CRM nº. 29113,
na especialidade de
DERMATOLOGIA

Chave de validação **8036bfc0131153a93f76cb6642a3ac60205cc19c**

Emitida eletronicamente via internet em **03/07/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br

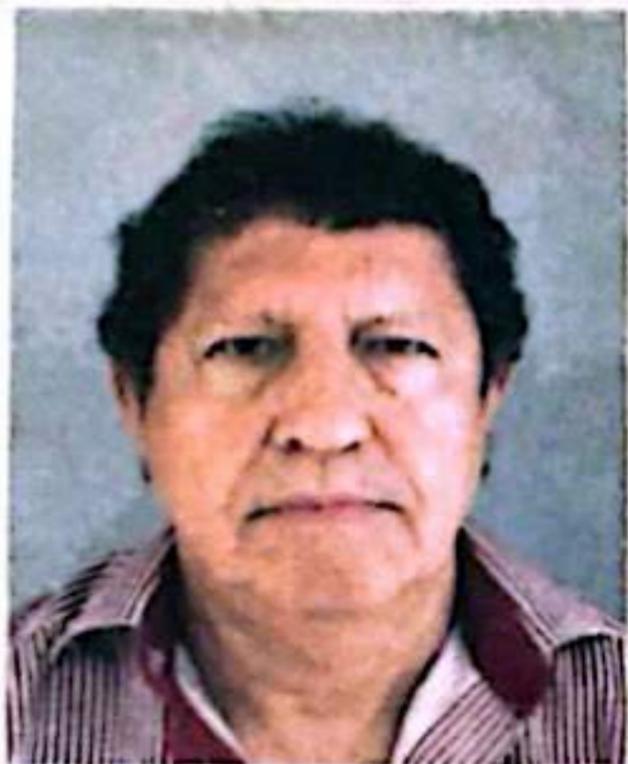


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



PR

NOME
VALDEMAR DE SOUZA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
930414-2 SESP PR

CPF DATA NASCIMENTO
069.466.239-91 28/02/1950

FILIAÇÃO
JOAO GALDINO DE SOUZA

APARECIDA OLIVEIRA DE SOUZA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
01138729265

VALIDADE
11/04/2024

1ª HABILITAÇÃO
28/09/1977

VALIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
2219048801

OBSERVAÇÕES
A

Valdemar de Souza

LOCAL ASSINATURA DO PORTADOR
CIANORTE, PR

DATA EMISSÃO
11/05/2021

[Signature]

ASSINATURA DO EMISSOR

**44910560792
 PR919859292**



PARANÁ



PROIBIDO PLASTIFICAR
2219048801



Universidade de Ribeirão Preto

Associação de Ensino de Ribeirão Preto



A Reitora da Universidade de Ribeirão Preto,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina
em 2007, confere o título de
Médica a

Maíara Francine Castanheira de Souza

brasileira, natural do Estado do Paraná,
nascida a 02 de outubro de 1983, RG 8.365.734-0 - PR

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Ribeirão Preto, (SP), 20 de julho de 2007

DRA. ELANARA LUCIA DE O. BONINI CORAICI
Reitora

MAÍARA FRANÇA BONINI PARICO
Diretora de Assuntos Comunitários e Estudantes

PROFA. DRA. NEIDE APARECIDA DE SOUZA LUPPATO
Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão

Maíara Castanheira de Souza
Diplomada

Curso de
MEDICINA

Reconhecido pela Portaria n.º 712
de 16 de abril de 2003

Data da Colação de Grau:
Ribeirão Preto, 20 de Julho de 2007

**UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
UNAERP**

13650

Diploma registrado sob n.º
Livro .05., Fis. 05., Processo 611/2007.....,
nos termos do Artigo 48, § 1.º da Lei 9394 de 20 de
dezembro de 1996.

Ribeirão Preto, 20 de julho de 2007.

Rosângela Maria Tiglla Vilar
Supervisora Administrativa do Registro de
Diplomas da UNAERP

**UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
UNAERP**

Diploma expedido sob n.º 007, no Livro 08...

Ribeirão Preto, 20 de Julho de 2007.

Rosângela Maria Tiglla Vilar
Supervisora Administrativa do Registro de
Diplomas da UNAERP

UNAERP
Tel.: (16) 3603-7000



UNAERP

CREMESP
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CERTIDÃO

Certidão n°: 00108/2009 CRM

Luis Antonio Giacomini, Responsável
pela Seção de Atendimento ao Público
do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE SÃO PAULO, no uso de
suas atribuições

CERTIFICA, a pedido do(a) Dr(a)

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA

que revendo os assentamentos deste Conselho, deles verificou
constar que o(a) mesmo(a) é médico (a)

Inscrito(a) Definitivamente

sob numero **128537** desde **31/07/2007** nos termos do artigo 17
da lei n°. 3.268/57 combinado com o artigo 1°. parágrafo
único do Decreto n°. 44.045/58, não possuindo qualquer registro
de antecedentes de ordem ético-profissional até a presente data
que restrinjam ou inabilitem para o exercício profissional da
medicina.

ERA o que se continha em ditos assentamentos, para aqui, bem e
fielmente transcritos, aos quais se reporta e dá fé. São Paulo,
18 de fevereiro de 2009. Eu, Simone Soares Sousa Barbosa

(SIMONE SOARES SOUSA BARBOSA) conferi a presente que vai
rubricada por mim e assinada por (Luis Antonio Giacomini)
[Assinatura], Responsável pela Seção de
Atendimento ao Público do CREMESP.

074806

CERTIDÃO

Certidão n°: 00108/2009 CRM

Luis Antonio Giacomini, Responsável pela Seção de Atendimento ao Público do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, no uso de suas atribuições

CERTIFICA, a pedido do(a) Dr(a)

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA

que revendo os assentamentos deste Conselho, deles verificou constar que o(a) mesmo(a) é médico (a)

Inscrito(a) Definitivamente

sob número **128537** desde **31/07/2007** nos termos do artigo 17 da lei n°. 3.268/57 combinado com o artigo 1°. parágrafo único do Decreto n°. 44.045/58, não possuindo qualquer registro de antecedentes de ordem ético-profissional até a presente data que restrinjam ou inabilitem para o exercício profissional da medicina.

ERA o que se continha em ditos assentamentos, para aqui, bem e fielmente transcritos, aos quais se reporta e dá fé. São Paulo, 18 de fevereiro de 2009. Eu, Simone Soares Sousa Barbosa

(SIMONE SOARES SOUSA BARBOSA) conferi a presente que vai rubricada por mim e assinada por (Luis Antonio Giacomini) [Assinatura], Responsável pela Seção de Atendimento ao Público do CREMESP.

 PREVIDÊNCIA SOCIAL	Cadastro de Pessoa Física e Contribuinte Individual
--	--

Data de Cadastramento : 13/10/2007

Forma de Cadastramento : Via Internet

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA FÍSICA - INSCRIÇÃO: 1.685.617.440-4

Nome: NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA

Mãe : MARIA DO CARMO CASTANHEIRA DE SOUZA

Data de Nascimento: 02/10/1983 Sexo: Feminino

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade : PR - CIANORTE

Grau de Instrução : Superior completo

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA FÍSICA

Registro Civil: Livro nº: Folha nº: Termo nº:

Carteira de Identidade: 00083657340 Emissor: Sec. Seg. Publ. UF: PR

CTPS: 0053096 Série: 00336 UF: SP

Título de Eleitor:

CPF : 046767409-48

CLASSIFICAÇÃO DA PESSOA FÍSICA

Tipo de contribuinte: Contribuinte Individual

Ocupação: Medico em Geral

ENDEREÇO PARA ENTREGA DE CORRESPONDÊNCIA

RUA ABOLICAO 936

ZONA 02 CEP: 87200 000

CIANORTE -PR TEL: (44) 36376995

E-mail :

Sujeito à Lei 9876 de 26/11/1999 e Decreto 3265 de 29/11/1999.
Declaro serem verídicas as informações por mim prestadas acima.

Em 13 de outubro de 2007

<http://www1.dataprev.gov.br/cadint/nit/nit1685617440.htm>

13/10/2007



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

Documento de identidade nos termos da Lei nº 6.206/75

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO
ESTADO DO PARANÁ

NOME

NAYARA FRANCINE
CASTANHEIRA DE SOUZA

CRM Nº

29113

DATA DE INSCRIÇÃO

01/11/2011

VIA

1

DATA DE NASCIMENTO

02/10/1983

ASSINATURA DO PORTADOR

FILIAÇÃO

VALDEMAR DE SOUZA

MARIA DO CARMO CASTANHEIRA DE SOUZA

NATALIDADE

CIANORTE-PR

RG

8365734-0/SESP-PR

DATA DE EXPEDIÇÃO

15/04/1998

TÍTULO DE ELEITOR

080133370612

SEÇÃO

0014

ZONA

0088

CPF

04676740948

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO

CURITIBA-PR, 07/02/2012

ASSINATURA DO PRESIDENTE

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

P L A S T I F I C A R



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

8365734-0 SESP PR

CPF

046.767.409-48

DATA NASCIMENTO

02/10/1983

FILIAÇÃO

VALDEMAR DE SOUZA

MARIA DO CARMO

CASTANHEIRA DE SOUZA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

B

Nº REGISTRO

02200230699

VALIDADE

31/03/2022

1ª HABILITAÇÃO

15/02/2002

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1426670044

OBSERVAÇÕES

[Assinatura]

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

CIANORTE, PR

DATA EMISSÃO

31/03/2017

[Assinatura]
ARCOS (RAAD)

ASSINATURA DO EMISSOR

41853144274

PR912538103

PARANÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR

1426670044

CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

PIS/PASEP

PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL

Número de Identificação do Trabalhador

131 . 89096 . 53 - 7

Data Cadastramento /

06 / 02 / 2009

Nome do Trabalhador

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA

Nome da Mãe

MARIA DO CARMO CASTANHEIRA SOUZA

Data de Nascimento

02 / 10 / 1983

Carteira de Trabalho

INSCRIÇÃO

SETE

0053096

00036

Agência

0569

Empregador

MACKSONN CONFEC LTDA

77939718/0001-72

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO
BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO

02/10/1983

Nº INSCRIÇÃO

0801 3337 0612

D.V.

ZONA

088

SEÇÃO

0014

MUNICÍPIO / UF

CIANORTE/PR

DATA DE EMISSÃO

20/08/2017

JUIZ ELEITORAL

VAL Des. Adalberto Jorge Xisto Pereira

TRIBUNAL ELEITORAL DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO

02/10/1983

Nº INSCRIÇÃO

0801 3337 0612

D.V.

ZONA

088

SEÇÃO

0014

MUNICÍPIO / UF

CIANORTE/PR

DATA DE EMISSÃO

20/08/2017

JUIZ ELEITORAL

[Handwritten Signature]

Des. Adalberto Jorge Xisto Pereira



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

046.767.409-48

Nome

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA

Nascimento

02/10/1983



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

8.365.734 0

DATA DE
EXPEDIÇÃO

15/04/1998

NOME

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA

FILIAÇÃO

VALDEMAR DE SOUZA

MARIA DO CARMO CASTANHEIRA DE SOUZA

NATURALIDADE

CIANORTE/PR

DATA DE NASCIMENTO

02/10/1983

DIST. ORIGEM

COMARCA=CIANORTE/PR, DA SEDE

C.NASC 49487, LIVRO=A43, FOLHA=172

CPF



GERMANO DO NASCIMENTO FILHO
ASSINATURA DO DIRETOR

CURITIBA - PR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CALECORNIA BARROTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

8.365.734 0

DATA DE
EXPEDIÇÃO

15/04/1998

NOME

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA

FILIAÇÃO

VALDEMAR DE SOUZA

MARIA DO CARMO CASTANHEIRA DE SOUZA

NATURALIDADE

CIANORTE/PR

DATA DE NASCIMENTO

02/10/1983

DUC ORIGEM

COMARCA=CIANORTE/PR, DA SEDE

C.NASC 49487, LIVRO=A43, FOLHA=172

CPF

CURITIBA - PR



ASSINATURA DO DIRETOR
GERMANO DO NASCIMENTO FILHO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ



POLEGAR DIREITO



Mayana Francisca C. de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALÉRIE BARBUTI

i-0022
0022
Comp Banco Agência C1 C2 DV C3 R\$
018 237 0142 2 3 705 002241 1 1 G912WV 000129 5
018 0142 2 3 705 002241 1 1 G912WV 000129 5

CHEQUE ESPECIAL

Pague por este cheque a quantia de _____

VALID 05/2017



Bradesco
Prime

Banco Bradesco S.A.
CIANORTE-PR
AV. PARANA, 156

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA OU
CPF 046767409-48 DI 83657340 SSPR
MARCOS ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA
CPF 078624038-51 DI 4399568083 DTRASP

Cliente bancario
desde 04/2015





TALÃO BLOQUEADO

CONFIRA OS DADOS E VEJA NO VERSO
COMO FAZER O DESBLOQUEIO.

Agência: 0142-2

Conta-Corrente: 002.241-1

Nome do Cliente: Nayara Francine Castanheira de Souza

Número do Talão: 000.121 a 000.140

Fone Fácil Brade

Capitais e regiões met
4002 0022

Demais regiões
0800 570 0022

Acesso do Exterior
55 11 4002 00





Associação Médica Brasileira
Sociedade Brasileira de Dermatologia



conferem o

Título de Especialista em Dermatologia

à

Dra. Nayara Francine Castanheira de Souza



por ter obtido aprovação em concurso realizado segundo as normas estabelecidas pela Associação Médica Brasileira e a Sociedade Brasileira de Dermatologia.

São Paulo, 22 de abril de 2018

Dr. Antônio Lopes Ferreira
Presidente da AMB

Dr. Antônio Jorge Saldouço
Secretário Geral da AMB

Dr. José Antônio dos Santos Júnior
Presidente da SBD

Dr. Fátima Barbosa Luz
Secretária Geral da SBD



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certificado de Especialista

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, de acordo com a resolução vigente, certifica que registrou, em 28/05/2018, no livro nº. 5, RQE nº. 23734, folha nº. 2, a qualificação do médico(a).

NAYARA FRANCINE CASTANHEIRA DE SOUZA, CRM nº. 29113,

na especialidade de

DERMATOLOGIA

Chave de validação **8036bfc0131153a93f76cb6642a3ac60205cc19c**

Emitida eletronicamente via internet em **03/07/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
 SECRETARIA NACIONAL DE TRANSITO



CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

2 e 1 NOME E SOBRENOME

GUILHERME FRANCISCO PERASSOLI

1ª HABILITAÇÃO

06/01/2003

3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO

23/03/1984 CAMPO MOURAO/PR

4a DATA EMISSÃO

14/11/2023

4b VALIDADE

14/11/2033

ACC

D

4c DOC IDENTIDADE - ORIG. EMISSOR / UF

6660651-6 SESP PR

4d CPF

009.069.319-16

5 Nº REGISTRO

02686456700

6 CAT. HAS

AB

NACIONALIDADE

BRASILEIRO

7 FILIAÇÃO

JOEL PERASSOLI

LOENICE MARTINS PERASSOLI



Guilherme Francisco Perassoli

7 ASSINATURA DO PORTADOR

VALIDAR EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

2720157862

ACC	10	11	12	D	10	11	12
A		14/11/2033		D1			
A1				BE			
B		14/11/2033		CE			
B1				C1E			
C				DE			
C1				D1E			

12 OBSERVAÇÕES

Área reservada para observações.

MINISTRO MÁRCIO FURQUIM
 DIRETOR PRESIDENTE, PR

ASSINATURA DO EMISSOR

49-113847901
 PR924584862

PROIBIDA A FALSIFICAÇÃO

2720157862

PARANÁ

SENTRAN CONTRAN



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1979488060

NOME
 LIGIA MARIA PERASSOLI



DOC. IDENTIDADE/ÓRG EMISSOR/UF
 103191360 SESP PR

CPF
 059.043.879-46

DATA NASCIMENTO
 13/05/1989

FILIAÇÃO
 JOEL PERASSOLI
 LEONICE MARTINS PERASSOLI

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
 AB

Nº REGISTRO
 04878603469

VALIDADE
 23/01/2025

1ª HABILITAÇÃO
 09/02/2010



OBSERVAÇÕES

Ligia Maria Perassoli

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 CAMPO MOURAO, PR

DATA EMISSÃO
 23/01/2020

1979488060

ASSINADO DIGITALMENTE
 DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

08385583146
 PR917369111



PARANÁ



DENATRAN CONTRAN



NOME: CLINICA MEDICA DRA NAYARA CASTANHEIRA S/S LTDA
CNPJ: 13.354.219/0001-30

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Municipal: 1106
Data Emissão: 2024-05-16
Data Vencimento: 2024-06-15
Certidao Estadual: 1107
Data Emissão: 2024-05-16
Data Vencimento: 2024-09-13
Certidao Federal: 1108
Data Emissão: 2024-04-05
Data Vencimento: 2024-10-02
Certidao Trabalhista: 1109
Data Emissão: 2024-05-16
Data Vencimento: 2024-11-12
Certidao FGTS: 1110
Data Emissão: 2024-06-20
Data Vencimento: 2024-07-07

Capacidade Tecnica

Proposta

Categoria: DERMATOLOGIA
Procedimento: BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES
Valor: R\$ 34.87
Qtd: Un. 1
Categoria: DERMATOLOGIA
Procedimento: CAUTERIZACAO QUIMICA DE PEQUENAS LESOES
Valor: R\$ 36.32
Qtd: Un. 1
Categoria: DERMATOLOGIA
Procedimento: CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
Valor: R\$ 57.27
Qtd: Un. 1
Categoria: DERMATOLOGIA
Procedimento: CRIOTERAPIA (SESSÃO) - CLÍNICA
Valor: R\$ 35
Qtd: Un. 1
Categoria: DERMATOLOGIA
Procedimento: ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA
Valor: R\$ 15.98
Qtd: Un. 1
Categoria: DERMATOLOGIA
Procedimento: EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA BOCA
Valor: R\$ 28
Qtd: Un. 1
Categoria: Selecione uma categoria
Procedimento: EXCISAO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESOES / FERIMENTOS DE PELE / ANEXOS E MUCOSA
Valor: R\$ 37.8
Qtd: Un. 1
Categoria: DERMATOLOGIA
Procedimento: EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA
Valor: R\$ 16.82
Qtd: Un. 1
Categoria: DERMATOLOGIA
Procedimento: INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO

Sistema de Credenciamento

Declaração

Declaramos para os fins previstos na Lei nº 14.133, de 2021, conforme documentação registrada no Sistema de credenciamento Ciscamcam, que a situação do fornecedor no momento é a seguinte:

Dados Fornecedor

CNPJ: 14.739.355/0002-92
Razão Social: CLINICA RESONARE
E-mail: campomouraoresonare@gmail.com
Telefone: 44991133223
Banco: SICOOB
Conta: 2692503
Agência: 4340
Tipo Conta: 1

Credenciamento:

Data Inicio: 01/01/2024 08:00
Data Encerramento: 01/08/2024 17:00

Níveis cadastrados:

I - Credenciamento

II - Habilitação Jurídica

Cartao CNPJ: doc.pdf

Ato constitutivo: doc1.pdf

Documento dos sócios: doc1.pdf

Alvará de Licença de Localização e/ou Funcionamento: doc1.pdf

Licença Sanitária: doc1.pdf

Cartao CNPJ: doc1.pdf

III - Regularidade Fiscal e Trabalhista

IV - Capacidade Técnica

Orgao: CREFONO - Quantitativo: 9938 Un.

V - Proposta

Categoria: FONOAUDIOLOGIA - Procedimento: AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA) - Valor: R\$ 25.04 - Qtd: 10000

Categoria: FONOAUDIOLOGIA - Procedimento: AUDIOMETRIA VOCAL - Valor: R\$ 25.04 - Qtd: 10000

Categoria: FONOAUDIOLOGIA - Procedimento: IMITANCIOMETRIA - Valor: R\$ 57.55 - Qtd: 10000

Categoria: FONOAUDIOLOGIA - Procedimento: TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INDIVIDUAL - Valor: R\$ 30 - Qtd: 10000

Categoria: Outros Serviços - Procedimento: APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C - Valor: R\$ 1.1 - Qtd: 10000

VI - Profissionais

Nome: Camila aparecida sturion rodrigues - Especialidade : FONOAUDIOLOGA - CPF: 075.549.939-50

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 19/06/2024 14:12:56

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

A empresa Clínica de Fonoaudiologia Ana Kelly Ltda, inscrita no CNPJ sob nº 14.739.355/0002-92, sediada na Avenida Comendador Norberto Marcondes, 935, Centro na cidade de Campo Mourão - PR, através de sua representante legal, Ana Kelly Baroni, portadora do RG nº 8.344.265 – SESP/SC e CPF nº 021.398.420-22, declara, sob as penas da Lei, que:

- a) Não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;
- b) Não está impedida de transacionar com a Administração Pública;
- c) Não foi apenada com rescisão de contrato, quer por deficiência dos serviços, quer por outro motivo igualmente grave, no transcorrer dos últimos 5 (cinco) anos;
- d) Não incorre nas demais condições impeditivas previstas na Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Campo Mourão – PR, 23 de maio de 2024.

CLINICA DE
FONOAUDIOLOGIA ANA
KELLY
LTDA:14739355000101

Assinado de forma digital por
CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA
KELLY LTDA:14739355000101
Dados: 2024.05.23 09:29:43 -03'00'

CLÍNICA DE FONO ANA KELLY LTDA
14.739.355/0002-92

ANA KELLY
BARONI:0213984202
2

Assinado de forma digital por
ANA KELLY BARONI:02139842022
Dados: 2024.05.23 09:30:00 -03'00'

ANA KELLY BARONI
021.398.420-22
8.344.265 – SESP/SC

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

Clínica de Fonoaudiologia Ana Kelly Ltda, estabelecida na Avenida Comendador Norberto Marcondes, 935, Centro, cidade de Campo Mourão – PR, inscrita no CNPJ sob nº 14.739.355/0002-92, neste ato representada pela sua representante legal Ana Kelly Baroni, portadora do RG nº 8.344.265 – SESP/SC e CPF nº 021.398.420-22, no uso de suas atribuições legais, vem: *DECLARAR*, para fins de participação neste procedimento licitatório em pauta, sob as penas da Lei, que inexistente qualquer fato impeditivo a sua participação na licitação citada, que não foi declarada inidônea e que não está suspensa de participar em processos de licitação ou impedida de contratar com a Administração Pública, e que se compromete a comunicar ocorrência de fatos supervenientes.

Por ser verdade, assina a presente.

Campo Mourão – PR, 23 de maio de 2024.

CLINICA DE
FONOAUDIOLOGIA ANA
KELLY
LTDA:14739355000101

Assinado de forma digital por
CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA
ANA KELLY
LTDA:14739355000101
Dados: 2024.05.23 09:31:15 -03'00'

CLÍNICA DE FONO ANA KELLY LTDA
14.739.355/0002-92

ANA KELLY
BARONI:0213984202
2

Assinado de forma digital por ANA
KELLY BARONI:02139842022
Dados: 2024.05.23 09:31:33 -03'00'

ANA KELLY BARONI
021.398.420-22
8.344.265 – SESP/SC

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

Eu, Ana Kelly Baroni, carteira de identidade nº 8.344.265, expedida pela Secretaria do Estado de Segurança Pública de Santa Catarina – SESP/SC, portadora do CPF sob nº 021.398.420-22, Representante legal da Clínica de Fonoaudiologia Ana Kelly Ltda, inscrita no CNPJ sob o nº 14.739.355/0002-92, DECLARO, sob as penas da Lei, para os devidos fins que não possui parentesco consanguíneo ou afim, até 3º grau, com empregados e/ou dirigentes do órgão licitante.

Campo Mourão – PR, 23 de maio de 2024.

CLINICA DE
FONOAUDIOLOGIA ANA
KELLY
LTDA:14739355000101

Assinado de forma digital por
CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA
ANA KELLY
LTDA:14739355000101
Dados: 2024.05.23 09:32:50 -03'00'

CLÍNICA DE FONO ANA KELLY LTDA
14.739.355/0002-92

ANA KELLY
BARONI:0213984202
2

Assinado de forma digital por ANA
KELLY BARONI:02139842022
Dados: 2024.05.23 09:33:05 -03'00'

ANA KELLY BARONI
021.398.420-22
8.344.265 – SESP/SC

Valor: R\$ 15.98

Qtd: Un. 1

Categoria: DERMATOLOGIA

Procedimento: BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE

Valor: R\$ 19.04

Qtd: Un. 1

**DÉCIMA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA EMPRESA
“CLÍNICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA”
CNPJ N°. 14.739.355/0001-01
NIRE N°. 42204791191**



http://assinador.pscs.com.br/assinadorweb/autenticacao?chave1=af6LcMDAXhFy21vniq1Vb9Q&chave2=Ug8cwwspH_-ckGj5CvUIRA
ASSINADO DIGITALMENTE POR: 07299187930-ALEX MULLER | 02139942022-ANA KELLY BARONI

ANA KELLY BARONI, de nacionalidade brasileira, nascida em 17 de setembro de 1989, solteira, fonoaudióloga, residente e domiciliada na Rua Ouro Preto, nº. 680 – Apto 404, Bloco C, Bairro João Batista Tonial, no município de Xanxerê/SC, CEP 89.820-000, portadora da Cédula de Identidade (RG) nº. 9089989901, expedida pela SSP/RS, e inscrita no CPF sob nº. 021.398.420-22, e;

ALEX MULLER, de nacionalidade brasileira, nascido em 28 de outubro de 1989, solteiro, empresário, residente e domiciliado na Rua Ouro Preto, nº. 680 – Apto 404, Bloco C, Bairro João Batista Tonial, no município de Xanxerê/SC, CEP 89.820-000, portador da Cédula de Identidade (RG) nº. 5.003.681, expedida pela SSP/SC, e inscrito no CPF sob nº. 072.991.879-30;

Únicos sócios componentes da sociedade limitada **CLÍNICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Rua Fidêncio de Souza Mello, nº. 500 – Sala 03, Centro, no município de Xanxerê/SC, CEP 89.820-000, inscrita no CNPJ sob o nº. 14.739.355/0001-01, com seu Contrato Social devidamente arquivado na JUCESC sob o NIRE nº. 42204791191 em sessão de 08 de dezembro de 2011, resolvem de pleno e comum acordo, alterar e consolidar seu Contrato Social, passando a ser regido pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA: Os sócios decidem alterar a sede da sociedade que passa a ser localizada na Rua General Osório, nº. 602 – Centro, no município de Xanxerê/SC, CEP 89.820-000;

CLÁUSULA SEGUNDA: Os sócios decidem alterar a sede da filial 03, que passa a ser localizada na Rua Chui, nº. 273 – Sala 03, Centro, no município de São Miguel do Oeste/SC, CEP 89.900-000;

CLÁUSULA TERCEIRA: Os sócios decidem incluir no objeto social da empresa a atividade de Serviços de Audiometria e Diagnósticos por Registros Gráficos ECG e EEG. Desta forma o objeto social da Sociedade passa a ter a seguinte redação: Exploração das Atividades de Clínica de Fonoaudiologia, Serviços de Audiometria e Diagnósticos por Registros Gráficos ECG e EEG, Assessoria e Consultoria em Assuntos Educacionais aos Cuidadores de Idosos, em Saúde e Medicina do Trabalho e Serviços de Promoção em Saúde junto à Área de Recursos Humanos de Empresas no Âmbito Estadual, Federal e Municipal; Comércio Varejista de



DÉCIMA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA EMPRESA
“CLÍNICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA”
CNPJ N°. 14.739.355/0001-01
NIRE N°. 42204791191

Artigos Médicos e Ortopédicos; Manutenção e Reparação de Aparelhos Eletromédicos e Eletroterapêuticos e Equipamentos de Irradiação; Atividades de Psicologia e Psicanálise; Atividades de Fisioterapia; Atividades de Terapia Ocupacional.

CLÁUSULA QUARTA: Os sócios decidem alterar a forma de distribuição de lucros, a qual poderá ser de forma desproporcional a sua quota de capital. Diante desta alteração, a Cláusula pertinente do Contrato Social passa a ter a seguinte redação: Ao término de cada exercício social, em 31 de dezembro, o administrador prestará contas justificadas de sua administração, procedendo à elaboração do inventário, do balanço patrimonial e do balanço de resultado econômico, sendo que os lucros apurados pela sociedade poderão ser distribuídos aos sócios quotistas de forma desproporcional à suas quotas, ou então mantidos em conta especial para futuros aumentos de capital e compensação de prejuízos; os prejuízos por ventura apurados que não forem compensados serão suportados pelos sócios na proporção de suas quotas.

CLÁUSULA QUINTA: Em face das alterações ocorridas e citadas acima, os sócios deliberam **consolidar** o Contrato Social que passa a ter a seguinte redação:

CAPÍTULO I
DA DENOMINAÇÃO SOCIAL, SEDE, OBJETIVO, INÍCIO E PRAZO

CLÁUSULA PRIMEIRA: A Sociedade gira sob o nome empresarial de “CLÍNICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA”.

CLÁUSULA SEGUNDA: A Sociedade tem sua sede social localizada na Rua General Osório, nº. 602 – Centro, no município de Xanxerê/SC, CEP 89.820-000.

Parágrafo Primeiro: A Sociedade possui a filial 01 localizada na Avenida Comendador Norberto Marcondes, nº. 935 - Centro, no município de Campo Mourão/PR, CEP 87.302-060, inscrita no CNPJ sob nº 14.739.355/0002-92 e registrada na Junta Comercial do Estado de Paraná sob nº 41901920898, sem capital social destacado.

Parágrafo Segundo: A Sociedade possui a filial 02 localizada na Avenida Sul Brasil, nº. 583 – Edif. Policlínica Central, Centro, no município de Maravilha/SC, CEP 89.874-000, inscrita no CNPJ sob nº 14.739.355/0003-73 e registrada na Junta Comercial do Estado de Santa Catarina sob nº 42901308913, sem capital social destacado.



DÉCIMA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA EMPRESA
“CLÍNICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA”
CNPJ N°. 14.739.355/0001-01
NIRE N°. 42204791191

Parágrafo Terceiro: A Sociedade possui a filial 03 localizada na Rua Chui, nº. 273 – Sala 03, Centro, no município de São Miguel do Oeste/SC, CEP 89.900-000, inscrita no CNPJ sob nº 14.739.355/0004-54 e registrada na Junta Comercial do Estado de Santa Catarina sob nº 42901353943, sem capital social destacado.

CLÁUSULA TERCEIRA: A Sociedade poderá abrir filiais e escritórios em qualquer parte do território nacional ou exterior, bem como participar de outras sociedades afins ou não.

CLÁUSULA QUARTA: A Sociedade tem como objeto social a exploração das Atividades de Clínica de Fonoaudiologia, Serviços de Audiometria e Diagnósticos por Registros Gráficos ECG e EEG, Assessoria e Consultoria em Assuntos Educacionais aos Cuidadores de Idosos, em Saúde e Medicina do Trabalho e Serviços de Promoção em Saúde junto à Área de Recursos Humanos de Empresas no Âmbito Estadual, Federal e Municipal; Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos; Manutenção e Reparação de Aparelhos Eletromédicos e Eletroterapêuticos e Equipamentos de Irradiação; Atividades de Psicologia e Psicanálise; Atividades de Fisioterapia; Atividades de Terapia Ocupacional.

CLÁUSULA QUINTA: A Sociedade iniciou suas atividades em 01 de dezembro de 2011 e seu prazo de duração é por tempo indeterminado.

CAPÍTULO II
DO CAPITAL SOCIAL, QUOTAS, QUOTISTAS E RESPONSABILIDADES

CLÁUSULA SEXTA: O capital social é de **R\$ 20.000,00** (vinte mil reais), dividido em 20.000 (vinte mil) quotas no valor de R\$ 1,00 (um real) cada uma, totalmente integralizadas e distribuídas entre os sócios da seguinte forma:

SÓCIOS	CAPITAL SOCIAL	Nº DE QUOTAS	%
Ana Kelly Baroni	R\$ 19.800,00	19.800	99,00%
Alex Muller	R\$ 200,00	200	1,00%
Total	R\$ 20.000,00	20.000	100,00%

CLÁUSULA SÉTIMA: As quotas do capital são indivisíveis em relação à Sociedade e não poderão ser transferidas, alienadas, caucionadas, empenhadas, oneradas ou gravadas, total ou parcialmente, a qualquer título, a terceiros, sem o consentimento expresso do outro sócio,



**DÉCIMA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA EMPRESA
“CLÍNICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA”
CNPJ Nº. 14.739.355/0001-01
NIRE Nº. 42204791191**

assegurando em igualdade de condições e preço, o direito de preferência para sua aquisição se postas à venda.

CLÁUSULA OITAVA: A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas respectivas quotas, apenas respondendo solidariamente pela integralização do capital.

CAPÍTULO III
**DA ADMINISTRAÇÃO, REMUNERAÇÃO, BALANÇO E DISTRIBUIÇÃO
DE LUCROS**

CLÁUSULA NONA: A administração da Sociedade é exercida **ISOLADAMENTE** pela sócia **ANA KELLY BARONI**, com os poderes e atribuições de gerenciar os negócios sociais, vedado no entanto, o uso do nome empresarial em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor de qualquer dos quotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da sociedade sem autorização do outro sócio.

Parágrafo Único: A título de pró-labore os administradores poderão retirar mensalmente uma quantia, cujo valor será fixado de comum acordo entre os sócios.

CLÁUSULA DÉCIMA: Ao término de cada exercício social, em 31 de dezembro, o administrador prestará contas justificadas de sua administração, procedendo à elaboração do inventário, do balanço patrimonial e do balanço de resultado econômico, sendo que os lucros apurados pela sociedade poderão ser distribuídos aos sócios quotistas de forma desproporcional à suas quotas, ou então mantidos em conta especial para futuros aumentos de capital e compensação de prejuízos; os prejuízos por ventura apurados que não forem compensados serão suportados pelos sócios na proporção de suas quotas.

CAPÍTULO IV
**DA RETIRADA OU FALECIMENTO DE SÓCIOS E DESEMPEDIMENTOS DA
ADMINISTRAÇÃO**

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: O falecimento, retirada, interdição ou inabilitação de um dos sócios não acarretará a dissolução da Sociedade, que continuará com o sócio remanescente ou herdeiros do sócio falecido. Não sendo possível ou inexistindo interesse



**DÉCIMA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA EMPRESA
“CLÍNICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA”
CNPJ Nº. 14.739.355/0001-01
NIRE Nº. 42204791191**

destes ou dos sócios remanescentes, o valor de seus haveres será apurado e liquidado com base na situação patrimonial da sociedade, à data da resolução, verificada em balanço especialmente levantado.

Parágrafo Único: O mesmo procedimento será adotado em outros casos em que a sociedade se resolva em relação à seu sócio (Art. 1.028 e Art. 1.031, CC/2022)

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: A sócia administradora declara, sob as penas da lei, que não existem impedimentos de exercer a administração da Sociedade, por lei especial ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrar sob os efeitos dela, a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, ou por crime falimentar, de prevaricação, suborno, concussão, peculato ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, fé pública ou a propriedade.

**CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: O foro da Comarca de Xanxerê/SC é o eleito para dirimir as questões oriundas do presente Contrato Social.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: As omissões ou dúvidas que possam ser suscitadas e não reguladas pelo presente Contrato serão supridas ou resolvidas com base nas disposições do Código Civil Brasileiro, Lei nº. 10.406/2002, supletivamente pela Lei das Sociedades Anônimas, Lei nº. 6.404/1976, e pela legislação pertinente em vigor.

E, por estarem assim justos e contratados, assinam o presente instrumento de Alteração Contratual em 01 (uma) única via, obrigando-se por si, sucessores e herdeiros;

Xanxerê/SC, 18 de outubro de 2023.

ANA KELLY BARONI

ALEX MULLER



**TERMO DE AUTENTICACAO**

NOME DA EMPRESA	CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA
PROTOCOLO	237335107 - 19/10/2023
ATO	002 - ALTERACAO
EVENTO	021 - ALTERACAO DE DADOS (EXCETO NOME EMPRESARIAL)

MATRIZ

NIRE 42204791191
CNPJ 14.739.355/0001-01
CERTIFICO O REGISTRO EM 27/10/2023
SOB N: 20237335107

EVENTOS

024 - ALTERACAO DE FILIAL NA UF DA SEDE ARQUIVAMENTO: 20237335107
027 - ALTERACAO DE FILIAL EM OUTRA UF ARQUIVAMENTO:
051 - CONSOLIDACAO DE CONTRATO/ESTATUTO ARQUIVAMENTO: 20237335107

FILIAIS NA UF

NIRE 42901353943
CNPJ 14.739.355/0004-54
ENDERECO: RUA CHUI, SAO MIGUEL DO OESTE - SC
EVENTO 024 - ALTERACAO DE FILIAL NA UF DA SEDE

NIRE 42901308913
CNPJ 14.739.355/0003-73
ENDERECO: AVENIDA SUL BRASIL, MARAVILHA - SC
EVENTO 024 - ALTERACAO DE FILIAL NA UF DA SEDE

FILIAIS FORA DA UF

NIRE 41901920898
CNPJ 14.739.355/0002-92
ENDERECO: AV COMENDADOR NORBERTO MARCONDES, CAMPO MOURAO - PR
EVENTO 030 - ALTERACAO DE FILIAL COM SEDE EM OUTRA UF

REPRESENTANTES QUE ASSINARAM DIGITALMENTE

Cpf: 02139842022 - ANA KELLY BARONI - Assinado em 26/10/2023 às 16:08:44

Cpf: 07299187930 - ALEX MULLER - Assinado em 26/10/2023 às 16:25:39



Junta Comercial do Estado de Santa Catarina

Certifico o Registro em 27/10/2023 Data dos Efeitos 26/10/2023

Arquivamento 20237335107 Protocolo 237335107 de 19/10/2023 NIRE 42204791191

Nome da empresa CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA

Este documento pode ser verificado em <http://regin.jucesc.sc.gov.br/autenticacaoDocumentos/autenticacao.aspx>

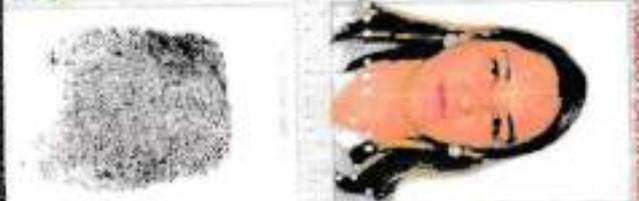
Chancela 249211811082789

Esta cópia foi autenticada digitalmente e assinada em 27/10/2023 LUCIANO LEITE KOWALSKI - Secretário-Geral

27/10/2023

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE DEFESA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO GERAL DE POLÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



Requisito nº 1.877/2019

Baroni

SECRETARIA DE DEFESA DA SEGURANÇA PÚBLICA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 8.344.265 DATA DE EXPEDIÇÃO: 09/MAI/2019

NOME: ANA KELLY BARONI

FILIAÇÃO: ZIGOMAR BARONI
IVONE PERUZZO BARONI

NATURALIDADE: TAPEJARA RS DATA DE NASCIMENTO: 17/09/1989

DCC ORIGEM: CERT. NASC. 5047 LV A-6 FL 110
CART. ZANELLA-TAPEJARA RS

CPF: 021.398.420-22

CHAPECÓ - SC

ASSINATURA DO DIRETOR

FERNANDO LUIZ DE SOUZA
Perito Criminal
Diretor do Instituto de Identificação - IGP/SC

LEI Nº 7.316 DE 2006 (B)

AUTENTICAÇÃO:

Certifico que a presente fotocópia é reprodução fiel do documento original que me foi apresentado. Das 14h às 18h, em Xanxerê-SC, 28 de março de 2021. Carteira de identidade de Ana Kelly Baroni.

Em testemunho da verdade.

Melne Weber
MELNE WEBER - Escrevente Substituta

Emol: 4,02 Seló: R\$2,82 ISS: R\$0,12
Total: R\$6,96
Seló digital do Tipo: Normal
GBC/7705-4L7Z

Controle de validade em site www.igp.sc.gov.br




EM BRANCO

EM BRANCO

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 14.739.355/0002-92 FILIAL	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 03/03/2020
NOME EMPRESARIAL CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) RESONARE CAMPO MOURAO			PORTE DEMAIS
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.50-0-06 - Atividades de fonoaudiologia			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 33.12-1-03 - Manutenção e reparação de aparelhos eletromédicos e eletroterapêuticos e equipamentos de irradiação 47.73-3-00 - Comércio varejista de artigos médicos e ortopédicos 70.20-4-00 - Atividades de consultoria em gestão empresarial, exceto consultoria técnica específica 74.90-1-99 - Outras atividades profissionais, científicas e técnicas não especificadas anteriormente 85.50-3-02 - Atividades de apoio à educação, exceto caixas escolares 86.40-2-08 - Serviços de diagnóstico por registro gráfico - ECG, EEG e outros exames análogos			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada			
LOGRADOURO AV COMENDADOR NORBERTO MARCONDES	NÚMERO 935	COMPLEMENTO *****	
CEP 87.302-060	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO CAMPO MOURAO	UF PR
ENDEREÇO ELETRÔNICO ADM.RESONARE@GMAIL.COM		TELEFONE (49) 9944-0139	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 03/03/2020	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 2.119, de 06 de dezembro de 2022.

Emitido no dia **23/05/2024** às **07:56:38** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MOURÃO
SECRETARIA DE CONTROLE, FISCALIZAÇÃO E OUVIDORIA

Rua Brasil, 1487 - CAMPO MOURÃO - PARANÁ - CAIXA POSTAL, 420 - CEP 87301-140
Fone/Fax: (44)3518-1144 - e-mail: prefeitura@campomourao.pr.gov.br - homepage: www.campomourao.pr.gov.br

CMC 24959	NÚMERO DO ALVARÁ 39/2022
EXERCÍCIO 2024	DATA DE VALIDADE 15/04/2025

ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO

NOME / RAZÃO SOCIAL
612084272 - CLÍNICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA

NOME FANTASIA / SOBRENOME
RESONARE CAMPO MOURÃO

LOGRADOURO
AVENIDA COMEND NORBERTO MARCONDES

NÚMERO
935

COMPLEMENTO

CEP
87.302-060

BAIRRO
CENTRO

MUNICÍPIO
Campo Mourão

ESTADO
PR

CFP / CNPJ
14.739.355/0002-92

RG / INSCRIÇÃO ESTADUAL
909.26949-06

DATA INÍCIO ATIVIDADE
10/12/2021

ATIVIDADE(S) PRINCIPAL(IS)

0047.7/33.00 Comércio varejista de artigos médicos e ortopédicos

0070.2/04.00 Atividades de consultoria em gestão empresarial, exceto consultoria técnica específica

0082.9/97.99 Outras atividades de serviços prestados principalmente às empresas não especificadas anteriormente

0085.5/03.02 Atividades de apoio à educação, exceto caixas escolares

0086.5/00.06 Atividades de fonoaudiologia

0095.2/15.00 Reparação e manutenção de equipamentos eletroeletrônicos de uso pessoal e doméstico

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

RESTRIÇÃO COMPLEMENTAR

CONTADOR / CONTABILIDADE RESPONSÁVEL
ASSEGURA SOLUCOES CONTABEIS LTDA

O PRESENTE ALVARÁ AUTORIZA A EXPLORAÇÃO DE NEGÓCIOS CONFORME ACIMA DESCRITO ENQUANTO SATISFAZER AS EXIGÊNCIAS QUE LEGITIMARAM SUA CONCESSÃO, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE.

Restrições

CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO DO CORPO DE BOMBEIRO VÁLIDO ATÉ 15/04/2025.



Assinado digitalmente por:
MARIZA FORMENTINI BUENO
007.686.919-90
13/05/2024 10:40:12

CAMPO MOURÃO/PR, 13/05/2024

VALIDAÇÃO

MANTER EM LOCAL VISÍVEL AO PÚBLICO



OBSERVAÇÕES / INFORMES

- 1) De conformidade com a legislação vigente deverão ser comunicados ao Setor de Tributação da prefeitura em prazo inferior a 30 dias quaisquer alterações cadastrais.
- 2) Em caso de encerramento das atividades inerentes a este alvará, deverá ser requerido em prazo inferior a 15 dias junto ao Setor de Tributação da prefeitura a BAIXA deste alvará, sob pena de enquadramento de débitos dos exercícios seguintes.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MOURÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

LICENÇA SANITÁRIA Nº 293 / 2024

RAZÃO SOCIAL: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA

NOME FANTASIA: RESONARE CAMPO MOURAO

CPF/CNPJ: 14.739.355/0002-92

ENDEREÇO: COMENDADOR NORBERTO MARCONDES ATÉ 1349 1350

BAIRRO: CENTRO **NUMERO:** 935

DATA DE EMISSÃO: 29/04/2024 **DATA DE VALIDADE:** 29/04/2025

Atividades Licenciadas:

8650006 - Atividades de fonoaudiologia

3312103 - Manutenção e reparação de aparelhos eletromédicos e eletroterapêuticos e equipamentos de irradiação
4773300 - Comércio varejista de artigos médicos e ortopédicos
7020400 - Atividades de consultoria em gestão empresarial, exceto consultoria técnica específica
7490199 - Outras atividades profissionais, científicas e técnicas não especificadas anteriormente
8550302 - Atividades de apoio à educação, exceto caixas escolares

Observações:

ADRIANA LIKES
PEREIRA
CHIROLI:88347311900

Assinado de forma digital
por ADRIANA LIKES PEREIRA
CHIROLI:88347311900
Dados: 2024.04.29 11:45:29
-03'00'

Autoridade Sanitária

Este documento deve ser afixado em local visível ao público no estabelecimento.



CERTIDÃO SIMPLIFICADA DIGITAL

Certificamos que as informações abaixo constam dos documentos arquivados nesta Junta Comercial e são vigentes na data de sua expedição.

EMPRESA			
Nome Empresarial: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA			
Natureza Jurídica: SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA			
NIRE(sede) 42204791191	CNPJ 14.739.355/0001-01	Arquivamento do ato Constitutivo 08/12/2011	Início da atividade 01/12/2011
Endereço: RUA GENERAL OSORIO, 602, CENTRO, XANXERÊ, SC - CEP: 89820000			
OBJETO SOCIAL			
ATIVIDADES DE CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA, SERVICOS DE AUDIOMETRIA E DIAGNOSTICOS POR REGISTROS GRAFICOS ECG E EEG, ASSESSORIA E CONSULTORIA EM ASSUNTOS EDUCACIONAIS AOS CUIDADORES DE IDOSOS, EM SAUDE E MEDICINA DO TRABALHO E SERVICOS DE PROMOCAO EM SAUDE JUNTO A AREA DE RECURSOS HUMANOS DE EMPRESAS NO AMBITO ESTADUAL, FEDERAL E MUNICIPAL COMERCIO VAREJISTA DE ARTIGOS MEDICOS E ORTOPEDICOS MANUTENCAO E REPARACAO DE APARELHOS ELETROMEDICOS E ELETROTERAPEUTICOS E EQUIPAMENTOS DE IRRADIACAO ATIVIDADES DE PSICOLOGIA E PSICANALISE ATIVIDADES DE FISIOTERAPIA ATIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL.			
CAPITAL SOCIAL		PORTE	PRAZO DE DURAÇÃO
R\$ 20.000,00 VINTE MIL REAIS R\$ Capital integralizado: 20.000,00 VINTE MIL REAIS		Não	XXXXXX
QUADRO SOCIOS E ADMINISTRADORES			
Nome/CPF	Participação R\$	Cond./Administrador	Término do mandato
ANA KELLY BARONI 021.398.420-22	19.800,00	SOCIO	XX/XX/XXXX
ANA KELLY BARONI 021.398.420-22	0,00	ADMINISTRADOR	XX/XX/XXXX
ALEX MULLER 072.991.879-30	200,00	SOCIO	XX/XX/XXXX
ÚLTIMO ARQUIVAMENTO		SITUAÇÃO	STATUS
Data 27/10/2023	Número 20237335107	REGISTRO ATIVO	SEM STATUS
Ato: 002 - ALTERAÇÃO Evento: 051 - CONSOLIDACAO DE CONTRATO/ESTATUTO			
FILIAL(AIS) NESTA UNIDADE DA FEDERAÇÃO OU FORA DELA			
NIRE: 41901920898 Endereço: AV COMENDADOR NORBERTO MARCONDES, 935, CENTRO, CAMPO MOURÃO, PR - CEP: 87302060	CNPJ: 14.739.355/0002-92		
NIRE: 42901308913 Endereço: AVENIDA SUL BRASIL, 583 EDIF:POLICLINICA CENTRAL, CENTRO, MARAVILHA, SC - CEP: 89874000	CNPJ: 14.739.355/0003-73		



CERTIDÃO SIMPLIFICADA DIGITAL

Certificamos que as informações abaixo constam dos documentos arquivados nesta Junta Comercial e são vigentes na data de sua expedição.

EMPRESA			
Nome Empresarial: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA			
Natureza Jurídica: SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA			
NIRE(sede)	CNPJ	Arquivamento do ato Constitutivo	Início da atividade
42204791191	14.739.355/0001-01	08/12/2011	01/12/2011
Endereço: RUA GENERAL OSORIO, 602, CENTRO, XANXERÊ, SC - CEP: 89820000			
NIRE: 42901353943 CNPJ: 14.739.355/0004-54			
Endereço: RUA CHUI, 273 SALA:302, CENTRO, SÃO MIGUEL DO OESTE, SC - CEP: 89900000			
Observação			

FLORIANOPOLIS - SC, 26 de Abril de 2024

LUCIANO LEITE KOWALSKI



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA
ATIVA DA UNIÃO**

Nome: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA
CNPJ: 14.739.355/0001-01

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.

Emitida às 15:48:10 do dia 03/05/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 30/10/2024.

Código de controle da certidão: **2484.2422.79C2.33C2**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 14.739.355/0001-01
Razão Social: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA
Endereço: RUA FIDENCIO DE SOUZA MELLO 500 SALA 03 / CENTRO / XANXERE / SC / 89820-000

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 23/06/2024 a 22/07/2024

Certificação Número: 2024062301141872937426

Informação obtida em 26/06/2024 11:29:07

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:
www.caixa.gov.br



ESTADO DE PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MOURÃO
SECRETARIA DA FAZENDA E ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO ARRECADAÇÃO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Protocolo:	N. Certidão: 23888/2024
Contribuinte: CLÍNICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA	RG: 909.26949-06
CPF: 14.739.355/0002-92	Ponto de Referência:
Endereço: AVENIDA COMEND NORBERTO MARCONDES, nº 935	Validade: 24/06/2024
Bairro: CENTRO	
Complemento: *****	
Requerente:	
Cód. Contrib.: 612084272	

[FINALIDADE]

PARA FINS DIVERSOS

[OBSERVAÇÕES]

Declaramos que para a finalidade desta Certidão, **não consta débitos vencidos** no Cadastro deste Município.

CAMPO MOURÃO/PR, 23 de maio de 2024.

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via internet
<https://campomourao.atende.net>



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA (MATRIZ E FILIAIS)
CNPJ: 14.739.355/0001-01
Certidão nº: 30882961/2024
Expedição: 03/05/2024, às 15:56:43
Validade: 30/10/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **14.739.355/0001-01**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas. Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022. Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA
ATIVA DA UNIÃO**

Nome: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA
CNPJ: 14.739.355/0001-01

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.

Emitida às 15:48:10 do dia 03/05/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 30/10/2024.

Código de controle da certidão: **2484.2422.79C2.33C2**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



Estado do Paraná
Secretaria de Estado da Fazenda
Receita Estadual do Paraná

Certidão Negativa
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual
Nº 033579948-88

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **14.739.355/0002-92**
Nome: **CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA**

Ressalvado o direito da Fazenda Pública Estadual inscrever e cobrar débitos ainda não registrados ou que venham a ser apurados, certificamos que, verificando os registros da Secretaria de Estado da Fazenda, constatamos não existir pendências em nome do contribuinte acima identificado, nesta data.

Obs.: Esta Certidão engloba todos os estabelecimentos da empresa e refere-se a débitos de natureza tributária e não tributária, bem como ao descumprimento de obrigações tributárias acessórias.

Válida até 20/09/2024 - Fornecimento Gratuito

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via Internet
www.fazenda.pr.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MOURÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

LICENÇA SANITÁRIA Nº 293 / 2024

RAZÃO SOCIAL: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA

NOME FANTASIA: RESONARE CAMPO MOURAO

CPF/CNPJ: 14.739.355/0002-92

ENDEREÇO: COMENDADOR NORBERTO MARCONDES ATÉ 1349 1350

BAIRRO: CENTRO **NUMERO:** 935

DATA DE EMISSÃO: 29/04/2024 **DATA DE VALIDADE:** 29/04/2025

Atividades Licenciadas:

8650006 - Atividades de fonoaudiologia

3312103 - Manutenção e reparação de aparelhos eletromédicos e eletroterapêuticos e equipamentos de irradiação
4773300 - Comércio varejista de artigos médicos e ortopédicos
7020400 - Atividades de consultoria em gestão empresarial, exceto consultoria técnica específica
7490199 - Outras atividades profissionais, científicas e técnicas não especificadas anteriormente
8550302 - Atividades de apoio à educação, exceto caixas escolares

Observações:

ADRIANA LIKES
PEREIRA
CHIROLI:88347311900

Assinado de forma digital
por ADRIANA LIKES PEREIRA
CHIROLI:88347311900
Dados: 2024.04.29 11:45:29
-03'00'

Autoridade Sanitária

Este documento deve ser afixado em local visível ao público no estabelecimento.



CERTIFICADO DE REGISTRO DE PESSOA JURÍDICA

DATA VALIDADE: 31/05/2025

Razão Social

CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA

Representante Legal

ANA KELLY BARONI

Nome Fantasia

RESONARE CAMPO MOURAO

Endereço

AVENIDA COMENDADOR NORBERTO MARCONDES 935

Bairro
CENTRO

CEP
87302060

Cidade
CAMPO MOURÃO

UF
PR

Horário de Funcionamento do Serviço de Fonoaudiologia

Registro no Conselho
PJ-002470

CNPJ
14739355000292

Responsável Técnico / CRFa No 9938
CAMILA APARECIDA STURION RODRIGUES

Horário de
SEGUNDA À SEXTA 08:00-12:00 14:00-18:00

Certificamos que a Pessoa Jurídica acima citada encontra-se regularmente inscrita junto ao Conselho Regional de Fonoaudiologia - 3ª Região, nos Termos da Resolução CFFa 583/2020.

Declaração Digital - Código de Validação: 032003592252022024 Emitida eletronicamente via internet às 20/06/2024 de 13:52. Sua autenticidade poderá ser confirmada no site: www.crefono3.org.br
Atenção: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento

ESTE CERTIFICADO DEVE SER AFIXADO EM LOCAL VISÍVEL



Conselho Regional de Fonoaudiologia - 3ª Região
Curitiba: Rua XV de novembro 266 conj. 71 - Centro - Curitiba - Paraná - CEP 80020-310
www.crefono3.org.br e-mail: crefono3@crefono3.org.br - Telefones 041 3016-8792/3016-8951
Florianópolis: Rua Alvaro de Carvalho 267 sala 401 Centro - CEP 88010-040 - Tel.: 48 3028-8792



CHIEFA DE INTERMUNICÍPIO

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE INTERMUNICÍPIOS
RUA CARLOS GOMES DE OLIVEIRA, 1001 - JARDIM
N.º 1 - AL. LUIZ A. DE ALMEIDA - PORTO ALEGRE - RS

Carta nº: **0063-8-8020**

Requerente: **CARLA APARECIDA STURION RODRIGUES**

Endereço: **HELIO RODRIGUES
VIA DA LÍCIA STURION RODRIGUES**

Requerente: **DR. BELTANOPFR**

Assinatura: **10.796.859-8-881711**

[Handwritten Signature]

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

ALBUQUERQUE TERRITÓRIO NACIONAL

Valor: **10.796,85R\$** Data: **12/01/2006**

Beneficiária: **CARLA APARECIDA STURION RODRIGUES**

Beneficiário: **HELIO RODRIGUES
VIA DA LÍCIA STURION RODRIGUES**

Assinatura: **DR. BELTANOPFR** Data: **12/01/2006**

Assinatura: **CONDOMÍNIO BELTANOPFR S/A S/A
C. Nº 4654.1190-617, PORTO ALEGRE**

DEPARTAMENTO DE INTERMUNICÍPIOS

NOME: CLINICA RESONARE
CNPJ: 14.739.355/0002-92

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Estadual: 1111
Data Emissão: 2024-05-23
Data Vencimento: 2024-09-20
Certidao Federal: 1112
Data Emissão: 2024-05-03
Data Vencimento: 2024-10-30
Certidao Trabalhista: 1113
Data Emissão: 2024-05-03
Data Vencimento: 2024-10-30
Certidao FGTS: 1114
Data Emissão: 2024-06-23
Data Vencimento: 2024-07-22
Certidao Municipal: 1115
Data Emissão: 2024-06-26
Data Vencimento: 2024-07-26
Certidao Falencias: 1116
Data Emissão: 2024-04-26
Data Vencimento: 2024-08-26

Capacidade Tecnica

Orgao: CREFONO
Quantitativo: 9938 Un.

Proposta

Categoria: FONOAUDIOLOGIA
Procedimento: AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)
Valor: R\$ 25.04
Qtd: Un. 10000
Categoria: FONOAUDIOLOGIA
Procedimento: AUDIOMETRIA VOCAL
Valor: R\$ 25.04
Qtd: Un. 10000
Categoria: FONOAUDIOLOGIA
Procedimento: IMITANCIOMETRIA
Valor: R\$ 57.55
Qtd: Un. 10000
Categoria: FONOAUDIOLOGIA
Procedimento: TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INDIVIDUAL
Valor: R\$ 30
Qtd: Un. 10000
Categoria: Outros Serviços
Procedimento: APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO
INTRA-AURICULAR TIPO C
Valor: R\$ 1.1
Qtd: Un. 10000

Sistema de Credenciamento

Declaração

Declaramos para os fins previstos na Lei nº 14.133, de 2021, conforme documentação registrada no Sistema de credenciamento Ciscamcam, que a situação do fornecedor no momento é a seguinte:

Dados Fornecedor

CNPJ: 55.238.595/0001-00
Razão Social: FRANCINE HELENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA
E-mail: frann.fhl@gmail.com
Telefone: (44) 99921- 1620
Banco: Banco Brasil
Conta: 16.825-4
Agência: frann.fhl@gmail.com
Tipo Conta: 1

Credenciamento:

Data Inicio: 01/01/2024 08:00
Data Encerramento: 01/08/2024 17:00

Níveis cadastrados:

I - Credenciamento

II - Habilitação Jurídica

Cartao CNPJ: doc.pdf

Ato constitutivo: doc1.pdf

Documento dos sócios: doc1.pdf

Alvará de Licença de Localização e/ou Funcionamento: doc1.pdf

Licença Sanitária: doc1.pdf

Cartao CNPJ: doc1.pdf

III - Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidão Municipal: 1101 - Data Emissão: 2024-06-18 - Data Vencimento: 2024-07-18

Certidão Estadual: 1102 - Data Emissão: 2024-06-18 - Data Vencimento: 2024-10-18

Certidão Federal: 1103 - Data Emissão: 2024-06-18 - Data Vencimento: 2024-12-15

Certidão Trabalhista: 1104 - Data Emissão: 2024-06-18 - Data Vencimento: 2024-12-15

Certidão FGTS: 1105 - Data Emissão: 2024-06-18 - Data Vencimento: 2024-07-17

IV - Capacidade Técnica

V - Proposta

Categoria: Outros Serviços - Procedimento: TERAPIA ABA (2 SESSÕES SEMANAIS) - Valor: R\$ 400 - Qtd: 120

VI - Profissionais

Nome: Francine Hilena de Lima Cabreira - Especialidade : Aplicador Terapia ABA - CPF: 009.996.889-44

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 19/06/2024 15:22:11

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____

ANEXO I

**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO
PESSOA JURÍDICA**

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS ATUANTES DA ÁREA DA SAÚDE divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CISCOMCAM objetivando a prestação de serviços nos termos do chamamento público.

Declaro que a interessada cumpre e acata as normas estabelecidas no edital de credenciamento, que estou plenamente ciente do teor e da extensão deste documento, bem como que cumpro os requisitos de habilitação, conforme documentos apresentados em anexo.

Razão Social: FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA

Nome Fantasia: CLINICA PSICOPEDAGOGICA FRANCINE LIMA

CNPJ nº: 55.238.595/0001-00

Inscrição Estadual:

Micro Empresa: () Não (x) Sim

Optante Simples:() Não (x) Sim

Número do CNAE Nacional: 85.50-3-02 e 86.50-0-99.

Descrição: 85.50-3-02 - Atividades de apoio à educação, exceto caixas escolares;
86.50-0-99 -atividades de profissionais da área de saúde não especificadas anteriormente.

Endereço:Rua Juvenal Portela, 714, sala D.

Município: Peabiru **UF:** Paraná

CEP: 87.250-000

Telefone Celular: (44) 99921-1620

Clinica Psicopedagógica Francine Lima

CNPJ: 55.238.595/0001-00

Telefone: (44) – 999211620 – Email: frann.fhl@gmail.com

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: Banco do Brasil	CÓDIGO DO BANCO: 001	AGÊNCIA: 2421 X
TIPO DE CONTA: Conta Corrente	OPERAÇÃO: Transferência	Nº DA CONTA: 16.825-4
CIDADE E UF DA AGENCIA: Peabiru/Pr		

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF
Francine Hilena de Lima Cabreira	9.806.799-0 SSPPR	009.996.889-44

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE
Pedagogia	Psicopedagoga - Terapia ABA	100

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
Francine Hilena de Lima Cabreira	009.996.889-44	9.806.799-0 SSPPR	Não obrigatório	(44)99921-1620

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
-------------	--	-------------------------------------	---------------	-----------------

Clinica Psicopedagógica Francine Lima

CNPJ: 55.238.595/0001-00

Telefone: (44) – 999211620 – Email: frann.fhl@gmail.com

Francine Hilena de Lima Cabreira	009.996.889-44	9.806.799-0 SSPPR	frann.fhl@gmail.com	(44) 99921-1620
----------------------------------	----------------	----------------------	---------------------	-----------------

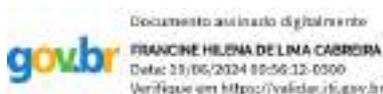
ESPECIALIDADES

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
Francine Hilena de Lima Cabreira	Psicopedagoga - Terapia ABA

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

Rua Juvenal Portela, 714, sala D. Peabiru, Pr, CEP 87250-000	(anexar alvará ou licença sanitária do local, junto a esse anexo).
---	--

Peabiru – Pr, 19 de junho de 2024.



ASSINATURA
FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA
CNPJ: 55.238.595/0001-00

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA
CPF 009.996.889-44
RG 9.806.799-0 SSPPR



Clinica Psicopedagogica Francine Lima
CNPJ: 55.238.595/0001-00
Telefone: (44) – 999211620 – Email: frann.fhl@gmail.com

Rua Juvenal Portela, 714, sala D, CEP: 87.250-000, Peabiru, Paraná

Clinica Psicopedagogica Francine Lima

CNPJ: 55.238.595/0001-00

Telefone: (44) – 999211620 – Email: frann.fhl@gmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEABIRU - PR

Secretaria Municipal de Fazenda
Departamento de Tributos

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

REGIME FISCAL: Simples Nacional

Nome / Razão Social

CNPJ/CPF: 55.238.595/0001-00

FRANCINE HILENA LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA

Contribuinte

24231

Data Abertura

21/05/2024

Inscrição Municipal

63822

Localização:

RUA - JUVENAL PORTELA, 714 SALA D
CENTRO

Peabiru

Ramo de Atividade Principal:

8550302 ATIVIDADES DE APOIO À EDUCAÇÃO, EXCETO CAIXAS ESCOLARES

8650099 ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA AREA DE SAUDE NAO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE

Restrições

Alvará liberado nos termos do Código Tributário Municipal Lei nº 473/2005.

ALVARÁ DE LICENÇA COM VALIDADE ATÉ 31/12/2024

Peabiru, 17 de junho de 2024



Orientações

Nos casos de: Encerramento, alteração, inclusão ou exclusão de ramo, mudança de endereço, inclusão ou exclusão de sócio e alteração de razão social, o contribuinte deverá imediatamente requerer tais alterações à Prefeitura.



ANEXO II
MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

A empresa FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA, inscrita
no CNPJ sob nº 55.238.595/0001-00, sediada na Rua Juvenal Portela, 714, sala D,
Centro na cidade de Peabiru, Pr, através representante legal, Francine Hilena de
Lima Cabreira, RG 9.806.799-0 SSPPR e CPF 009.996.889-44, declara, sob as
penas da Lei, que:

não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;

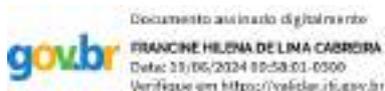
não está impedido de transacionar com a Administração Pública;

não foi apenada com rescisão de contrato, quer por deficiência dos serviços, quer
por outro motivo igualmente grave, no transcorrer dos últimos 5 (cinco) anos;

não incorre nas demais condições impeditivas previstas na Lei Federal nº 14.133/21
e alterações posteriores.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Peabiru/Pr, 19 de junho de 2024.



ASSINATURA
FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA
CNPJ: 55.238.595/0001-00

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA
CPF 009.996.889-44
RG 9.806.799-0 SSPPR



Clinica Psicopedagogica Francine Lima
CNPJ: 55.238.595/0001-00
Telefone: (44) – 999211620 – Email: frann.fhl@gmail.com

Rua Juvenal Portela, 714, sala D, CEP: 87.250-000, Peabiru, Paraná

ANEXO III
MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE
FATO IMPEDITIVO

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

A empresa FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA, estabelecida na Rua Juvenal Portela, 714, sala D. Peabiru, Pr, CEP 87250-000, inscrita no CNPJ sob nº 55.238.595/0001-00, neste ato representada pelo seu representante Francine Hilena de Lima Cabreira, no uso de suas atribuições legais, vem: DECLARAR, para fins de participação neste procedimento licitatório em pauta, sob as penas da Lei, que inexistente qualquer fato impeditivo a sua participação na licitação citada, que não foi declarada inidônea e que não está suspensa de participar em processos de licitação ou impedida de contratar com a Administração Pública, e que se compromete a comunicar ocorrência de fatos supervenientes.

Por ser verdade, assina a presente.

Peabiru – Pr, 19 de junho de 2024.



ASSINATURA
FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA
CNPJ: 55.238.595/0001-00

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA
CPF 009.996.889-44

**Clinica Psicopedagogica Francine Lima**
CNPJ: 55.238.595/0001-00
Telefone: (44) – 999211620 – Email: frann.fhl@gmail.com

RG 9.806.799-0 SSPPR

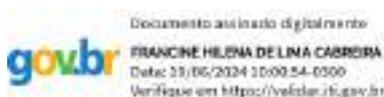
Rua Juvenal Portela, 714, sala D, CEP: 87.250-000, Peabiru, Paraná

ANEXO IV
MODELO DE DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE
PARENTESCO

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

Eu, Francine Hilena de Lima Cabreira, carteira de identidade nº 9.806.799-0, expedida pela SSPPR, inscrito no CPF sob nº009.996.889-44, Representante legal da FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA, inscrita no CNPJ sob o nº 55.238.595/0001-00, DECLARO, sob as penas da Lei, para os devidos fins que não possuo parentesco consanguíneo ou afim, até 3º grau, com empregados e/ou dirigentes do órgão licitante.

Peabiru – Pr, 19 de junho de 2024.



ASSINATURA

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA

CNPJ: 55.238.595/0001-00

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA

CPF 009.996.889-44

RG 9.806.799-0 SSPPR



Clinica Psicopedagogica Francine Lima
CNPJ: 55.238.595/0001-00
Telefone: (44) – 999211620 – Email: frann.fhl@gmail.com

Rua Juvenal Portela, 714, sala D, CEP: 87.250-000, Peabiru, Paraná



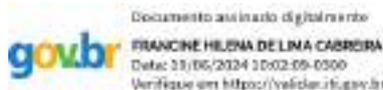
ANEXO V

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA
OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE**

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

O representante legal da Empresa FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA, na qualidade de Proponente do procedimento licitatório sob a modalidade inexigibilidade, instaurado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região da Comcam – CISCOMCAM, declara para os fins de direitos que a referida empresa se enquadra na condição de Micro Empresa ou Empresa de Pequeno Porte, nos termos da Lei Complementar nº 123/2006 e que não possui nenhum dos impedimentos previstos no artigo 3º, § 4º, da mencionada lei.

Peabiru/Pr, 19 de junho de 2024.



ASSINATURA
FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA
CNPJ: 55.238.595/0001-00

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA
CPF 009.996.889-44
RG 9.806.799-0 SSPPR



Clinica Psicopedagogica Francine Lima
CNPJ: 55.238.595/0001-00
Telefone: (44) – 999211620 – Email: frann.fhl@gmail.com

Rua Juvenal Portela, 714, sala D, CEP: 87.250-000, Peabiru, Paraná

[Voltar](#)[Imprimir](#)

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 55.238.595/0001-00
Razão Social: FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA
Endereço: RUA JUVENAL PORTELA 714 SALA D / CENTRO / PEABIRU / PR / 87250-000

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 18/06/2024 a 17/07/2024

Certificação Número: 2024061811296270665120

Informação obtida em 18/06/2024 21:02:18

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:
www.caixa.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEABIRU - PR
Secretaria Municipal de Fazenda
Departamento de Tributos

PRAÇA ELEOTÉRIO GALDINO DE ANDRADE, 21- CEP: 87250-000 - Peabiru- Pr - Tel (44) 3531-8100

Certidão Negativa de Débitos N° 953 / 2024

CADASTRO 2 - 63822	CERTIDÃO Número: 953 Ano: 2024	ALVARÁ N° 63822	CNPJ/CPF 55.238.595/0001-00
------------------------------	--	---------------------------	---------------------------------------

RAZÃO SOCIAL/NOME

FRANCINE HILENA LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA

SITUADO À:

RUA JUVENAL PORTELA, N° 714, CENTRO - CEP: 87250-000

Complemento: SALA D

NOME FANTASIA:

CLINICA PSICOPEDAGOGA FRANCINE LIMA

SITUAÇÃO DO CADASTRO:

Normal

INÍCIO DA ATIVIDADE:

22/05/2024

ENCERRAMENTO DA ATIVIDADE:

RAMO DA ATIVIDADE:

ATIVIDADES DE APOIO À EDUCAÇÃO, EXCETO CAIXAS ESCOLARES

CÓDIGO DE AUTENTICIDADE

CDF3DC2D6AB01674BF41D74EE288BD90

CERTIFICAMOS, em cumprimento ao requerimento datado em 18/06/2024 e verificando os arquivos do Cadastro geral dos Contribuintes deste órgão deles constam que o referido cadastro NÃO está em atraso para com os cofres desta municipalidade, até a presente data, com referência a tributos municipais e dívida ativa, ressalvado o direito da Fazenda Pública Municipal de cobrar as dívidas posteriormente apuradas, mesmo referentes à períodos nesta Certidão compreendidos.

A presente Certidão servirá para fins de DE DIREITO

E por ser expressão da verdade e para que produza os efeitos legais, vai abaixo devidamente assinada.

EDIFÍCIO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PEABIRU - ESTADO DO PARANÁ, AOS 18 de junho de 2024.

A PRESENTE CERTIDÃO TERÁ VALIDADE ATÉ 18/07/2024

Peabiru, 18 de junho de 2024.

FUNCIONÁRIO:05161532939



Estado do Paraná
Secretaria de Estado da Fazenda
Receita Estadual do Paraná

Certidão Negativa
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual
Nº 033815481-63

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **55.238.595/0001-00**

Nome: **CNPJ NÃO CONSTA NO CADASTRO DE CONTRIBUINTES DO ICMS/PR**

Ressalvado o direito da Fazenda Pública Estadual inscrever e cobrar débitos ainda não registrados ou que venham a ser apurados, certificamos que, verificando os registros da Secretaria de Estado da Fazenda, constatamos não existir pendências em nome do contribuinte acima identificado, nesta data.

Obs.: Esta Certidão engloba todos os estabelecimentos da empresa e refere-se a débitos de natureza tributária e não tributária, bem como ao descumprimento de obrigações tributárias acessórias.

Válida até 16/10/2024 - Fornecimento Gratuito

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via Internet
www.fazenda.pr.gov.br



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA
ATIVA DA UNIÃO**

Nome: FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA
CNPJ: 55.238.595/0001-00

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.

Emitida às 15:39:45 do dia 18/06/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 15/12/2024.

Código de controle da certidão: **58D2.37C3.D664.5153**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 55.238.595/0001-00

Certidão nº: 42892056/2024

Expedição: 18/06/2024, às 12:09:18

Validade: 15/12/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **55.238.595/0001-00**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022. Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.



Clinica Psicopedagogica Francine Lima

CNPJ: 55.238.595/0001-00

Telefone: (44) – 999211620 – Email: frann.fhl@gmail.com

Responsavel pelo faturamento

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA

CPF 009.996.889-44

9.806.799-0 SSPPR

Email:frann.fhl@gmail.com

Telefone: (44) 99921- 1620



Clinica Psicopedagogica Francine Lima

CNPJ: 55.238.595/0001-00

Telefone: (44) – 999211620 – Email: frann.fhl@gmail.com

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA
CPF 009.996.889-44

Email: frann.fhl@gmail.com
Telefone: (44) 99921- 1620

**ALTERAÇÃO DO INSTRUMENTO DE INSCRIÇÃO INDIVIDUAL
FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA
CNPJ: 55.238.595/0001-00
NIRE: 41109180457**

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA, brasileira, casada em união parcial de bens, psicopedagoga, nascida em 09/05/1992, inscrita no C.P.F. sob o n.º 009.996.889-44, e portadora da carteira nacional de habilitação n. 009.996.889-44, DETRAN/PR, emitida em 02/02/2021, residente e domiciliada à Rua João Morales, 110, Leblon, CEP: 87.250-000,00, em Peabiru, Paraná, Empresário Individual sob nome empresarial de **FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA**, com sede nesta cidade de Peabiru, Estado do Paraná, na Rua Casemiro Radominski, 827, Sala 03, Centro, inscrito na Junta Comercial do Paraná sob NIRE n.º 41109180457 em 22/05/2024 e CNPJ 55.238.595/0001-00, resolve assim, alterar o instrumento de inscrição de acordo com as cláusulas seguintes:

CLAUSULA PRIMEIRA – O endereço do empresário individual fica alterado para Juvenal Portela, 714, Sala D, Centro, CEP: 87.250-000, Peabiru-PR.

CLAUSULA SEGUNDA – O Objeto social para a ser Atividades de Psicopedagogia CNAE 85.50-3/02, Terapia da Ciência ABA e Psicopedagógica CNAE 86.50-0/99.

CLAUSULA TERCEIRA – Permanecem inalteradas as demais cláusulas do Instrumento Constitutivo que não colidirem com o disposto no presente instrumento.

E por estarem assim justos e contratados assinam o presente instrumento.

Peabiru -PR., 10 de Junho de 2024.

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
00999688944	FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA



CERTIFICO O REGISTRO EM 11/06/2024 14:08 SOB Nº 20244066388.
PROTOCOLO: 244066388 DE 11/06/2024.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12408123900. CNPJ DA SEDE: 55238595000100.
NIRE: 41109180457. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 10/06/2024.
FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA
SECRETÁRIO-GERAL
www.empresafacil.pr.gov.br

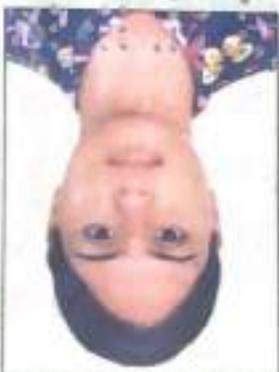
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 9.806.799-0



POLEGAR DIREITO



Francine Hilena de Lima Cabreira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 9.806.799-0

DATA DE EXPEDIÇÃO: 05/11/2014

NOME: FRANCINE HELENA DE LIMA CABREIRA

FILIAÇÃO: JOÃO PEREIRA DE LIMA

LUCINEIA DIAS DO PRADO DE LIMA

NATURALIDADE: PEABRUJUPR

DATA DE NASCIMENTO: 09/05/1992

DOC. ORIGEM: COMARCA=PEABRUJUPR, DA SEDE

C.CAS=3869, UNRC=158, FOLHA=112

CPF: 009.996.699-44

CURTIBAUPR

FRANCISCO PLASTROPCAR
SECRETARIO DE ESTADO DA SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO DO PARANA
R. DA SERRA, 158 - JARDIM BOA VISTA
CEP: 81250-000 - CURITIBA - PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/03

É PROIBIDO PLASTIFICAR

 **Ministério da Fazenda**
Receita Federal

 **COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

Número
009.996.889-44

Nome
FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA

Nascimento
09/05/1992

CÓDIGO DE CONTROLE
4079.477C.1F5C.CA90



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 19:52:38 do dia 18/06/2024 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Declaração de Matrícula

Declaramos para os devidos fins que, **Francine Hilena de Lima cabreira, CPF 009.996.889-44**, está matriculado(a), neste estabelecimento de ensino, no curso de pós-graduação Lato Sensu em “**Intervenção ABA aplicada ao Transtorno do Espectro Autista (TEA)**”, de acordo com a Resolução CES/CNE nº 1 de 06 de abril de 2018, com carga horária total de 720 horas, cujas aulas ocorrem a distância, com início em 16/02/2024 e previsão de término em 06/08/2024, conforme cronograma previsto a seguir. A instituição está credenciada pela portaria MEC nº 1.956, de 07 de novembro de 2019.

Disciplinas	CH	Nota
Módulo 1: Contextualização e Critérios Diagnósticos do Autismo	60h	10,0
Módulo 2: Princípios Básicos	60h	7,9
Módulo 3: O Comportamento Verbal	60h	8,9
Módulo 4: O processo de avaliação	60h	9,5
Módulo 5: Processo de Ensino	60h	10,0
Módulo 6: O manejo de comportamentos indesejados	60h	9,0
Módulo 7: Habilidades de Ensino I	60h	9,1
Módulo 8: Habilidades de Ensino II	60h	8,9
Módulo 9: Habilidades Sociais e TEA	60h	9,5
Módulo 10: O ensino de habilidades funcionais e cognitivas	60h	
Módulo 11: As habilidades acadêmicas	60h	
Módulo 12: ABA na Escola e o papel dos pais	60h	
Carga Horária Total	720	

Ribeirão Preto, 24 de Junho de 2024

Código de autenticidade: d2987341c37b8f756e2611a1dece9bb9

Site para verificação: <https://www.estudeseemfronteiras.com/novo/autenticidade-declaracao>



Antonio Marcos Neves Esteca
Coordenador de Pós-Graduação

Metropolitan Educação Ltda

13.411.192/0001-70

Av. Presidente Kennedy, 1677

Parque Industrial Lagoinha - Ribeirão Preto / SP

CEP: 14095-220

Tel: (16) 3617-1318

LICENÇA SANITÁRIA E DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL Nº023/2024

NOME / RAZÃO SOCIAL: FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA
PSICOPEDAGOGA

FANTASIA: CLINICA PSICOPEDAGOGICA FRANCINE LIMA

CNPJ: 55.238.595/0001-00

ATIVIDADE /CNAE:

8550-3/02: Atividades de apoio à educação, exceto caixas escolares;

8650-0/99: Atividades de profissionais da área de saúde não especificadas anteriormente.

ENDEREÇO: RUA JUVENAL PORTELA, 714- CENTRO - PEABIRU - PR

CEP: 87.250-000

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS	SIGLA DO CONS.	Nº DO REGISTRO	UF
NOME: FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA			PR



LICENÇA VÁLIDA ATÉ: 17/06/2025

Josany Alves de Oliveira
Enfermeira - Vigilância Sanitária
COREN 543-547

CARIMBO E ASSINATURA AUTORIDADE SANITÁRIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEABIRU - PR

Secretaria Municipal de Fazenda
Departamento de Tributos

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

REGIME FISCAL: Simples Nacional

Nome / Razão Social

CNPJ/CPF: 55.238.595/0001-00

FRANCINE HILENA LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA

Contribuinte

24231

Data Abertura

22/05/2024

Inscrição Municipal

63822

Localização:

RUA - JUVENAL PORTELA, 714 SALA D

CENTRO

Peabiru

Ramo de Atividade Principal:

8550302 ATIVIDADES DE APOIO À EDUCACAO, EXCETO CAIXAS ESCOLARES

8650099 ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA AREA DE SAUDE NAO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE

Restrições

Alvará liberado nos termos do Código Tributário Municipal Lei nº 473/2005.

ALVARÁ DE LICENÇA COM VALIDADE ATÉ 31/12/2024



Peabiru, 17 de junho de 2024

Orientações

Nos casos de: Encerramento, alteração, inclusão ou exclusão de ramo, mudança de endereço, inclusão ou exclusão de sócio e alteração de razão social, o contribuinte deverá imediatamente requerer tais alterações à Prefeitura.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 55.238.595/0001-00 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 22/05/2024
--	---	---------------------------------------

NOME EMPRESARIAL FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) CLINICA PSICOPEDAGOGICA FRANCINE LIMA	PORTE ME
--	--------------------

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 85.50-3-02 - Atividades de apoio à educação, exceto caixas escolares
--

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 86.50-0-99 - Atividades de profissionais da área de saúde não especificadas anteriormente
--

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 213-5 - Empresário (Individual)

LOGRADOURO R JUVENAL PORTELA	NÚMERO 714	COMPLEMENTO SALA D
--	----------------------	------------------------------

CEP 87.250-000	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO PEABIRU	UF PR
--------------------------	----------------------------------	-----------------------------	-----------------

ENDEREÇO ELETRÔNICO FRANN.FHL@GMAIL.COM	TELEFONE (44) 9921-1620
---	-----------------------------------

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****
--

SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 22/05/2024
------------------------------------	---

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****
----------------------------	------------------------------------

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 2.119, de 06 de dezembro de 2022.

Emitido no dia **18/06/2024** às **08:33:27** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

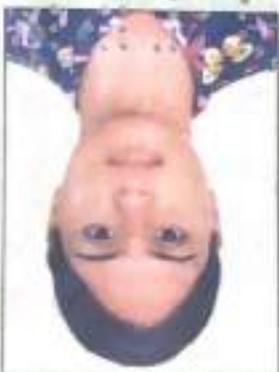
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 9.806.799-0



POLEGAR DIREITO



Francine Hilena de Lima Cabreira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 9.806.799-0

DATA DE EXPEDIÇÃO: 05/11/2014

NOME: FRANCINE HELENA DE LIMA CABREIRA

FILIAÇÃO: JOÃO PEREIRA DE LIMA

LUCINEIA DIAS DO PRADO DE LIMA

NATURALIDADE: PEABRUJIPR

DATA DE NASCIMENTO: 09/05/1992

DOC. ORIGEM: COMARCA=PEABRUJIPR, DA SEDE

C.CAS=3869, UNRC=158, FOLHA=112

CPF: 009.996.699-44

CURTIBAUPR

FRANCISCO PLASTRCAN
SECRETARIO DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ
R. DA LIBERDADE, 158 - JARDIM BOA VISTA
CEP: 81250-000 - CURITIBA - PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/03

É PROIBIDO PLASTIFICAR

**Ministério da Fazenda**
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF 

Número
009.996.889-44

Nome
FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA

Nascimento
09/05/1992

CÓDIGO DE CONTROLE
4079.477C.1F5C.CA90



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 19:52:38 do dia 18/06/2024 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CERTIFICADO

CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR GIRASSOL

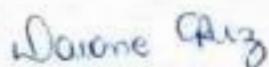
Certificamos para os devidos fins que:

Francine Hilena de Lima Cabreira

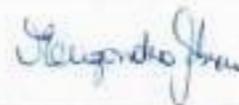
CPF: 009.996.889-44

Participou do curso **Aplicador ABA** com carga horária de **20 horas**, realizado nos dias 29 de fevereiro e 01 de março de 2024 por meio da Clínica Multidisciplinar Girassol, empresa de direito privado inscrita no CNPJ sob o nº 45.174.078/0001-60.

Campo Mourão, 01 de março de 2024.



Daiane Carolina da Cruz
Diretora Técnica
CRP 08/32463



Elizandra Silva de Abreu
Diretora Clínica
CRP 08/33894



Curso Aplicador ABA

Conceitos sobre Autismo e suas particularidades;

Princípios Básicos da Análise do Comportamento;

Manejo de Comportamentos Interferentes;

PEI, Programas de ensino, Coleta de Dados, aplicação de programas;

Ética e Postura Profissional.

Girassol
Clínica Multidisciplinar Girassol

Clínica Multidisciplinar Girassol, Rua Prefeito Devete de Paula Xavier, nº 1328, Centro, Campo Mourão - PR
(44) 3068-1389 - clinicagirassol3@gmail.com



FACULDADE UNIÃO DE CAMPO MOURÃO
ESTADO DO PARANÁ



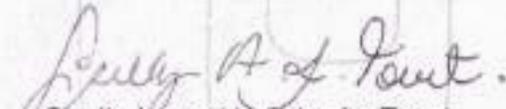
Certificado

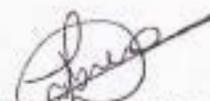
Certificamos que *Francine Hilena De Lima Cabreira*,
concluiu o Curso de Pós-Graduação Lato Sensu, em nível de especialização:

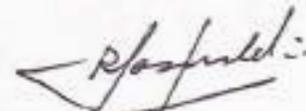
Psicopedagogia Clínica e Institucional,

Realizado por esta Instituição de Ensino Superior no período de Fevereiro/2022 a Fevereiro/2024.

Campo Mourão, 15 de Fevereiro de 2024.


Giselly Aparecida Salvador Tonet
Secretária Acadêmica


Francine Hilena de Lima Cabreira
Especialista


Renato Pacholek
Diretor Geral

HISTÓRICO ESCOLAR

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA

R.G.: 9.806.799-0

CPF: 009.996.889-44

Curso de Pós-Graduação *LATO SENSU*, em nível de especialização: **Psicopedagogia Clínica e Institucional (Resolução CONSEE Nº 17/2015)**

DISCIPLINAS	CARGA HORÁRIA	DOCENTE	TITULAÇÃO	NOTA
Análise e Interpretação de Desenhos	12	Anne Caroline Sousa de Oliveira	Especialista	10,0
Avaliação e Intervenção em Psicopedagogia Clínica	48	Cristina Cerezuela	Doutora	10,0
Avaliação e Intervenção em Psicopedagogia Institucional	48	Cristina Cerezuela	Doutora	10,0
Dinâmica Familiar e Aprendizagem	12	Frank Duarte	Especialista	10,0
Epistemologia Genética e Psicopedagogia	12	Mana Aparecida de Souza	Especialista	9,0
Estágio Supervisionado em Psicopedagogia Clínica	70	Cristina Cerezuela	Doutora	10,0
Estágio Supervisionado em Psicopedagogia Institucional	70	Cristina Cerezuela	Doutora	10,0
Fundamentos da Psicopedagogia	24	Frank Duarte	Especialista	7,5
Fundamentos Psiconeurológicas da Aprendizagem	24	Frank Duarte	Especialista	9,8
Introdução a LIBRAS e O Papel do Interprete de LIBRAS	12	Ruth Mirian Pacheco	Especialista	9,5
Introdução Estágio Supervisionado em Psicopedagogia Clínica	12	Cristina Cerezuela	Doutora	10,0
Introdução Estágio Supervisionado em Psicopedagogia Institucional	12	Cristina Cerezuela	Doutora	10,0
Lúdico e Literatura Infantil	24	Nicolia Venturini	Mestre	8,5
Metodologia Científica e Elaboração de Projeto	12	Cristina Cerezuela	Doutora	10,0
Problemas de Aprendizagem da Leitura e da Escrita	12	Cristina Cerezuela	Doutora	10,0
Problemas de Aprendizagem da Matemática	12	Thalita Simone Muraro Brito	Especialista	8,0
Processo de Aprendizagem da Leitura e da Escrita	24	Cristina Cerezuela	Doutora	7,0
Processo de Aprendizagem da Matemática	24	Thalita Simone Muraro Brito	Especialista	10,0
Profissionalismo e Humanização	12	Claudio Rodrigues Cardoso de Melo	Especialista	8,0
Psicanálise e Psicopedagogia	12	Paulo Sérgio Pereira Ricci	Mestre	7,5
Psicologia Sócio-histórica e Psicopedagogia	12	Fabrizio Rodrigues de Moura	Mestre	8,5
Psicopedagogia e Psicomotricidade	12	Sandra Garcia Neves	Doutora	7,5
Relacionamento Interpessoal	12	Carla Michelle Gentilin Mangano Oselame	Especialista	7,5
Transtornos do Desenvolvimento Humano	24	Maria Aparecida de Souza	Especialista	9,5
TCC - TCC - Trabalho de Conclusão de Curso: Atuação Psicopedagógica Clínica e Institucional: Aplicações Práticas	60	Orientador (a): Cristina Cerezuela	Doutora	10,0
Carga Horária Total	608	Área do conhecimento: Ciências Humanas		
Período Letivo: Fev/2022 a F				
Carga horária total: 608 horas				

Faculdade União de Campo Mourão - UNICAMPO
Portaria de Recredenciamento MEC nº 80 de 18/01/2017,
D.O.U. 19/01/2017

Declaramos que foram cumpridas todas as disposições da
Resolução CNE/CES nº 01 de 08/06/2007.

Registro nº0808 /Livro nº 01/Folha 015

Campo Mourão, 15 de fevereiro de 2024.

Faculdades Integradas do Vale do Ivaí - UNIVALE

Mantida pela Instituição Cultural e Educacional de Ivaiporã - ICEI
Recredenciada pela Portaria nº 545 - MEC - de 11/05/12 D.O.U. - 14/05/12

ESAP - Instituto de Estudos Avançados e Pós-graduação

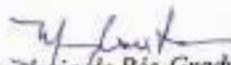
Certificado

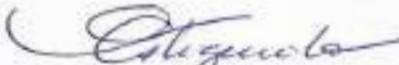
A Diretora das FACULDADES INTEGRADAS DO VALE DO IVAÍ, no uso de suas atribuições legais, certifica que

FRANCINE HILENA DE LIMA
RG 9.806.799-0

concluiu o Curso de Pós-Graduação Lato Sensu Especialização em EDUCAÇÃO ESPECIAL: ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES ESPECIAIS, realizado no período de 03/06/2013 a 04/12/2013, com duração de 360 horas, tendo sido atendidas as demais exigências da Resolução nº 01 de 2007 do Conselho Nacional de Educação - Câmara de Educação Superior.

Ivaiporã, 10 de abril de 2014


Coordenadoria de Pós-Graduação,
Pesquisa e Extensão


Neila Francisea Estigarribia
Diretora

HISTÓRICO ESCOLAR

Especialização em: **EDUCAÇÃO ESPECIAL: ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES ESPECIAIS**

Período de Realização: 03/06/2013 a 04/12/2013

Duração: 360 horas

DISCIPLINA	C. H.	DOCENTES	TITULAÇÃO	NOTA
FUNDAMENTOS E POLÍTICAS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL	30	ELIANE MARIA DIER VANDOMMEL	Mestre	10,0
PSICOLOGIA EVOLUTIVA, COGNITIVISMO, PSICANÁLISE E SOCIOINTERACIONISMO	30	SOLANGE FRANCO RAMUNDO YAESASHI	Doutor	9,0
ASPECTOS NEUROLÓGICOS DOS PROCESSOS DE APRENDIZAGEM	30	SILVANA REGINA DE MELO	Doutor	9,0
O BRINCAR NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA	20	RAQUEL MARIA BRAL FACONTI	Mestre	10,0
METODOLOGIA DA AÇÃO DOCENTE: ÁREA DA SURDEZ	20	MARIEZA ENDRISSI SANDER	Mestre	9,0
METODOLOGIA DA AÇÃO DOCENTE: ÁREA DA VISÃO	20	SANDRA MARA PERALTA	Especialista	10,0
METODOLOGIA DA AÇÃO DOCENTE: ÁREA DA DEFICIÊNCIA FÍSICA	20	NILTON MUNHOZ GOMES	Doutor	9,0
METODOLOGIA DA AÇÃO DOCENTE: ÁREA DA DEFICIÊNCIA MENTAL/INTELLECTUAL	20	ELSA MIDORI SHIMAZAKI	Doutor	9,0
METODOLOGIA DA AÇÃO DOCENTE: ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO	20	FABIANE SILVA CHIERE CIANCA	Especialista	7,5
METODOLOGIA DA AÇÃO DOCENTE: TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO	20	ANGELA MARIA PASSA	Especialista	8,7
ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO: SALA DE RECURSOS	30	CAROLINA GUERREIRO LEME	Especialista	9,0
AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EDUCACIONAL	20	CELIA REGINA VITALIANO	Doutor	9,0
PROCEDIMENTOS PEDAGÓGICOS PARA INCLUSÃO	20	CELIA REGINA VITALIANO	Doutor	7,5
TÓPICOS ESPECIAIS EM EDUCAÇÃO	15	REINALDO RIBEIRO DE CASTRO JUNIOR	Mestre	9,0
METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA	45	MIRIAM RUFFINI GALVÃO	Mestre	9,0
Título do TCC:	INCLUSÃO E SURDEZ			Nota: 8,5

Critério de Avaliação

Frequência mínima exigida: 75% da carga horária.

Média mínima exigida para aprovação nas disciplinas: 7,0 (sete).

Registrado no Livro de Expedição de Certificados, sob o nº 14
Livro nº 08 folha 11

SECRETÁRIO ACADÊMICO

Itaporã, 10 de abril de 2014

JOSE CARLOS FRANCISCO DOS SANTOS
SECRETÁRIO ACADÊMICO



Faculdade Associada Brasil



*O Diretor Geral da Faculdade Associada Brasil, no uso de suas atribuições
e tendo em vista a colação de grau do Curso de Pedagogia
em 23 de julho de 2016 confere o grau de*

Licenciado (a) em Pedagogia a
Francine Hilena de Lima Cabreira

Brasileiro (a) natural do Estado do **Paraná**, nascido (a) em **09 de maio de 1992**,
portador (a) da cédula de identidade R.G. nº **9.806.799-0-PR**

outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 29 de setembro de 2017.

Tânia Maria Calçada

Tânia Maria Calçada
Secretária Geral

Francine Hilena de Lima Cabreira

Diplomado (a)

Eduardo de Jesus
Diretor Geral

CURSO DE PEDAGOGIA – LICENCIATURA PLENA
Reconhecido pela Portaria SERES n.º 46 de 22-05-2012,
Publicada no D.O.U. de 24-05-2012 – seção 1, Fis. 14.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Delegação de Competência para Registro de Diplomas
Resolução CNE/CES nº 12/2007

UNIVERSIDADE VALE DO RIO VERDE DE TRÊS CORAÇÕES
Credenciamento: Decreto Estadual S/N de 17 de outubro de 2005

Diploma registrado sob o Nº 00632
no Livro 601-1AB, Folha 316
Processo Nº 52385/2019
de acordo com o disposto no ARTIGO 48, § 1º da Lei 9394/96

Em 08 de maio de 2019

Odilce L. G. Silva
Odilce Lourdes Gonçalves Silva
Registro de Diplomas
Delegação de Competência 02/2009 (22/04/2009)

FACULDADE INTEGRADO DE CAMPO MOURÃO
ESTADO DO PARANÁ



A Diretora Geral da Faculdade Integrado de Campo Mourão,
no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de
Graduação em Educação Física - Licenciatura
no dia 15 de dezembro de 2012 e outorga de grau em 30 de janeiro de 2013,
confere o título de LICENCIADA EM EDUCAÇÃO FÍSICA a

Francine Hilena de Lima,

brasileira, natural do Estado do Paraná,
nascida a 9 de maio de 1992, RG 9.806.799 0 SESP/PR,
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos
e prerrogativas legais.

Campo Mourão - PR, 30 de janeiro de 2013.

Luciana Pontes
Secretária Acadêmica

Diplomada

Maria da Conceição Montans Baer
Diretora Geral

Faculdade Integrado de Campo Mourão - PR

Curso: **EDUCAÇÃO FÍSICA**

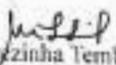
- Licenciatura -

Reconhecido pela Portaria Nº 286 de 21/12/12
D.O.U. 27/12/12

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE
UNICENTRO

Diploma registrado sob n.º 46.579, Livro 021, Fls. 030,
Processo 2.129 de 20/02/2013, de acordo com o disposto no
artigo 48, § 1º da Lei 9.394, de 20/12/1996, e nos termos do
artigo 2º, da Portaria nº 71-DAU/MEC, de 21/10/1977.

Guarapuava, 18 de abril de 2013.


Prof.ª Márcia Terzinha Tembil,
Pró Reitora de Ensino.

Por delegação de competência, nos termos da Resolução
n.º 177/2001-CAD/UNICENTRO, de 09 de outubro de 2001.

LICENÇA SANITÁRIA E DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL Nº023/2024**NOME / RAZÃO SOCIAL:** FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA
PSICOPEDAGOGA**FANTASIA:** CLINICA PSICOPEDAGOGICA FRANCINE LIMA**CNPJ:** 55.238.595/0001-00**ATIVIDADE /CNAE:**

8550-3/02: Atividades de apoio à educação, exceto caixas escolares;

8650-0/99: Atividades de profissionais da área de saúde não especificadas anteriormente.

ENDEREÇO: RUA JUVENAL PORTELA, 714- CENTRO - PEABIRU - PR**CEP:** 87.250-000

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS	SIGLA DO CONS.	Nº DO REGISTRO	UF
NOME: FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA			PR

**LICENÇA VÁLIDA ATÉ: 17/06/2025**

Josany Alves de Oliveira
Enfermeira - Vigilância Sanitária
COREN 543-547

CARIMBO E ASSINATURA AUTORIDADE SANITÁRIA

Cartão Nacional de Saúde - CNS

Sra. FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA,

Parabéns! Seus dados já constam no Sistema Único de Saúde - SUS.

Informe, seu número de CNS quando usar a rede do Sistema Único de Saúde – SUS.

Recorte o Cartão abaixo e use-o normalmente. Ele vale em todo o território nacional.



NOME: FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA
CNPJ: 55.238.595/0001-00

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Municipal: 1101
Data Emissão: 2024-06-18
Data Vencimento: 2024-07-18
Certidao Estadual: 1102
Data Emissão: 2024-06-18
Data Vencimento: 2024-10-18
Certidao Federal: 1103
Data Emissão: 2024-06-18
Data Vencimento: 2024-12-15
Certidao Trabalhista: 1104
Data Emissão: 2024-06-18
Data Vencimento: 2024-12-15
Certidao FGTS: 1105
Data Emissão: 2024-06-18
Data Vencimento: 2024-07-17

Capacidade Tecnica

Proposta

Categoria: Outros Serviços
Procedimento: TERAPIA ABA (2 SESSÕES SEMANAIS)
Valor: R\$ 400
Qtd: Un. 120

[Home](#) > [Editais](#)

Edital de Chamamento Público nº 27/2024

Última atualização 04/07/2024

Local: Campo Mourão/PR **Órgão:** CONSORCIO INT DE SAUDE DA COM DOS M DA REG DE C MOURAO**Unidade compradora:** 95640322000101 - Unidade administrativa**Modalidade da contratação:** Credenciamento **Amparo legal:** Lei 14.133/2021, Art. 79, II **Tipo:** Edital de Chamamento Público**Modo de Disputa:** Não se aplica **Registro de preço:** Não**Data de divulgação no PNCP:** 04/07/2024 **Situação:** Divulgada no PNCP**Data de início de recebimento de propostas:** 27/06/2024 08:00 (horário de Brasília)**Data fim de recebimento de propostas:** 27/06/2024 10:00 (horário de Brasília)**Id contratação PNCP:** 95640322000101-1-000040/2024 **Fonte:** Elotech Gestão Pública Ltda**Objeto:**

Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Psicologia, Dermatologia e Fonoaudiologia oferecidas pelo Ciscamcam.

VALOR TOTAL ESTIMADO DA COMPRA

R\$ 282.902,90

[Itens](#)[Arquivos](#)[Histórico](#)

Número	Descrição	Quantidade	Valor unitário estimado	Valor total estimado	Detalhar
1	02.01.01.002 - BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	10	R\$ 19,04	R\$ 190,40	Detalhar
2	02.11.07.004 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	100	R\$ 28,80	R\$ 2.880,00	Detalhar
3	90.04.01.151-0 - TERAPIA ABA (2 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	120	R\$ 400,00	R\$ 48.000,00	Detalhar
4	02.01.01.037 - BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	10	R\$ 34,87	R\$ 348,70	Detalhar
5	90.04.01.073 AUDIOMETRIA VOCAL (CLINICA)	100	R\$ 25,04	R\$ 2.504,00	Detalhar

Exibir: 1-5 de 33 itens

Página

[Voltar](#)

Criado pela Lei nº 14.133/21, o Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP) é o sítio eletrônico oficial destinado à divulgação centralizada e obrigatória dos atos exigidos em sede de licitações e contratos administrativos abarcados pelo novel diploma.

É gerido pelo Comitê Gestor da Rede Nacional de Contratações Públicas, um colegiado deliberativo com suas atribuições estabelecidas no Decreto nº 10.764, de 9 de agosto de 2021.

O desenvolvimento dessa versão do Portal é um esforço conjunto de construção de uma concepção direta legal, homologado pelos indicados a compor o aludido comitê.

A adequação, fidedignidade e correção das informações e dos arquivos relativos às contratações disponibilizadas no PNCP por força da Lei nº 14.133/2021 são de estrita responsabilidade dos órgãos e entidades contratantes.

✉ <https://portaldeservicos.economia.gov.br>

☎ 0800 978 9001

AGRADECIMENTO AOS PARCEIROS



Texto destinado a exibição de informações relacionadas à **licença de uso**.



TERMO DE ADJUDICAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO

O Presidente da Comissão Permanente de Licitação do CIS-COMCAM, Ivani Fiore Dal Molin, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, especialmente a Lei nº 8.666/1993 e alterações posteriores, a vista do parecer conclusivo exarado pela comissão de Licitação, resolve:

01 – ADJUDICAR a presente Licitação nestes termos:

- a) Processo Nº : 77/2024
b) Licitação Nº : 27/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : 27/06/2024
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Psicologia, Dermatologia e Fonoaudiologia oferecidas pelo Ciscomcam.

01.015.10.302.0015.2.023.3.3.90.39.00.00. - 1005 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
01.015.10.302.0015.2.023.3.3.90.39.00.00. - 31496 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
01.015.10.302.0015.2.023.3.3.90.39.00.00. - 31499 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

FORNECEDOR: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA - CNPJ: 14.739.355/0001-01
Valor Total do Fornecedor: 139.502,00 (cento e trinta e nove mil, quinhentos e dois reais).

LOTE 2 FONOAUDIOLOGIA

Valor Total do Lote: 139.502,00 (cento e trinta e nove mil, quinhentos e dois reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	02.11.07.004 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	Unidad	100	R\$ 28,80	R\$ 2.880,00
2	90.04.01.073 AUDIOMETRIA VOCAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 25,04	R\$ 2.504,00
5	02.11.07.020 - IMITANCIOMETRIA	Unidad	100	R\$ 66,18	R\$ 6.618,00
7	03.01.07.011 TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INDIVIDUAL (CLINICA)	Unidad	500	R\$ 35,00	R\$ 17.500,00
10	07.01.03.005 APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C	Unidad	100	R\$ 1.100,00	R\$ 110.000,00

FORNECEDOR: CLINICA MEDICA DRA NAYARA CASTANHEIRA S/S LTDA - CNPJ: 13.354.219/0001-30
Valor Total do Fornecedor: 78.010,00 (setenta e oito mil e dez reais).

LOTE 1 DERMATOLOGIA

Valor Total do Lote: 78.010,00 (setenta e oito mil e dez reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
6	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	Unidad	1.200	R\$ 57,27	R\$ 68.724,00



CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

7	90.04.01.156 - CRIOTERAPIA (SESSÃO)	Unidad	100	R\$ 35,00	R\$ 3.500,00
12	04.04.02.009 - EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA BOCA	Unidad	100	R\$ 28,00	R\$ 2.800,00
15	04.04.02.010 - EXCISAO EM CUNHA DE LABIO	Unidad	100	R\$ 29,86	R\$ 2.986,00

FORNECEDOR: FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA - CNPJ: 55.238.595/0001-00
Valor Total do Fornecedor: 48.000,00 (quarenta e oito mil reais).

LOTE 3 PSICOLOGIA

Valor Total do Lote: 48.000,00 (quarenta e oito mil reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.04.01.151-0 - TERAPIA ABA (2 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	120	R\$ 400,00	R\$ 48.000,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 265.512,00 (duzentos e sessenta e cinco mil, quinhentos e doze reais)

Valor Total Homologado- R\$ 265.512,00

Campo Mourão, 27 de junho de 2024.

Ivani Fiore Dal Molin
Agente de Contratação

Portaria 03/2024 – Publicado em: 12/01/2024

Página de assinaturas



Ivani Molin
517.896.809-30
Signatário

HISTÓRICO

- 27 jun 2024**
14:30:33  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscocomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30)
- 27 jun 2024**
14:31:58  **Ivani Fiore Dal Molin** (Email: compras@ciscocomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil
- 27 jun 2024**
14:31:58  **Ivani Fiore Dal Molin** (Email: compras@ciscocomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil





TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO

O Presidente do CIS-COMCAM, Rafael Brito do Prado, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, especialmente a Lei nº 14.133/2021 e alterações posteriores, a vista do parecer conclusivo exarado pela comissão de Licitação, resolve:

01 – HOMOLOGAR a presente Licitação nestes termos:

- a) Processo Nº : 77/2024
b) Licitação Nº : 27/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : 27/06/2024
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Psicologia, Dermatologia e Fonoaudiologia oferecidas pelo Ciscomcam.

01.015.10.302.0015.2.023.3.3.90.39.00.00. - 1005 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
01.015.10.302.0015.2.023.3.3.90.39.00.00. - 31496 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
01.015.10.302.0015.2.023.3.3.90.39.00.00. - 31499 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

FORNECEDOR: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA - CNPJ: 14.739.355/0001-01
Valor Total do Fornecedor: 139.502,00 (cento e trinta e nove mil, quinhentos e dois reais).

LOTE 2 FONOAUDIOLOGIA

Valor Total do Lote: 139.502,00 (cento e trinta e nove mil, quinhentos e dois reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	02.11.07.004 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	Unidad	100	R\$ 28,80	R\$ 2.880,00
2	90.04.01.073 AUDIOMETRIA VOCAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 25,04	R\$ 2.504,00
5	02.11.07.020 - IMITANCIOMETRIA	Unidad	100	R\$ 66,18	R\$ 6.618,00
7	03.01.07.011 TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INDIVIDUAL (CLINICA)	Unidad	500	R\$ 35,00	R\$ 17.500,00
10	07.01.03.005 APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C	Unidad	100	R\$ 1.100,00	R\$ 110.000,00

FORNECEDOR: CLINICA MEDICA DRA NAYARA CASTANHEIRA S/S LTDA - CNPJ: 13.354.219/0001-30
Valor Total do Fornecedor: 78.010,00 (setenta e oito mil e dez reais).

LOTE 1 DERMATOLOGIA

Valor Total do Lote: 78.010,00 (setenta e oito mil e dez reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
6	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	Unidad	1.200	R\$ 57,27	R\$ 68.724,00

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.06.28 10:32:33 -03'00'



CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

7	90.04.01.156 - CRIOTERAPIA (SESSÃO)	Unidad	100	R\$ 35,00	R\$ 3.500,00
12	04.04.02.009 - EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA BOCA	Unidad	100	R\$ 28,00	R\$ 2.800,00
15	04.04.02.010 - EXCISAO EM CUNHA DE LABIO	Unidad	100	R\$ 29,86	R\$ 2.986,00

FORNECEDOR: FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA - CNPJ: 55.238.595/0001-00
Valor Total do Fornecedor: 48.000,00 (quarenta e oito mil reais).

LOTE 3 PSICOLOGIA

Valor Total do Lote: 48.000,00 (quarenta e oito mil reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.04.01.151-0 - TERAPIA ABA (2 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	120	R\$ 400,00	R\$ 48.000,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 265.512,00 (duzentos e sessenta e cinco mil, quinhentos e doze reais)

Valor Total Homologado- R\$ 265.512,00

Campo Mourão, 27 de junho de 2024.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por RAFAEL
BRITO DO PRADO:04933415951
Dados: 2024.06.28 10:32:53 -03'00'

Rafael Brito do Prado
Presidente do CIS-COMCAM



CIS-COMCAM

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M**

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO

O Presidente do CIS-COMCAM, Rafael Brito do Prado, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, especialmente a Lei nº 14.133/2021 e alterações posteriores, a vista do parecer conclusivo exarado pela comissão de Licitação, resolve:

01 – HOMOLOGAR a presente Licitação nestes termos:

- a) Processo Nº : 77/2024
 b) Licitação Nº : 27/2024
 c) Modalidade : Inexigibilidade:
 d) Data Homologação : 27/06/2024
 e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Psicologia, Dermatologia e Fonoaudiologia oferecidas pelo Ciscocomcam.

01.015.10.302.0015.2.023.3.3.90.39.00.00. - 1005 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
 01.015.10.302.0015.2.023.3.3.90.39.00.00. - 31496 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
 01.015.10.302.0015.2.023.3.3.90.39.00.00. - 31499 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

FORNECEDOR: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA ANA KELLY LTDA - CNPJ: 14.739.355/0001-01
 Valor Total do Fornecedor: 139.502,00 (cento e trinta e nove mil, quinhentos e dois reais).

LOTE 2 FONOAUDIOLOGIA

Valor Total do Lote: 139.502,00 (cento e trinta e nove mil, quinhentos e dois reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	02.11.07.004 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	Unidad	100	R\$ 28,80	R\$ 2.880,00
2	90.04.01.073 AUDIOMETRIA VOCAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 25,04	R\$ 2.504,00
5	02.11.07.020 - IMITANCIOMETRIA	Unidad	100	R\$ 66,18	R\$ 6.618,00
7	03.01.07.011 TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INDIVIDUAL (CLINICA)	Unidad	500	R\$ 35,00	R\$ 17.500,00
10	07.01.03.005 APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C	Unidad	100	R\$ 1.100,00	R\$ 110.000,00

FORNECEDOR: CLINICA MEDICA DRA NAYARA CASTANHEIRA S/S LTDA - CNPJ: 13.354.219/0001-30
 Valor Total do Fornecedor: 78.010,00 (setenta e oito mil e dez reais).

LOTE 1 DERMATOLOGIA

Valor Total do Lote: 78.010,00 (setenta e oito mil e dez reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
6	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	Unidad	1.200	R\$ 57,27	R\$ 68.724,00

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.



CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

7	90.04.01.156 - CRIOTERAPIA (SESSÃO)	Unidad	100	R\$ 35,00	R\$ 3.500,00
12	04.04.02.009 - EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA BOCA	Unidad	100	R\$ 28,00	R\$ 2.800,00
15	04.04.02.010 - EXCISAO EM CUNHA DE LABIO	Unidad	100	R\$ 29,86	R\$ 2.986,00

FORNECEDOR: FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA - CNPJ: 55.238.595/0001-00
Valor Total do Fornecedor: 48.000,00 (quarenta e oito mil reais).

LOTE 3 PSICOLOGIA

Valor Total do Lote: 48.000,00 (quarenta e oito mil reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.04.01.151-0 - TERAPIA ABA (2 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	120	R\$ 400,00	R\$ 48.000,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 265.512,00 (duzentos e sessenta e cinco mil, quinhentos e doze reais)

Valor Total Homologado- R\$ 265.512,00

Campo Mourão, 27 de junho de 2024.

Rafael Brito do Prado
Presidente do CIS-COMCAM

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.



AVALIAÇÃO DO CONTROLE INTERNO

Declaro estar ciente da elaboração do referido procedimento licitatório, não contendo irregularidades quanto a sua forma.

Campo Mourão, ____ / ____ / ____.

Maria Victoria Aparecida Santos
Portaria de Nomeação 023/2013
Controle Interno
Portaria 27/2015

Página de assinaturas



Maria Santos
026.495.449-10
Signatário

HISTÓRICO

- 02 ago 2024**
10:51:59  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br)
- 02 ago 2024**
13:37:56  **Maria Victoria Santos** (Email: thidasantos666@gmail.com, CPF: 026.495.449-10) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil
- 02 ago 2024**
13:37:56  **Maria Victoria Santos** (Email: thidasantos666@gmail.com, CPF: 026.495.449-10) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil

