



## TERMO DE AUTUAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: 086/2024

ASSUNTO: CREDENCIAMENTO DE CIRURGIÃO VASCULAR E ANGIOLOGIA

MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE

CUMPRINDO O DISPOSTO NA LEI, NESTE ATO PROCEDO A ATUAÇÃO DO PROCESSO EM EPÍGRAFE, CONTENDO PÁGINAS NUMERADAS DE Nº 01 A Nº 96 E, PARA CONSTAR, LAVRO E ASSINO O PRESENTE TERMO, DE AUTUAÇÃO PARA QUE SURTAS OS EFEITOS LEGAIS.

CAMPO MOURÃO/PR, 17 DE JUNHO DE 2024

NOME: JARDEL ALEXANDRE LISBOA

ASSINTURA: \_\_\_\_\_

## Página de assinaturas



**Jardel Lisboa**  
733.780.031-20  
Signatário

### HISTÓRICO

- 17 jul 2024**  
11:12:34  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. ( Email: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br) )
- 17 jul 2024**  
11:17:41  **Jardel Alexandre Lisboa** (Email: [jardellis@gmail.com](mailto:jardellis@gmail.com), CPF: 733.780.031-20) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil
- 17 jul 2024**  
11:17:41  **Jardel Alexandre Lisboa** (Email: [jardellis@gmail.com](mailto:jardellis@gmail.com), CPF: 733.780.031-20) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil





## PEDIDO DE COMPRA DE PRODUTOS/SERVIÇO

Ao

Setor de Compras/Licitações/Contratos

Ivani Fiore Dal Molin

Campo Mourão, 17 de julho de 2024

**Setor Solicitante:** Coordenador de Redes

**Responsável:** Adriano Roque Avila

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 cirurgia vascular e angiologia pelo Ciscocomcam.

**Justificativa:** Tendo em vista a necessidade de manter os serviços de atendimento médico nas especialidades disponíveis na tabela de valores do Ciscocomcam 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.ciscocomcam.com.br / e-mail: compras@ciscocomcam.com.br

## Página de assinaturas



**Adriano Avila**  
058.375.919-07  
Signatário

### HISTÓRICO

- 17 jul 2024**  
11:14:40  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. ( Email: [compras@ciscocomcam.com.br](mailto:compras@ciscocomcam.com.br) )
- 17 jul 2024**  
12:15:05  **Adriano Roque Avila** (Email: [adrianoqueavila@gmail.com](mailto:adrianoqueavila@gmail.com), CPF: 058.375.919-07) visualizou este documento por meio do IP 189.40.70.134 localizado em Curitiba - Paraná - Brazil
- 17 jul 2024**  
12:15:05  **Adriano Roque Avila** (Email: [adrianoqueavila@gmail.com](mailto:adrianoqueavila@gmail.com), CPF: 058.375.919-07) assinou este documento por meio do IP 189.40.70.134 localizado em Curitiba - 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 cirurgia vascular e angiologia oferecidas pelo Ciscomcam.

**Processo Administrativo nº 86**

**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. - 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

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

Campo Mourão, 17 de julho 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

- 17 jul 2024**  
11:15:37  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. ( Email: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br), CPF: 517.896.809-30 )
- 17 jul 2024**  
11:17:03  **Ivani Fiore Dal Molin** (Email: [compras@ciscomcam.com.br](mailto: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
- 17 jul 2024**  
11:17:03  **Ivani Fiore Dal Molin** (Email: [compras@ciscomcam.com.br](mailto: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 CONTÁBIL

**Processo Administrativo nº 86**

**Data do Processo Administrativo: 17/07/2024**

**Modalidade: Inexigibilidade**

**Objeto:** Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de cirurgia vascular e angiologia oferecidas pelo Ciscomcam.

**Dotação Orçamentária:**

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  
01.015.10.302.0015.2.023.3.3.90.39.00.00. - 1005 - 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 sobnº.: 63;64;65.

Campo Mourão, 17 de julho de 2024

**Alexandro Sebastião dos Santos**  
Contador

## Página de assinaturas



**Alexandro Santos**  
019.886.109-58  
Signatário

### HISTÓRICO

- 17 jul 2024**  
14:52:34  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. ( Email: [compras@ciscocomcam.com.br](mailto:compras@ciscocomcam.com.br) )
- 17 jul 2024**  
16:38:02  **Alexandro Sebastião Dos Santos** (Email: [alexandro\\_s\\_s@hotmail.com](mailto:alexandro_s_s@hotmail.com), CPF: 019.886.109-58) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil
- 17 jul 2024**  
16:38:06  **Alexandro Sebastião Dos Santos** (Email: [alexandro\\_s\\_s@hotmail.com](mailto:alexandro_s_s@hotmail.com), CPF: 019.886.109-58) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil





# CIS-COMCAM

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

## AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

Eu, Leandro Roque Avila, Coordenador 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 cirurgia vascular e angiologia oferecidas pelo Ciscomcam.

**Processo Administrativo nº 86**

**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
<b>CIRURGIA VASCULAR E ANGIOLOGIA</b>							
3391	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLÍNICA)	10	12	R\$ 57,27	R\$ 572,70	3.390.39.00.	50.30
1678	04.01.01.001 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO - CLÍNICA	100	12	R\$ 32,40	R\$ 3.240,00	3.390.39.00.	50.30
1682	04.15.04.004 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / NECROSE (CLÍNICA)	750	12	R\$ 29,86	R\$ 22.395,00	3.390.39.00.	50.30
6321	02.11.05.008 ÍNDICE TORNOZELO BRAQUIAL (CLÍNICA)	10	12	R\$ 35,00	R\$ 350,00	3.390.39.00.	50.30
5311	03.09.07.001-5 TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS (UNILATERAL)	500	12	R\$ 500,00	R\$ 250.000,00	3.390.39.00.	50.30
4773	90.04.01.109 ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES (ORGÃOS E ESTRUTURAS)	1000	12	R\$ 60,00	R\$ 60.000,00	3.390.39.00.	50.30
1317	02.05.01.004 - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	500	12	R\$ 130,00	R\$ 65.000,00	3.390.39.00.	50.30
9152	90.04.01.231 - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (BILATERAL)	500	12	R\$ 260,00	R\$ 130.000,00	3.390.39.00.	50.30
9151	90.04.01.230 - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (UNILATERAL)	500	12	R\$ 130,00	R\$ 65.000,00	3.390.39.00.	50.30
<b>TOTAL</b>					<b>R\$</b>	<b>596.557,70</b>	



# CIS-COMCAM

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

---

Campo Mourão, 17 de julho de 2024

*Leandro A*

---

Leandro Roque Avila  
Coordenador do CISCOMCAM

## Página de assinaturas



**Leandro Avila**

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE D...

Signatário

### HISTÓRICO

- 17 jul 2024**  
11:16:58  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. ( Email: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br) )
- 17 jul 2024**  
13:36:40  **Leandro Roque Avila** (Empresa: *CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO*, Email: [coordenacao@ciscomcam.com.br](mailto:coordenacao@ciscomcam.com.br), CPF: 057.666.679-30) visualizou este documento por meio do IP 45.174.166.23 localizado em Goioerê - Paraná - Brazil
- 17 jul 2024**  
13:36:40  **Leandro Roque Avila** (Empresa: *CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO*, Email: [coordenacao@ciscomcam.com.br](mailto:coordenacao@ciscomcam.com.br), CPF: 057.666.679-30) assinou este documento por meio do IP 45.174.166.23 localizado em Goioerê - 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 cirurgia vascular e angiologia oferecidas pelo Ciscomcam.

**Processo Administrativo nº 86**

**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
<b>CIRURGIA VASCULAR E ANGIOLOGIA</b>							
3391	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLÍNICA)	10	12	R\$ 57,27	R\$ 572,70	3.390.39.00.	50.30
1678	04.01.01.001 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO - CLÍNICA	100	12	R\$ 32,40	R\$ 3.240,00	3.390.39.00.	50.30
1682	04.15.04.004 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / NECROSE (CLÍNICA)	750	12	R\$ 29,86	R\$ 22.395,00	3.390.39.00.	50.30
6321	02.11.05.008 ÍNDICE TORNOZELO BRAQUIAL (CLÍNICA)	10	12	R\$ 35,00	R\$ 350,00	3.390.39.00.	50.30
5311	03.09.07.001-5 TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS (UNILATERAL)	500	12	R\$ 500,00	R\$ 250.000,00	3.390.39.00.	50.30
4773	90.04.01.109 ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES (ORGÃOS E ESTRUTURAS)	1000	12	R\$ 60,00	R\$ 60.000,00	3.390.39.00.	50.30
1317	02.05.01.004 - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	500	12	R\$ 130,00	R\$ 65.000,00	3.390.39.00.	50.30
9152	90.04.01.231 - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (BILATERAL)	500	12	R\$ 260,00	R\$ 130.000,00	3.390.39.00.	50.30
9151	90.04.01.230 - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (UNILATERAL)	500	12	R\$ 130,00	R\$ 65.000,00	3.390.39.00.	50.30
<b>TOTAL</b>					<b>R\$</b>	<b>596.557,70</b>	

MUNICÍPIO DE MOREIRA  
SALES:76217025000103  
Assinado de forma digital por  
MUNICÍPIO DE MOREIRA  
SALES:76217025000103  
Dados: 2024.07.18 10:39:14 -03'00'



# CIS-COMCAM

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

Campo Mourão, 17 de julho de 2024

MUNICÍPIO DE  
MOREIRA

SALES:76217025000103

Assinado de forma digital por

MUNICÍPIO DE MOREIRA

SALES:76217025000103

Dados: 2024.07.18 10:39:30

-03'00'

---

Rafael Brito do Prado  
Presidente do CISCOMCAM



# CIS-COMCAM

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

---

## 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](mailto:compras@ciscomcam.com.br), CPF: 517.896.809-30 )
- 23 jul 2024**  
15:42:04  **Ivani Fiore Dal Molin** (Email: [compras@ciscomcam.com.br](mailto: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](mailto: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



[Voltar](#)

## Detalhes processo licitatório

<b>Informações Gerais</b>	
Entidade Executora	CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE COMUNIDADE DOS MUNIC DA REGIÃO I
Ano*	2024
Nº licitação/dispensa/inexigibilidade*	30
Modalidade*	Processo Inexigibilidade
Número edital/processo*	86
<b>Recursos provenientes de organismos internacionais/multilaterais de crédito</b>	
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 cirurgia vascular e angiologia oferecidas pelo Ciscomcam.
Dotação Orçamentária*	0101510302001520233390390000
Preço máximo/Referência de preço - R\$*	596.557,70
<b>A entidade optou pelo sigilo do valor estimado do objeto da licitação</b>	
Data Publicação Termo ratificação	17/07/2024
Data de Lançamento do Edital	
Data da Abertura das Propostas	
Há itens exclusivos para EPP/ME?	<input type="checkbox"/>
Há cota de participação para EPP/ME?	<input type="checkbox"/>
Percentual de participação:	0,00
Trata-se de obra com exigência de subcontratação de EPP/ME?	<input type="checkbox"/>
Há prioridade para aquisições de microempresas regionais ou locais?	<input type="checkbox"/>
Data Cancelamento	

Editar

Excluir

CPF: 51789680930 ([Logout](#))



### 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**



# CIS-COMCAM

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

## 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.

**2.1**O 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.

**2.2**As 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.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

endereço

eletrônico:

[http://www.ciscomcam.com.br/sistema/arquivos/1/020623102909\\_t\\_de\\_valores\\_ciscomcam\\_por\\_especialidades\\_30052023\\_pdf.pdf](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](http://www.ciscomcam.com.br) / e-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto: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

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

**4.6** O 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.

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

**4.8** Por 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](mailto:compras@ciscomcam.com.br);

**4.9** Por 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.

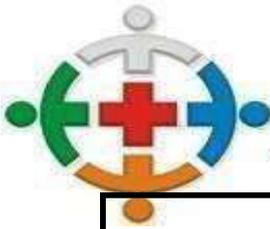
**4.10** Qualquer pessoa poderá entregar a documentação para a empresa interessada, desde que tenha posse do login e senha da pessoa que irá se credenciar (no caso de envio pelo site), lembrando que o Ciscomcam não se responsabilizará por acesso a informações pessoais que possam ser disponibilizadas 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;

**4.11** Os 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](mailto: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.

**4.13** Em 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;



# CIS-COMCAM

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

- 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 Ciscamcam 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



# CIS-COMCAM

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

**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](http://www.ciscomcam.com.br)), bem como acesso mediante solicitação pelo aplicativo de mensagens (44) 99772-0041 ou pelo e-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto: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](http://www.ciscomcam.com.br) / e-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto: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 não 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](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



# CIS-COMCAM

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

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 CISCAMCAM ([www.ciscamcam.com.br](http://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 CISCAMCAM 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](http://www.ciscamcam.com.br) / e-mail: [compras@ciscamcam.com.br](mailto: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



# CIS-COMCAM

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

**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 Ciscamcam, 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 CISCAMCAM;

**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 (Ciscamcam, 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@ciscamcam.com.br](mailto:fatura@ciscamcam.com.br).

**15.15** Os credenciados somente poderão bloquear a agenda com prazo de 72 horas de antecedência, devendo comunicar o Ciscamcam 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 Ciscamcam 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.ciscamcam.com.br](http://www.ciscamcam.com.br) / e-mail: [compras@ciscamcam.com.br](mailto: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

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

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

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

**16.5**Os 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 Ciscomcam ([www.ciscomcam.com.br](http://www.ciscomcam.com.br)), estará disponível também nas dependências do Ciscomcam 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@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.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@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.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.ciscomcam.com.br](http://www.ciscomcam.com.br) / e-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto: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

**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:**

<b>BANCO:</b>	<b>CÓDIGO DO BANCO:</b>	<b>AGÊNCIA:</b>
<b>TIPO DE CONTA:</b>	<b>OPERAÇÃO:</b>	<b>Nº DA CONTA:</b>
<b>CIDADE E UF DA AGENCIA:</b>		

<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>	<b>REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR</b>	<b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF</b>



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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



**CIS-COMCAM**

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

**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



**CIS-COMCAM**

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

**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



# CIS-COMCAM

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

## 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 Nº CNPJ

NOME REPRESENTANTE LEGAL

CPF REPRESENTANTE LEGAL

RG REPRESENTANTE LEGAL



# CIS-COMCAM

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

## 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



# CIS-COMCAM

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

## 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

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		
<b>6.26.9</b>	Cópia do alvará ou licença sanitária do local que prestará o serviço		
<b>6.26.10</b>	Número do telefone celular e e-mail		
DOCUMENTAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO			
<b>6.27.1</b>	Cópia do RG		
<b>6.27.2</b>	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



**CIS-COMCAM**

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

**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



**CIS-COMCAM**

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

---

**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



**CIS-COMCAM**

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

**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



**CIS-COMCAM**

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

**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@cisco.com.br](mailto:compras@cisco.com.br))
- 24 jul 2023** 15:15:56  **Ivani Fiore Dal Molin** (E-mail: [vani\\_fiore@hotmail.com](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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: [adriano Roque avila@gmail.com](mailto:adriano Roque avila@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: [adrianoqueavila@gmail.com](mailto:adrianoqueavila@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: augusto.bruchez@hotmail.com  
Razão Social: Clínica MedBruchez LTDA  
E-mail: augusto.bruchez@hotmail.com  
Telefone: 44998191400  
Banco: SISPRIME - I.F. 084  
Conta: 96777-7  
Agência: 0002 - Maringá/Pr  
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: 1144 - Data Emissão: 2024-06-18 - Data Vencimento: 2024-08-17**

**Certidão Estadual: 1145 - Data Emissão: 2024-06-28 - Data Vencimento: 2024-10-26**

**Certidão Federal: 1146 - Data Emissão: 2024-06-20 - Data Vencimento: 2024-12-17**

**Certidão Trabalhista: 1147 - Data Emissão: 2024-06-28 - Data Vencimento: 2024-12-25**

**Certidão FGTS: 1148 - Data Emissão: 2024-06-28 - Data Vencimento: 2024-07-11**

#### **IV - Capacidade Técnica**

#### **V - Proposta**

**Categoria: TABELA DE VAZIO ASSISTENCIAL - Procedimento: Consulta Médica em Atenção Especializada - Valor: R\$ 70 - Qtd: 1500**

**Categoria: ANGIOLOGIA - Procedimento: CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO - Valor: R\$ 32.4 - Qtd: 750**

**Categoria: CIRURGIA VASCULAR - Procedimento: TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL) - Valor: R\$ 500 - Qtd: 3000**

**Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: ULTRASSONOGRAMA DE PARTES MOLES (ESTRUTURAS E ORGÃOS - Valor: R\$ 39.2 - Qtd: 1000**

**Categoria: Selecione uma categoria - Procedimento: ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE VASOS - Valor: R\$ 130 - Qtd: 3000**

**Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: ULTRASSONOGRAMA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (BILATERAL) - Valor: R\$ 260 - Qtd: 1000**

#### **VI - Profissionais**

**Nome: Augusto Felipe Bruchez Brito - Especialidade : Cirurgia Vasculuar - CPF: 008.778.269-35**

**Nome: Flavia Rocha Nerone - Especialidade : Cirurgia Vasculuar - CPF: 045.395.209-70**

---

**Esta declaração é uma comprovante de credenciamento**

**Comprovante de credenciamento online emitido através do site [www.credenciamento.ciscomcam.com.br](http://www.credenciamento.ciscomcam.com.br) em: 28/06/2024 17:55:51**

**CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1**

**Ass: \_\_\_\_\_**

# Centro Médico Catedral

Rua Padre Germano José Mayer, 549 Maringá – Paraná

(44) 3123 – 6154

(44) 99819 – 1400 WhatsApp



## 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: Clínica MedBruchez LTDA**

**Nome Fantasia: Centor Médico Catedral**

**CNPJ nº: 21.006.889/0001-94**

**Micro Empresa: ( ) Não ( X ) Sim**

**Optante Simples:( X ) Não ( ) Sim**

**Endereço: Rua Padre Germano Jose Mayer 549**

**Município: Maringá UF: Pr**

**CEP: 87010-280**

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

<b>BANCO: Sisprime</b>	<b>CÓDIGO DO BANCO: 084</b>	<b>AGÊNCIA: 0002</b>
<b>TIPO DE CONTA: cc</b>	<b>OPERAÇÃO:</b>	<b>Nº DA CONTA: 96777-7</b>
<b>CIDADE E UF DA AGENCIA: Maringá - Pr</b>		

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF
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 EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE

**ESPECIALIDADES**

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

**LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS**

<b>Centro Médico Catedral</b> <b>Rua Padre Germano José Mayer 549</b> <b>Maringá - Paraná</b>	
---	--

Campo Mourão – Pr, 12 Junho 2024

Clínica MedBruchez LTDA  
 CNPJ 21.006.889/0001-94  
 Augusto Felipe Bruchez Brito  
 CPF 008.778.269-35  
 RG 9.106.230-5

# Centro Médico Catedral

Rua Padre Germano José Mayer, 549 Maringá – Paraná  
(44) 3123 – 6154 (44) 99819 – 1400 WhatsApp



## 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 MedBruchez LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 21.006.889/0001-94, sediada na Rua Padre Germano José Mayer, nº549, zona 2 na cidade de Maringá, através representante legal, Augusto Felipe Bruchez Brito, cpf 008.778.269-35, 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.

Campo Mourão – Pr, 12 Junho 2024

Clínica MedBruchez LTDA  
CNPJ 21.006.889/0001-94  
Augusto Felipe Bruchez Brito  
CPF 008.778.269-35  
RG 9.106.230-5

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ BRITO  
Data: 12/07/2024 13:37:11-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

# Centro Médico Catedral

Rua Padre Germano José Mayer, 549 Maringá – Paraná

(44) 3123 – 6154

(44) 99819 – 1400 WhatsApp



## 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 MedBruchez LTDA, estabelecida na Rua Padre Germano José Mayer 549, inscrita no CNPJ sob nº , neste ato representada pelo seu Augusto Felipe Bruhcez Brito, CPF 008.778.269-35, 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, 12 Junho 2024

Clínica MedBruchez LTDA  
CNPJ 21.006.889/0001-94  
Augusto Felipe Bruchez Brito  
CPF 008.778.269-35  
RG 9.106.230-5

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ BRITO  
Data: 12/07/2024 13:37:11-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

# Centro Médico Catedral

Rua Padre Germano José Mayer, 549 Maringá – Paraná

(44) 3123 – 6154

(44) 99819 – 1400 WhatsApp



## 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, Augusto Felipe Bruchez Brito, carteira de identidade nº 9.106.230-5 expedida pela SSPPr, inscrito no CPF sob nº 008.778.269-35, Representante legal da Clínica MEdBruchez LTDA inscrita no CNPJ sob o nº 21.006.889/0001-94, 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, 12 Junho 2024

Clínica MedBruchez LTDA  
CNPJ 21.006.889/0001-94  
Augusto Felipe Bruchez Brito  
CPF 008.778.269-35  
RG 9.106.230-5

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ BRITO  
Data: 12/07/2024 13:37:11-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

# Centro Médico Catedral

Rua Padre Germano José Mayer, 549 Maringá – Paraná  
(44) 3123 – 6154 (44) 99819 – 1400 WhatsApp



## 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 Clínica MedBruchez 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.

Campo Mourão – Pr, 12 Junho 2024

Clínica MedBruchez LTDA  
CNPJ 21.006.889/0001-94  
Augusto Felipe Bruchez Brito  
CPF 008.778.269-35  
RG 9.106.230-5

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ BRITO  
Data: 12/07/2024 13:37:11-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL  
E CONSOLIDAÇÃO SOCIAL  
CLINICA MEDBRUCHEZ LTDA  
CNPJ/MF Nº 21.006.889/0001-94  
NIRE Nº 41207933093**

**AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ BRITO**, brasileiro, solteiro, maior, empresário, natural de Ivaiporã/PR, nascido em 17/08/1984, residente e domiciliado na cidade de Maringá/PR, à Rua Fluminense, 2664, Vila Marumby, CEP: 87005-200, portador da Cédula de Identidade RG n.º 9.106.230-0 SSP/PR e CPF n.º 008.778.269-35 e **LUIZ CARLOS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, maior, nascido em Cascavel/PR na data de 13/10/1969, empresário, residente e domiciliado na cidade de Maringá/Paraná, a Rua São João, nº 250, zona 07, CEP: 87030-200, portador da Cédula de Identidade RG nº 4.569.791-6 SSP/PR e CPF nº 601.236.569-15, únicos sócios componentes da Sociedade Empresária Limitada “**CLINICA MEDBRUCHEZ LTDA**”, com sede e foro na cidade de Maringá/Paraná na Rua Fluminense, nº 2664, Vila Marumby, CEP: 87005-200, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob nº 21.006.889/0001-94, com seu Contrato Social arquivado na Junta Comercial do Estado do Paraná, sob o nº 41207933093 de 01/09/2014, resolvem, na melhor forma de direito alterar e consolidando seu contrato social, conforme as cláusulas seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA:** Altera-se, neste ato, o estado civil e o endereço do sócio **AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ BRITO**, já qualificado, para Casado sob o regime de separação total de bens e residente e domiciliado na cidade de Maringá/PR, à Rua Joaquim Murtinho, 113, zona 04, CEP: 87014-210.

**CLÁUSULA SEGUNDA:** Neste ato, altera-se o estado civil e endereço do sócio **LUIZ CARLOS DOS SANTOS**, já qualificado, para casado sob regime de comunhão parcial de bens e residente e domiciliado na cidade de Maringá/PR, à Rua Fluminense, 2664, Vila Marumby, CEP: 87005-200.

**CLÁUSULA TERCEIRA:** O endereço da sede da empresa, passa a ser na Rua Padre Germano José Mayer, nº 549, sala 04, zona 02, CEP: 87010-280, na cidade de Maringá/PR.

**CLÁUSULA QUARTA:** Á vista da modificação ora ajustada, consolida-se o contrato social, com a seguinte redação:

**CLINICA MEDBRUCHEZ LTDA  
CNPJ/MF Nº 21.006.889/0001-94  
NIRE Nº 41207933093  
CONSOLIDAÇÃO SOCIAL**

**PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL  
E CONSOLIDAÇÃO SOCIAL  
CLINICA MEDBRUCHEZ LTDA  
CNPJ/MF Nº 21.006.889/0001-94  
NIRE Nº 41207933093**

**AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ BRITO**, brasileiro, casado sob o regime de separação total de bens, empresário, natural de Ivaiporã/PR, nascido em 17/08/1984, residente e domiciliada na cidade de Maringá/PR, à Rua Joaquim Murtinho, 113, zona 04, CEP: 87014-210, portador da Cédula de Identidade RG n.º 9.106.230-0 SSP/PR e CPF n.º 008.778.269-35 e **LUIZ CARLOS DOS SANTOS**, brasileiro, casado sob regime de comunhão parcial de bens, nascido em Cascavel/PR na data de 13/10/1969, empresário, residente e domiciliado na cidade de Maringá/Paraná, a Rua Fluminense, 2664, Vila Marumby, CEP: 87005-200, portador da Cédula de Identidade RG n.º 4.569.791-6 SSP/PR e CPF n.º 601.236.569-15, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob n.º 49.081.986/0001-60, únicos sócios componentes da Sociedade Empresária Limitada “**CLINICA MEDBRUCHEZ LTDA**”, com sede e foro na cidade de Maringá/Paraná na Rua Padre Germano José Mayer, n.º 549, sala 04, zona 02, CEP: 87010-280, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob n.º 21.006.889/0001-94, com seu Contrato Social arquivado na Junta Comercial do Estado do Paraná, sob o n.º 41207933093 de 01/09/2014, resolvem, na melhor forma de direito alterar e consolidar o Contrato Social da empresa, conforme as cláusulas seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA:** A sociedade empresária limitada girará sob o nome empresarial de “**CLINICA MEDBRUCHEZ LTDA**”, será regida por este contrato social, pelo contido Lei nº 10.406/2002 CC.

**CLÁUSULA SEGUNDA:** A sociedade terá a sua sede, na cidade de Maringá/Paraná, Rua Padre Germano José Mayer, n.º 549, sala 04, zona 02, CEP: 87010-280, que é seu domicílio, podendo, a qualquer tempo, a critério de seus sócios, abrir ou fechar filiais em qualquer parte do território Nacional.

**CLÁUSULA TERCEIRA:** O objeto social da sociedade será: “**CLINICA DE SERVIÇOS MEDICOS E FISIOTERAPICOS**”.

**CLÁUSULA QUARTA:** O prazo de duração da sociedade é de tempo indeterminado e o início das operações sociais, para todos os efeitos, é o da data de registro do instrumento constitutivo. É garantida a continuidade da pessoa jurídica diante do impedimento por força maior ou impedimento temporário ou permanente do titular, podendo a empresa ser alterada para atender uma nova situação.

**PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL  
E CONSOLIDAÇÃO SOCIAL  
CLINICA MEDBRUCHEZ LTDA  
CNPJ/MF Nº 21.006.889/0001-94  
NIRE Nº 41207933093**

**CLÁUSULA QUINTA:** O Capital Social da sociedade é inteiramente subscrito na forma prevista neste ato na importância de R\$ 10.000,00 (Dez mil Reais) divididos em 10.000 (Dez Mil) quotas no valor de R\$ 1,00 (Hum Real) cada uma, devidamente integralizado em moeda corrente do país ao capital da sociedade, que serão distribuídos entre os sócios quotistas da seguinte forma:

SÓCIOS	QUOTAS	CAPITAL R\$	%
<b>AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ BRITO</b>	9.900	R\$ 9.900,00	99
<b>LUIZ CARLOS DOS SANTOS</b>	100	R\$ 100,00	1
<b>TOTAL</b>	<b>10.000</b>	<b>R\$ 10.000,00</b>	<b>100</b>

**CLÁUSULA SEXTA:** As quotas sociais são indivisíveis em relação à sociedade, e não poderão ser cedidas ou transferidas sem o consentimento dos demais sócios, a quem fica assegurado, em igualdade de condições e preço, direito de preferência para a sua aquisição se posta à venda, formalizando, se realizada a cessão delas, a alteração contratual pertinente, de acordo como que estipulam os Artigos 1056 e 1057 da Lei nº 10.406/2002 CC.

**CLÁUSULA SÉTIMA:** A responsabilidade dos sócios é restrita ao valor de suas cotas sociais, mas todos respondem solidariamente pela integralização do capital social, nos termos do Artigo 1052 da Lei nº 10.406/2002 CC.

**CLÁUSULA OITAVA:** Até dois anos depois de averbada a modificação do contrato, responde o cedente solidariamente com o cessionário, perante a sociedade e terceiros, pelas obrigações que tinha como sócio.

**CLÁUSULA NONA:** Os seguintes atos dependerão da previa aprovação, por escrito de, no mínimo, 75% (setenta e cinco por cento) do capital votante da sociedade, para serem considerados válidos e exequíveis: alienação de bens imóveis; hipotecas, penhores e demais gravames, de qualquer natureza; caução de títulos ou direitos creditórios, executados os casos diretamente relacionados aos negócios da sociedade, estes até o limite de R\$ 10.000,00 (Dez Mil Reais); doação de bens móveis e imóveis em geral; nomeação e destituição de Gerentes – delegados; alteração de qualquer cláusula do Contrato Social da sociedade, e constituição de novas sociedades, bem como a assinatura de contratos versando sobre tais negócios, pela Sociedade.

**PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL  
E CONSOLIDAÇÃO SOCIAL  
CLINICA MEDBRUCHEZ LTDA  
CNPJ/MF Nº 21.006.889/0001-94  
NIRE Nº 41207933093**

**CLÁUSULA DÉCIMA:** O sócio que desejar transferir suas quotas deverá notificar a sociedade por escrito, discriminando-lhes o preço, forma e prazo para pagamento, para que esta através dos demais, casos o quadro social esteja composto por mais de dois sócios, exerça ou renuncie ao direito de preferência, o que deverá fazer dentro de 60 (sessenta) dias, contados do recebimento da notificação, ou em maior prazo a critério do sócio alienante. Decorrido sem que seja exercido o direito de preferência, as quotas poderão ser livremente oferecidas a terceiros, estranhos à sociedade, como se sociedade de capital pura fosse.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA:** A sociedade será administrada pelos sócio, **AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ BRITO**, já qualificado, ao qual compete individualmente o uso da firma e a representação ativa e passiva, em juízo, ou fora dele, estando a mesma dispensada da prestação de caução, podendo praticar todos os atos necessários à consecução do objeto social, sendo-lhe, no entanto, vedado o uso do nome da Sociedade, sob qualquer pretexto ou modalidade, em operação ou negócios estranhos ao objeto social, bem como a prestação de fiança ou aval, e o comprometimento dos mesmos em atos de liberalidade ou de favor, podendo passar poderes para terceiros por procuração.

**Parágrafo Único** – Pelos serviços prestados à sociedade perceberá o sócio, a título de remuneração “Pró-Labore”, quantia mensal fixada em comum acordo até os limites de dedução fiscal previstos na Legislação do Imposto de Renda, a qual será levada a conta de Despesas Gerais.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA:** O exercício social coincide com o ano civil, devendo em 31 de dezembro de cada ano ser procedido o Balanço Geral de Sociedade obedecendo às prescrições legais e técnicas pertinentes à matéria. Os resultados serão atribuídos aos sócios proporcionalmente as suas quotas de capital, podendo os lucros a critério dos sócios, serem distribuídos ou ficarem em reserva na Sociedade, conforme determina o Artigo 1065 da Lei 10.406 de 10/01/2002 – CC.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA:** A reunião dos sócios deve realizar-se ao menos uma vez por ano, nos quatro meses seguintes ao término do exercício social, dependem da deliberação dos sócios, além de outras matérias indicadas na lei ou no contrato: tomar as contas dos administradores e deliberar sobre o balanço patrimonial e o de resultado econômico; designar administradores, quando for o caso; tratar de qualquer outro assunto constante da ordem do dia.

**PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL  
E CONSOLIDAÇÃO SOCIAL  
CLINICA MEDBRUCHEZ LTDA  
CNPJ/MF Nº 21.006.889/0001-94  
NIRE Nº 41207933093**

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA:** Na eventual necessidade de qualquer categoria de sócio precisarem retirar-se da sociedade, por motivo de falecimento, falência, impedimento ou de livre espontânea vontade, a sociedade não acarretará a dissolução, a qual continuará sua atividade normal com o sócio remanescente e sucessor, mediante alteração do contrato social, indicando o evento e registro na Junta Comercial, em 30 (trinta) dias da data da alteração.

**Parágrafo Primeiro** – Em caso de falecimento de um dos sócios, aos herdeiros fica assegurado o direito de substituí-lo se assim o desejarem, e poderão ser incluídos na sociedade.

**Parágrafo Segundo** – Para qualquer motivo que seja para a saída de sócio da sociedade, seja ele fundador, sucessor e/ou herdeiro, seus haveres sociais serão apurados em balanço geral especial com demonstração de resultado, a ser levantado em 30 (trinta) dias da data da comunicação, e se for do interesse da sociedade ou dos sócios remanescentes.

**Parágrafo Terceiro** – A retirada, exclusão ou morte do sócio não exime, ou a seus herdeiros, da responsabilidade pelas obrigações sociais anteriores, até dois anos após averbada a resolução da sociedade; nem nos dois primeiros casos, pelas posteriores e em igual prazo, enquanto não se requer a averbação.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA:** Dissolve-se a sociedade quando ocorrer qualquer um dos eventos: o vencimento do prazo de duração, salvo se, vencido este e sem oposição de sócio, não entrar a sociedade em liquidação, caso em que se prorrogará por tempo indeterminado; o consenso unânime dos sócios; a deliberação dos sócios, por maioria absoluta, na sociedade de prazo indeterminado; a falta de pluralidade de sócios, não constituída no prazo de cento e oitenta dias; a extinção, na forma da lei, de autorização para funcionar.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA:** As divergências que eventualmente ocorrem entre os sócios na interpretação dos termos e dos casos omissos no presente instrumento serão resolvidas sob o amparo legal da Lei nº 10.406/2002 CC e outros instrumentos vigentes, que regem a matéria.

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA:** O administrador declara, sob as penas da lei, de que não está impedido de exercer a administração da sociedade, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrarem sob os efeitos dela, a pena que vede, ainda

**PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL  
E CONSOLIDAÇÃO SOCIAL  
CLINICA MEDBRUCHEZ LTDA  
CNPJ/MF Nº 21.006.889/0001-94  
NIRE Nº 41207933093**

que temporariamente, o acesso a cargos públicos; 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.

**CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA:** Nos casos de penhora, arresto ou sequestro de cotas, por iniciativa de terceiros não cotistas em razão de dívida de sócio cotista, terá este o prazo de 3 (três) dias para substituir a penhora das cotas. Não o fazendo, entender-se à que tais cotas teriam sido ofertadas à venda, pelo que os demais sócios poderão exercer sua preferência de aquisição depositando o equivalente ao valor do patrimônio líquido que elas representem conforme último balanço. Nesta hipótese, a transferência das cotas sociais para nome do cotista adquirente dar-se-á independentemente da assinatura do transmitente.

**CLÁUSULA DÉCIMA NONA:** As decisões administrativas, bem como notificações do contrato social o que tenha por objetivo a matéria indicada no artigo 997 da Lei nº 10.406/2002 CC, dependem do consentimento de todos os sócios; as demais podem ser decididas por maioria absoluta de votos. Qualquer modificação do contrato social será averbada, cumprindo-se as formalidades previstas neste contrato, sob pena de nulidade.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA:** Os endereços dos sócios, constantes do Contrato Social ou de sua última alteração serão válidos para o encaminhamento de convocações, cartas, avisos e etc., relativos a atos societários de seu interesse. A responsabilidade de informação de alterações destes endereços e exclusiva dos sócios, que deverão fazê-lo por escrito.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA:** DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA – Declara sob as penas da Lei, que se enquadra na condição de MICROEMPRESA, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA:** Os sócios elegem o Foro de Maringá/Paraná, para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes desde contrato.

E por estarem assim justos e contratados, lavram, datam e assinam o presente instrumento, elaborado em via única, para que valha na melhor forma do direito,

**PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL  
E CONSOLIDAÇÃO SOCIAL  
CLINICA MEDBRUCHEZ LTDA  
CNPJ/MF Nº 21.006.889/0001-94  
NIRE Nº 41207933093**

sendo esta via destinada ao registro e arquivo na Junta Comercial do Estado do Paraná, devidamente rubricadas pelos sócios, depois de anotadas, obrigando-se fielmente pôr si.

Maringá, 13 de junho 2023.

**AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ BRITO**

**LUIZ CARLOS DOS SANTOS**



## ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa CLINICA MEDBRUCHEZ LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
00877826935	AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ BRITO
60123656915	LUIZ CARLOS DOS SANTOS



CERTIFICO O REGISTRO EM 28/06/2023 14:41 SOB Nº 20233915389.  
PROTOCOLO: 233915389 DE 28/06/2023.  
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12309589627. CNPJ DA SEDE: 21006889000194.  
NIRE: 41207933093. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 13/06/2023.  
CLINICA MEDBRUCHEZ LTDA

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA  
SECRETÁRIO-GERAL  
[www.empresafacil.pr.gov.br](http://www.empresafacil.pr.gov.br)

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS



**LICENÇA SANITÁRIA**

Nº: 1237/2024

Data da Vistoria

11/06/2024

Pessoa Jurídica / Pessoa Física

CNPJ / CPF 32.253.810/0001-46

Data de Validade

11/06/2025

Razão Social : OPPUS - SERVIÇOS MEDICOS S/S  
Endereço : RUA GERMANO JOSÉ MAYER, PADRE Nº : 549 Complemento :  
Bairro : ZONA 02  
Cidade : Maringá - PR CEP : 87010280

Responsáveis Técnicos  
LAURINDA MENEGUETTE

Conselho Regional Nº  
CRM-PR-26676

CNAE :  
8630-5/03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas  
8630-5/02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares  
8630-5/01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos

Ramo de Atividade  
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALAR EM OFTALMOLOGIA E EXAMES COMPLEMENTARES EM OFTALMOLOGIA, CLÍNICA MÉDICA E CIRURGIA VASCULAR.

**Observações**

**A fixação desta licença em local visível ao consumidor/usuário é obrigatória.**

A autenticidade desta Certidão **DEVERÁ** ser confirmada via internet no site  
[www.maringa.pr.gov.br/laudosnew/index.php](http://www.maringa.pr.gov.br/laudosnew/index.php)

Prefeitura do Município de Maringá  
Estado do Paraná

Código de controle **PMM-20243170-TYBP**  
Emitida em **28/06/2024 às 11:27:24**  
Dados transmitidos de forma segura



CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2459669906

2 e 1 NOME E SOBRENOME  
 AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ BRITO

1ª HABILITAÇÃO  
 26/10/2002



7 ASSINATURA DO PORTADOR

3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO  
 17/08/1984, IVAIPORA, PR

4a DATA EMISSÃO  
 09/11/2022

4b VALIDADE  
 09/11/2032

ACC  
**D**

4c DOC IDENTIDADE / ÓRG EMISSOR / UF  
 91062305 SESP PR

4d CPF  
 008.778.269-35

5 Nº REGISTRO  
 02583472346

9 CAT HAB  
**AB**

NACIONALIDADE  
 BRASILEIRO

FILIAÇÃO  
 DECIO BRITO  
 IGNES BRUCHEZ

9	10	11	12
ACC			
A		09/11/2032	
A1			
B		09/11/2032	
B1			
C			
C1			

9	10	11	12
D			
D1			
BE			
CE			
C1E			
DE			
D1E			

12 OBSERVAÇÕES

LOCAL  
 CURITIBA, PR

ASSINADO DIGITALMENTE  
 DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO  
 93624814960  
 PR922085664

2459669906

PARANÁ



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



P  
R



VÁLIDA EM TODO  
 O TERRITÓRIO NACIONAL

2094423825

NOME  
 FLAVIA ROCHA NERONE



DOC. IDENTIDADE/ÓRG EMISSOR/UF  
 87543242 SESP PR

CPF  
 045.395.209-70

DATA NASCIMENTO  
 12/01/1992

FILIAÇÃO  
 FERNANDO JOSE NERONE  
 TERESINHA ROCHA NERONE

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.  
 B

Nº REGISTRO  
 04925615264

VALIDADE  
 11/05/2025

1ª HABILITAÇÃO  
 22/04/2010



OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
 MARINCA, PR

DATA EMISSÃO  
 12/05/2020

ASSINADO DIGITALMENTE  
 DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

81442745336  
 PR917592270

2094423825

PARANÁ

DENATRAN

CONTRAN

LEI Nº 7.116 DE 28/08/88

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 9.106.230-5

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 9.106.230-5  
DATA DE EXPEDIÇÃO: 29/05/2016

NOME: AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ BRITO  
FILIAÇÃO: DECIO BRITO  
IGNES BRUCHEZ

NATURALIDADE: VAPORARI  
DOC. ORIGEM: COMARCA-VAPORARI, DA SEDE  
C.NASC=1604, LIVRO=56, FOLHA=227

CURTIUMARI

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/88

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

LEI Nº 7.116 DE 28 DE AGOSTO DE 1988

ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA CIVIL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME  
LUIZ CARLOS DOS SANTOS

FILIAÇÃO  
JOSE RODRIGUES DOS SANTOS  
IGNES DOS SANTOS

DATA NASCIMENTO 13/10/1969 NATURALIDADE CASCVEL/PR

ORGÃO EXPEDIDOR  
SPR

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CPF 401.238.569-15  
REGISTRO GERAL 4.569.791-6  
REGISTRO CIVIL  
COMARCA=CASCVEL/PR, DA SEDE  
C.NASC=26043, LIVRO=25, FOLHA=253

DATA DE EXPEDIÇÃO 20/05/2021

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO DIRETOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

 <p align="center"><b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b></p> <p align="center"><b>CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</b></p>		
NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>21.006.889/0001-94</b> MATRIZ	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>	DATA DE ABERTURA <b>01/09/2014</b>
NOME EMPRESARIAL <b>CLINICA MEDBRUCHEZ LTDA</b>		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****	PORTE <b>ME</b>	
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>86.50-0-04 - Atividades de fisioterapia</b>		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS <b>86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas</b>		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>206-2 - Sociedade Empresária Limitada</b>		
LOGRADOURO <b>R PADRE GERMANO JOSE MAYER</b>	NÚMERO <b>549</b>	COMPLEMENTO <b>SALA 04</b>
CEP <b>87.010-280</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>ZONA 02</b>	MUNICÍPIO <b>MARINGA</b>
UF <b>PR</b>		
ENDEREÇO ELETRÔNICO <b>AUGUSTO.BRUCHEZ@HOTMAIL.COM</b>	TELEFONE <b>(44) 3123-6154</b>	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****		
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>01/09/2014</b>	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL		
SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia **29/06/2023** às **09:04:54** (data e hora de Brasília).

Página: **1/1**



# LICENÇA SANITÁRIA Nº 202300000000000000000000000039

VENCIMENTO: 18 / 12 / 2024

**Razão Social:** Laboratorio de Analises Clinicas Santa Clara  
**Nome Fantasia:** Laboratorio Santa Clara  
**CNPJ:** 05.704.411/0001-81  
**Endereço:** Rua Marechal Floriano, 637 - Centro - Roncador/PR - 87320-000

## ATIVIDADES LICENCIADAS:

8640-2/02 - Laboratórios clínicos

**LOCAL E DATA:** Campo Mourao, 18 de Dezembro de 2023

**CRISTIANE MICHALSKI GRADELLA**  
Gestor da Vigilância Sanitária

**Código de Autenticidade:** 2AFED945C3408FA75D26C479F12F1C84  
**Endereço para Validação:** <https://www.sievisa.sesa.pr.gov.br/sievisa/validarLicenca>



ESTADO DO PARANÁ  
POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ  
CORPO DE BOMBEIROS  
5GB - SPCIP MARINGA



**CLCB - CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO DO CORPO DE BOMBEIROS - CLCB**  
**3.9.01.24.0001203707-06**

A Seção de Prevenção Contra Incêndio e a Desastres do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Paraná licencia a edificação/estabelecimento/evento/área de risco abaixo qualificada, por estar em conformidade com a legislação de prevenção contra incêndio e a desastres em vigor:

<b>OPPUS - SERVICOS MEDICOS S/S</b>
Nome Fantasia: OPPUS - SERVICOS MEDICOS S/S CPF/CNPJ: 32.253.810/0001-46 Código da Atividade Econômica (CNAE): 8630/5-02 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES 8630/5-01 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS 8630/5-03 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS Logradouro: PADRE GERMANO JOSÉ MAYER Número: 549 Complemento: ; Bairro: ZONA DOIS Município: MARINGA-PR
<b>PREVENÇÃO E COMBATE A INCÊNDIO E A DESASTRES</b>
Área Total: 146,63 m <sup>2</sup> Área Vistoriada: 146,63 m <sup>2</sup> Ocupação: H-6 - CLÍNICA E CONSULTÓRIO MÉDICO E ODONTOLÓGICO Capacidade de Público: 10 PESSOAS Uso de GLP: NÃO PERMITIDO Medidas de prevenção e combate a incêndios e a desastres: ILUMINAÇÃO DE EMERGÊNCIA SAÍDAS DE EMERGÊNCIA SINALIZAÇÃO DE EMERGÊNCIA EXTINTORES DE INCÊNDIO Projeto Técnico NIB:
<b>OBSERVAÇÕES</b>
Esta licença perde a validade, a qualquer tempo, caso ocorram alterações que impliquem em inconformidade com a legislação de prevenção e combate a incêndio e a desastres em vigor. O Corpo de Bombeiros Militar poderá fiscalizar a edificação/estabelecimento/área de risco/evento a qualquer tempo.

**LICENÇA VÁLIDA ATÉ: 22 de Abril de 2025**



Documento emitido eletronicamente pelo Sistema PrevFogo.  
A autenticidade deve ser confirmada no endereço [www.prevfogo.pr.gov.br](http://www.prevfogo.pr.gov.br) através do link "Verificar Autenticidade Documentos."

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

## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 21.006.889/0001-94

**Razão Social:** CLINICA MEDBRUCHEZ LTDA ME

**Endereço:** R FLUMINENSE 2664 / VILA MARUMBY / MARINGA / PR / 87005-200

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:** 12/06/2024 a 11/07/2024

**Certificação Número:** 2024061207072212582710

Informação obtida em 28/06/2024 16:34:40

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**



**ESTADO DO PARANÁ  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA**

**Certidão Negativa de Débitos N° 158547/2024**

**Certificamos**, conforme requerido por **CLINICA MEDBRUCHEZ**, CPF/CNPJ n° **21.006.889/0001-94**, para fins **DIVERSOS**, que **NÃO CONSTAM DÉBITOS MUNICIPAIS** (impostos, taxas, contribuições, receitas não tributárias, inscritos em dívida ativa ou não dos Cadastros Mobiliários e Imobiliários) até a presente data em nome de **CLINICA MEDBRUCHEZ LTDA - ME**, CPF/CNPJ n° **21.006.889/0001-94**, situado(a) na cidade de Maringá.

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

---

Emitida em: **18/06/2024**

Válida até: **17/08/2024**

Certidão emitida com base nas normas:

CTN - Código Tributário Nacional

CTM - Código Tributário Municipal

Decreto Municipal n° 1500/2017

Código de Autenticação: **06E9519B161404DBB6CF05248B61B453**

Para verificar a autenticidade, consulte o site: <http://venus.maringa.pr.gov.br:8090/portal-contribuinte>



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

## **Certidão Negativa**

de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual  
Nº 033910670-20

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **21.006.889/0001-94**

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 26/10/2024 - Fornecimento Gratuito**

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via Internet  
[www.fazenda.pr.gov.br](http://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: CLINICA MEDBRUCHEZ LTDA**  
**CNPJ: 21.006.889/0001-94**

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 08:40:58 do dia 20/06/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 17/12/2024.

Código de controle da certidão: **1969.862B.6772.63BD**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: CLINICA MEDBRUCHEZ LTDA (MATRIZ E FILIAIS)  
CNPJ: 21.006.889/0001-94  
Certidão nº: 45701129/2024  
Expedição: 28/06/2024, às 16:31:23  
Validade: 25/12/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **CLINICA MEDBRUCHEZ LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **21.006.889/0001-94**, **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.

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANCA PUBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAO DO PARANA

RG: 9.106.230-5

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL: 9.106.230-5  
DATA DE EXPEDICAO: 29/05/2016

NOME: AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ BRITO

FILIAÇÃO: DECIO BRITO  
IGNES BRUCHEZ

NATURALIDADE: IVAIPORA/PR  
DATA DE NASCIMENTO: 17/08/1984

DOC. ORDEM: COMARCA=VAIPIORA/PR, DA SEDE  
C.NASC=16948, L.VIRO=584, FOLHA=227V

CURITIBA/PR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANCA PUBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAO DO PARANA

RG: 9.106.230-5

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL: 9.106.230-5  
DATA DE EXPEDICAO: 29/05/2016

NOME: AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ BRITO

FILIAÇÃO: DECIO BRITO  
IGNES BRUCHEZ

NATURALIDADE: IVAIPORA/PR  
DATA DE NASCIMENTO: 17/08/1984

DOC. ORDEM: COMARCA=VAIPIORA/PR, DA SEDE  
C.NASC=16948, L.VIRO=584, FOLHA=227V

CURITIBA/PR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA  
SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO

BR

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

2 e 1 NOME E SOBRENOME  
AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ BRITO

1ª HABILITAÇÃO  
26/10/2002

3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO  
17/08/1984, IVAIPORA, PR

4a DATA EMISSÃO  
09/11/2022

4b VALIDADE  
09/11/2032

ACC

D

4c DOC IDENTIDADE / ÓRG EMISSOR / UF  
91062305 SESP PR

4d CPF  
008.778.269-35

5 Nº REGISTRO  
02583472346

9 CAT HAB  
AB

NACIONALIDADE  
BRASILEIRO

FILIAÇÃO  
DECIO BRITO

IGNES BRUCHEZ

7 ASSINATURA DO PORTADOR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2459669906

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA  
CONSELHO REGIONAL DO PARANÁ  
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME  
AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ  
BRITO

CRM AUF  
031769/PR

FILIAÇÃO  
DECIO BRITO

IGNES BRUCHEZ

DATA DE INSCRIÇÃO VIA  
15/07/2013 1

ASSINATURA DO PORTADOR

CPF  
008.778.269-35

RG / ÓRGÃO EMISSOR  
91062305/SESP-PR

TÍTULO DE ELEITOR  
00079157730647

SEÇÃO  
0140

ZONA  
0086

DATA DE NASCIMENTO  
17/08/1984

NACIONALIDADE  
IVAIPORÁ-PR

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO  
CURITIBA, 13/08/2013

0086668

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

# Sistema Único de Saúde

AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ BRITO

Data Nasc.: 17/08/1984

Sexo: M

700 0068 0689 7309



766955

1V07/2024 08:52

Nome: Augusto Bruchez  
CPF: 008.778.269-35  
Endereço: Rua Joaquim Murinho, 113  
Bairro: Zona 02  
CEP: 87010-290  
Cidade / UF: Maringá / PR

Data de emissão: 23/06/24  
Nº da Fatura: 24122425532  
Código do cliente: 8869850  
Nº da Nota Fiscal: 594004213  
Cartão de Crédito  
Bandeira: Mastercard

Olá, **Augusto!**

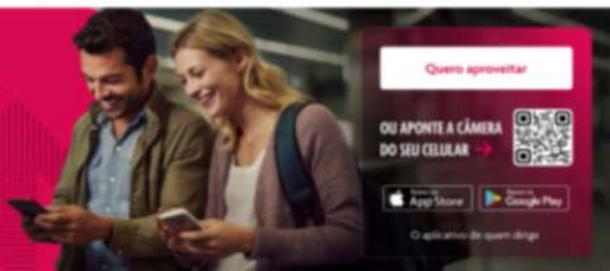
Este é o seu **extrato de usos para conferência** referente ao período de 23/05/24<sup>1</sup> a 23/06/24<sup>2</sup>.  
Confira seus detalhes de uso.



Utilize nosso APP para manter seus dados cadastrais e bancários sempre atualizados e assim evitar qualquer bloqueio do serviço.

**LICENCIAMENTO?  
PAR-CE-LA-MEN-TO E VOCÊ  
LIVRE EM MOVIMENTO**

Pague as dívidas do carro em até 12x no SuperApp Sem Parar.



<sup>1</sup>Fatura aberta às 06H09  
<sup>2</sup>Fatura fechada às 00H39

Baixe agora mesmo o nosso aplicativo

Disponível na



Whatsapp

República Federativa do Brasil  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

*Diploma de Médico*

O Reitor da Universidade Federal do Paraná, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão de  
Curso de Medicina, em 19 de julho de 2013, confere o título de Médico a

**Augusto Felipe Bruchez Brito**

brasileiro, natural do Estado do Paraná, nascido a 17 de agosto de 1981, portador de  
RG n.º 9.406.230-5/ PR,

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

Curitiba, 19 de julho de 2013.

*Augusto Felipe Bruchez*  
Augusto Felipe Bruchez Brito  
Diplomado

*Zaki Akel Sobrinho*  
Prof. Dr. Zaki Akel Sobrinho  
Reitor

**Curso de Medicina**

Reconhecimento Portaria n.º 555 de 09 de março de 2011,  
Publicado no D.O.U. de 10 de março de 2011.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
Pró-Reitoria de Graduação  
DAA – Divisão de Registro Geral

Por delegação de competência do D.A.U., Portaria n.º 71, de  
21/10/77, Portaria da SESU n.º 30, de 23/05/79, e nos termos  
da Portaria Ministerial n.º 726, de 21/10/77.

Diploma registrado sob n.º 91905, no  
Livro: UF-195, Fls.: 017, Processo: 005604/2013-05

Curitiba, 19 de julho de 2013.

*João Nilton Fagundes de Oliveira*  
João Nilton Fagundes de Oliveira  
Diretor da Divisão de Registro Geral

Por delegação de competência de acordo com o art. 6.º do  
Decreto n.º 83.937/79 e nos termos da Portaria n.º 1646,  
de 01/08/2005 do Reitor da UFPR.

**CRM/PR**

**Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná**  
Registro de Diploma

Nesta data, o presente diploma do Dr(a). AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ BRITO foi registrado sob o número  
31769-PR, de acordo com o artigo 17 da Lei Número 3.268 de 30 de setembro de 1957.

Curitiba, 09/08/2013

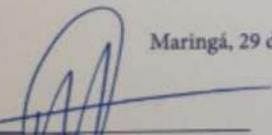
*Dr. Alexandre Gustavo Bley*  
Dr. Alexandre Gustavo Bley

## CERTIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

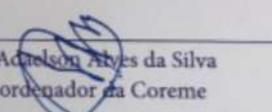
PROGRAMA CREDENCIADO PELA CNRM/MEC - PARECER Nº 848/2019 DE 23/09/2019

Certificamos que AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ BRITO, médico, portador do CRM-PR-31.769 e do CPF Nº 008.778.269-35 concluiu o curso de Residência Médica na especialidade de CIRURGIA VASCULAR, no período de 01 de março de 2018 à 28 de fevereiro de 2020, pelo que, conferimos o título de especialista, de acordo com a Lei Federal nº 6.932, publicada no Diário Oficial da União em 07/07/1981.

Maringá, 29 de Fevereiro de 2020

  
Pr. Paulo Jussé de Lina

Presidente Associação Beneficente Bom Samaritano

  
Dr. Adelson Azevedo da Silva

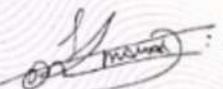
Coordenador da Coreme



**FATESA X EURP**  
FACULDADE DE TECNOLOGIA EM SAÚDE

*Certificamos que o médico, Augusto Felipe Bruchez Brito, concluiu o Curso de Extensão Universitária “Eco-Doppler Vascular”, ministrado no período de 10 a 18 de fevereiro de 2020, com carga horária de 80 horas.*

*Ribeirão Preto, 18 de fevereiro de 2020.*

  
Prof. Dr. Fernando Marum Mauad  
Diretor de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão

  
Prof. Dr. Prócópio de Freitas  
Coordenador do Curso

  
Prof. Dr. Francisco Mauad Filho  
Diretor Geral

Certificado Registrado sob nº 21676



## 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 17/08/2020, no livro nº. 6, RQE nº. 27489, folha nº. 253, a qualificação do médico(a),

**AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ BRITO, CRM nº. 31769,**

**na especialidade de**

**CIRURGIA VASCULAR**

Chave de validação [8a76134c932f7c47c27e57c8e493dc7708fe26de](#)

Emitida eletronicamente via internet em **11/07/2024**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>

**AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ BRITO**

**RG 9.106.230-5**

**CPF 008.778.269-35**

**CRM 31769 - PR**

**RQE 27489**

**RESIDENCIA - RUA JOAQUIM MURTINHO 113, MARINGÁ PR  
CELULAR (44) 98815-6133**

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

PR

2094423825

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME  
 FLAVIA ROCHA NERONE

DOC. IDENTIDADE/ÓRG EMISSOR/UF  
 87543242 SESP PR

CPF  
 045.395.209-70

DATA NASCIMENTO  
 12/01/1992

FILIAÇÃO  
 FERNANDO JOSE NERONE  
 TERESINHA ROCHA NERONE

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.  
 B

Nº REGISTRO  
 04925615264

VALIDADE  
 11/05/2025

1ª HABILITAÇÃO  
 22/04/2010

2094423825

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
 MARINGÁ, PR

DATA EMISSÃO  
 12/05/2020

ASSINADO DIGITALMENTE  
 DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

81442745336  
 PR917592270

PARANÁ

DENATRAN

CONTRAN

450-18-16353

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 8.754.324-2

DATA DE EXPEDIÇÃO: 22/05/2018

NOME: FLAVIA ROCHA NERONE

FILIAÇÃO: FERNANDO JOSE NERONE  
 TERESINHA ROCHA NERONE

NATURALIDADE: MARINGÁ/PR

DATA DE NASCIMENTO: 12/01/1992

DOC. ORIGEM: COMARCIA-MARINGÁ/PR, 1 OFÍCIO  
 C.NASC-41521, LIVRO-A185, FOLHA-64

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR  
 LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
 E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA  
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 8.754.324-2

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
 Secretaria da Receita Federal

CPF

Código de Pessoa Física  
 Número de inscrição

045.395.209-70

Nome  
 FLAVIA ROCHA NERONE

12/01/1992

FLAVIA ROCHA NERONE  
 ALEXANDRINO

Nº 700002268963106



Prezado(a), **FLAVIA ROCHA NERONE**

Segue sua fatura de cobrança no valor de **R\$119,90**, referente aos serviços prestados, com data de vencimento em **11/05/2024**.

Os serviços desta fatura refere-se ao endereço da **ALAMEDA DAS LANTANAS, 219, 219 - 4491564949 44999722126, COND. JARDINS DE MONET, Maringá - PR, Brasil - CEP: 87078-672**

Pague sua fatura com o **PIX**



1\*. Abra o app do seu banco e aponte para o QR code impresso no boleto.



2\*. Agora escaneie o QR code



3\*. Pronto! pagamento efetuado, simples e fácil.



**748-X 74891.12420 68269.307184 53924.481004 6 97130000011990**

Local de pagamento

**Pague em qualquer banco ou correspondente bancário.**

Vencimento

**11/05/2024**

Beneficiário

**IRED INTERNET LTDA**

Valor do Documento

**119,90**

Data do documento  
**24/04/2024**

N. do Documento  
**1/FAT240424170919243**

Espécie doc.  
**DMI**

Aceite  
**N**

Data process.  
**08/05/2024**

Agência / Código do Cedente  
**0718.53.92448**

Uso do banco

Carteira

Espécie  
**R\$**

Quantidade x Valor.

Nosso número  
**24/268269-3**

# Universidade Estadual de Maringá

RECONHECIDA PELO DECRETO FEDERAL N.º 77.583, DE 11/05/76, PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 12/05/76  
MARINGÁ - PARANÁ

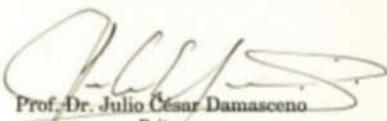
O Reitor da Universidade Estadual de Maringá,  
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina  
no ano letivo de 2018, confere o título de

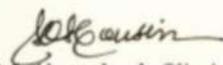
Médica a  
**Flávia Rocha Nerone**

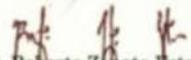
brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida no dia 12 de janeiro de 1992  
R.G. n.º 8.754.324-2 - PR

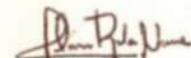
e considerando o termo de Colação de Grau lavrado no dia 29 de novembro de 2018, outorga o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Maringá, 29 de novembro de 2018.

  
Prof. Dr. Julio Cesar Damasceno  
Reitor

  
Prof. Dr. Alexandra de Oliveira Abdala Cousin  
Diretora de Assuntos Acadêmicos

  
Prof. Dr. Roberto Zanato Esteves  
Coordenador do Curso

  
Flavia Rocha Nerone  
Diplomada



## CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Reconhecido pela Portaria Ministerial n.º 871 de 21/07/1995, publicado no D.O.U. de 24/07/1995 e renovado pelo Decreto Estadual n.º 12.598 de 21/11/2014, publicado no D.O.E. de 24/11/2014.

## UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ REITORIA - PRÓ-REITORIA DE ENSINO

 Diretoria de Assuntos Acadêmicos  
Divisão de Registro de Diplomas

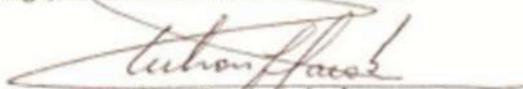
### DIPLOMA REGISTRADO sob

n.º 3426/2018 Livro RG-205

ls. 53 Processo 3426/2018

e acordo com o disposto no artigo 48, § 1º, da  
Lei n.º 9.394, de 20/12/1996.

Maringá, 29 de novembro de 2018

  
Wilson Francisco Jacob  
Chefe da Divisão de Registro de Diplomas

Por delegação de competência, de acordo com a  
Portaria n.º 1338-GRE/UEM, de 03/11/2006.

 **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - PARANÁ  
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

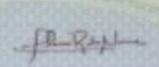
**CRM/UF**  
41815/PR

**Nome**  
FLÁVIA ROCHA NERONE

**Filiação**  
TERESINHA ROCHA NERONE  
FERNANDO JOSÉ NERONE

**DATA DE INSCRIÇÃO**  
04/03/2021

**VIA**  
01

  
ASSINATURA DO PORTADOR



**CPF**  
045.395.289-78

**IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR**  
87543242 / SSP-PR

**TÍTULO DE ELEITOR**  
00096856070663

**SEÇÃO**  
0326

**ZONA**  
8066

**DATA DE NASCIMENTO**  
12/01/1992

**NATURALIDADE**  
MARINGÁ-PR

**LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO**  
CURITIBA-PR 09/04/2021

496616



  
ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER EFETO DE ACORDO COM A LEI 6.206/73.



## 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 16/03/2023, no livro nº. 8, RQE nº. 31977, folha nº. 151, a qualificação do médico(a),

**FLÁVIA ROCHA NERONE, CRM nº. 41015,**

**na especialidade de**

**CIRURGIA VASCULAR**

Chave de validação [913e91a5916e30685c658aa382280c7e043c4783](#)

Emitida eletronicamente via internet em 08/07/2024

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>

**Flavia Rocha Nerone**

**RG 8.754.324-2**

**CPF 045.395209-70**

**CRM 41015**

**RQE 41015**

**Residência - Alameda das Lantanas 219, Maringá-Pr  
Celular (44) 99972-2126**



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

<b>NÚMERO DE INSCRIÇÃO</b> 21.006.889/0001-94 <b>MATRIZ</b>	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>	<b>DATA DE ABERTURA</b> 01/09/2014	
<b>NOME EMPRESARIAL</b> CLINICA MEDBRUCHEZ LTDA			
<b>TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)</b> *****		<b>PORTE</b> ME	
<b>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL</b> 86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas			
<b>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS</b> 86.30-5-01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos 86.30-5-02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares			
<b>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA</b> 206-2 - Sociedade Empresária Limitada			
<b>LOGRADOURO</b> R PADRE GERMANO JOSE MAYER	<b>NÚMERO</b> 549	<b>COMPLEMENTO</b> SALA 04	
<b>CEP</b> 87.010-280	<b>BAIRRO/DISTRITO</b> ZONA 02	<b>MUNICÍPIO</b> MARINGÁ	<b>UF</b> PR
<b>ENDEREÇO ELETRÔNICO</b> AUGUSTO.BRUCHEZ@HOTMAIL.COM		<b>TELEFONE</b> (44) 3123-6154	
<b>ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)</b> *****			
<b>SITUAÇÃO CADASTRAL</b> ATIVA		<b>DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL</b> 01/09/2014	
<b>MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>			
<b>SITUAÇÃO ESPECIAL</b> *****		<b>DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL</b> *****	

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

Emitido no dia 08/07/2024 às 13:52:13 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

CLINICA MEDBRUCHEZ LTDA  
21.006.889-35  
RUA PADRE GERMANO MAYER 549, MARINGÁ PR  
FIXO (44) 3123-6154 WHATSAPP (44) 99819-1400  
BANCO 084 - SISPRIME  
AG 0002  
CC - 967777

NOME: Clínica MedBruchez LTDA  
CNPJ: agosto.bruchez@hotmail.com

#### Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Municipal: 1144  
Data Emissão: 2024-06-18  
Data Vencimento: 2024-08-17  
Certidao Estadual: 1145  
Data Emissão: 2024-06-28  
Data Vencimento: 2024-10-26  
Certidao Federal: 1146  
Data Emissão: 2024-06-20  
Data Vencimento: 2024-12-17  
Certidao Trabalhista: 1147  
Data Emissão: 2024-06-28  
Data Vencimento: 2024-12-25  
Certidao FGTS: 1148  
Data Emissão: 2024-06-28  
Data Vencimento: 2024-07-11

#### Capacidade Tecnica

##### Proposta

Categoria: TABELA DE VAZIO ASSISTENCIAL  
Procedimento: Consulta Médica em Atenção Especializada  
Valor: R\$ 70  
Qtd: Un. 1500  
Categoria: ANGIOLOGIA  
Procedimento: CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO  
Valor: R\$ 32.4  
Qtd: Un. 750  
Categoria: CIRURGIA VASCULAR  
Procedimento: TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)  
Valor: R\$ 500  
Qtd: Un. 3000  
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM  
Procedimento: ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES (ESTRUTURAS E ORGÃOS)  
Valor: R\$ 39.2  
Qtd: Un. 1000  
Categoria: Selecione uma categoria  
Procedimento: ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS  
Valor: R\$ 130  
Qtd: Un. 3000  
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM  
Procedimento: ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (BILATERAL)  
Valor: R\$ 260  
Qtd: Un. 1000

[Home](#) > [Editais](#)

# Edital de Chamamento Público nº 30/2024

Última atualização 13/08/2024

**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:** 13/08/2024 **Situação:** Divulgada no PNCP**Data de início de recebimento de propostas:** 18/07/2024 08:00 (horário de Brasília)**Data fim de recebimento de propostas:** 18/07/2024 08:00 (horário de Brasília)**Id contratação PNCP:** 95640322000101-1-000053/2024 **Fonte:** Elotech Gestão Pública Ltda**Objeto:**

Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de cirurgia vascular e angiologia oferecidas pelo Ciscomcam.

**VALOR TOTAL ESTIMADO DA COMPRA**

R\$ 680.557,70

Itens

Arquivos

Histórico

Número	Descrição	Quantidade	Valor unitário estimado	Valor total estimado	Detalhar
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	10	R\$ 57,27	R\$ 572,70	<a href="#">Detalhar</a>
2	04.01.01.001 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO - CLÍNICA	100	R\$ 32,40	R\$ 3.240,00	<a href="#">Detalhar</a>
3	04.15.04.004 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / NECROSE (CLINICA)	750	R\$ 29,86	R\$ 22.395,00	<a href="#">Detalhar</a>
4	02.11.05.008 ÍNDICE TORNOZELO BRAQUIAL (CLÍNICA)	10	R\$ 35,00	R\$ 350,00	<a href="#">Detalhar</a>
5	03.09.07.001-5 TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS (UNILATERAL)	500	R\$ 500,00	R\$ 250.000,00	<a href="#">Detalhar</a>

Exibir: 1-5 de 10 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 correteza 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**.



# CIS-COMCAM

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

## 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 : 86/2024  
b) Licitação Nº : 30/2024  
c) Modalidade : Inexigibilidade:  
d) Data Homologação : 17/07/2024  
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de cirurgia vascular e angiologia 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 MEDBRUCHEZ LTDA - CNPJ: 21.006.889/0001-94

Valor Total do Fornecedor: 680.557,70 (seiscentos e oitenta mil, quinhentos e cinquenta e sete reais e setenta centavos).

LOTE 1 CIRURGIÃO VASCULAR E ANGIOLOGISTA

Valor Total do Lote: 680.557,70 (seiscentos e oitenta mil, quinhentos e cinquenta e sete reais e setenta centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 57,27	R\$ 572,70
2	04.01.01.001 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO - CLÍNICA	Unidad	100	R\$ 32,40	R\$ 3.240,00
3	04.15.04.004 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / NECROSE (CLINICA)	Unidad	750	R\$ 29,86	R\$ 22.395,00
4	02.11.05.008 ÍNDICE TORNOZELO BRAQUIAL (CLÍNICA)	Unidad	10	R\$ 35,00	R\$ 350,00
5	03.09.07.001-5 TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS (UNILATERAL)	Unidad	500	R\$ 500,00	R\$ 250.000,00



# CIS-COMCAM

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

6	90.04.01.109 ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES (ORGÃOS E ESTRUTURAS)	Unidad	1.000	R\$ 60,00	R\$ 60.000,00
7	02.05.01.004 - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	Unidad	500	R\$ 130,00	R\$ 65.000,00
8	90.04.01.231 - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (BILATERAL)	Unidad	500	R\$ 260,00	R\$ 130.000,00
9	90.04.01.230 - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (UNILATERAL)	Unidad	500	R\$ 130,00	R\$ 65.000,00
10	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - (VAZIO ASSISTENCIAL)	Unidad	1.200	R\$ 70,00	R\$ 84.000,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 680.557,70 (seiscentos e oitenta mil, quinhentos e cinquenta e sete reais e setenta centavos)

**Valor Total Homologado- R\$ 680.557,70**

Campo Mourão, 17 de julho 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

- 13 ago 2024**  
10:26:22  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. ( Email: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br) )
- 13 ago 2024**  
10:28:29  **Ivani Fiore Dal Molin** (Email: [vani\\_fiore@hotmail.com](mailto:vani_fiore@hotmail.com), CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 201.22.59.179 localizado em Curitiba - Paraná - Brazil
- 13 ago 2024**  
10:28:29  **Ivani Fiore Dal Molin** (Email: [vani\\_fiore@hotmail.com](mailto:vani_fiore@hotmail.com), CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 201.22.59.179 localizado em Curitiba - Paraná - Brazil





# 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 : 86/2024  
b) Licitação Nº : 30/2024  
c) Modalidade : Inexigibilidade:  
d) Data Homologação : 17/07/2024  
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de cirurgia vascular e angiologia 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 MEDBRUCHEZ LTDA - CNPJ: 21.006.889/0001-94

Valor Total do Fornecedor: 680.557,70 (seiscentos e oitenta mil, quinhentos e cinquenta e sete reais e setenta centavos).

LOTE 1 CIRURGIÃO VASCULAR E ANGIOLOGISTA

Valor Total do Lote: 680.557,70 (seiscentos e oitenta mil, quinhentos e cinquenta e sete reais e setenta centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLÍNICA)	Unidad	10	R\$ 57,27	R\$ 572,70
2	04.01.01.001 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO - CLÍNICA	Unidad	100	R\$ 32,40	R\$ 3.240,00
3	04.15.04.004 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / NECROSE (CLÍNICA)	Unidad	750	R\$ 29,86	R\$ 22.395,00
4	02.11.05.008 ÍNDICE TORNOZELO BRAQUIAL (CLÍNICA)	Unidad	10	R\$ 35,00	R\$ 350,00
5	03.09.07.001-5 TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS (UNILATERAL)	Unidad	500	R\$ 500,00	R\$ 250.000,00
6	90.04.01.109 ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES (ORGÃOS E ESTRUTURAS)	Unidad	1.000	R\$ 60,00	R\$ 60.000,00

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.

MUNICÍPIO DE MOREIRA  
SALES:76217025000103  
Assinado de forma digital por  
MUNICÍPIO DE MOREIRA  
SALES:76217025000103  
Dados: 2024.07.18 10:37:45 -03'00'



# CIS-COMCAM

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

7	02.05.01.004 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	Unidad	500	R\$ 130,00	R\$ 65.000,00
8	90.04.01.231 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (BILATERAL)	Unidad	500	R\$ 260,00	R\$ 130.000,00
9	90.04.01.230 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (UNILATERAL)	Unidad	500	R\$ 130,00	R\$ 65.000,00
10	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - (VAZIO ASSISTENCIAL)	Unidad	1.200	R\$ 70,00	R\$ 84.000,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 680.557,70 (seiscentos e oitenta mil, quinhentos e cinquenta e sete reais e setenta centavos)

**Valor Total Homologado- R\$ 680.557,70**

Campo Mourão, 17 de julho de 2024.

MUNICÍPIO DE MOREIRA

SALES:76217025000103

Assinado de forma digital por  
MUNICÍPIO DE MOREIRA

SALES:76217025000103

Dados: 2024.07.18 10:38:24 -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 : 86/2024  
 b) Licitação Nº : 30/2024  
 c) Modalidade : Inexigibilidade:  
 d) Data Homologação : 17/07/2024  
 e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de cirurgia vascular e angiologia 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 MEDBRUCHEZ LTDA - CNPJ: 21.006.889/0001-94

Valor Total do Fornecedor: 680.557,70 (seiscentos e oitenta mil, quinhentos e cinquenta e sete reais e setenta centavos).

LOTE 1 CIRURGIÃO VASCULAR E ANGIOLOGISTA

Valor Total do Lote: 680.557,70 (seiscentos e oitenta mil, quinhentos e cinquenta e sete reais e setenta centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLÍNICA)	Unidad	10	R\$ 57,27	R\$ 572,70
2	04.01.01.001 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO - CLÍNICA	Unidad	100	R\$ 32,40	R\$ 3.240,00
3	04.15.04.004 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / NECROSE (CLÍNICA)	Unidad	750	R\$ 29,86	R\$ 22.395,00
4	02.11.05.008 ÍNDICE TORNOZELO BRAQUIAL (CLÍNICA)	Unidad	10	R\$ 35,00	R\$ 350,00
5	03.09.07.001-5 TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS (UNILATERAL)	Unidad	500	R\$ 500,00	R\$ 250.000,00
6	90.04.01.109 ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES (ORGÃOS E ESTRUTURAS)	Unidad	1.000	R\$ 60,00	R\$ 60.000,00

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	02.05.01.004 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	Unidad	500	R\$ 130,00	R\$ 65.000,00
8	90.04.01.231 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (BILATERAL)	Unidad	500	R\$ 260,00	R\$ 130.000,00
9	90.04.01.230 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (UNILATERAL)	Unidad	500	R\$ 130,00	R\$ 65.000,00
10	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - (VAZIO ASSISTENCIAL)	Unidad	1.200	R\$ 70,00	R\$ 84.000,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 680.557,70 (seiscentos e oitenta mil, quinhentos e cinquenta e sete reais e setenta centavos)

**Valor Total Homologado- R\$ 680.557,70**

Campo Mourão, 17 de julho de 2024.

\_\_\_\_\_  
Rafael Brito do Prado  
Presidente do CIS-COMCAM

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

---

## AVALIAÇÃO DO CONTROLE INTERNO

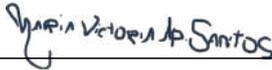
Declaro estar ciente da elaboração do referido procedimento licitatório, não contendo irregularidades quanto a sua forma.

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

- 13 ago 2024**  
10:57:40  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. ( Email: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br) )
- 13 ago 2024**  
14:12:46  **Maria Victoria Aparecida Santos** (Email: [cida.geografia@outlook.com](mailto:cida.geografia@outlook.com), CPF: 026.495.449-10) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil
- 13 ago 2024**  
14:12:46  **Maria Victoria Aparecida Santos** (Email: [cida.geografia@outlook.com](mailto:cida.geografia@outlook.com), CPF: 026.495.449-10) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil

