



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

TERMO DE AUTUAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: 087/2024

ASSUNTO: CREDENCIAMENTO DE PSICOLOGIA TERAPIA ABA

MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE

CUMPRINDO O DISPOSTO NA LEI, NESTE ATO PROCEDO A ATUAÇÃO DO PROCESSO EM EPÍGRAFE, CONTENDO PÁGINAS NUMERADAS DE Nº 01 A Nº 192 E, PARA CONSTAR, LAVRO E ASSINO O PRESENTE TERMO, DE AUTUAÇÃO PARA QUE SURTAS OS EFEITOS LEGAIS.

CAMPO MOURÃO/PR, 22 DE JUNHO DE 2024

NOME: JARDEL ALEXANDRE LISBOA

ASSINTURA: _____

Página de assinaturas



Jardel Lisboa
733.780.031-20
Signatário

HISTÓRICO

- | | | |
|-------------------------|---|--|
| 22 jul 2024
15:19:31 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br) |
| 22 jul 2024
15:25:52 |  | Jardel Alexandre Lisboa (Email: jardellis@gmail.com , CPF: 733.780.031-20) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |
| 22 jul 2024
15:25:52 |  | Jardel Alexandre Lisboa (Email: jardellis@gmail.com , CPF: 733.780.031-20) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |





PEDIDO DE COMPRA DE PRODUTOS/SERVIÇO

Ao

Setor de Compras/Licitações/Contratos

Ivani Fiore Dal Molin

Campo Mourão, 22 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 psicologia terapia aba pelo Ciscamcam.

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

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

OBSERVAÇÕES

ADRIANO ROQUE AVILA
Coordenador de Redes CISCOMCAM/QualiCIS

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

Página de assinaturas



Adriano Avila
058.375.919-07
Signatário

HISTÓRICO

- | | | |
|-------------------------|---|---|
| 22 jul 2024
15:20:26 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br) |
| 22 jul 2024
15:36:11 |  | Adriano Roque Avila (Email: adrianoroqueavila@gmail.com, CPF: 058.375.919-07) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |
| 22 jul 2024
15:36:11 |  | Adriano Roque Avila (Email: adrianoroqueavila@gmail.com, CPF: 058.375.919-07) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |





SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

Excelentíssimo Sr. Presidente e
Sr. Coordenador

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

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psicologia oferecidas pelo Ciscomcam.

Processo Administrativo nº 87

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, 22 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

- | | | |
|-------------------------|---|--|
| 22 jul 2024
15:21:43 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br , CPF: 517.896.809-30) |
| 22 jul 2024
15:22:29 |  | Ivani Fiore Dal Molin (Email: compras@ciscomcam.com.br , CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |
| 22 jul 2024
15:22:29 |  | Ivani Fiore Dal Molin (Email: compras@ciscomcam.com.br , CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |





PARECER CONTÁBIL

Processo Administrativo nº 87

Data do Processo Administrativo: 22/07/2024

Modalidade: Inexigibilidade

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psicologia oferecidas pelo Ciscamcam.

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 sob nº.: 63;64;65.**

Campo Mourão, 22 de julho de 2024

Alexandre Sebastião dos Santos
Contador

Página de assinaturas



Alexandro Santos
019.886.109-58
Signatário

HISTÓRICO

- | | | |
|-------------------------|---|---|
| 22 jul 2024
15:42:16 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br) |
| 22 jul 2024
16:52:34 |  | Alexandro Sebastião Dos Santos (Email: alexandro_s_s@hotmail.com , CPF: 019.886.109-58) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |
| 22 jul 2024
16:52:40 |  | Alexandro Sebastião Dos Santos (Email: alexandro_s_s@hotmail.com , CPF: 019.886.109-58) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |





AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psicologia oferecidas pelo Ciscamcam.

Processo Administrativo nº 87

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
PSICOLOGIA							
3724	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLÍNICA)	60	12	R\$ 35,00	R\$ 2.100,00	3.390.39.00.	50.30
6007	90.04.01.146-0 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA (PSICOLOGIA) (CLÍNICA)	70	12	R\$ 600,00	R\$ 42.000,00	3.390.39.00.	50.30
6216	90.04.01.149-0 - CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA TERAPIA ABA - (OUTROS SERVIÇOS)	10	12	R\$ 3.000,00	R\$ 30.000,00	3.390.39.00.	50.30
6217	90.04.01.150-0 - SUPERVISÃO PARA PROFISSIONAIS CAPACITADOS EM TERAPIA ABA - (OUTROS SERVIÇOS)	1	12	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	3.390.39.00.	50.30
6218	90.04.01.151-0 - TERAPIA ABA (2 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	50	12	R\$ 400,00	R\$ 20.000,00	3.390.39.00.	50.30
6219	90.04.01.152-0 - TERAPIA ABA (3 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	40	12	R\$ 600,00	R\$ 24.000,00	3.390.39.00.	50.30
6220	90.04.01.153-0 - TERAPIA ABA (4 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	30	12	R\$ 800,00	R\$ 24.000,00	3.390.39.00.	50.30
6221	90.04.01.154-0 - TERAPIA ABA (5 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	20	12	R\$ 1.000,00	R\$ 20.000,00	3.390.39.00.	50.30
5939	90.04.01.126 NÍVEL 1 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO) (PSICOLOGIA)	65	12	R\$ 840,00	R\$ 54.600,00	3.390.39.00.	50.30
5938	90.04.01.125 NÍVEL 1 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X NA SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	90	12	R\$ 1.120,00	R\$ 100.800,00	3.390.39.00.	50.30
5940	90.04.01.127 NÍVEL 1 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	140	12	R\$ 880,00	R\$ 123.200,00	3.390.39.00.	50.30
5941	90.04.01.128 NÍVEL 1 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (2 X P/ SEMANA + 1	10	12	R\$ 640,00	R\$ 6.400,00	3.390.39.00.	50.30



CIS-COMCAM

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

	SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA) (PSICOLOGIA)						
5942	90.04.01.129 NÍVEL 1 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (2 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA) (PSICOLOGIA)	32	12	R\$ 600,00	R\$ 19.200,00	3.390.39.00.	50.30
5943	90.04.01.130 NÍVEL 1 - PACOTE 6 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO T.O + 1 SESSÃO PSICOPEDAGOGIA (PSICOLOGIA)	40	12	R\$ 760,00	R\$ 30.400,00	3.390.39.00.	50.30
5944	90.04.01.131 NÍVEL 1 - PACOTE 7 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE + 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA (PSICOLOGIA)	50	12	R\$ 600,00	R\$ 30.000,00	3.390.39.00.	50.30
5945	90.04.01.132 NÍVEL 1 - PACOTE 8 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA (PSICOLOGIA)	9	12	R\$ 640,00	R\$ 5.760,00	3.390.39.00.	50.30
5946	90.04.01.133 NÍVEL 1 - PACOTE 9 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO COM NUTRICIONISTA + 1 SESSÃO COM PSICOLOGA (PSICOLOGIA)	50	12	R\$ 400,00	R\$ 20.000,00	3.390.39.00.	50.30
5947	90.04.01.134 NÍVEL 1 - PACOTE 10 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO COM PSICOPEDAGOGA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE (PSICOLOGIA)	65	12	R\$ 440,00	R\$ 28.600,00	3.390.39.00.	50.30
5948	90.04.01.135 NÍVEL 1 - PACOTE 11 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA + 1 SESSÃO COM PSICOPEDAGOGA (PSICOLOGIA)	25	12	R\$ 440,00	R\$ 11.000,00	3.390.39.00.	50.30
5933	90.04.01.120 NÍVEL 2 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO - 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	20	12	R\$ 1.520,00	R\$ 30.400,00	3.390.39.00.	50.30
5934	90.04.01.121 NÍVEL 2 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE) (PSICOLOGIA)	10	12	R\$ 1.400,00	R\$ 14.000,00	3.390.39.00.	50.30
5935	90.04.01.122 NÍVEL 2 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA) (PSICOLOGIA)	26	12	R\$ 1.440,00	R\$ 37.440,00	3.390.39.00.	50.30
5936	90.04.01.123 NÍVEL 2 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O + 1 SESSÃO DE NUTRICIONISTA) (PSICOLOGIA)	10	12	R\$ 1.480,00	R\$ 14.800,00	3.390.39.00.	50.30
5937	90.04.01.124 NÍVEL 2 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA) (PSICOLOGIA)	15	12	R\$ 1.480,00	R\$ 22.200,00	3.390.39.00.	50.30
5928	90.04.01.115 NÍVEL 3 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA+8 TERAPIAS COMPLEMENTARES ASSOCIADAS)	28	12	R\$ 2.840,00	R\$ 79.520,00	3.390.39.00.	50.30

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

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



CIS-COMCAM

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

	(PSICOLOGIA)						
5929	90.04.01.116 NÍVEL 3 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 6 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	30	12	R\$ 2.440,00	R\$ 73.200,00	3.390.39.00.	50.30
5930	90.04.01.117 NÍVEL 3 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 4 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	60	12	R\$ 2.040,00	R\$ 122.400,00	3.390.39.00.	50.30
5931	90.04.01.118 NÍVEL 2 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 3 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	20	12	R\$ 1.760,00	R\$ 35.200,00	3.390.39.00.	50.30
5932	90.04.01.119 NÍVEL 2 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 3 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	20	12	R\$ 1.720,00	R\$ 34.400,00	3.390.39.00.	50.30
TOTAL				R\$	1.057.120,00		

Campo Mourão, 22 de julho de 2024

Leandro Roque Avila
Coordenador do CISCOMCAM

Página de assinaturas



Leandro Avila

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE D...
Signatário

HISTÓRICO

- | | | |
|-------------------------|---|--|
| 22 jul 2024
15:22:49 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br) |
| 22 jul 2024
15:23:58 |  | Leandro Roque Avila (Empresa: <i>CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO</i> , Email: coordenacao@ciscomcam.com.br , CPF: 057.666.679-30) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |
| 22 jul 2024
15:23:58 |  | Leandro Roque Avila (Empresa: <i>CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO</i> , Email: coordenacao@ciscomcam.com.br , CPF: 057.666.679-30) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |





AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psicologia oferecidas pelo Ciscomcam.

Processo Administrativo nº 87

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
PSICOLOGIA							
3724	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLÍNICA)	60	12	R\$ 35,00	R\$ 2.100,00	3.390.39.00.	50.30
6007	90.04.01.146-0 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA (PSICOLOGIA) (CLÍNICA)	70	12	R\$ 600,00	R\$ 42.000,00	3.390.39.00.	50.30
6216	90.04.01.149-0 - CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA TERAPIA ABA - (OUTROS SERVIÇOS)	10	12	R\$ 3.000,00	R\$ 30.000,00	3.390.39.00.	50.30
6217	90.04.01.150-0 - SUPERVISÃO PARA PROFISSIONAIS CAPACITADOS EM TERAPIA ABA - (OUTROS SERVIÇOS)	1	12	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	3.390.39.00.	50.30
6218	90.04.01.151-0 - TERAPIA ABA (2 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	50	12	R\$ 400,00	R\$ 20.000,00	3.390.39.00.	50.30
6219	90.04.01.152-0 - TERAPIA ABA (3 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	40	12	R\$ 600,00	R\$ 24.000,00	3.390.39.00.	50.30
6220	90.04.01.153-0 - TERAPIA ABA (4 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	30	12	R\$ 800,00	R\$ 24.000,00	3.390.39.00.	50.30
6221	90.04.01.154-0 - TERAPIA ABA (5 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	20	12	R\$ 1.000,00	R\$ 20.000,00	3.390.39.00.	50.30
5939	90.04.01.126 NÍVEL 1 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO) (PSICOLOGIA)	65	12	R\$ 840,00	R\$ 54.600,00	3.390.39.00.	50.30
5938	90.04.01.125 NÍVEL 1 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X NA SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	90	12	R\$ 1.120,00	R\$ 100.800,00	3.390.39.00.	50.30
5940	90.04.01.127 NÍVEL 1 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	140	12	R\$ 880,00	R\$ 123.200,00	3.390.39.00.	50.30
5941	90.04.01.128 NÍVEL 1 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (2 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA)	10	12	R\$ 640,00	R\$ 6.400,00	3.390.39.00.	50.30

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por RAFAEL
BRITO DO PRADO:04933415951
Dados: 2024.07.24 16:08:49 -03'00'

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

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



CIS-COMCAM

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

	(PSICOLOGIA)						
5942	90.04.01.129 NÍVEL 1 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (2 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA) (PSICOLOGIA)	32	12	R\$ 600,00	R\$ 19.200,00	3.390.39.00.	50.30
5943	90.04.01.130 NÍVEL 1 - PACOTE 6 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO T.O + 1 SESSÃO PSICOPEDAGOGIA (PSICOLOGIA)	40	12	R\$ 760,00	R\$ 30.400,00	3.390.39.00.	50.30
5944	90.04.01.131 NÍVEL 1 - PACOTE 7 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE + 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA (PSICOLOGIA)	50	12	R\$ 600,00	R\$ 30.000,00	3.390.39.00.	50.30
5945	90.04.01.132 NÍVEL 1 - PACOTE 8 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA (PSICOLOGIA)	9	12	R\$ 640,00	R\$ 5.760,00	3.390.39.00.	50.30
5946	90.04.01.133 NÍVEL 1 - PACOTE 9 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO COM NUTRICIONISTA + 1 SESSÃO COM PSICOLOGA (PSICOLOGIA)	50	12	R\$ 400,00	R\$ 20.000,00	3.390.39.00.	50.30
5947	90.04.01.134 NÍVEL 1 - PACOTE 10 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO COM PSICOPEDAGOGA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE (PSICOLOGIA)	65	12	R\$ 440,00	R\$ 28.600,00	3.390.39.00.	50.30
5948	90.04.01.135 NÍVEL 1 - PACOTE 11 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA + 1 SESSÃO COM PSICOPEDAGOGA (PSICOLOGIA)	25	12	R\$ 440,00	R\$ 11.000,00	3.390.39.00.	50.30
5933	90.04.01.120 NÍVEL 2 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO - 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	20	12	R\$ 1.520,00	R\$ 30.400,00	3.390.39.00.	50.30
5934	90.04.01.121 NÍVEL 2 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE) (PSICOLOGIA)	10	12	R\$ 1.400,00	R\$ 14.000,00	3.390.39.00.	50.30
5935	90.04.01.122 NÍVEL 2 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA) (PSICOLOGIA)	26	12	R\$ 1.440,00	R\$ 37.440,00	3.390.39.00.	50.30
5936	90.04.01.123 NÍVEL 2 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O + 1 SESSÃO DE NUTRICIONISTA) (PSICOLOGIA)	10	12	R\$ 1.480,00	R\$ 14.800,00	3.390.39.00.	50.30
5937	90.04.01.124 NÍVEL 2 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA) (PSICOLOGIA)	15	12	R\$ 1.480,00	R\$ 22.200,00	3.390.39.00.	50.30
5928	90.04.01.115 NÍVEL 3 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA+8 TERAPIAS COMPLEMENTARES ASSOCIADAS)	28	12	R\$ 2.840,00	R\$ 79.520,00	3.390.39.00.	50.30

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

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

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.07.24 16:09:27 -03'00'



CIS-COMCAM

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

	(PSICOLOGIA)						
5929	90.04.01.116 NÍVEL 3 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 6 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	30	12	R\$ 2.440,00	R\$ 73.200,00	3.390.39.00.	50.30
5930	90.04.01.117 NÍVEL 3 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 4 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	60	12	R\$ 2.040,00	R\$ 122.400,00	3.390.39.00.	50.30
5931	90.04.01.118 NÍVEL 2 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 3 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	20	12	R\$ 1.760,00	R\$ 35.200,00	3.390.39.00.	50.30
5932	90.04.01.119 NÍVEL 2 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 3 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	20	12	R\$ 1.720,00	R\$ 34.400,00	3.390.39.00.	50.30
TOTAL				R\$	1.057.120,00		

Campo Mourão, 22 de julho de 2024

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por RAFAEL
BRITO DO PRADO:04933415951
Dados: 2024.07.24 16:09:42 -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

Irani M

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

Página de assinaturas


Ivani Molin
517.896.809-30
Signatário

HISTÓRICO

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





[Voltar](#)

Detalhes processo licitatório

Informações Gerais

Entidade Executora

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE COMUNIDADE DOS MUNIC DA REGIÃO I

Ano*

2024

Nº licitação/dispensa/inexigibilidade*

31

Modalidade*

Processo Inexigibilidade

Número edital/processo*

87

Recursos provenientes de organismos internacionais/multilaterais de crédito

Instituição Financeira

Contrato de Empréstimo

Descrição Resumida do Objeto*

Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psicologia oferecidas pelo Ciscomcam.

Dotação Orçamentária*

010151030200152023390390000

Preço máximo/Referência de preço - R\$*

1.057.120,00

Data Publicação Termo ratificação

22/07/2024

Data de Lançamento do Edital

Data da Abertura das Propostas

Há itens exclusivos para EPP/ME?

Há cota de participação para EPP/ME?

Percentual de participação:

0,00

Trata-se de obra com exigência de subcontratação de EPP/ME?

Há prioridade para aquisições de microempresas regionais ou locais?

Data Cancelamento

[Editar](#) [Excluir](#)



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 Ciscomcam.

1. PREÂMBULO.

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

2. DO OBJETO.

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

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

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

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

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



endereço

eletrônico:

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

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

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

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

3. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO.

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

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

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

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

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

4. DA FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO.

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

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

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

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

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

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

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

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



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.

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

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

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

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

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

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

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

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

4.14No 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:



CIS-COMCAM

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

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2022

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

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

5. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

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

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

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

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

6. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

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

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

6.3 Registro comercial, no caso de empresa individual;

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

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



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



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

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

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

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

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

6.26 Documentos dos Profissionais.

6.26.1 Cópia do RG;

6.26.2 Cópia do CPF;

6.26.3 Cópia do cartão SUS;

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

6.26.5 Cópia da Carteira Profissional do respectivo conselho da classe;

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

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

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

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

6.26.10 Número do telefone celular e e-mail.

6.27 Documentos do responsável pelo faturamento:

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

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

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



6.27.1 Número do telefone celular e e-mail

6.27.2 Cópia do RG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. DO PROCEDIMENTO DO CREDENCIAMENTO

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

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

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

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



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

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

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

8. DO CRITÉRIO DE CREDENCIAMENTO.

8.1 As pessoas jurídicas serão cadastradas conforme critérios abaixo elencados:

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

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

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

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

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

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

9. DOS VALORES.

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

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

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

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

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

9.5 Os contratos extraídos dos Processos Licitatórios de Inexigibilidade oriunda deste



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

10. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.

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

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

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

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

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

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

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

10.8 O CISCOMCAM não se responsabilizará por atraso na entrega das faturas e não se comprometerá em realizar pagamentos de forma 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.

**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

11.1 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

13.1 O Chamamento Público entrará em vigor após a publicação deste edital órgão oficial do Ciscomcam, sendo ele o Jornal 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.

13.2 O 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 INADIMPLENTO DOS SERVIÇOS.

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

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

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

14.3.1 - Advertência.

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

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

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

15. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

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

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

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

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



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

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

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

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

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

15.7 Proceder, quando solicitado pelo 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.

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



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

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

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

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

17. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

17.1 presente Edital será divulgado no Jornal Tribuna do Interior, site do Ciscomcam (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. 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 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 / 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

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

Campo Mourão, 01 de agosto de 2023

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

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

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

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



ANEXO I

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO
PESSOA JURÍDICA

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

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

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ nº:

Inscrição Estadual:

Micro Empresa: () Não () Sim

Optante Simples: () Não () Sim

Número do CNAE Nacional: **Descrição:**

Endereço:

Município: **UF:**

CEP:

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

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

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



CIS-COMCAM

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

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

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

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

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

ESPECIALIDADES

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

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

_____, nº _____, (bairro/jardim) na cidade de (cidade), através representante legal, (nome, RG e CPF), declara, sob as penas da Lei, que:

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA Nº CNPJ

NOME REPRESENTANTE LEGAL

CPF REPRESENTANTE LEGAL

RG REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO III
MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE
FATO IMPEDITIVO

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



ANEXO IV
MODELO DE DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE
PARENTESCO

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



ANEXO V

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

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



ANEXO VI
LISTA DE DOCUMENTOS

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

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

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

RESPONSÁVEL DO CNPJ:

RESPONSÁVEL

DO

DOCUMENTAÇÃO:

CONTATO:

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



CIS-COMCAM

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

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

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



CIS-COMCAM

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



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



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



24 jul 2023
15:13:04



Adriano Roque Avila (E-mail: adrianoroqueavila@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:	49.934.381/0001-75
Razão Social:	FERRI PSICOLOGIA LTDA
E-mail:	faturamento.walker@gmail.com
Banco:	BANCO DO BRASIL
Conta:	82.558-1
Agência:	0406-5
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: 1162 - Data Emissão: 2024-06-21 - Data Vencimento: 2024-07-22

Certidão Estadual: 1163 - Data Emissão: 2024-06-21 - Data Vencimento: 2024-10-19

Certidão Federal: 1164 - Data Emissão: 2024-06-21 - Data Vencimento: 2024-12-18

Certidão Trabalhista: 1165 - Data Emissão: 2024-06-21 - Data Vencimento: 2024-12-18

Certidão FGTS: 1166 - Data Emissão: 2024-07-11 - Data Vencimento: 2024-07-24

IV - Capacidade Técnica

V - Proposta

Categoria: PSQUIATRIA - Procedimento: CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA - Valor: R\$ 50.9 - Qtd: 350

Categoria: TABELA DE VAZIO ASSISTENCIAL - Procedimento: Psiquiatria Infantil - Valor: R\$ 70 - Qtd: 350

Categoria: Outros Serviços - Procedimento: CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA TERAPIA ABA - Valor: R\$ 3 - Qtd: 40

Categoria: PSICOLOGIA - Procedimento: AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA - Valor: R\$ 600 - Qtd: 70

Categoria: Outros Serviços - Procedimento: SUPERVISÃO PARA PROFISSIONAIS CAPACITADOS EM TERAPIA ABA - Valor: R\$ 1.5 - Qtd: 40

Categoria: PSICOLOGIA - Procedimento: NIVEL 1- PACOTE 1 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3X NA SEMANA), 1 SESSAO DE FONO, 1 SESSAO DE T.O - Valor: R\$ 1.12 - Qtd: 50

Categoria: PSICOLOGIA - Procedimento: NIVEL 1 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3X NA SEMANA), 1 SESSAO DE FONO - Valor: R\$ 840 - Qtd: 50

Categoria: PSICOLOGIA - Procedimento: NIVEL 1 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3X NA SEMANA), 1 SESSAO DE T.O - Valor: R\$ 880 - Qtd: 50

Categoria: PSICOLOGIA - Procedimento: NIVEL 2 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5X P/ SEMANA + 1 SESSAO DE FONO, 1 SESSAO DE T.O - Valor: R\$ 1.52 - Qtd: 50

Categoria: PSICOLOGIA - Procedimento: NIVEL 2 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5X P/ SEMANA + 1 SESSAO DE FONO, 1 SESSAO DE PSICOMOTRICIDADE - Valor: R\$ 1.4 - Qtd: 50

Categoria: PSICOLOGIA - Procedimento: NIVEL 2- PACOTE 4- VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5X P/ SEMANA + 3 TERAPIAS ASSOCIADAS) - Valor: R\$ 1.76 - Qtd: 50

Categoria: PSICOLOGIA - Procedimento: NIVEL 2- PACOTE 5 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 3 TERAPIAS ASSOCIADAS) - Valor: R\$ 1.72 - Qtd: 50

Categoria: PSICOLOGIA - Procedimento: NIVEL 3- PACOTE 1- VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5X P/ SEMANA + 8 TERAPIAS COMPLEMENTARES ASSOCIADAS) - Valor: R\$ 2.84 - Qtd: 50

Categoria: PSICOLOGIA - Procedimento: NIVEL 3- PACOTE 2 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 6 TERAPIAS ASSOCIADAS) - Valor: R\$ 2.44 - Qtd: 50

Categoria: PSICOLOGIA - Procedimento: NIVEL 3- PACOTE 3 -VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA +4 TERAPIAS ASSOCIADAS) - Valor: R\$ 2.04 - Qtd: 50

VI - Profissionais

Nome: DENISE RODRIGUES FONSECA MARÇAL - Especialidade : FONOAUDIOLOGIA - CPF: 056.407.529-98

Nome: MARIANA GRECCO RODRIGUES - Especialidade : FISIOTERAPIA - CPF: 102.642.169-11

Nome: ROGERIO MARCILIO DE OLIVEIRA - Especialidade : PSIQUIATRA - CPF: 809.044.910-72

Nome: TATIANA FERRI RIBEIRO - Especialidade : PSICOLOGA - CPF: 080.871.919-00

Nome: SELMA APARECIDA DA COSTA AFONSO - Especialidade : TERAPEUTA OCUPACIONAL - CPF: 031.641.069-66

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 12/07/2024 19:11:44

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____



ANEXO I
REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA
JURÍDICA

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

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

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

Razão Social: Ferri Psicologia LTDA

Nome Fantasia: Avaliave Nucleo de Avaliação e Intervenção Psicologica

CNPJ nº: 49.934.381/0001-75

Inscrição Estadual: Não Possui

Micro Empresa: () Não (X) Sim

Optante Simples: () Não (X) Sim

Número do CNAE Nacional: Descrição: 4215028

Endereço: Rua São Josafat, nº 1349, 8 Andar, Sala 801

Município: Campo Mourão **UF:** PR

CEP: 87.302-170

Telefone Comercial: (44) 99843-5574

Telefone Celular: (44) 99843-5574

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: Banco do Brasil	CÓDIGO DO BANCO: 001	AGÊNCIA: 0406-5
TIPO DE CONTA: Corrente	OPERAÇÃO:	Nº DA CONTA: 82.558-1
CIDADE E UF DA AGENCIA: Campo Mourão / PR		

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF
Tatiana Ferri Ribeiro	12.327.557-8	080.871.919-00



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
PSIQUIATRIA	Consulta Medica Em Atencao Especializada	350
PSIQUIATRIA	Psiquiatria Infantil	350
PSICOLOGIA	Capacitação De Profissionais Para Terapria ABA	40
PSICOLOGIA	Avaliação Neuropsicológica	70
PSICOLOGIA	Supervisão Para Profissionais Capacitados Em Terapia ABA	40
TERAPIAS MULTI	Nivel 1- Pacote 1 - Valor Mensal Incluindo Terapia Aba (3x Na Semana), 1 Sessao De Fono, 1 Sessao De T.O	50
TERAPIAS MULTI	Nivel 1 - Pacote 2 - Valor Mensal Incluindo Terapia Aba (3x Na Semana), 1 Sessao De Fono	50
TERAPIAS MULTI	Nivel 1 -Pacote 3 - Valor Mensal Incluindo Terapia Aba (3x Na Semana), 1 Sessao De T.O	50
TERAPIAS MULTI	Nivel 2 - Pacote 1 -Valor Mensal Para Terapia Aba (5x P/ Semana + 1 Sessao De Fono, 1 Sessao De T.O	50
TERAPIAS MULTI	Nivel 2 - Pacote 2- Valor Mensal Para Terapia Aba (5x P/ Semana + 1 Sessao De Fono, 1 Sessao De Psicomotricidade	50
TERAPIAS MULTI	Nivel 2- Pacote 4- Valor Mensal Para Terapia Aba (5x P/ Semana + 3 Terapias Associadas)	50
TERAPIAS MULTI	Nivel 2- Pacote 5 - Valor Mensal Para Terapia Aba (5 X P/ Semana + 3 Terapias Associadas)	50
TERAPIAS MULTI	Nivel 3- Pacote 1- Valor Mensal Para Terapia Aba (5x P/ Semana + 8 Terapias Complementares Associadas)	50
TERAPIAS MULTI	Nivel 3- Pacote 2 - Valor Mensal Para Terapia Aba (5 X P/ Semana + 6 Terapias Associadas)	50
TERAPIAS MULTI	Nivel 3- Pacote 3 -Valor Mensal Para Terapia Aba (5 X P/ Semana +4 Terapias Associadas)	50

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
Denise Rodrigues Fonseca Marçal	056.407.529-98	9.187018-5	CRFa 12377	44 99843-5574
Mariana Grecco Rodrigues	102.642.169-11	10.921276-8	CREFITO 275036-F	44 99146-8090

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

Rogério Marcilio de Oliveira	809.044.910-72	5.326672-0	CRM 017850/PR	44 99843-5574
Selma Aparecida da Costa Afonso	031.641.089-66	6.862614-5	TO 25405	44 99843-5574
Tatiana Ferri Ribeiro	080.871.919-00	12.327557-8	CRP 08/29690	44 99843-5574

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
Lucas Vieira Walker	094.092.129-44	10.815733-0	Faturamento.walker@gmail.com	44 99953-7858

ESPECIALIDADES

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
Denise Rodrigues Fonseca Marçal	Fonoaudióloga
Mariana Grecco Rodrigues	Fisioterapeuta
Rogério Marcilio de Oliveira	Psiquiatra
Selma Aparecida da Costa Afonso	Terapeuta Ocupacional
Tatiana Ferri Ribeiro	Psicóloga

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

CLINICA AVALIARE	Rua São Josafat, 1349, 8º Andar, Sala 801, Centro, Campo Mourão-PR
------------------	---

Campo Mourão – PR, 12, Julho de 2024.

FERRI PSICOLOGIA LTDA
Nº CNPJ: 49.934.381/0001-75
Tatiana Ferri Ribeiro
CPF: 080.871.919-00
RG: 12.327.557-8

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

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 **FERRI PSICOLOGIA LTDA**, inscrita no CNPJ sob nº 49.934.381/0001-75, sediada na Rua São Josefat, nº 1349, Centro na cidade de Campo Mourão-PR, através representante legal, Tatiana Ferri Ribeiro, portadora do CPF nº 080.871.919-00 e RG: 12.327.557-8, 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, Julho de 2024.

Tatiana Ferri Ribeiro
Neuropsicóloga
CPF: 080.871.919-00

FERRI PSICOLOGIA LTDA
Nº CNPJ: 49.934.381/0001-75
Tatiana Ferri Ribeiro
CPF: 080.871.919-00
RG: 12.327.557-8



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

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

FERRI PSICOLOGIA LTDA, estabelecida na Rua São Josefat, nº 1349, Centro na cidade de Campo Mourão-PR, inscrita no CNPJ sob nº 49.934.381/0001-75, neste ato representada pela sua representante Tatiana Ferri Ribeiro, 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, Julho de 2024.

Tatiana Ferri Ribeiro
Neuropsicóloga
CRP: 08/79690

FERRI PSICOLOGIA LTDA
Nº CNPJ: 49.934.381/0001-75
Tatiana Ferri Ribeiro
CPF: 080.871.919-00
RG: 12.327.557-8



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**

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

Eu, Tatiana Ferri Ribeiro, carteira de identidade nº 12.327.557-8 expedida pela SESP-PR, inscrita no CPF sob nº 080.871.919-00, Representante legal da FERRI PSICOLOGIA LTDA inscrita no CNPJ sob o nº 49.934.381/0001-75, 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, Julho de 2024.

Tatiana Ferri Ribeiro
Neuropsicóloga
CPF: 080.871.919-00

FERRI PSICOLOGIA LTDA
Nº CNPJ: 49.934.381/0001-75
Tatiana Ferri Ribeiro
CPF: 080.871.919-00
RG: 12.327.557-8



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

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

O representante legal da Empresa **FERRI PSICOLOGIA 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, Julho de 2024.

Tatiana Ferri Ribeiro
Neuropsicóloga
CPF: 080.29690

FERRI PSICOLOGIA LTDA
Nº CNPJ: 49.934.381/0001-75
Tatiana Ferri Ribeiro
CPF: 080.871.919-00
RG: 12.327.557-8



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 49.934.381/0001-75 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 14/03/2023	
NOME EMPRESARIAL FERRI PSICOLOGIA LTDA			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) AVALIARE NUCLEO DE AVALIACAO E INTERVENCAO PSICOLOGICA		PORTE ME	
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.50-0-03 - Atividades de psicologia e psicanálise			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas 86.40-2-99 - Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica não especificadas anteriormente 86.50-0-04 - Atividades de fisioterapia 86.50-0-05 - Atividades de terapia ocupacional 86.50-0-06 - Atividades de fonoaudiologia			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada			
LOGRADOURO R SÃO JOSAFAT	NÚMERO 1349	COMPLEMENTO *****	
CEP 87.302-170	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO CAMPO MOURAO	UF PR
ENDEREÇO ELETRÔNICO PSITATIANAFERRI@GMAIL.COM		TELEFONE (44) 9992-9506/ (0000) 0000-0000	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 14/03/2023	
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 16/06/2023 às 11:36:06 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL
FERRI PSICOLOGIA LTDA
CNPJ 49.934.381/0001-75
NIRE 41211421051

Página 1 de 3

TATIANA FERRI RIBEIRO , brasileira , solteira, psicologa, nascida em 08/06/1993, nº do CPF 080.871.919-00, residente e domiciliada na cidade de Iretama - PR, na SITIO TALISMÃ, nº S/N, RIO TORMENTINHO, CEP: 87280-000, unica sócia da Sociedade Limitada **FERRI PSICOLOGIA LTDA** com sede na Rua São Josafat, nº 1349, Centro, Campo Mourão - PR, CEP: 87302170, inscrito na Junta Comercial do Paraná sob o NIRE **41211421051** em 14/03/2023 e no CNPJ/MF sob o número **49.934.381/0001-75**.

Resolve alterar o seu contrato social da sociedade empresária limitada, nos termos da Lei nº 10.406/2002, mediante as condições e cláusulas seguintes:

CLÁUSULA I - DO OBJETO SOCIAL (art. 997, II, CC)

A sociedade passa a ter por objeto o exercício das seguintes atividades econômica: PSQUIATRIA, ATIVIDADES DE FISIOTERAPIA, ATIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL, ATIVIDADES DE FONOAUDIOLOGIA E NEUROLOGIA.

CLÁUSULA II - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS: Ficam inalteradas as demais cláusulas do Contrato Social que não colidem com as disposições do presente dispositivo.

CLÁUSULA III - DA CONSOLIDAÇÃO DO INSTRUMENTO: Tendo em vista as modificações ora ajustadas, consolida-se o Contrato Social, que passa a ter a seguinte redação:

CONTRATO SOCIAL
FERRI PSICOLOGIA LTDA
CNPJ 49.934.381/0001-75
NIRE 41211421051

TATIANA FERRI RIBEIRO , brasileira , solteira, psicologa, nascida em 08/06/1993, nº do CPF 080.871.919-00, residente e domiciliada na cidade de Iretama - PR, na SITIO TALISMÃ, nº S/N, RIO TORMENTINHO, CEP: 87280-000, unica sócia da Sociedade Limitada **FERRI PSICOLOGIA LTDA** com sede na Rua São Josafat, nº 1349, Centro, Campo Mourão - PR, CEP: 87302170, inscrito na Junta Comercial do Paraná sob o NIRE **41211421051** em 14/03/2023 e no CNPJ/MF sob o número **49.934.381/0001-75**. Resolve alterar e consolidar o seu contrato social da sociedade empresária limitada, nos termos da Lei nº 10.406/2002, mediante as condições e cláusulas seguintes:

CLÁUSULA I - DO NOME EMPRESARIAL (art. 997, II, CC)

A sociedade adotará como nome empresarial: **FERRI PSICOLOGIA LTDA** , e usará a expressão Avaliare Núcleo de Avaliação e Intervenção Psicológica como nome fantasia.

CLÁUSULA II - DA SEDE (art. 997, II, CC)

A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: Rua São Josafat, nº 1349, Centro, Campo Mourão - PR, CEP: 87302170.

CLÁUSULA III - DO OBJETO SOCIAL (art. 997, II, CC)

A sociedade terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômica: PSQUIATRIA, ATIVIDADES DE

PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL
FERRI PSICOLOGIA LTDA
CNPJ 49.934.381/0001-75
NIRE 41211421051

Página 2 de 3

FISIOTERAPIA, ATIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL, ATIVIDADES DE FONOAUDIOLOGIA E NEUROLOGIA

Parágrafo único. Em estabelecimento eleito como Sede (Matriz) será(ão) exercida(s) a(s) atividade(s) de PSIQUIATRIA, ATIVIDADES DE FISIOTERAPIA, ATIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL, ATIVIDADES DE FONOAUDIOLOGIA E NEUROLOGIA.

CLÁUSULA IV - DO INÍCIO DAS ATIVIDADES E PRAZO DE DURAÇÃO (art. 53, III, F, Decreto nº 1.800/96)

A sociedade iniciou suas atividades em 10/03/2023 e seu prazo de duração será por tempo indeterminado.

CLÁUSULA V - DO CAPITAL (ART. 997, III e IV e ART. 1.052 e 1.055, CC)

O capital será de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), dividido em 30000 quotas, no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, formado por R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) em moeda corrente no País

Parágrafo único. O capital encontra-se subscrito e integralizado pelos sócios da seguinte forma:

Nome do Sócio	Qtd Quotas	Valor Em R\$	%
TATIANA FERRI RIBEIRO	30000	30.000,00	100,00
TOTAL:	30000	30.000,00	100,00

CLÁUSULA VI - DA ADMINISTRAÇÃO (ART. 997, VI; 1.013, 1.015; 1.064, CC)

A administração da sociedade será exercida pelo sócio **TATIANA FERRI RIBEIRO** que representará legalmente a sociedade e poderá praticar todo e qualquer ato de gestão pertinente ao objeto social.

Parágrafo único. Não constituindo o objeto social, a alienação ou a oneração de bens imóveis depende de autorização da maioria.

CLÁUSULA VII - DO BALANÇO PATRIMONIAL (art. 1.065, CC)

Ao término de cada exercício, em 31 de Dezembro, o administrador prestará contas justificadas de sua administração, procedendo à elaboração do inventário, do balanço patrimonial e do balanço de resultado econômico, cabendo ao(s) sócio(s), os lucros ou perdas apuradas.

CLÁUSULA VIII - DECLARAÇÃO DE DESIMPEDIMENTO DE ADMINISTRADOR (art. 1.011, § 1º CC e art. 37, II da Lei nº 8.934 de 1994)

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

CLÁUSULA IX - DO PRÓ LABORE

O sócio poderá, fixar uma retirada mensal, a título de pro labore para o sócio administrador, observadas as disposições regulamentares pertinentes.

PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL
FERRI PSICOLOGIA LTDA
CNPJ 49.934.381/0001-75
NIRE 41211421051

Página 3 de 3

CLÁUSULA X - DISTRIBUIÇÃO DE LUCROS

A sociedade poderá levantar balanços intermediários ou intercalares e distribuir os lucros evidenciados nos mesmos.

CLÁUSULA XI - DA RETIRADA OU FALECIMENTO DE SÓCIO

Retirando-se, falecendo ou interditado qualquer sócio, a sociedade continuará suas atividades com os herdeiros, sucessores e o incapaz, desde que autorizado legalmente. Não sendo possível ou inexistindo interesse destes ou do(s) sócio(s) remanescente(s) na continuidade da sociedade, esta será liquidada após a apuração do Balanço Patrimonial na data do evento. O resultado positivo ou negativo será distribuído ou suportado pelos sócios na proporção de suas quotas.

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

CLÁUSULA XII - DA CESSÃO DE QUOTAS

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

CLÁUSULA XIII - DA RESPONSABILIDADE

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

CLÁUSULA XIV - PORTE EMPRESARIAL

O sócio declara que a sociedade se enquadra como Microempresa - ME, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, e que não se enquadra em qualquer das hipóteses de exclusão relacionadas no § 4º do art. 3º da mencionada lei. (art. 3º, I, LC nº 123, de 2006)

CLÁUSULA XV - DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Toledo - PR, para qualquer ação fundada neste contrato, renunciando-se a qualquer outro por muito especial que seja.

E por estarem em perfeito acordo, em tudo que neste instrumento particular foi lavrado, obrigam-se a cumprir o presente ato constitutivo, e assinam o presente instrumento em uma única via que será destinada ao registro e arquivamento na Junta Comercial do Estado do Paraná.

Campo Mourão - PR, 16 de junho de 2023

TATIANA FERRI RIBEIRO
Sócio/Administrador



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa FERRI PSICOLOGIA LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
08087191900	TATIANA FERRI RIBEIRO



CERTIFICO O REGISTRO EM 16/06/2023 11:13 SOB Nº 20234047992.
PROTOCOLO: 234047992 DE 16/06/2023.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12308951098. CNPJ DA SEDE: 49934381000175.
NIRE: 41211421051. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 16/06/2023.
FERRI PSICOLOGIA LTDA

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 12.327.557-8



POLEGAR DIREITO



Tatiana Lúcia Ribeiro

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Caligrafia Banknote

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **12.327.557-8**

DATA DE EXPEDIÇÃO: 13/09/2007

NOME: **TATIANA FERRI RIBEIRO**

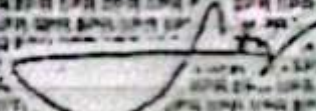
FILIAÇÃO: MIGUEL FERNANDES RIBEIRO
ROSALINA FERRI RIBEIRO

NATURALIDADE: CAMPO MOURÃO/PR

DATA DE NASCIMENTO: 08/06/1993

DOC. ORIGEM: COMARCA=CAMPO MOURÃO/PR, IRETAMA
C.NASC=15247, LIVRO=39A, FOLHA=18

CURITIBA/PR


LUIZ FERNANDO V. ARTIGAS
DIRETOR - RPR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

É PROIBIDO PLASTIFICAR



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

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

CMC 26805	NÚMERO DO ALVARÁ 138/2023
EXERCÍCIO 2024	DATA DE VALIDADE 28/03/2025

ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO

NOME / RAZÃO SOCIAL
612253368 - FERRI PSICOLOGIA LTDA

NOME FANTASIA / SOBRENOME
AVALIARE NUCLEO DE AVALIACAO E INTERVENCAO PSICOLOGICA

LOGRADOURO
RUA SAO JOSAFAT

NÚMERO
1349

COMPLEMENTO
SALA 801

CEP
87.302-170

BAIRRO
CENTRO

MUNICÍPIO
Campo Mourão

ESTADO
PR

CFP / CNPJ
49.934.381/0001-75

RG / INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA INÍCIO ATIVIDADE
14/03/2023

ATIVIDADE(S) PRINCIPAL(IS)

0086.3/05.03 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

0086.4/02.99 Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica não especificadas anteriormente

0086.5/00.03 Atividades de psicologia e psicanálise

0086.5/00.04 Atividades de fisioterapia

0086.5/00.05 Atividades de terapia ocupacional

0086.5/00.06 Atividades de fonoaudiologia

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

RESTRIÇÃO COMPLEMENTAR

CONTADOR / CONTABILIDADE RESPONSÁVEL
LUCAS V WALKER CONTABILIDADE E SERVICOS

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

Restrições

CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO DO CORPO DE BOMBEIRO VÁLIDO ATÉ 28/03/2025.

CAMPO MOURÃO/PR, 14/06/2024

VALIDAÇÃO

MANTER EM LOCAL VISÍVEL AO PÚBLICO



OBSERVAÇÕES / INFORMES

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



Assinado digitalmente por:
ADRIANO DE OLIVEIRA DEL CANALE

assinado: 039.951.839-80
digitalmente: 14/06/2024 14:27:07



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO
MOURÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ALVARÁ SANITÁRIO

Número 89/2024

Nome Fantasia: Avaliare Núcleo de Avaliação e Intervenção Psicológica

Razão Social: FERRI PSICOLOGIA LTDA

CNPJ: 49.934.381/0001-75

Inscrição Municipal:

Atividade (s) Licenciada (s): **8650-0/03** - Atividades de psicologia e psicanálise, **8650-0/05** - Atividades de terapia ocupacional, **8630-5/03** - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas, **8640-2/99** - Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica não especificadas anteriormente, **8650-0/06** - Atividades de fonoaudiologia, **8650-0/04** - Atividades de fisioterapia

Município: Campo Mourão **Endereço:** RUA São Josafat, 1349, , Centro

CEP: 87302170

Local e data: Campo Mourão, quarta, 14 de fevereiro de 2024

Data de Vencimento: sexta, 14 de fevereiro de 2025

CAMILA KRAVICZ CORCHAK
Secretaria Municipal de Saúde

Observação

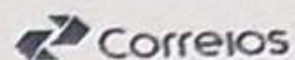
Código de Autenticidade: **245PEF3HV7**

EMITIDO PELO FUNCIONÁRIO ADRIANA LIKES PEREIRA CHIROLI

Esse documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial



Carta
9912635036/2024 SE/PR
MUNICIPIO C. MOURÃO



DESTINATÁRIO:

CÓDIGO DO CONTRIBUINTE: 612253368

CONTRIBUINTE: FERRI PSICOLOGIA LTDA

ENDEREÇO: RUA SAO JOSAFAT, 1349, CENTRO

CEP: 87.302-170 - PR

Identificação do Contribuinte - CNPJ Matriz

CNPJ: **49.934.381/0001-75**

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

Nome Empresarial: **FERRI PSICOLOGIA LTDA**

Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **Optante pelo Simples Nacional desde 14/03/2023**

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

+ Mais informações

VoltarGerar PDF

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

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 49.934.381/0001-75
Razão Social: FERRI PSICOLOGIA LTDA
Endereço: R SAO JOSAFAT 1349 / CENTRO / CAMPO MOURAO / PR / 87302-170

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: 25/06/2024 a 24/07/2024

Certificação Número: 2024062518406059543998

Informação obtida em 11/07/2024 15:31:40

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



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

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Protocolo:	N. Certidão: 29165/2024
Contribuinte: FERRI PSICOLOGIA LTDA	
CPF: 49.934.381/0001-75	RG:
Endereço: RUA SAO JOSAFAT, nº 1349	
Bairro: CENTRO	
Complemento: SALA 801	Ponto de Referência:
Requerente:	
Cód. Contrib.: 612253368	Validade: 22/07/2024

[FINALIDADE]

PARA FINS DIVERSOS

[OBSERVAÇÕES]

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

CAMPO MOURÃO/PR, 21 de junho de 2024.

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



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

Certidão Negativa

de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual

Nº 033847764-29

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **49.934.381/0001-75**

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 19/10/2024 - Fornecimento Gratuito

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via Internet

www.fazenda.pr.gov.br



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

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

Nome: FERRI PSICOLOGIA LTDA
CNPJ: 49.934.381/0001-75

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 16:44:35 do dia 21/06/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 18/12/2024.

Código de controle da certidão: **3C52.17F6.4F70.4C09**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: FERRI PSICOLOGIA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 49.934.381/0001-75

Certidão nº: 43842582/2024

Expedição: 21/06/2024, às 10:05:06

Validade: 18/12/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **FERRI PSICOLOGIA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **49.934.381/0001-75**, **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.

Certificado

O Diretor Geral da **Faculdade Unina**, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Pós Graduação “Lato Sensu” em **ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA AO AUTISMO (ABA) - 400h**, consoante nos termos da Resolução n. 1 de 6 de abril de 2018, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, outorga a **DENISE RODRIGUES FONSECA MARÇAL**, portadora do **R.G. 9.187.018-5 SESP-PR** o presente Certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Curitiba, 23 de março de 2023


DIRETOR GERAL
VAGNER CAUNETO
03340760993


DENISE RODRIGUES FONSECA MARÇAL

COORDENAÇÃO DE PÓS GRADUAÇÃO
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO LATO SENSU EM ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA AO AUTISMO (ABA)

FACULDADE UNINA
 Portaria de Recredenciamento Nº 1327 de 17/11/2016 do MEC-DOU 18/11/2016
 Portaria de Credenciamento EAD Nº 213 de 03/02/2017 do MEC-DOU
 06/02/2017
 CEP: 82520-590 - Curitiba - Paraná - Telefone: (41) 3123 9000

Nome: DENISE RODRIGUES FONSECA MARÇAL		Nacionalidade: Brasileira	Natural: Roraima-PR				
RG: 9.187.018-5		Órgão Expedidor: SESP-PR	Data de Nascimento: 03/11/1986				
Graduada no curso de Letras							
Disciplina	Ministrante		Titulação	C/H	Nota	Frequência	Situação
METODOLOGIA CIENTÍFICA	RODRIGO SOUZA DA COSTA		DOCTOR(A)	10,00	7,0	100%	Aprovada
PRÁTICAS PEDAGÓGICAS PARA ESTUDANTES COM TEA	ELIANA NUNES MACIEL BASTOS		ESPECIALISTA	30,00	9,4	100%	Aprovada
LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS	LETÍCIA RIBEIRO GUEBUR		ESPECIALISTA	30,00	9,5	100%	Aprovada
A INCLUSÃO SOCIAL E EDUCACIONAL DE PESSOAS COM NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS (NEE)	ROBERTA PAYE BARA		DOCTOR(A)	30,00	8,8	100%	Aprovada
TECNOLOGIAS ASSISTIVAS, COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA E AUMENTATIVA	RENATA BURGO FEDATO		MESTRE	30,00	10,0	100%	Aprovada
NEUROCIÊNCIAS E A FORMAÇÃO DA APRENDIZAGEM: FUNÇÕES EXECUTIVAS E TEORIA DA MENTE	ANA REGINA CAMINHA BRAGA		MESTRE	30,00	9,4	100%	Aprovada
HISTÓRICO, BASES CONCEITUAIS E IDENTIFICAÇÃO, AS DIFERENTES COMPREENSÕES DOS TEA	WILLYANS MACIEL		MESTRE	30,00	8,4	100%	Aprovada
PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL, COMUNICATIVA, PSICOMOTORA E SENSORIAL JUNTO A ESTUDANTES COM TEA	VIVIANE POSSA PATRICIO		ESPECIALISTA	30,00	10,0	100%	Aprovada
MÉTODOS, PROGRAMAS E TÉCNICAS EDUCACIONAIS PARA ATENDIMENTO DE ESTUDANTES COM TGD	ROSANA MARIA NELLO DA CRUZ GEESDORF		ESPECIALISTA	30,00	10,0	100%	Aprovada
A ESCOLA INCLUSIVA E SEU DIFERENCIAL NO ATENDIMENTO DE ESTUDANTES COM TEA	WILLYANS MACIEL		MESTRE	30,00	9,2	100%	Aprovada
ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO (AEE) E SALA DE RECURSOS MULTIFUNCIONAIS (SRM)	LILIANE ASSUMPTÃO OLIVEIRA		ESPECIALISTA	30,00	10,0	100%	Aprovada
TÉCNICAS DE ANÁLISE E AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO AUTISTA	PAULA MARIA FERREIRA DE FARIA		MESTRE	30,00	7,0	100%	Aprovada
AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA: INICIAIS E COMPLEMENTARES	ANDRÉIA ALVES CORREA		MESTRE	30,00	9,2	100%	Aprovada
COMPORTAMENTOS DISRUPTIVOS E APRENDIZAGEM PELAS CONSEQUÊNCIAS	ANDRÉIA ALVES CORREA		MESTRE	30,00	9,4	100%	Aprovada
O curso foi realizado no período: 14 de setembro de 2022 à 23 de janeiro de 2023		Data de conclusão: 23 de janeiro de 2023			Data de emissão: 23 de março de 2023		
Critério de avaliação: Aprovado: de 7,0 a 10,0 (Regular) Aprovado*: 5,0 a 10,0 (Exame) - Frequência mínima: 75%		Este curso obedeceu as disposições da Resolução nº 1 de 06 de abril de 2018, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação					

Faculdade Unina

Certificado Registrado sob o nº 45, no livro nº 646, folha 45 no livro eletrônico de registro de certificados de cursos de Pós-Graduação Lato Sensu, em nível de Especialização da Faculdade Unina.

Conforme autorização do curso CAS PORTARIA Nº 009/2020 de 21 de janeiro de 2020.

Este documento está assinado digitalmente de acordo com o artigo 10 da medida provisória 2200-2 de 24/08/2014


 DIRETOR GERAL
 VAGNER CAUNETO
 03140760993



UNINA - UNIVERSIDADE DE NOVA BRASÍLIA



CENTRO UNIVERSITÁRIO LEONARDO DA VINCI
Recredenciado pela PORTARIA Nº 499, de 12 de junho de 2013 (DOU 13/06/2013).



Certificamos que **Denise Rodrigues Fonseca**, CPF 056.407.529-98, concluiu com êxito o curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em

Educação Especial Inclusiva,

promovido pelo CENTRO UNIVERSITÁRIO LEONARDO DA VINCI em convênio com a SOCIEDADE DE PÓS-GRADUAÇÃO, no período de *14 de fevereiro de 2015 a 28 de agosto de 2015*, totalizando 440 horas.

Indaial, 30 de setembro de 2015.



Prof. MSc. Carlos Fabiano Fistarol
Pró-Reitor de Pós-Graduação



Denise Rodrigues Fonseca
Titulada

Curso de Especialização em Educação Especial Inclusiva
Histórico Escolar de Denise Rodrigues Fonseca

Disciplina	Professor-Autor	Titulação	C.	Frequência	Conceito
Educação a Distância e Métodos de Autoaprendizado	Janes Fidélis Tomelin	Mestrado	40	F/S	B
Metodologia do Ensino Superior	Manoel Jose Fonseca Rocha	Mestrado	40	F/S	B
Metodologia do Trabalho Científico	Renata Silva	Mestrado	40	F/S	A
Competências Profissionais no Mundo Moderno	Carlos Fabiano Fistarol	Mestrado	40	F/S	A
Estruturas Curriculares - Inter e Transdisciplinaridade	Verônica Gesser	Doutorado	40	F/S	C
Educação Especial e Inclusão Escolar	Ana Paula Fischer Hort	Mestrado	40	F/S	A
Deficiência Mental	Marina Cruz Krepsky	Mestrado	40	F/S	C
Deficiência Física	Silvana Mara Pereira	Mestrado	40	F/S	B
Deficiência Visual	Carolina dos Santos Maiola	Mestrado	40	F/S	B
Deficiência Auditiva e Libras	Ana Regina e Souza Campello	Doutorado	40	F/S	A
Monografia/TCC	Norberto Siegel	Mestrado	40	F/S	A
Total de Horas:			440		

Monografia/TCC : INCLUSÃO ESCOLAR E A AFETIVIDADE POSITIVA
Conceito : A

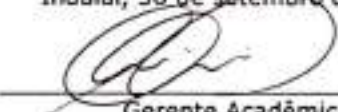
CENTRO UNIVERSITÁRIO LEONARDO DA VINCI

Gerência Acadêmica / Registro de Diplomas

O presente curso cumpriu as disposições da resolução Nº1, de 8 de junho de 2007.

Registro nº 110, livro D-120, folha nº 110.

Indaial, 30 de setembro de 2015.


 Gerente Acadêmica





**FACULDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS E LETRAS
DE CAMPO MOURÃO
PARANÁ**



O Diretor da Faculdade Estadual de Ciências e Letras de Campo Mourão,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão em 20 de dezembro de
2012, do Curso de Graduação em Letras e a colação de grau em
06 de fevereiro de 2013, confere o título de
LICENCIADA EM LETRAS a

Denise Rodrigues Fonseca Marçal,

brasileira, natural do Estado do Paraná,
nascida a 03 de novembro 1986, RG 9.187.018-5 – PR
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os
direitos e prerrogativas legais.

Campo Mourão, 18 de abril de 2013.


Prof. Eder Rogério Stela
Diretor


Diplomada


Neusa Ariaco Coppola
Diretora de Controle Acadêmico

LETRAS – LICENCIATURA PLENA
Curso reconhecido pelo Decreto nº 2158
de 26/07/2011, publicada no D.O.E. em
26/07/2011.

FACULDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS
E LETRAS DE CAMPO MOURÃO

APOSTILA

O portador do presente diploma concluiu
a habilitação em Português e Inglês
com as respectivas Literaturas (Plena).

Campo Mourão, 18 / 04 / 2013.


Eder Rogério Stela
Diretor


Neusa Linaco Coppola
Diretora de Controle Acadêmico

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

Diploma registrado sob nº 110868
Livro DEV-162 Folha 280
de acordo com o Art. 48, da Lei nº 9.394 de
20/12/96 e Ato Executivo nº 20/99 de 20/05/99
do Reitor da Universidade Estadual de Londrina.
Londrina, 04.12.2013


Prof. Dr. Ludovino Camascia dos Santos
Pró-Reitor de Graduação
DEL/PROGRAD

Centro Universitário Barão de Mauá



Certificado

A Reitora do Centro Universitário Barão de Mauá de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, de acordo com Inciso II - artigo 9º do Regimento deste Estabelecimento de Ensino Superior, combinado o Inciso III - artigo 44 da Lei 9394, de 20 de dezembro de 1996 e com a Resolução número 04/2007 do Conselho Nacional de Educação, e demais normas vigentes, Certifica que

Denise Rodrigues Fonseca Marçal

concluiu o curso de Pós-Graduação "Lato Sensu" em Libras, na área de Educação, num total de 424 horas.

Ribeirão Preto, 7 de junho de 2016


Bel. Omar Anselmo Júnior
Secretário Geral
RG. nº 13.593.695-SP


Profa. Dra. Joyce Maria Worschech Gabrêlli
Pró-Reitora de Pós-Grad., Ext e Inic. Cient.
RG. nº 7.548.586-SP


Profa. Dra. Dulce Maria Pamplona Guimarães
Reitora
RG. nº 3.815.677-SP

HISTÓRICO ESCOLAR - DENISE RODRIGUES FONSECA MARÇAL - RG. 9.187.018-5/PR

DISCIPLINA	MÉDIA	CH	DOCENTE RESPONSÁVEL	TITULAÇÃO
ASPECTOS LINGÜÍSTICOS DA LIBRAS	7,5	30	CRISTIANE SEIMETZ RODRIGUES	Mestre
DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM DE ALUNOS SURDOS: COGNITIVO, AFETIVO E SOCIAL	9,0	30	CLAUDIA MARA PADILHA MUNIERI	Especialista
DIVERSIDADE NA APRENDIZAGEM DAS PESSOAS PORTADORAS DE NECESSIDADES ESPECIAIS	8,5	45	MÁRCIA MARIA STIVAL	Doutora
FORMAÇÃO DOCENTE PARA A DIVERSIDADE	8,5	30	TANIA MARA FANTINATO	Mestre
FUNDAMENTOS HISTÓRICOS, BIOLÓGICOS E LEGAIS DA SURDEZ	6,0	30	LILIANE ASSUMÇÃO OLIVEIRA	Mestre
FUNDAMENTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DA INCLUSÃO	10,0	60	SOLANGE MENEZES DA SILVA DEMETERCO	Doutora
INTÉRPRETE DE LIBRAS	9,5	30	CRISTIANE SEIMETZ RODRIGUES	Mestre
LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A DIVERSIDADE	8,0	40	MONICA CECILIA GONÇALVES CONDESSA FRANKÉ	Mestre
LETRAMENTO EM LIBRAS I	10,0	30	SUELI DE FÁTIMA FERNANDES	Doutora
LETRAMENTO EM LIBRAS II	9,0	30	SUELI DE FÁTIMA FERNANDES	Doutora
METODOLOGIA DA PESQUISA E DO TRABALHO CIENTÍFICO	8,5	36	KARIME SMARA BARBOSA RODRIGUES	Mestre
MÚLTIPLAS COMPETÊNCIAS PARA OS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO	7,0	30	JOSEMARY MORASTONI	Mestre

Total da Carga Horária do Curso	421	Período de realização do Curso	6 de junho de 2015 à 6 de fevereiro de 2016
Foram cumpridas todas as disposições da Resolução nº 01 de 08/06/2007 do Conselho Nacional de Educação.		Título TCC	DEFICIENTE AUDITIVO NO ENSINO FUNDAMENTAL
		Conceito TCC	S (suficiente)

Ribeirão Preto, 7 de junho de 2016

Bel. Omar Anselmo Júnior
Secretário Geral
RG. 13.593.895-SP

SANEPAR

Companhia de Saneamento do Paraná

Endereço: Rua Engenheiro
CEP 80.215-900 Curitiba
CNPJ/MF 76.484.013/000-1
Inscrição Estadual 101.8040
Internet: www.sanepar.com.br

CONTA

FONE SANEPAR: 0800

NOME DO CLIENTE
DENISE RODRIGUES FONSECA

MATRÍCULA
3222

ENDEREÇO
R S CATARINA
Q102 LT8R

NÚMERO
160

Nº LADO

CEP
87.280-000

LOCAL
IRETAMA

ROTEIRO DE LEITURA
125-17-09-037-35610

HIDRÔMETRO
Y20FA0177044-4-1

CAT - RES - COM - IND -
011 001 - -

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA	Turbidez	Cor	Cloro	Flocos	Outros
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	10	10	10	0	10
Nº Amostras Realizadas	12	12	12	12	13
Nº em Conformidade com a Legislação	12	12	12	12	13

se atenderam a legislação

CONDICIONADO AS OBSERVAÇÕES CONSTANTES NO VÉRTICE

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO
PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO

SERVÇOS SERVICOS LANÇADOS

PREFEITURAS(S)

SAN

20 - 70

FAIXAS DE CONSUMO

VOLUME

VALOR MENS
ÁGUA

TOTALS

De 11 a 15m3

1,56
0,63

ÁGUA
00,42
7,00
17,36

HISTÓRICO DE CONSUMOS

07/23	08/23	09/23	10/23	11/23	12/23	01/24	02/24	03/24	04/24
19	20	24	22	23	22	22	23	26	24

DIAS DE CONSUMO DATA LEITURA LEITURA ANTERIOR LEITURA ATUAL

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDILOGIA
CARTÃO DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

VALE COMO DOCUMENTO DE IDENTIDADE E TEM FÉ PÚBLICA

Art. 1º da Lei nº 6.206 de 7 de maio de 1975



Nome

DENISE RODRIGUES FONSECA MARÇAL



Inscrição Nº
12377

Expedida em
19/09/2023

Região

003 - Conselho Regional de Fonoaudiologia 3ª região

CPF

056.407.529-98

Registro Geral - Nº

9.187.018-5

CRFa
3ª Região

Denise Rodrigues Fonseca Marçal

Assinatura do Portador



F. 1. 1. 1.

RONALDO FONSECA

de

JUDITE R BAS RODRIGUES FONSECA

Nacionalidade
BRASILEIRA

Naturalidade
RO CADOR-PR

Data de Nascimento
03/11/1986

CELSON LUIZ G S SANTOS JUNIOR
PRESIDENTE

[Handwritten signature]



32012-03

PR



CASA DA MOEDA DO BRASIL



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

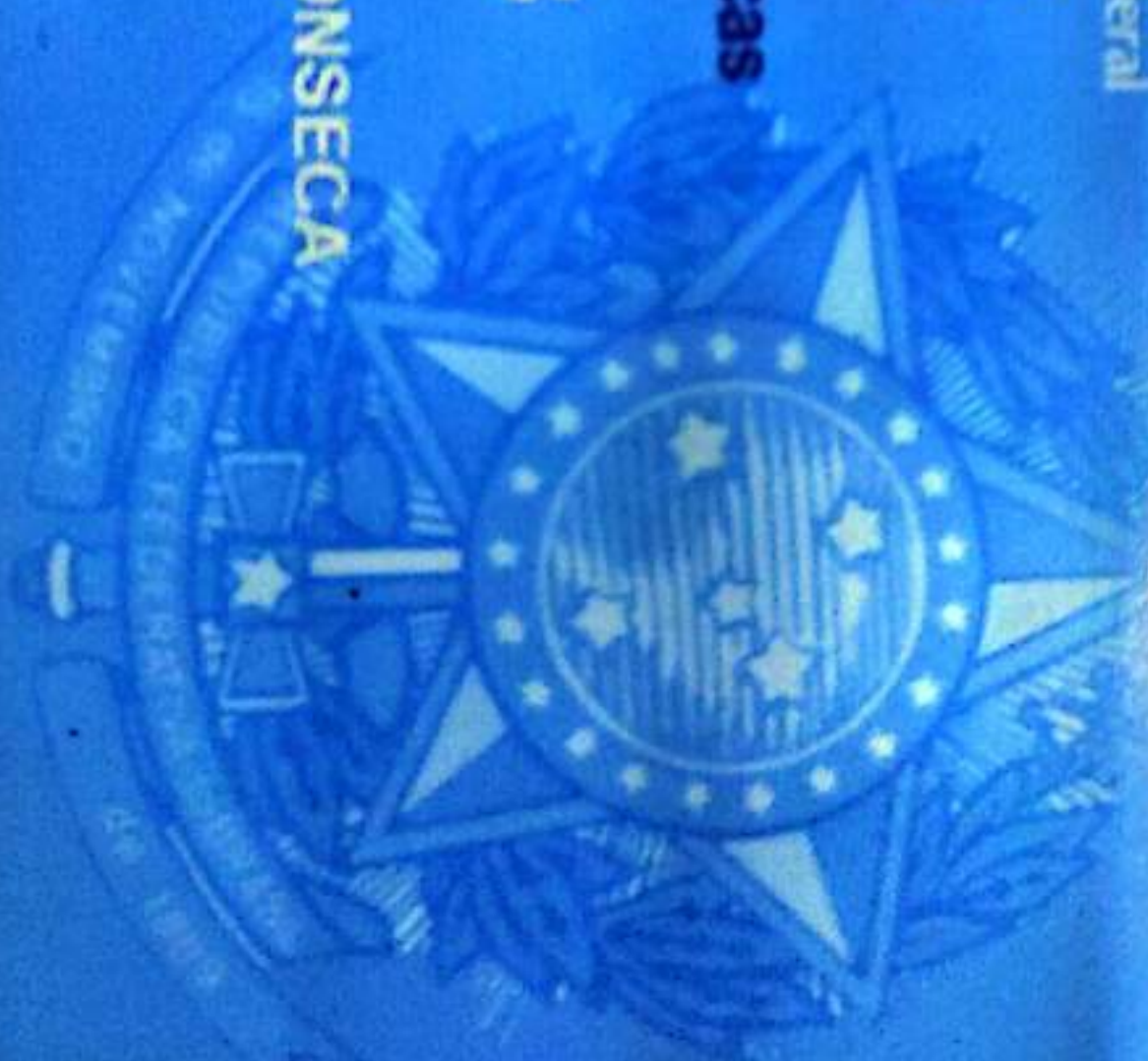
056.407.529-98

Nome

DENISE RODRIGUES FONSECA

Nascimento

03/11/1986





O Reitor da Uningá - Centro Universitário Ingá,
no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão em 26 de Julho de 2023, do Curso de Graduação em Fonoaudiologia
e a colação de grau em 10 de Agosto de 2023, confere o título de

Bacharela em Fonoaudiologia

a

Denise Rodrigues Fonseca Marçal,

brasileira, natural do Estado de Paraná,
nascida em 03 de Novembro de 1986, RG 9.187.018-5 - IIPR

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

Maringá, 10 de Agosto de 2023.

Prof. Me. Roberto Cezar de Oliveira

Reitor

Denise Rodrigues Fonseca Marçal

Diplomada

Profa. Me. Gisele Colombari Gomes

Pró-Reitora



UNINGÁ - CENTRO UNIVERSITÁRIO INGÁ

PRÓ-REITORIA

DIVISÃO DE REGISTRO DE DIPLOMAS

Instituição de Ensino Superior credenciada pela Portaria do Ministério da Educação Nº 776, de 22/07/2016, publicada no D.O.U Nº 141 de 25/07/2016.

Curso de Graduação em Fonoaudiologia - Bacharelado

Reconhecido pela Portaria nº 42 do Ministério da Educação em 31/03/2023, D.O.U de 03/04/2023

seção 1, página 25 e pela Portaria nº 1095 de 25/10/2018

D.O.U de 26/10/2018 seção 1 página 32.

Diploma registrado em conformidade do Decreto Nº 9.235, de 15/12/2017.

Maria Cristina de Castro Gobbi Marques
Departamento de Documentos Controlados
Portaria nº63 de 03/07/2018



1430.1430.5cfede90a948

DENISE RODRIGUES FONSECA MARÇAL

(44) 9 9843-5574

PSITATIANAFERRI@GMAIL.COM

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

NOME
DENISE RODRIGUES FONSECA MARÇAL

FILIAÇÃO
RONALDO FONSECA
JUDITE RIBAS RODRIGUES FONSECA

DATA NASCIMENTO **NATURALIDADE** **TS/FRH**
03/11/1986 **RONCADOR/PR** **O-**

ÓRGÃO EXPEDIDOR
IPR

Denise Rodrigues Fonseca Marçal
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF **056.407.529-98** **DATA DE EXPEDIÇÃO** **21/02/2020**
REGISTRO GERAL **9.187.018-5**
REGISTRO CIVIL
C.CAS=081992.01.55.2011.2.00017.192.0004146-14

T. ELEITOR	CTPS	SÉRIE	UF	POLEGAR DIREITO
0852 0468 0647	5564806	1	PR	

NIS/PIS/PASEP
129.74790.52-8

CNH **CNS**
05335203525 **705.6014.1555.6717**

Marcus Vinicius da Costa Michelotto
ASSINATURA DO DIRETOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÃO PLASTIFIQUE

Sistema Único de Saúde

DENISE RODRIGUES FONSECA

Data Nasc.: 03/11/1986

Sexo: F

705 6014 1555 6717



DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.

SUS

Certificado

Certificamos que Mariana Grecco Rodrigues

Participou do Curso “**Avaliação Motora em Crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**”, ministrado pela Fisioterapeuta Elem Marta Torello, promovido pela Ludens Cursos na cidade de Campinas - SP, realizado nos dias 13 de maio de 2023 (sábado), com carga horária de 06 horas.

Campinas, 13 de maio de 2023



Elem Marta Torello

Fisioterapeuta - CREFITO-3/17946-F



REGISTRO LC
AVMOTTEA.2023.043.206

Avaliação Motora em Crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)

O transtorno do espectro autista (TEA) é uma disfunção, cuja incidência aumentou de forma extremamente significativa no mundo. Atualmente é 1 para cada 58 crianças, segundo informações do CDC-USA, 2020). Dentre as disfunções apresentadas no TEA, estão a dificuldade na comunicação, socialização, disfunções sensoriais e motoras, resultando na alteração da funcionalidade e das condições osteomioarticulares. Cada vez mais os profissionais que atuam nas disfunções motoras (Fisioterapeuta, Educador Físico, Terapeuta Ocupacional) tem recebido para tratamento crianças dentro do espectro autista, fazendo com que estes profissionais desenvolvam metodologias e tenham um olhar diferenciado sobre a execução dos movimentos nestes pacientes. Para uma avaliação minuciosa e clara, quanto as reais condições motoras, considerando os pontos fortes e fracos, se faz necessário um conhecimento de como abordar está criança, como tocar e como conduzir suas ações para que ela seja capaz de demonstrar suas reais habilidades e defasagens. Este curso tem como objetivo capacitar os profissionais para uma avaliação eficaz à ponto de estimular o raciocínio clínico, traçando assim objetivos claros e mensuráveis dentro das respectivas áreas. Como objetivo, este curso busca fornecer conhecimento teórico sobre o transtorno do espectro autista (TEA); Desenvolver no profissional a capacidade para lidar com as diferentes disfunções apresentadas pela criança com autismo durante a avaliação; Desenvolver o olhar do profissional, através da metodologia do raciocínio clínico, para que ao final da avaliação os objetivos do tratamento sejam claros e mensuráveis.

Conteúdo programático:

- Autismo e evidências clínicas
 - Etiologia
 - Incidência
 - Fisiopatologia
 - Características clínicas
- Disfunções neuro sensório motoras no TEA
- Planejamento motor e execução motora
- Estrutura de raciocínio clínico
- Metodologia para desenvolvimento de objetivos de tratamento



CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE CURSO

CERTIFICAMOS QUE

MARIANA GRECCO

Concluiu com êxito o curso remoto e síncrono de **MANEJO DE COMPORTAMENTO EM AUTISMO**, com o professor Me. Tiago Florêncio, nos dias 8 e 9 de maio de 2021, com carga horária de 20 horas.

Lucelmo Lacerda de Brito

Natalie Brito Araripe

Aída Teresa dos Santos
Brito

Diretor

Observação: o evento acadêmico em questão se trata de curso livre, não habilitando tecnicamente o participante para realizar supervisões profissionais na área.

REGISTRO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ALUNO	CURSO	CÓDIGO
MARIANA GRECCO	Manejo de Comportamento em Autismo	000491

INÍCIO	CONCLUSÃO	CARGA HORÁRIA	FREQUÊNCIA	MÉDIA FINAL
08/05/2021	09/05/2021	20 horas	100%	10.00

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

1. Comportamento
2. Avaliação funcional
3. Extinção
4. Reforçamento diferencial de comportamento alternativo - DRA (Treino de Comunicação Funcional, especialmente)
5. Reforçamento diferencial de taxa zero - DRO
6. Reforçamento não contingente - NCR
7. Automonitoramento
8. Links das aulas e do Telegram

REGISTRO

Diretor(a)

Lucelmo Lacerda



lunaaba.eadplataforma.com

LUNA
EDUCAÇÃO



Universidade Estadual de Campinas

A Escola de Extensão da Universidade Estadual de Campinas certifica que

Mariana Grecco Rodrigues

brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida a 27 de Fevereiro de 1996, RG: 10921276-8-PR, concluiu em 28/03/2020 o Curso de Especialização - Modalidade Extensão Universitária em

Reabilitação Aplicada a Neurologia Infantil

ministrado pela Faculdade de Ciências Médicas, com carga horária total de 364 horas de Aulas Teóricas.

Cidade Universitária "Zeferino Vaz", 03 de Agosto de 2023

Fernandy Ewerardy de Souza
Diretor Acadêmico

Guilherme José de Castilho
Coordenador da Escola de Extensão

Fernando Antônio Santos Coelho
Pró-Reitor de Extensão e Cultura

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Endereço: Cidade Universitária "Zeferino Vaz" - Distrito de Barão Geraldo - CEP: 13083-970 - Campinas - SP
Reconhecida pelo Decreto Federal nº: 78531 de 04/10/1976 e reconhecida pela Portaria CEE/GP nº 407, de 14/10/2013

http://www.extecamp.unicamp.br/validacert_novo.asp
9be578a7a744416f81bb82a547d7112b



HISTÓRICO ESCOLAR

Mariana Grecco Rodrigues

RA: 2019611333

RG: 10921276-8-PR

Curso de Especialização - Mod. Extensão Universitária em Reabilitação Aplicada a Neurologia Infantil

Ingresso: 12/04/2019

Conclusão: 28/03/2020

Nome da Disciplina	Data da Realização	Professor(a) Responsável	Média	CH	SIT
Reabilitação Aplicada a Neurologia Infantil	12/04/2019 a 28/03/2020	Doutora Sylvia Maria Ciasca	7,22	364	APR

CH = Carga Horária / **SIT** = Situação / **FRQ** = Frequência / **APR** = Aprovado / **CNV** = Convalidado / **REP** = Reprovado / **APE** = Aproveitamento de Estudos

Cidade Universitária "Zeferino Vaz", 03 de Agosto de 2023.

Fernandy Ewerardy de Souza
Diretor Acadêmico

Responsável pela Iluminação Pública: Município 4435253833

Classificação:
B3 Comercial, Servicos, Outras Atividades / Ativ de F

Tipo de Fornecimento:
Trifasico /50A

**DATAS DE
LEITURAS**

Leitura anterior
09/05/2024

Leitura atual
10/06/2024

Nº de dias
32

Próxima Leitura
10/07/2024

Nome: MARIANA GRECCO RODRIGUES

Endereço: R Sao Josafat, 1349 - Cm 02 Sala 501
Edif Adhara - Centro
CEP: 87301-095
Cidade: Campo Mourao - Estado: PR
CPF: ***.***.69-11

UNIDADE CONSUMIDORA

105747947



NOTA FISCAL No. 105987839 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 11/06/2024

Consulte Chave de Acesso em:
<https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/NF3eConsulta?wsdl>
Chave de Acesso
4124 0604 3688 9800 0106 6600 3105 9878 3910 5160 1940
Protocolo de Autorização: 1412400028619460 - 11/06/2024 às 07:49:49-03:00

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
06/2024	01/07/2024	R\$84,88

Item de fatura	Unid.	Quant.	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	RS/ COFINS	ICMS	Tarifa util. (R\$)
ENERGIA ELET CONSUMO	kWh	100	0,394300	39,43	1,73	7,49	0,302140
ENERGIA ELET USO SISTEMA	kWh	100	0,428500	42,85	1,88	8,14	0,328370
MULTA POR ATRASO NO PAGAMENTO	UN	1	2,490000	2,49			
JUROS CONTA ANTERIOR	UN	1	0,080000	0,08			
ACRESCIMO MORATORIO	UN	1	0,030000	0,03			
TOTAL				84,88	3,61	15,63	

Item	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	82,28	19%	15,63
COFINS	66,63	4,4469%	2,96
PIS	66,63	0,9656%	0,65

HISTÓRICO DE CONSUMO / kWh

CONSUMO FATURADO

	Nº DIAS FAT.
JUN24	32
MAI24	30
ABR24	29
MAR24	32
FEV24	
JAN24	
DEZ23	
NOV23	
OUT23	
SET23	
AGO23	
JUL23	
JUN23	

Modelo	Combustível	Período	Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo	Consumo
0352842578	CONSUMO kWh	TP	6970	7060	1	90

Reservado ao Fisco

PERÍODO FISCAL: 11/06/2024

AB1D.691A.211D.5B35.BAB4.42D0.B373.587C

REAVISO DE VENCIMENTO

INCLUSO NA FATURA PIS R\$0,65 E COFINS R\$2,96 CONFORME RES. ANEEL 130/2005.
A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados à prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações.
Períodos Band.Tarif.: Verde:10/05-10/06

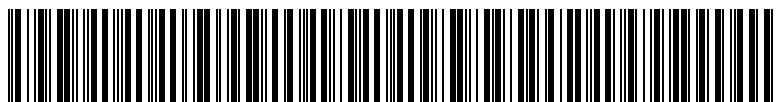
UNIDADE CONSUMIDORA	MÊS REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
105747947	06/2024	01/07/2024	R\$84,88



Número da fatura: FAT-01-20246535160194-4

PIX

836100000006 848801110000 001010202461 535160194044





COPEL

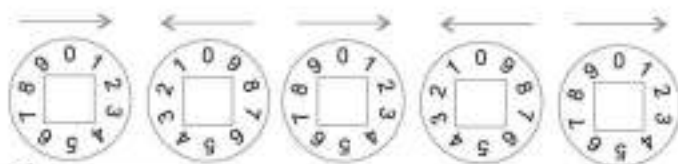
Pura Energia

Precisou da Copel? Manda um whats!  **41 3013-8973**

INFORMAÇÕES SUPLEMENTARES

As Informações Suplementares referentes a Histórico de pagamentos, Medição e faturamento, Composição de valores de tarifa, Juros multas e acréscimos, Indicadores de continuidade e limites aplicáveis, estão disponíveis para emissão em www.copel.com e nos canais de atendimento.

EM CASO DE DÚVIDAS, ANOTE AQUI A LEITURA DO MEDIDOR



No medidor de ponteiros, inicie a leitura da direita para a esquerda

DATA DA LEITURA __/__/__



Acesse a
Agência Virtual
da COPEL

Baixe o
Aplicativo
da COPEL



ANDROID



iOS

Copel: 0800 51 00 116
Site: www.copel.com
Ouvidoria Copel: 0800 64 70 606
Site: www.copel.com/ouvidoria

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167
Ligação gratuita de telefones fixos e móveis



Cuide bem do seu melhor amigo!
Prenda seu cão no dia da leitura.
Isso garante a segurança do nosso
pessoal e a sua tranquilidade.
(Lei nº 121/1999 Lei da Pomba Responsável)



MARIANA GRECCO RODRIGUES

R Sao Josafat, 1349 - Cm 02 Sala 501 Edif Adhara
Centro
CEP: 87301-095 - Campo Mourao - PR



DÉBITO AUTOMÁTICO

É SEGURO, FÁCIL E TRANSPARENTE.

Com o site copel.com, aplicativo, whatsapp e PIX Copel,
você vai ter tempo e energia sobra para curtir o seu dia.

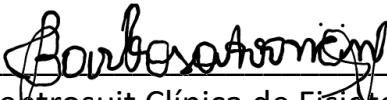
DÉBITO AUTOMÁTICO: É MAIS PRÁTICO E SEGURO!



Declaração

Declaramos para os devidos fins que a fisioterapeuta Mariana Grecco Rodrigues trabalhou na clínica Centrosuit, no período de 2020 a 2022, na especialidade de fisioterapia, dentro do setor comportamental, especificamente com crianças dentro do diagnóstico do TEA.

Reforçamos a excelência do trabalho, dos resultados e profissionalismo em todo atendimento.


Centrosuit Clínica de Fisioterapia
Juliana de Oliveira Barbosa Avancini
Responsável técnica
CREFITO-8/146174-F

MARIANA GRECCO RODRIGUES

(44) 9 9146-8090

MARIANAGRECCOR@GMAIL.COM



República Federativa do Brasil

Universidade Santa Cecília

Faculdade de Fisioterapia



A Reitora da Universidade Santa Cecília, no uso de suas atribuições legais e tendo em vista a colação de grau do Curso de Fisioterapia em 17 de dezembro de 2018, confere o título de

fisioterapeuta a

Mariana Grecco Rodrigues

brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida a 27 de fevereiro de 1990

R.G. n.º 10.021.270-8 - PR

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

Santos, 17 de dezembro de 2018


Prof. Dr. João Angelo Torres Pereira
Reitor - R.G. n.º 1.000.174


Mariana Grecco Rodrigues
Diplomada


Cristiane Greco Matti
Secretaria Geral - R.G. n.º 27.000.052

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO

FISIOTERAPEUTA

INSCRIÇÃO CREFITO - 276036-F

NOME

DRA. MARIANA GRECCO RODRIGUES

JOSÉ CARLOS RODRIGUES

FILIAÇÃO

VERA LÚCIA GRECCO RODRIGUES

CAMPO MOURÃO/PR

27/02/1996

LOCAL DO NASCIMENTO (CIDADE - ESTADO OU PAÍS)

DATA DO NASCIMENTO
18/02/2019

CURITIBA-PR

LOCAL DA EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

LEI Nº 6.206 - 07.05.75
LEI Nº 6.316 - 17.12.75

Dra. Elaine da Conceição Braga Valente
PRESIDENTE

IDENTIDADE CIVIL

10.921.276-8

13/09/2006

NÚMERO
IDENTIDADE ELEITORAL

DATA DE EMISSÃO

SESP/PR

ÓRGÃO EMISSOR
IDENTIDADE DO CONTRIBUINTE

105440940698

273º SP

NÚMERO

CIRCUNSCRIÇÃO ZONA

10264216911

INSCRIÇÃO NO DIC DO IAP

CORRIGIBLE

OUTRA QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL
(Nos casos de Faltas e/ou Tergas Ocupacionais)

ASSINATURA DO FISCADOR



POLEGAR DIREITO



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

RG: 10.921.276-8

POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

REGISTRO GERAL: 10.921.276-8 DATA DE EXPEDIÇÃO: 12/02/2019

NOME: MARIANA GRECCO RODRIGUES

FILIAÇÃO: JOSÉ CARLOS RODRIGUES
VERA LÚCIA GRECCO RODRIGUES

NATURALIDADE: CAMPO MOURÃO/PR DATA DE NASCIMENTO: 27/02/1998

DOC. (R)DEM: COMARCA-PENABR/PR, DA SEDE
C.RASC-11046, LIVRO-18A, FOLHA-81

CPF: 102.642.109-11

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DETENTOR
LEI Nº 7.116 DE 25/05/63

ASSINATURA DO DETENTOR
LEI Nº 7.116 DE 25/05/63



2º Tabelionato de Notas de Maringá

Av. Duque de Caxias, 881 - Fone: (44) 3220-1500 - Maringá-PR
Esta fotocópia é fiel do original. O referido é verdade e dou fé.

Maringá/PR

27 JAN. 2020

Em test^{da}
da verdade.

Tabelação	☐ MARCIA REGINA MORAES DE LIMA
DIDOT AUGUSTO RABELO DA ROCHA LOURES	☐ DIEU SANTOS DE ANDRADE
Tab. Substituta	☐ IZABELLE OLIVEIRA DA SILVA
☐ MARIA RIZZO DA ROCHA LOURES	☐ REBECA SILVA MUSSOUNI
Escriturantes Autorizados	☐ RAFAEL AUGUSTO BABATI GAVA
☐ MIRIAM NAKATANI TAKAKURA	

1001902178



10.341.175-4

10.341.175-4

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

20153071324 0004 1

MARIANA GRECO RODRIGUES

27/02/1996



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

ROGERIO MARCILIO DE OLIVEIRA

Nº de Inscrição

809044910-72

Data do Nascimento

05/10/73



Este documento é o comprovante de Inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS – CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura

Rogério Marcílio de Oliveira

ROGERIO MARCILIO DE OLIVEIRA

S
E
R
P
R
O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 08/02/97



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

NOME
ROGERIO MARCILIO DE
OLIVEIRA

CRM /UF
017850/PR



FILIAÇÃO
EPAMINONDAS LOPES DE
OLIVEIRA
REGINA CELIA MARCILIO DE
OLIVEIRA

DATA DE INSCRIÇÃO **VIA**
18/02/2000 1

Rogério Marcílio de Oliveira

ASSINATURA DO PORTADOR



CPF
809.044.910-72

RG / ÓRGÃO EMISSOR
5.326.672-0/SESP-PR

TÍTULO DE ELEITOR
54762670671

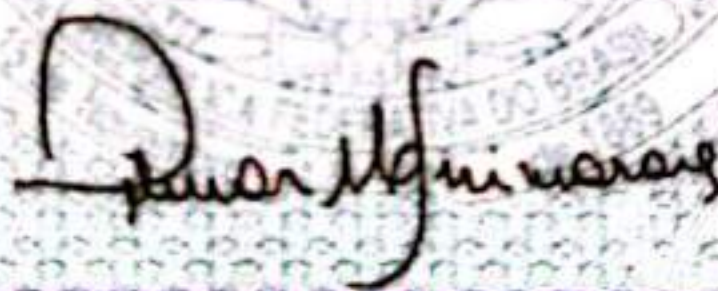
SEÇÃO
0045

DATA DE NASCIMENTO
05/10/1973

NATURALIDADE
MARINGÁ-PR

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
CURITIBA, 02/06/2017

0264653



ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER
EFEITO DE ACORDO COM A LEI 6.206/75.

Declaração de Experiência Profissional

A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Campo Mourão, inscrita no CNPJ 78.191.293/0001-29, por meio de seu representante legal, declara que o Dr. Rogerio Marcilio de Oliveira., CRM 17850, é colaborador(a) desta instituição desde 12/09/2016.

Durante seu período de atuação em nossa instituição, o Dr. Rogerio Marcilio de Oliveira tem desempenhado suas funções como psiquiatra com excelência e dedicação. Sua experiência profissional inclui atendimentos tanto na área de psiquiatria infantil quanto na psiquiatria adulto.

Campo Mourão, 09 de julho de 2024.



Recursos Humanos
Bruna Sávio Giroto

78.191.293/0001-29
ASS. DE PAIS E AMIGOS DOS
EXCEPCIONAIS DE CAMPO MOURÃO
RUA PROF ETHANIL B DE ASSIS, 461
JARDIM ANA ELISA
[CEP 87 303-270 CAMPO MOURÃO PR]



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

RECONHECIDA PELO DECRETO FEDERAL N.º 77.583, DE 11/06/1976, PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 12/06/1976

MARINGÁ — PARANÁ

O Reitor da Universidade Estadual de Maringá, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do curso de
GRADUAÇÃO EM MEDICINA
no ano letivo de 1996, confere o título de

Médico

Rogério Marcílio de Oliveira

— brasileiro, natural do Estado do Paraná,
nascido no dia 05 de outubro de 1973, portador
da carteira de identidade n.º 53266720-PR —

e considerando o reconhecimento do curso pela Portaria Ministerial n.º 871, de 21 de julho de 1995, publicada no Diário Oficial da União de 24 de julho de 1995, e o termo de colação de grau lavrado no dia 22 de fevereiro de 1997, outorga o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Luiz Antonio de Souza
Reitor

Maria Bonafide Gonçalves
Coordenadora do Colegiado de Curso

Maringá, 22 de fevereiro de 1997.

Etelvina Barreto Rodrigues Cochia
Diretora de Assuntos Acadêmicos

Rogério Marcílio de Oliveira
Diplomado



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
REITORIA
 Diretoria de Assuntos Acadêmicos
 Divisão de Registro de Diplomas

DIPLOMA REGISTRADO sob
 n.º 03/97 Livro RG-045
 Fls. 31 Processo 4193
 de acordo com o disposto no artigo 48, § 1º, da
 Lei 9.394, de 20-12-1996 e nos termos do artigo 2º
 da Portaria nº 71 - DAA/UEM, de 21-10-1977.
 Maringá, 24 de Janeiro de 1997.

[Assinatura]
Eduy Antônia de Souza
REITOR

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO
PARANÁ
SEÇÃO DE REGISTRO

Nº **92441**

Nesta data, a profissionalização foi registrada
 em Livro de Registro, em 17 de Janeiro de 1997.
 Em Maringá, 24 de Janeiro de 1997.

Assinatura: 03/03/98
[Assinatura]
Paula Licenelli
SECRETÁRIA
 Chefe de Seção de Registro de Profissionais

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DO PARANÁ

Médico inscrito nº 17.850
 Em [Assinatura]

DIL. L. M. BALLIM F. R.
Presidente

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO R. G. DO SUL

INSCRIÇÃO N.º 22.881
EM 15 / 06 / 97

[Assinatura]
SECRETÁRIO
 1º SECRETÁRIO GERAL



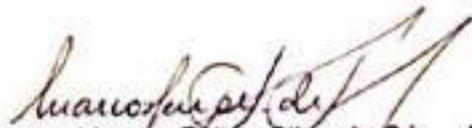
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Programa Credenciado pela CNRM/MEC Parecer nº 13/97 de 21/11/98

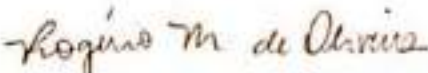
CERTIFICADO

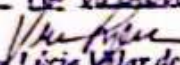
*Certificamos que o Dr. ROGÉRIO MARCÍLIO DE OLIVEIRA, CRM 92.441, SP, concluiu
Residência Médica na área de concentração **PSIQUIATRIA** no período de 01/02/98 a 31/01/00 a quem
conferimos o título de especialista, de acordo com a Lei 6.932, publicada no Diário Oficial em 09/07/81.*

Ribeirão Preto, 01 de fevereiro de 2000


Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá
Superintendente


Prof. Dr. Arthur Lopes Gonçalves
Coordenador do Programa


Dr. Rogério Marcílio de Oliveira

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA
 CERTIFICADO REGISTRO CNRM Nº 009229
 BRASILIA, 21 DE NOVEMBRO DE 2000

 Dr.ª Vera Lúcia Vilar de Araújo Benerra
 Secretária Executiva da CNRM

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de
 Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
REGISTRADO

LIVRO Nº	FOLHA Nº	Nº DE ORDEM
<u>01</u>	<u>112</u>	<u>3395</u>
<u>Shaimo</u>		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 5.326.672-0

POLEGAR DIRETO

Rogério Marcílio de Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 5.326.672-0 DATA DE EXPEDIÇÃO: 22/06/2011

NOME: **ROGERIO MARCILIO DE OLIVEIRA**

FILIAÇÃO: EPAMINONDAS LOPES DE OLIVEIRA
REGINA CELIA MARCILIO DE OLIVEIRA

NATURALIDADE: MARINGÁ/PR DATA DE NASCIMENTO: 05/10/1973

DOC. ORIGEM: COMARCA=MARINGÁ/PR, 1 OFÍCIO
C.CAS=14964, LVRO=1038, FOLHA=152

CURITIBA/PR

NEWTON TADEU ROCHA
DIRETOR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

É PROIBIDO PLASTIFICAR

Todas

BUSCAR



ROGERIO MARCILIO DE OLIVEIRA

CRM: 17850-PR
Data de Inscrição: 18/02/2000
Primeira inscrição na UF: 18/02/2000
Inscrição: Principal
Situação: Regular
Inscrições em outro estado: RS/22881 (Transferido), SP/92441 (Transferido)
Especialidades/Áreas de Atuação:
PSIQUIATRIA - RQE N°: 10204
Endereço: Exibição não autorizada pelo médico.
Telefone: Exibição não autorizada pelo médico.

Pág. 1

1 registros encontrados

Cartão do Usuário

SUS



Sistema
Único
de Saúde

Cartão Nacional de Saúde



**Saúde
Maringá**

ROGERIO MARCILIO DE OLIVEIRA

Sistema Único de Saúde

Código Usuário: 219425

Nome: ROGERIO MARCILIO DE OLIVEIRA

Data de Nascimento: 05/10/1973

Mãe: REGINA CELIA MARCILIO DE OLIVEIRA

RG: 53266720 Data expedição do RG: 22/06/2011

CPF: 80904491072

Número CNS: 700002237431803

DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.

Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL.





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

080.871.919-00

Nome

TATIANA FERRI FIBEIRO

Nascimento

08/06/1983







FACULDADE UNIÃO DE CAMPO MOURÃO
ESTADO DO PARANÁ



O Diretor da Faculdade União de Campo Mourão, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Psicologia, no ano letivo de 2019, expede o título de

Psicóloga

3

Tatiana Ferri Ribeiro

brasileira, natural do estado do Paraná, nascida em 09 de junho de 1993, portadora da cédula de Identidade RG 12.327.557-8 SSP/PR, e considerando o termo de Colação de Grau da turma no dia 19 de Julho de 2019, outorga o presente Diploma, além de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Campo Mourão, 20 de Agosto de 2019.

Sa. Dra. S. B. da Silva
Suzane Silva de Sousa
Secretária Acadêmica

Tatiana Ferri Ribeiro
Diplomada


Reginaldo Anhollek
Diretor Geral





Faculdade do Norte Novo de Apucarana

Instituição legalizada nº 3330042, inscrita no D.O.U. em 10/04/2013
CDEB - Centro de Ensino Superior de Apucarana



O Diretor da Faculdade do Norte Novo de Apucarana, Estado do Paraná, certifica que:

Tatiana Terri Ribeiro

Concluiu o Curso de PÓS - Graduação *Latex Senai* em "Neuropatologia", nesta instituição, no período de 25 de setembro de 2015 a 12 de dezembro de 2020, com carga horária total de 564 horas.

Apucarana, 23 de março de 2021.

Fabiana Ribeiro Ferreira de Souza
Coordenadora do Curso

Tatiana Terri Ribeiro
Turma (a)

Tatiana Terri Ribeiro
Supervisor(a)

HISTÓRICO ESCOLAR

Nome: TATIANA FERRI RIBEIRO

Nome: TATIANA FERREI ROBERTO
Curso: Especialização em Neuropsicologia

Período do Curso: 28/08/2016 a 12/12/2020

[illegible]

COORDENADORIA DO CURSO: PROFª DRª. SARAIVA ROSELI AMARAL DA SILVA

(JCE). "Este Curso obedece às disposições da Resolução nº 1, de 06 de abril de 2018 da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

 FACNOPAR	REGISTRO DE CERTIFICADOS		
	Livro Fac-0002	Folha 0003	Número 0136



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

080.871.919-00

Nome

TATIANA FERRI FIBEIRO

Matrícula

080.0641983



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO
MOURÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Empresa  Fácil

ALVARÁ SANITÁRIO

Número: 157/2023

Nome Fantasia: Avaliadora Nódos de Avaliação e Intervenção Psicológica

Razão Social: FERREIRA PSICOLOGIA LTDA

CNPJ: 49.034.381/0001-75

Inscrição Municipal:

Atividade (s) Licenciada (s): 8650-0/03A Atividades de psicologia e psicanálise

Município: Campo Mourão Endereço: RUA São Joséfat, 1349, , Centro

CEP: 87302170

Local e data: Campo Mourão, sexta, 24 de março de 2023

Data de Vencimento: domingo, 24 de março de 2024

SÉRGIO HENRIQUE DOS SANTOS

Secretaria Municipal de Saúde

Observação

Código de Autenticidade: 23A3R0X0ULT

EMITIDO PELO FUNCIONÁRIO MARIA GORETE CARLENE DA SILVA

Este documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial

psitatianafferri@gmail.com

44- 999929506



99-90

Nome do Cliente			Data de Vencimento		Valor a Pagar (R\$)	
TATIANA FERRI RIBEIRO			15/04/2023		99,90	
Identificação	Código para Cadastamento de Débito Automático	Número da Fatura				
2014892	2014892-0	29870921				
34650000000 1 00002100000 0 0000000000 0 00029870921 3 			Pagar via Fie			



**FACULDADE UNIÃO DE CAMPO MOURÃO
ESTADO DO PARANÁ**



O Diretor da Faculdade União de Campo Mourão, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Psicologia, no ano letivo de 2019, confere o título de

Psicóloga

a

Tatiana Ferri Ribeiro

brasileira, natural do estado do Paraná, nascida em 08 de junho de 1993, portadora da cédula de Identidade RG 12.327.557-8 SSP PR, e considerando o termo de Colação de Grau lavrado no dia 19 de Julho de 2019, outorga o presente Diploma, afim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Campo Mourão, 20 de Agosto de 2019.

Suzane Silva de Souza
Suzane Silva de Souza
Secretária Acadêmica

Tatiana Ferri Ribeiro
Diplomada

Renato Pacholek
Renato Pacholek
Diretor Geral

FACULDADE UNIÃO DE CAMPO MOURÃO

Mantenedora: Instituto Makro União de Pós-Graduação e Extensão Ltda
Recredenciamento: Portaria MEC N°. 80 de 18/01/2017, publicada no
D.O.U 19/01/2017, Seção 1, pág. 16. CNPJ: 09221952/0001-00

**Curso de Graduação em Psicologia – Bacharelado
Formação de Psicólogo**

Reconhecido pela Portaria Ministerial n° 496 de 29/06/2015,
publicada no D.O.U. de 30/06/2015 e com
Renovação de Reconhecimento pela Portaria Ministerial n° 270 de
03/04/2017, publicada no D.O.U. de 04/04/2017, Seção 1, pág. 114.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ



REITORIA - PRÓ-REITORIA DE ENSINO

Diretoria de Assuntos Acadêmicos
Divisão de Registro de Diplomas

DIPLOMA REGISTRADO sob

N.º 242112019 Livro: RDF-071

Fls: 127 Processo: 201912421

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

Maringá, 16 de setembro de 2019.

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

Por delegação de competência, de acordo com a
Portaria n.º 1336-GR/UEM, de 03/11/2006.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 12.327.557-8



POLEGAR DIREITO



Tatiana Lúcia Ribeiro

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Caligrafia Banknote

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **12.327.557-8**

DATA DE EXPEDIÇÃO: 13/09/2007

NOME: **TATIANA FERRI RIBEIRO**

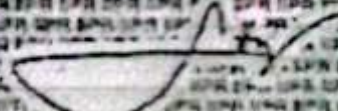
FILIAÇÃO: MIGUEL FERNANDES RIBEIRO
ROSALINA FERRI RIBEIRO

NATURALIDADE: CAMPO MOURÃO/PR

DATA DE NASCIMENTO: 08/06/1993

DOC. ORIGEM: COMARCA=CAMPO MOURÃO/PR, IRETAMA
C.NASC=15247, LIVRO=39A, FOLHA=18

CURITIBA/PR


LUIZ FERNANDO V. ARTIGAS
DIRETOR - RPR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

É PROIBIDO PLASTIFICAR



TATIANA FERRI RIBEIRO

(44) 9 9843-5574

PSITATIANAFERRI@GMAIL.COM

Certificado



Credenciamento: Portaria Ministerial nº 2378, de 22 de agosto DE 2002, publicado no D.O.U, 26 de agosto de 2002
Recredenciamento: Portaria MEC nº 780, de 26 de junho de 2017, publicado no D.O.U, 27 de junho 2017
Credenciamento EaD: Portaria Ministerial nº 31, de 10 de Janeiro de 2020, publicado no D.O.U, 13 de Janeiro de 2020

A FACULDADE VENDA NOVA DO IMIGRANTE, mantida pelo INSTITUTO DE EDUCAÇÃO SÉCULO XXI LTDA, confere o presente certificado de conclusão do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu:

ABA - ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA - 750 HORAS

Área de Conhecimento: Saúde e Bem Estar

A

TATIANA FERRI RIBEIRO

**Nacionalidade: Brasileiro (a), Natural do estado: Paraná,
Nascido(a) em 08 de Junho de 1993, RG: 123275578/PR.**

Venda Nova do Imigrante - ES, 28 de Março de 2024.

Assinatura manuscrita em tinta azul da Diretora Administrativa-Financeira.

**Sheila Valquíria Gomes Timóteo
Diretora Administrativa-Financeira**

FAV ENI
FACULDADE VENDA NOVA DO IMIGRANTE



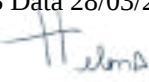
Certificado assinado pela Diretora Administrativa-Financeira Sheila Valquíria Gomes Timóteo.

A Pós-Graduação Lato Sensu foi iniciada no dia 14 de Setembro de 2023 e concluída em 27 de Março de 2024.

FACULDADE VENDA NOVA DO IMIGRANTE

Registro nº 63 Livro 108/2024

Folha 63 Data 28/03/2024



Helen Aparecida do Nascimento
Secretária Acadêmica



<https://universa.faveni.edu.br/documentos/documento-requerido/consultar-certificado-digital?pesCpf=080.871.919-00&chave=897299A9-EC7CFCDD-A0D9DC72-1F91BE05>

897299A9-EC7CFCDD-A0D9DC72-1F91BE05

PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM ABA - ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA - 750 HORAS			
DISCIPLINA	NF	DOCENTE	CH
ANATOMIA E FISIOLOGIA HUMANA	10,0	Esp. SILMARA MENDES MARTINS MOULIN	30
QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	10,0	MSc. THIAGO SALES DE OLIVEIRA	30
SAÚDE PÚBLICA	9,0	DSc. ANDRE GUARCONI MARTINS	30
ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA (ABA) NO ATENDIMENTO A INDIVÍDUOS COM DESENVOLVIMENTO ATÍPICO	7,0	MSc. ALZENIRA SHWAMBACH VELTEN	60
FUNDAMENTOS DA PSICOLOGIA	9,0	DSc. CRISTIANI SPADETO	60
EDUCAÇÃO ESPECIAL E OS DIFERENTES TIPOS DE NECESSIDADES ESPECIAIS	9,0	Esp. HAROLDO DEPS ALMEIDA	60
METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA	10,0	DSc. ANA PAULA RODRIGUES	60
MÉTODOS DE INTERVENÇÃO I : TEACCH, ABA, PECS E PADOVAN	10,0	Esp. ELIANA APARECIDA HENRIQUE STEINS	60
TEORIA DA PERSONALIDADE E DO COMPORTAMENTO	10,0	Esp. ELIANE MARIA STEDILE	60
OS SETE PRINCÍPIOS DA ABA - ANÁLISE DIAGNÓSTICA	8,0	MSc. ALZENIRA SHWAMBACH VELTEN	60
A HISTÓRIA DA SAÚDE	10,0	Esp. JANNY SPADETO AMBROSIM	30
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: SUS	9,0	MSc. ANA CLAUDIA LEITE MONEIA	30
TDH – TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE	8,0	MSc. ALZENIRA SHWAMBACH VELTEN	60
MÉTODOS DE INTERVENÇÃO II: FLOORTIME E MONTESSORIANO	10,0	Esp. ELIANA APARECIDA HENRIQUE STEINS	60
TEA - TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	9,0	DSc. DSC.DRIELI APARECIDA ROSSI	60
CARGA HORÁRIA TOTAL			750
O(a) aluno(a) cumpriu a exigência mínima de 75% da frequência em todos os componentes curriculares.			



CERTIFICADO

CERTIFICO PARA OS DEVIDOS FINS QUE

Selma Aparecida da Costa Afonso

8 de Abril, 2024

participou do Curso de Capacitação e Aprimoramento em ABA, dentro da plataforma digital Cademí, 100% EAD, com carga horária de 180 horas/aula, ministrado pela Profa. Regina de Souza Leão Glasner Bérghamo.

Estando apto(a) para atuar com Aplicação ABA como Terapeuta ABA.



Terapeuta ABA


Regina Bérghamo
Analista do Comportamento
CRP 02/21.124

Aluno(a): Selma Aparecida da Costa Afonso

Certificado emitido em: 8 de Abril, 2024

CPF:

Curso ministrado por: Regina de Souza Leão Glasner Bérghamo

Carga horária: 180 horas aula

Conteúdo Programático:

Apresentação Curso ABA e Boas Vindas!

- 1.1 Boas Vindas à plataforma
- 1.2 Apresentação Curso ABA

Módulo 1 - Comece por aqui!

- 2.1 MÓDULO 1 - Comece por aqui! (Acesso ao Grupo do telegram abaixo do Vídeo)

Módulo 2 - Anamnese

- 3.1 Anamnese

Módulo 3 - Autismo e Conceitos

- 4.1 Transtorno do Espectro Autista (TEA)
- 4.2 Atualização dos dados da prevalência do Autismo
- 4.3 Autismo e Comorbidades - TDAH e TOD
- 4.4 SNAP IV - TDAH
- 4.5 Autismo e CID 11

Módulo 4 - Avaliações de Triagem

- 5.1 Avaliações de Triagem para TEA
- 5.2 M-CHAT

Módulo 5 - Avaliações do Desenvolvimento

- 6.1 Avaliações do Desenvolvimento
- 6.2 Avaliação de Habilidades 18 meses - Coletando Dados

Módulo 6 - PEI

- 7.1 Plano de Ensino Individualizado (PEI)

Módulo 7 - ABA

- 8.1 Introdução ao Módulo 7
- 8.2 Análise do Comportamento Aplicada - Conceito e Princípios
- 8.3 Reforço Positivo e Avaliação ABC
- 8.4 Dos Planos de Saúde / Punição / Extinção

Módulo 8 - Aplicação ABA na Prática

- 9.1 Introdução - Aplicação ABA na Prática

- 9.2 Aplicação ABA - Elise 10 meses
- 9.3 Aplicação ABA - Misael
- 9.4 Aplicação Programa os sons dos animais e Registro
- 9.5 Aplicação ABA - Elise 1 ano e 4 meses
- 9.6 Regrinha da Esquerda para Direita - Aplicação ABA
- 9.7 Elaboração de um Programa ABA na prática
- 9.8 Programas ABA e Procedimento de Generalização
- 9.9 Aplicação ABA - 1 ano e 9 meses
- 9.10 Elise 2 anos e 10 dias - Estratégia Naturalista

Módulo 9 - Reforçadores x Reforçamento

- 10.1 Reforçadores e Tipos de Reforçamento

Módulo 10 - Do luto e da negação do Diagnóstico

- 11.1 Do luto frente ao diagnóstico - Orientação às famílias

Módulo 11 - Direitos e Deveres da Família

- 12.1 Direitos e Deveres da Família

Módulo 12 - O papel da Escola e AT Escolar

- 13.1 O papel da Escola e a AT Escolar

Módulo 13 - Crianças não oralizadas

- 14.1 Como estimular a fala?

Módulo 14 - Seletividade Alimentar

- 15.1 Como introduzir novos alimentos e minimizar a resistência sensorial?

Módulo 15 - Consciência Corporal

- 16.1 Autonomia e Consciência Corporal

Módulo 16 - Musicoterapia e Práticas Alternativas

- 17.1 Musicoterapia e Práticas Alternativas

Módulo 17 - Elaboração de Materiais e Atividades

- 18.1 Atividades Adaptadas
- 18.2 Elaboração de atividades no Canva e Word

- 18.3 Atividade no Canva mais estruturada (modelo)
- 18.4 Elaboração de Atividade no Canva para programas ABA
- 18.5 Elaboração de atividade no Word e PowerPoint

Módulo 18 - Supervisão ABA

- 19.1 Diferença entre Terapeuta ABA e Supervisora ABA

Módulo 19 - Finalizei o Curso, e agora?

- 20.1 Finalizei o curso, e agora? Quais passos seguir?
- 20.2 Emissão do certificado! ☐☐
- 20.3 Recapitulando sobre emissão do certificado e quiz!
- 20.4 Avaliação Final ☐

Módulo 20 - Supervisões Gravadas e Aulas Extras

- 21.1 22/01/2023
- 21.2 26/03/2023 - Manejo de Comportamentos Inadequados
- 21.3 26/02/2023
- 21.4 30/04/2023
- 21.5 28/05/2023
- 21.6 25/06/2023
- 21.7 30/07/2023
- 21.8 27/08/2023
- 21.9 26/11/2023
- 21.10 28/01/2024
- 21.11 25/02/24
- 21.12 07/04/24

Bônus - Aulas Extras

- 22.1 Respondendo a Perguntas - Grupo de Supervisão
- 22.2 Respondendo a perguntas - Autismo severo, função do AT
- 22.3 Diferença entre ABA e o Modelo Denver de Intervenção Precoce
- 22.4 Esquemas de Reforçamento Diferenciais (DRO, DRA, DRI...)



O Reitor da Uninga - Centro Universitário Inga,

no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão em 15 de Janeiro de 2024, do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional e a colação de grau em 17 de Janeiro de 2024, confere o título de

Bacharela em Terapia Ocupacional

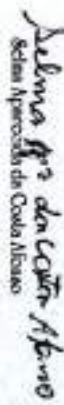
à

Selma Aparecida da Costa Afonso,

brasileira, natural do Estado do Paraná,
nascida em 18 de Abril de 1978, portadora do RG 6.862.614-5 - IPRD

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais,
Maringá, 17 de Janeiro de 2024.


Prof. Dr. Roberto Cesar de Oliveira
Reitor


Selma Aparecida da Costa Afonso
Diplomanda


Pro-Reitor



Diócesis da Instituição Emissora / Mantenedora

CENTRO UNIVERSITÁRIO INGLÊS - UNINGÁ (e-MEC 1420)

CNPJ: 01.207.059/0001-84

Reconhecida através da Portaria nº 776 de 22 de julho de 2016, publicado no D.O.U. nº 141, seção 1, pág. 391, de 25 de julho de 2016.

Curso: Terapia Ocupacional

Nível: Graduação

Reconhecimento: Portaria nº 23, de 21 de dezembro de 2017, publicado no D.O.U. nº 245, seção 1, pág. 35, de 22 de dezembro de 2017.

Diócesis da Instituição Registradora

CENTRO UNIVERSITÁRIO INGLÊS - UNINGÁ (e-MEC 1420)

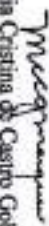
CNPJ: 01.207.059/0001-84

Reconhecida através da Portaria nº 776 de 22 de julho de 2016, publicado no D.O.U. nº 141, seção 1, pág. 391, de 25 de julho de 2016.

Diploma registrado sob o Livro Registro nº 4, Seção nº 74, tomo nº 8, em 17 de janeiro de 2024, por delegação de competência do Ministério da Educação, nos termos da Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e do Decreto nº 9.235, de 15 de dezembro de 2017.

Processo nº 00074/2024

MARINGÁ - PR, 17 de janeiro de 2024.


Maria Cristina de Castro Gobbi Marques
Departamento de Documentos Controlados
Portaria nº 63 de 03/07/2018



<https://uninga.gov.br/validacao-diploma-digital-1420-1420-0001-84>

Responsável pela Iluminação Pública: Município (44) 3673-1536

Classificação:
RESIDE/RESIDENCIAL

Tipo de Fornecimento:
BIFASICO / 50A

ADAILSON AFONSO

HEODORO JOSE DE OLIVEIRA, 296 - R004 162200

Cep: 87280000

Cidade: IPETAM/ - PR

CPF: 06.138883

UNIDADE CONSUMIDORA

15802396

▲ CÓDIGO DÉBITO AUTOMÁTICO ▲

CÓDIGO DO CLIENTE

5962803

AS (16.23.10)

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
01/2024	19/02/2024	R\$ 254,05



NOTA FISCAL Nº 82391983 - SERIE 3 / DATA EMISSÃO: 26/01/2024

Consulte Chave de Acesso em:

<https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/NF3eConsulta?wsdl>

Chave de acesso:

41240136889800010660030823919832033589651

Processo de Autorização: - as +00:00

Emissão: EM CONTINGENCIA - Pendente de Autorização

DATAS DE LEITURAS	Leitura Anterior	Leitura Atual	N. Dias	Proxima Leitura
	27/12/2023	26/01/2024	30	27/02/2024

Itens da Fatura	Unidade	Quantidade	Preço unit. (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS / COFINS	ICMS	Tarifa unit. (R\$)
(01) CONSUMO	kWh	267	0,387677	103,61	4,21	18,63	0,302140
(02) USO SISTEMA	kWh	267	0,421310	112,49	4,57	20,25	0,328370
(03) CONSUMO ILUMIN				36,06			
TOTAL				254,05			

DADOS DE LEITURAS		Letura Anterior	Letura Atual	N. Dias	Proxima Letura		
		27/12/2023	26/01/2024	30	27/02/2024		
Rece da Fatura	Unidade	Quantidade	Preço unit (R\$)	Valor (R\$)	PIS / C.OF 308	ICMS	Tarifa unit (R\$)
(01) CONSUMO	kWh	267	0.397677	106.21	4.21	16.63	0.302140
(02) USO SISTEMA	kWh	267	0.421310	112.49	4.57	20.29	0.328370
(03) CONTR. ILLUMIN. TOTAL				20.00			
				204.00			

Legenda: (01) ENERGIA ELET. CONSUMO | (02) ENERGIA ELET. USO SISTEMA | (03) CONTR. ILLUMIN. PUBLICA MUNICIPIO

CONSUMO FATURADO				Tributo			
		No DIAS FAT			Base Calc (R\$)	Adqueto (%)	Valor R\$
HISTORICO DE CONSUMO	DEZ 23	441	29	ICMS	216.00	16.00	34.56
	NOV 23	245	32	PIS	107.11	0.99	1.06
	OUT 23	274	30	CORFMS	107.11	4.07	4.36
	SET 23	255	30	Reservado ao Fisco			
	AGO 23	238	32				
	JUL 23	192	30	GE 17 0000 ADMS 1111 2505 DIC 21 1115 D100			
	JUN 23	243	32				
	MAI 23	224	29				
	ABR 23	416	30				
	MAR 23	498	31				
	FEV 23	280	30				
	JAN 23	295	30				

Medidor	Grandezas	Faixas Horarias	Letura Anterior	Letura Atual	Cont. Medidor	Consumo kWh
0254030068	kWh	-	56916	56913	1.00	267

REAVISO DE VENCIMENTO

BALANÇO NA FATURA PIS R\$ 1,56 e CORFMS R\$ 7,22, CONFORME RES. ANEEL 130/2005. FATURA DO MES 12/2023 ARRECADADA POR DEBITO AUTOMATICO. DCE SAMUEL. Mais informacoes: 0800 645 4656 ou www.faturarj.pr.gov.br. A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados a prestação do serviço de energia elétrica, como correções e descontos. Períodos Elav Tarif. Verde 28/12-26/01

836700000026 540501110006 00101020245 76335696005

Beneficiário	Data do documento: 16/01/2024		Carteira	Especie
Local Pagamento:			Ag/Ced Beneficiário	
Em nome por onde o valor cobrado na próxima fatura				
Nº Documento	Nosso Número	UNICAPAR CONSUMIDORA	DATA VENCIMENTO	
2636576356960	1530296		19/02/2024	
Pagador: ADAILSON AFONSO			VALOR DO DOCUMENTO	
CPF: 098419669-4 RUA LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA 296 - R064 182209			254.00	
IRETANA - IRETANA - PR - 6720660				

NÃO RECEBER DEBITO AUTOMATICO. BANCO: 001 AGENCIA: 4744 80 11 0 00 000
Número da fatura: 91-352457635696-05

CASO NÃO OCORRA O DEBITO, UTILIZE O CODIGO ABAIXO PARA PAGAMENTO
836700000026 540501110006 00101020245 3 76335696005

CREFITO 8

Página 2

Esta CARTEIRA tem valor legal de DOCUMENTO DE IDENTIDADE em tem fé pública por força do disposto na Lei nº 6.316 de 17 de dezembro de 1975 e da Lei nº 6206 de 7 de maio de 1975.

Contém 20 folhas numeradas sucessivamente e autenticadas por rubrica.

Data de emissão: 01/03/2024

Patrícia Rossafa Branco

Patrícia Rossafa Branco
Presidente CREFITO 8

CREFITO 8

Página 3

INSCRIÇÃO Nº 25405-TO

**O CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA
E TERAPIA OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO**
expede esta **CARTEIRA DE IDENTIDADE**
PROFISSIONAL DE TERAPEUTA
OCUPACIONAL a

SELMA APARECIDA DA COSTA AFONSO

Filiação:

SEBASTIÃO ANTÔNIO DA COSTA
MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA DA
COSTA

Nacionalidade: Brasil

Natural de: Iretama - PR

Nascimento: 18/04/1978

Data de emissão: 01/03/2024

CREFITO-8

Página 4

Registros do título de **TERAPEUTA
OCUPACIONAL**

Repartição: CENTRO UNIVERSITÁRIO INGÁ -
UNINGÁ

nº 4 Livro/Folha: 74/8

Emitido em 17/01/2024

Concluído em 15/01/2024

Repartição COFFITO nº 25405-TO

Livro/Folha: 903/382

Em 16/02/2024

INSCRIÇÃO CREFITO-8

Data: 01/03/2024

CREFITO-8

CREFITO-8

Página 5

Diploma expedido pelo(a): CENTRO
UNIVERSITÁRIO INGÁ - UNINGÁ
Emitido em: 17/01/2024

Data de emissão no CREFITO: 01/03/2024

CREFITO-8



POLEGAR DIREITO



Selma Apé da Costa Abano.

ASSINATURA DO PORTADOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR: SELMA APARECIDA DA COSTA AFONSO

DATA DE NASCIMENTO: 18/04/1978

Nº DE REGISTRO: 0673 2089 0698

ZONA: 141

SEÇÃO: 0023

ABRIGADO / UF: RETAMA/PR

DATA DE EMISSÃO: 27/03/2018

JUIZ Eleitoral: [Assinatura]

DOSSIER: [Assinatura]

Ministério da Fazenda

Recetta Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número: 031.641.089-66

Nome: SELMA APARECIDA DA COSTA AFONSO

Nascimento: 18/04/1978

804-19-00279

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA COM. REGISTRO DE SERVIÇÃO

NOME: SELMA APARECIDA DA COSTA AFONSO

FILIAÇÃO: SEBASTIÃO ANTONIO DA COSTA

MATERIA APARECIDA DE OLIVEIRA COSTA

DATA NASCIMENTO: 18/04/1978

NATURALIDADE: RETAMA/PR

ORIGEM EXPEDIENTE: RPR

[Assinatura]

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.416 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF: 031.641.089-66

REGISTRO CÍVEL: 1.582.614-6

DATA DE EXPEDIÇÃO: 08/04/2018

COMARCA: RETAMA/PR, DA SEDE

CÍVEL-0281, UNRO-148, FOLHA-218

[Assinatura]

POSSUIR DIREITO

LIBERAR TITULO DO REGISTRO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÃO PLASTIQUE



ProHabilite
Treinamento e Capacitação

Curso de Seletividade Alimentar e Autorregulação no Autismo

Aprimorando habilidades e desenvolvendo competências inovadoras. Aprimorando habilidades e desenvolvendo competências inovadoras. Aprimorando habilidades e desenvolvendo competências inovadoras. Aprimorando

Selma Aparecida da Costa Afonso
CPF: 031.641.089-66

participou do Curso de Seletividade Alimentar e Autorregulação no Autismo, ministrado pela Terapeuta Ocupacional Luciana Sanged Portella, certificada e capacitada pela University Of Southern, Califórnia, nos dias 04,05,11 e 12 de Novembro de 2023, totalizando 28 horas. Este curso foi realizado pela ProHabilite - Treinamento e Capacitação, na cidade de Jundiaí - SP

Parceria:



Luciana Sanged Portella
Terapeuta Ocupacional - CREFITO 3-4310-TO Certificação
Internacional em Integração Sensorial

ProHabilite
Treinamento e Capacitação

Jundiaí, 12 de Novembro de 2023



ProHabilite
Treinamento e Capacitação

Curso de Seletividade Alimentar e Autorregulação no Autismo

Conteúdo Programático:

- Reconhecer as bases neurofisiológicas dos processos de regulação e autorregulação; -
- Compreender os processos regulatórios na primeira infância (da regulação a autorregulação); -
- Definição de transtornos globais do desenvolvimento segundo o DSMV;
- Identificar as diferenças entre o processo de regulatórios de processamento sensorial (TRSP) na primeira infância e os processos dos transtornos invasivos do desenvolvimento;
- Compreender os Sistemas Sensoriais relacionados à alimentação;
- Avaliar as Disfunções Sensoriais nos indivíduos com TEA e os principais desafios envolvidos na alimentação;
- Estratégias e Manejos nos momentos da alimentação.

Selma Aparecida da Costa Afonso
CPF: 031.641.089-66

Luciana Sanged Portella
Terapeuta Ocupacional - CREFITO 3-4310-TO Certificação
Internacional em Integração Sensorial

ProHabilite
Treinamento e Capacitação

Jundiaí, 12 de Novembro de 2023



ProHabilite
Treinamento e Capacitação

Curso de Integração Sensorial em Neuropediatria Teoria e Prática

Aprimorando habilidades e desenvolvendo competências inovadoras. Aprimorando habilidades e desenvolvendo competências inovadoras. Aprimorando habilidades e desenvolvendo competências inovadoras. Aprimorando

Selma Aparecida da Costa Afonso
CPF: 031.641.089-66

Participou do Curso de Integração Sensorial em Neuropediatria – Teoria e Prática, ministrado pela Terapeuta Ocupacional Luciana Sanged Portella, certificada e capacitada pela University Of Southern, Califórnia, nos dias 13,14,15 e 21 e 22 de outubro de 2023, totalizando 50 horas (teóricas, práticas e supervisão). Este curso foi realizado pela ProHabilite - Treinamento e Capacitação, na cidade de Jundiaí - SP

Parceria:



Luciana Sanged Portella
Terapeuta Ocupacional - CREFITO 3-4310-TO Certificação
Internacional em Integração Sensorial

ProHabilite
Treinamento e Capacitação

Jundiaí - SP, 22 de Outubro de 2023



ProHabilite
Treinamento e Capacitação

Curso de Integração Sensorial em Neuropediatria

Teoria e Prática

- Conteúdo

Abordagem teórica dos princípios da Integração Sensorial:

- Importância da Integração sensorial nas atividades e relações humanas;
- Abordagem da neurociência nos processos sensoriais: Desenvolvimento Evolutivo, Neuroanatomia dos sistemas Sensoriais,
- Autorregulação (detecção e registro sensorial) : Compreender os princípios sensorio-motores que alteram os comportamentos e as habilidades de aprendizagem nas atividades da vida diária, prática e social.
- Integração Sensorial na Neuropediatria; avaliar os processos sensoriais e o desenvolvimento das capacidades neuropsicomotoras.

Abordagem Prática:

Raciocínio Clínico e Estratégias de Intervenção: vivência em espaço de Integração sensoriais, discussões de casos clínicos através de vídeos e supervisão, abrangendo:

- Experiência Sensorial x Resposta Adaptativa
- Dinâmica do Processo de Integração Sensorial
- Integração Sensorial na casa e na escola

Selma Aparecida da Costa Afonso
CPF: 031.641.089-66

Luciana Sanged Portella

Terapeuta Ocupacional - CREFITO 3-4310-TO Certificação
Internacional em Integração Sensorial

ProHabilite

Treinamento e Capacitação

Jundiaí - SP, 22 de Outubro de 2023

SELMA APARECIDA DA COSTA AFONSO

(44) 9 9843-5574

PSITATIANAFERRI@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE CONCLUSÃO

Certificamos que

**Selma Aparecida da Costa Afonso
Concluiu com êxito o curso**

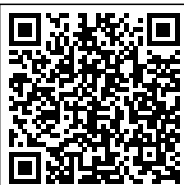
Terapia Ocupacional em Contextos Escolares

Carga horária de 18 horas

Recife, 2024

Naianna R. M. dos Santos

Naianna Ribeiro dos Santos Mocelin
Confiar LTDA - CNPJ: 24015284/0001-58



Valide através do QR code ao lado ou com o código f4e6b248573fee5bb510e84430e7961f em gerarcertificado.com.br

Conteúdo programático

- Legislação que rege o campo educacional brasileiro: conceitos e prescrições importantes para terapeutas ocupacionais
- Referenciais de base que fundamentam as intervenções da Terapia Ocupacional no contexto escolar
- Avaliação Terapêutica Ocupacional no contexto escolar
- O Uso da Tecnologia Assistiva no contexto escolar
- Desenvolvimento e evidências de funcionalidade de invenções em Tecnologia Assistiva na solução de problemas na função escolar de crianças com deficiência motora
- Intervenção do terapeuta ocupacional no contexto escolar com alunos com Deficiência Visual
- Intervenção do terapeuta ocupacional no contexto escolar com alunos com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual
- Experiência de treinamento para professores - Uma ação do terapeuta ocupacional
- Como eu faço: intervenção com uma criança com Transtorno de Integração Sensorial no contexto escolar



CERTIFICADO

DE CONCLUSÃO

Certificamos que

Selma Aparecida da Costa Afonso
Concluiu com êxito o módulo

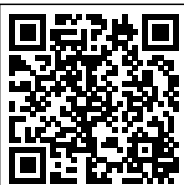
TO no cuidado à criança com TEA e Neuropediatria

Carga horária de 26 horas

Recife, 2024

Naianna R. M. dos Santos

Naianna Ribeiro dos Santos Mocelin
Confiar LTDA - CNPJ: 24015284/0001-58



Valide através do QR code ao lado ou com o código 3d5e67ab80c0c73697e80b5f4a1fb54a em gerarcertificado.com.br

Conteúdo programático

- Transtornos mentais na infância: Quando orientar CAPS infantil?
- Principais características do TEA
- PECS adaptado para Terapia Ocupacional
- Princípios básicos do ABA
- ABA adaptado para Terapia Ocupacional: trabalhando AVD
- 10 passos do Terapeuta Ocupacional no CAPS Infante Juvenil
- Ações do Terapeuta Ocupacional Enfrentando uma crise no TEA
- Prática para o Desenvolvimento Motor de Crianças com TEA
- Principais Abordagens da TO para a (RE)Habilitação na Infância (parte 1)
- Principais Abordagens da TO para a (RE)Habilitação na Infância (parte 2)
- Principais Abordagens da TO para a (RE)Habilitação na Infância (parte 3)
- Uso do Conceito Neuroevolutivo Bobath na Terapia Ocupacional (parte1)
- Uso do Conceito Neuroevolutivo Bobath na Terapia Ocupacional (parte 2)





FACULDADE INTEGRADO DE CAMPO MOURÃO

Portaria de Criação nº 2.247 de 19/12/1997 - D.O.U. 23/12/97
Portaria de Alteração da Mantida nº 2.333 de 10/08/2004 - D.O.U. 11/08/04
Mantenedora: Centro Educacional Integrado Ltda
Av. Irmãos Pereira, 670 - Fone (44) 3523-1982
CEP 87301-010 - Campo Mourão/PR

HISTÓRICO ESCOLAR

Nome: **Selma Aparecida da Costa Afonso**

RA: 03.0405-5

Data de Nascimento: **18/04/1978**

Nacionalidade: **Brasileira**

Naturalidade: **PR**

Documento de Identidade: **RG 6.862.614-5**

Estado: **PR**

PROCESSO SELETIVO: **Concurso Vestibular**

Data: **08/12/2002**

INSTITUIÇÃO: **Faculdade Integrado de Campo Mourão**

Redação : **8**

Classificação: **115º**

Total Pontos: **20**

Conhecimentos Gerais: **12**

Provas: **Redação, Língua Portuguesa, Língua Estrangeira, Literatura Brasileira, História, Geografia, Matemática, Química, Física e Biologia**

Curso: **Graduação em Ciências Biológicas**

Habilitação:

Reconhecimento: **Portaria nº 2.350 - DOU 12/08/04**

DISCIPLINAS		NOTA	CARGA HORÁRIA	OBSERVAÇÃO
P. Letivo 1º Período				
2003	Embriologia e Histologia I	7,05	54	Aprovado
2003	Informática I	7,50	36	Aprovado
2003	Matemática	7,25	72	Aprovado
2003	Química Geral e Orgânica I	7,39	54	Aprovado
2003	Zoologia I (Parte I)	7,02	54	Aprovado
2003	Biologia Celular e Molecular I	7,35	72	Aprovado
P. Letivo 2º Período				
2003	Biologia Celular e Molecular II	7,35	72	Aprovado
2003	Embriologia e Histologia II	7,05	54	Aprovado
2003	Física Aplicada à Biologia	7,02	72	Aprovado
2003	Informática II	7,50	36	Aprovado
2003	Química Geral e Orgânica II	7,39	54	Aprovado
2003	Zoologia I (Parte II)	7,02	54	Aprovado
P. Letivo 3º Período				
2004/1	Bioquímica I	8,00	72	Aprovado
2004/1	Botânica Estrutural I	8,00	54	Aprovado
2004/1	Fundamentos de Filosofia e Metodologia da Ciência	5,55	72	Aprovado
2004/1	Microbiologia e Imunologia I	7,40	54	Aprovado
2006/1	Anatomia Humana I	8,35	54	Aprovado
2004/1	Zoologia II (Parte I)	7,15	54	Aprovado
P. Letivo 4º Período				
2004/2	Bioquímica II	7,50	72	Aprovado
2004/2	Botânica Estrutural II	7,75	54	Aprovado
2004/2	Estatística Aplicada a Biologia	8,45	72	Aprovado
2004/2	Microbiologia e Imunologia II	7,85	54	Aprovado
2004/2	Anatomia Humana II	7,05	54	Aprovado
2004/2	Zoologia II (Parte II)	7,92	54	Aprovado
P. Letivo 5º Período				
2005/1	Estrutura e Funcionamento da Educação Brasileira	8,00	72	Aprovado
2005/1	Genética Geral e Humana I	7,85	54	Aprovado
2005/1	Psicologia da Educação I	8,50	36	Aprovado
2005/1	Sistemática Vegetal e de Fungos I	5,64	72	Aprovado
2005/1	Zoologia III (Parte I)	7,00	54	Aprovado
2005/1	Biofísica e Fisiologia Geral I	8,15	72	Aprovado
P. Letivo 6º Período				
2005/2	Didática	8,75	72	Aprovado
2005/2	Genética Geral e Humana II	6,98	54	Aprovado
2005/2	Psicologia da Educação II	8,37	36	Aprovado
2005/2	Sistemática Vegetal e de Fungos II	7,10	72	Aprovado
2005/2	Zoologia III (Parte II)	7,05	54	Aprovado
2005/2	Biofísica e Fisiologia Geral II	8,08	72	Aprovado
P. Letivo 7º Período				
2006/1	Ecologia I	5,90	72	Aprovado
2006/1	Evolução	5,68	72	Aprovado

	DISCIPLINAS	NOTA	CARGA HORÁRIA	OBSERVAÇÃO
2006/1	Geologia e Paleontologia I	7,00	54	Aprovado
2006/1	Prática de Ensino de Ciências Biológicas I	7,50	108	Aprovado
2006/1	Fisiologia Vegetal I	7,00	54	Aprovado
P. Letivo	8º Período			
2006/2	Ecologia II	6,18	72	Aprovado
2006/2	Educação Ambiental	8,10	72	Aprovado
2006/2	Geologia e Paleontologia II	7,20	54	Aprovado
2006/2	Prática de Ensino de Ciências Biológicas II	8,40	216	Aprovado
2006/2	Fisiologia Vegetal II	7,25	54	Aprovado
Total de Carga Horária:			2.952	

OBSERVAÇÕES:

Data da Conclusão do Curso: **/**/****

Data de Colação de Grau: **/**/****

Data da Expedição do Diploma: **/**/****

Campo Mourão, 20 de dezembro de 200


Maria Farias
 Secretária Acadêmica
 Portaria 013/06



FACULDADE INTEGRADO DE CAMPO MOURÃO
ESTADO DO PARANÁ



A Diretora da Faculdade Integrado de Campo Mourão,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Graduação em
Ciências Biológicas, em 15 de dezembro de 2006, e a colação de grau em
25 de janeiro de 2007, confere o título de
LICENCIADO EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS a

Selma Aparecida da Costa Afonso,

brasileira, natural do Estado do Paraná,
nascida a 18 de abril de 1978, RG 6.862.614-5 PR,
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos
e prerrogativas legais.

Campo Mourão, 05 de fevereiro de 2007.

Teresinha de Fátima Oliveira Thierbach
Diretora Acadêmica Provisória

Selma Ap^{ta} da C. Afonso
Diplomada

Jureldia Conceição Malmgren Haer
Diretora Geral

Curso de Graduação em CIÊNCIAS
BIOLÓGICAS - Licenciatura Plena.
Reconhecido pela Portaria nº 2.350,
publicada no D.O.U de 12.08.2004.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA-PR
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

Diploma Registrado sob nº 90585

Livro 01 v - 126. Folha 194 de acordo com o
Art. 48, da Lei nº 9.394, de 20/12/96 e Ato Executivo nº 20/99
de 20/05/99 do Reitor da Universidade Estadual de Londrina.

Londrina, 25/04/2007.

 Dr. Maria Ap. V. de Carvalho

Pró-Reitora de Graduação
UELPROGRAD

Faculdade de Ensino Superior Dom Bosco

Endereçada pela Portaria 2387/MGE de 11/08/2004

Certificação

Certificamos que **Selma Aparecida Da Costa Aguiar**, portador (a) do RG n.º 6.862.614-5
SSP/PR, concluiu com aproveitamento o curso de Pós-Graduação "Lato Sensu" em **Marketing e
Promoção de Venda** Superior Dom Bosco, no período de 25 de março a 5 de novembro de 2011, pagando o total de 420
Reais, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Cornélio Procopio-PR, 31 de março de 2012.

Aluno(a)


Regina Machado Pereira
Secretaria Acadêmica


Jorgina Natividade Lopes de Oliveira
Diretora de Ensino

Curso de Pós-Graduação Lato-Sensu em
Alfabetização e Psicomotricidade

Área do conhecimento
7.08.00.00-6

Carga Horária Total
420 horas/aula

DISCIPLINA	C/H	PROFESSORES	TITULAÇÃO	FREQ.	NOTA
Diversidade Cultural	12	Delton Aparecido Felipe	Mestre	S	10,0
Introdução à Psicomotricidade	36	Cleide Pizzatto	Mestre	S	10,0
Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem	18	Sandra Mara Telles Escame	Mestre	S	9,0
Psicomotricidade Escolar	36	Cleide Pizzatto	Mestre	S	9,5
Psicomotricidade Relacional e Funcional	36	Cláudia Denize Telles Gonzaga	Mestre	S	9,5
Psicomotricidade e Jogos Recreativos	36	Amanda Melissa Bariano de Oliveira	Mestre	S	9,5
Alfabetização: aspectos históricos, sociais, políticos e culturais	36	Janete Márcia do Nascimento	Mestre	S	9,0
Fundamentos Psicolinguísticos e o Processo de Alfabetização	36	Job Carneiro	Mestre	S	9,0
Letramento: Leitura e Escrita nos Anos Iniciais	36	Vivien Lianer Mousquer	Especialista	S	9,0
Literatura Infantil	36	Célia Neri Telles	Mestre	S	10,0
Metodologia da Pesquisa	42	Angela Giroldo	Especialista	S	9,5
Seminário Científico	18	Angela Giroldo	Especialista	S	9,5
Pressupostos Teóricos-Práticos	42	Sem supervisão docente			

Trabalho de Conclusão de Curso
Título: A PSICOMOTRICIDADE NAS SÉRIES INICIAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL
Conceito: Aprovado

O presente curso de Pós- Graduação - ministrado pela Faculdade de Ensino Superior Dom Bosco - IES credenciada pela Portaria 2.387/MEC de 11 de agosto de 2004, cumpriu com todas as disposições da Resolução MEC/CNE/CES Nº 01, de 08 de junho de 2007, tendo o Certificado validade em todo território nacional.

Assinatura: Foi considerado aprovado e com direito ao competente certificado, o aluno que obteve nota igual ou superior a 7,0 (sete) e frequência 5 (cinco) disciplinas e igual ou superior a 75% (setenta e cinco por cento) em cada uma das disciplinas e que teve o Trabalho de Conclusão do Curso considerado Aprovado

Certificado registrado sob o número 2433.005.045

Supremo Protopym
SEI DE REGISTRO

Correio Protopym, 24/02/2012

Faculdade de Ensino Superior Dom Bosco

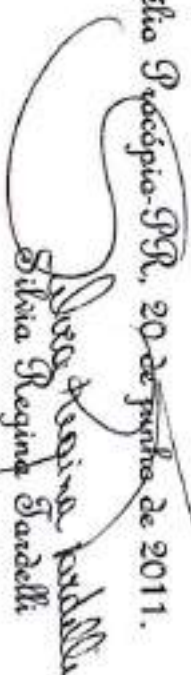
Credenciada pela Portaria 2387/MEE de 11/08/2004

Certificação

Certificamos que, **Selma Aparecida da Costa Afonso**, portador (a) do RG n.º 6.862.614-SSP/PR, concluiu com aproveitamento o curso de Pós-Graduação "Latou Sena" em **Educação Infantil e Ensino Fundamental com Ênfase em Psicopedagogia**, de acordo com a Resolução do MEC/CEE/CEB n.º 01, de 08 de junho de 2007, promovido pela Faculdade de Ensino Superior Dom Bosco, no período de 26 de março à 14 de novembro de 2010, perfazendo o total de 420 horas, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Conselho Próprio-PR, 20 de junho de 2011.


Regina Machado Pereira
Secretária Acadêmica


Silvia Regina Sardelli
Diretora Geral


Alunista

Curso de Pós-Graduação Lato-Sensu em
**Educação Infantil e Ensino Fundamental com Ênfase em
Psicopedagogia**

Área do conhecimento
7.08.00.00-6

Carga Horária Total
420 horas/aula

DISCIPLINA	C/H	PROFESSORES	TITULAÇÃO	FREQ.	NOTA
Inclusão Escolar	45	Nanci Furtado de Menezes	Especialista	S	9,8
Psicologia da Infância e da Adolescência	45	Maria Júlia Lemes Ribeiro	Doutora	S	9,5
Educação Infantil e Séries Iniciais: Linguagem e Alfabetização	45	Job Carneiro	Mestre	S	9,5
Jogos e Atividades Ludo Pedagógicas no Desenvolvimento do Raciocínio Lógico	25	Marilza Regazzo Grabarski	Mestre	S	10,0
Produção Textual	25	Job Carneiro	Mestre	S	8,5
Psicopedagogia: Abordagem Clínica	40	Lilian Alves Pereira	Mestre	S	9,0
Dificuldades de Aprendizagem Numa Perspectiva Sócio-Histórica	25	Paula Edicléia França Bacaro	Mestre	S	9,0
Processo de Avaliação no ensino e Aprendizagem	25	Janete Márcia do Nascimento	Mestre	S	9,5
A Ação Psicopedagógica na Escola	25	Cleonice Aparecida Lima	Especialista	S	9,0
Metodologia da Pesquisa	40	Leonir Borges	Mestre	S	10,0
Seminário Científico	20	Leonir Borges	Mestre	S	10,0
Pressupostos Teóricos-Práticos	60	Sem supervisão docente			

Trabalho de Conclusão de Curso
Título: O BRINQUEDO NA EDUCAÇÃO INFANTIL DO DEVER AO PRAZER
Conceito: Aprovado

O presente curso de Pós-Graduação - ministrado pela Faculdade de Ensino Superior Dom Bosco - IES credenciada pela Portaria 2.387/MEC de 11 de agosto de 2004, cumpriu com todas as disposições da Resolução MEC/CNE/CES Nº 01, de 08 de junho de 2007, tendo o Certificado validade em todo território nacional.

Avaliação: Foi considerado aprovado e com direito ao competente certificado, o aluno que obteve nota igual ou superior a 7,0 (sete) e frequência S (Suficiente) igual ou superior a 75% (setenta e cinco por cento) em cada uma das disciplinas e que teve o Trabalho de Conclusão do Curso considerado Aprovado

Certificado registrado sob o número **2430..Livro 004..Folha 043**

SETOR DE REGISTRO

Cornélio Procópio, **24/06/2011**



FACULDADE AVANTIS

(Credenciado pela Portaria MEC nº 4.028 - publicada no D.O.U. de 31/12/2002)

Certificado

Certificamos que, **SELMA APARECIDA DA COSTA AFONSO**, portador (a) do CPF nº 031.641.089-66, concluiu o curso de Pós-Graduação "Lato Sensu" em **Educação Especial e Inclusão**, ministrado em convênio entre o Instituto Superior de Educação AVANTIS e a Dimensão Assessoria Pedagógica de Pós-Graduação, Extensão Universitário e Capacitação Profissional Ltda, no período de 21 de abril à 02 de dezembro de 2007, com a carga horária total de 360 (trezentos e sessenta) horas/aula.

Avantis
EDUCAÇÃO SUPERIOR

Balneário Camboriú/ SC, 07 de junho de 2011.


Selma Aparecida da Costa Afonso

Aluno (a)


Rui Roberto Naschenweng Barbosa
Diretor do Instituto Superior de Educação AVANTIS

Curso de Pós-Graduação Leto-Sensu em
Educação Especial e Inclusão

Carga Horária Total
360 horas/aula

DISCIPLINA	C/H	PROFESSORES	TITULAÇÃO	FREQ.	NOTA
Fundamentos Filosóficos e Políticos da Educação Especial	20	Maria Júlia Lemes Ribeiro	Doutora	S	8,5
Inclusão Escolar	30	Laudenir Maria Gobbi Molina	Mestre	S	9,8
Arte na Educação Inclusiva	20	Ana Paula Almeida da Cruz	Mestre	S	8,0
A Educação do Deficiente Mental	30	Nanci Fernandes de Menezes	Especialista	S	8,5
Desenvolvimento Biopsicosocial	20	Renata Teixeira Mamus	Mestre	S	9,0
A Educação para Deficientes Auditivos	30	Marcos Alberto Pedroni	Especialista	S	9,0
Fundamentos da Neuropsicologia	30	Jarcl Maria Machado	Mestre	S	10,0
Sexualidade e Deficiência	10	Rafael Bianchi	Especialista	S	10,0
Dificuldades e Distúrbios de Aprendizagem	30	Marinês Saraiva	Doutora	S	10,0
A Educação para o Trabalho do Portador de Necessidades Especiais	20	Maria Júlia Lemes Ribeiro	Doutora	S	9,0
A Educação do Deficiente Visual	30	Maria Ângela Bassan Sierra	Especialista	S	8,5
Tecnologias na Educação Inclusiva	10	Bruna Scrivanti Sartane	Especialista	S	10,0
Condutas Típicas e Altas Habilidades	30	Sandra Mara Telles Scame	Mestre	S	9,0
Metodologia da Pesquisa	40	Mari Delmônico Araújo Futata	Especialista	S	10,0
Seminário Científico	10	Mari Delmônico Araújo Futata	Especialista	S	10,0

Título: Educação Precoce e Estimulação Essencial
Conceito: Aprovado

<i>Fabíola L. Frons</i> Fabíola Lucy Fronza Coordenadora de Pós-Graduação	Avaliação: Foi considerado aprovado e com direito ao competente certificado, o aluno que obteve nota igual ou superior a 7,0 (sete inteiros) e frequência "S" (suficiente) = igual ou superior a 75% (setenta e cinco por cento) em cada uma das disciplinas previstas e que teve o Trabalho de Conclusão de curso considerado aprovado.	Curso realizado conforme a Resolução 002/2006 do Conselho Técnico Pedagógico do Instituto Superior de Educação Avanti.	Certificado registrado sob o nº 011, livro 001, folha 002. Balsemão Camaroni 07/26/11 Elizabetta Ronconi Secretaria Acadêmica
--	--	---	--

Nota: * O curso obedeceu às disposições da legislação vigente: Resolução nº 001/2001 de 03/04/2001 da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, publicada no Diário Oficial da União nº 69 de 09/04/2001, p. 13, seção 1.
* O presente certificado tem validade nacional para a modalidade "Magistério Superior" equivalente aos emitidos em conformidade com a Resolução nº 001/2001 do Conselho Estadual de Educação de Santa Catarina (CEE/SC).



Universidade Metropolitana de Santos



A Reitora da Universidade Metropolitana de Santos,

no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Graduação em Pedagogia, Licenciatura,

em 07 de janeiro de 2010, confere o grau de

Licenciada em Pedagogia

a

Selma Aparecida da Costa Afonso

nacionalidade brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida a 18 de abril de 1978

R.G. nº 68626145 - PR

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

Santos, 09 de fevereiro de 2010.

Drª Romilda Garcia de Aguiar Rêgo
Reitora

Dele:

Selma Aparecida da Costa Afonso
Secretaria Geral

Selma Aparecida da Costa Afonso

Diplomado

UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS
SETOR DE REGISTRO DE DIPLOMAS

Curso de Graduação em Pedagogia, Licenciatura
Reconhecido pela Portaria Normativa nº 40, de 12/12/2007
Consolidada com a Portaria Normativa Nº23 de 01/12/2010, do §1º, Art. 63

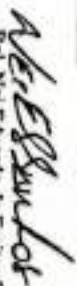
Diploma registrado sob o nº 028.690

Processo nº 140.380.349/2.077.028.690

Livro nº 024, página 362, nos termos do §1º, do Artº, 48 da lei federal nº 9394/96.

Santos, 09 de fevereiro de 2016.

Expedido em 02/06/2016.



Bel. Nel Eduardo de Freitas Santos

Encarregado de registros e expedição de diplomas

Diploma expedido e registrado nos termos da Resolução CNE/CP Nº 1/2006
Pareceres CNE/CP Nº 5/2005 e Nº 9/2009, Qualifica o Licenciado em Pedagogia
à formação inicial para o exercício da docência na Educação Infantil e nos
Anos Iniciais do Ensino Fundamental e nas funções de Gestão Escolar.



Setor de Registro de Diploma



UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS

Aprovada pela Portaria MEC nº. 150/1996

Ato de Credenciamento - Portaria 559/06 de 20/02/2006 - D.O.U. de 21/02/2006.
Histórico Escolar

Nome: Selma Aparecida da Costa Afonso
Nasc: 18/04/1978
Curso: Licenciatura em Pedagogia

Local de Nascimento: Iretama - PR

RG: 68626145
Nacionalidade: Brasileira

Disciplina	Nota	Carga Horária
Didática	* 8,75	80
Sociologia da Educação	10	120
Política e Organização da Educação Básica	* 8,0	80
História da Educação	9,5	80
Filosofia da Educação	8	80
Comunicação, Educação e Tecnologias	10	80
Leitura e Produção de Texto	9,5	80
Psicologia da Educação	* 8,5	80
Língua Brasileira de Sinais - Libras	10	80
Estudos Estatísticos e Educação	8	80
Currículo: Teoria e Prática	9	80
Didática e Prática	9	120
Fundamentos Teóricos e Aprendizagem	7,5	80
Políticas Educacionais e Educação de Jovens e Adultos	10	80
Metodologia da Pesquisa Científica	7,5	80
O Lúdico e a Brincadeira na Educação Infantil e Práticas	9	120
Educação Inclusiva	10	40
Linguagens e Literatura Infantil e Práticas	9,5	80
Fundamentos Históricos, Políticos e Legais da Educação Infantil	8,5	80
A Arte na Educação Infantil e Práticas	7,5	80
Fundamentos Teóricos e Metodológicos da Ciências e Práticas	9,5	80
Fundamentos Teóricos e Metodológicos da Matemática e Práticas	9,5	80
Fundamentos Teóricos e Metodológicos da História e da Geografia e Práticas	10	80
Fundamentos Teóricos e Metodológicos das Artes e Práticas	10	80
Fundamentos Teóricos e Metodológicos da Língua Portuguesa e Práticas	7	80
Propostas Metodológicas na Alfabetização de Jovens e Adultos	8,5	120
Gestão dos Espaços Educativos e Práticas	8,5	120
Planejamento Educacional e Práticas	10	80
Avaliação Educacional e Práticas	10	80
Coordenação do Trabalho Pedagógico e Práticas	8,5	120
Fundamentos Teóricos e Metodológicos da Alfabetização e Práticas	6,5	120
Trabalho de Conclusão de Curso	7,5	80
Total da Carga Horária		2800 horas
Atividades Complementares	Cumpriu	200 horas
Estágio Curricular Supervisionado	Cumpriu	300 horas
Total da Carga Horária do Curso		3300 horas
Colação de grau: 07/01/2016	Diploma expedido em: 09/02/2016	

Observações: Até 2012.2 a nota mínima para aprovação - 5,0.

A partir de 2013.1 a nota mínima para aprovação é 6 e na disciplina de TCC a nota deverá ser maior ou igual a 6.

* Aproveitamento de estudos nas Disciplinas Assinaladas.

Licenciada em Ciências Biológicas pela Faculdade Integrado do Campo Mourão. Estudante dispensado da realização do ENADE, em razão do calendário trienal.

Santos, 25 de Abril de 2016.

Sônia Márcia da Côrte
Secretária Geral - RG nº. 17.752.443-1



Edital de Chamamento Público nº 31/2024

Última atualização 23/07/2024

Local: Campo Mourão/PR **Órgão:** CONSORCIO INT DE SAUDE DA COM DOS M DA REG DE C MOURAO

Unidade compradora: 95640322000101 - Unidade administrativa

Modalidade da contratação: Credenciamento **Amparo legal:** Lei 14.133/2021, Art. 79, II **Tipo:** Edital de Chamamento Público

Modo de Disputa: Não se aplica **Registro de preço:** Não

Data de divulgação no PNCP: 23/07/2024 **Situação:** Divulgada no PNCP

Data de início de recebimento de propostas: 22/07/2024 08:00 (horário de Brasília)

Data fim de recebimento de propostas: 22/07/2024 08:00 (horário de Brasília)

Id contratação PNCP: 95640322000101-1-000042/2024 **Fonte:** Elotech Gestão Pública Ltda

Objeto:

Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psicologia oferecidas pelo Ciscomcam.

VALOR TOTAL ESTIMADO DA COMPRA

R\$ 1.057.120,00

Itens

Arquivos

Histórico

Número	Descrição	Quantidade	Valor unitário estimado	Valor total estimado	Detalhar
1	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLINICA)	60	R\$ 35,00	R\$ 2.100,00	
2	90.04.01.146-O AVALIAÇÃO NEUROPSICOLOGICA - (PSICOLOGIA) (CLÍNICA)	70	R\$ 600,00	R\$ 42.000,00	
3	90.04.01.149-O - CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA TERAPIA ABA - (OUTROS SERVIÇOS)	10	R\$ 3.000,00	R\$ 30.000,00	
4	90.04.01.150-O - SUPERVISÃO PARA PROFISSIONAIS CAPACITADOS EM TERAPIA ABA - (OUTROS SERVIÇOS)	1	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	
5	90.04.01.151-O - TERAPIA ABA (2 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	50	R\$ 400,00	R\$ 20.000,00	

Exibir:

1-5 de 29 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 correteude 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 : 87/2024
b) Licitação Nº : 31/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : «DataHomologação»
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psicologia 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: FERRI PSICOLOGIA LTDA - CNPJ: 49.934.381/0001-75

Valor Total do Fornecedor: 1.057.120,00 (um milhão e cinquenta e sete mil, cento e vinte reais).

LOTE 1

Valor Total do Lote: 1.057.120,00 (um milhão e cinquenta e sete mil, cento e vinte reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLÍNICA)	Unidad	60	R\$ 35,00	R\$ 2.100,00
2	90.04.01.146-0 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLOGICA - (PSICOLOGIA) (CLÍNICA)	Unidad	70	R\$ 600,00	R\$ 42.000,00
3	90.04.01.149-0 - CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA TERAPIA ABA - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	10	R\$ 3.000,00	R\$ 30.000,00
4	90.04.01.150-0 - SUPERVISÃO PARA PROFISSIONAIS CAPACITADOS EM TERAPIA ABA - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	1	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00
5	90.04.01.151-0 - TERAPIA ABA (2 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	50	R\$ 400,00	R\$ 20.000,00
6	90.04.01.152-0 - TERAPIA ABA (3 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	40	R\$ 600,00	R\$ 24.000,00
7	90.04.01.153-0 - TERAPIA ABA (4 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	30	R\$ 800,00	R\$ 24.000,00
8	90.04.01.154-0 - TERAPIA ABA (5 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	20	R\$ 1.000,00	R\$ 20.000,00



CIS-COMCAM

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

9	90.04.01.126 NÍVEL 1 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO) (PSICOLOGIA)	Meses	65	R\$ 840,00	R\$ 54.600,00
10	90.04.01.125 NÍVEL 1 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X NA SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	Meses	90	R\$ 1.120,00	R\$ 100.800,00
11	90.04.01.127 NÍVEL 1 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	Meses	140	R\$ 880,00	R\$ 123.200,00
12	90.04.01.128 NÍVEL 1 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (2 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA) (PSICOLOGIA)	Meses	10	R\$ 640,00	R\$ 6.400,00
13	90.04.01.129 NÍVEL 1 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (2 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA) (PSICOLOGIA)	Meses	32	R\$ 600,00	R\$ 19.200,00
14	90.04.01.130 NÍVEL 1 - PACOTE 6 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO T.O + 1 SESSÃO PSICOPEDAGOGIA (PSICOLOGIA)	Meses	40	R\$ 760,00	R\$ 30.400,00
15	90.04.01.131 NÍVEL 1 - PACOTE 7 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE + 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA (PSICOLOGIA)	Meses	50	R\$ 600,00	R\$ 30.000,00
16	90.04.01.132 NÍVEL 1 - PACOTE 8 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA (PSICOLOGIA)	Meses	9	R\$ 640,00	R\$ 5.760,00
17	90.04.01.133 NÍVEL 1 - PACOTE 9 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO COM NUTRICIONISTA + 1 SESSÃO COM PSICOLOGA (PSICOLOGIA)	Meses	50	R\$ 400,00	R\$ 20.000,00
18	90.04.01.134 NÍVEL 1 - PACOTE 10 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO COM PSICOPEDAGOGA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE (PSICOLOGIA)	Meses	65	R\$ 440,00	R\$ 28.600,00



CIS-COMCAM

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

19	90.04.01.135 NÍVEL 1 - PACOTE 11 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA + 1 SESSÃO COM PSICOPEDAGOGA (PSICOLOGIA)	Meses	25	R\$ 440,00	R\$ 11.000,00
20	90.04.01.120 NÍVEL 2 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO - 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	Meses	20	R\$ 1.520,00	R\$ 30.400,00
21	90.04.01.121 NÍVEL 2 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE) (PSICOLOGIA)	Meses	10	R\$ 1.400,00	R\$ 14.000,00
22	90.04.01.122 NÍVEL 2 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA) (PSICOLOGIA)	Meses	26	R\$ 1.440,00	R\$ 37.440,00
23	90.04.01.123 NÍVEL 2 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O + 1 SESSÃO DE NUTRICIONISTA) (PSICOLOGIA)	Meses	10	R\$ 1.480,00	R\$ 14.800,00
24	90.04.01.124 NÍVEL 2 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA) (PSICOLOGIA)	Meses	15	R\$ 1.480,00	R\$ 22.200,00
25	90.04.01.115 NÍVEL 3 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA+8 TERAPIAS COMPLEMENTARES ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	28	R\$ 2.840,00	R\$ 79.520,00
26	90.04.01.116 NÍVEL 3 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 6 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	30	R\$ 2.440,00	R\$ 73.200,00
27	90.04.01.117 NÍVEL 3 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 4 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	60	R\$ 2.040,00	R\$ 122.400,00
28	90.04.01.118 NÍVEL 2 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 3 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	20	R\$ 1.760,00	R\$ 35.200,00
29	90.04.01.119 NÍVEL 2 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 3 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	20	R\$ 1.720,00	R\$ 34.400,00



CIS-COMCAM

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

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 1.057.120,00 (um milhão, cinquenta e sete mil, cento e vinte)

Valor Total Homologado- R\$ 1.057.120,00

Campo Mourão, 22 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

- | | | |
|-------------------------|---|--|
| 23 jul 2024
11:55:40 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br , CPF: 517.896.809-30) |
| 23 jul 2024
11:57:37 |  | Ivani Fiore Dal Molin (Email: compras@ciscomcam.com.br , CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |
| 23 jul 2024
11:57:37 |  | Ivani Fiore Dal Molin (Email: compras@ciscomcam.com.br , CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |





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 : 87/2024
b) Licitação Nº : 31/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : 22/07/2024
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psicologia 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: FERRI PSICOLOGIA LTDA - CNPJ: 49.934.381/0001-75

Valor Total do Fornecedor: 1.057.120,00 (um milhão e cinquenta e sete mil, cento e vinte reais).

LOTE 1

Valor Total do Lote: 1.057.120,00 (um milhão e cinquenta e sete mil, cento e vinte reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLÍNICA)	Unidad	60	R\$ 35,00	R\$ 2.100,00
2	90.04.01.146-0 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLOGICA - (PSICOLOGIA) (CLÍNICA)	Unidad	70	R\$ 600,00	R\$ 42.000,00
3	90.04.01.149-0 - CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA TERAPIA ABA - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	10	R\$ 3.000,00	R\$ 30.000,00
4	90.04.01.150-0 - SUPERVISÃO PARA PROFISSIONAIS CAPACITADOS EM TERAPIA ABA - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	1	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00
5	90.04.01.151-0 - TERAPIA ABA (2 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	50	R\$ 400,00	R\$ 20.000,00
6	90.04.01.152-0 - TERAPIA ABA (3 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	40	R\$ 600,00	R\$ 24.000,00
7	90.04.01.153-0 - TERAPIA ABA (4 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	30	R\$ 800,00	R\$ 24.000,00
8	90.04.01.154-0 - TERAPIA ABA (5 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	20	R\$ 1.000,00	R\$ 20.000,00

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:0493341595

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.07.24 16:10:39 -03'00'



CIS-COMCAM

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

9	90.04.01.126 NÍVEL 1 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO) (PSICOLOGIA)	Meses	65	R\$ 840,00	R\$ 54.600,00
10	90.04.01.125 NÍVEL 1 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X NA SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	Meses	90	R\$ 1.120,00	R\$ 100.800,00
11	90.04.01.127 NÍVEL 1 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	Meses	140	R\$ 880,00	R\$ 123.200,00
12	90.04.01.128 NÍVEL 1 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (2 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA) (PSICOLOGIA)	Meses	10	R\$ 640,00	R\$ 6.400,00
13	90.04.01.129 NÍVEL 1 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (2 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA) (PSICOLOGIA)	Meses	32	R\$ 600,00	R\$ 19.200,00
14	90.04.01.130 NÍVEL 1 - PACOTE 6 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO T.O + 1 SESSÃO PSICOPEDAGOGIA (PSICOLOGIA)	Meses	40	R\$ 760,00	R\$ 30.400,00
15	90.04.01.131 NÍVEL 1 - PACOTE 7 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE + 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA (PSICOLOGIA)	Meses	50	R\$ 600,00	R\$ 30.000,00
16	90.04.01.132 NÍVEL 1 - PACOTE 8 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA (PSICOLOGIA)	Meses	9	R\$ 640,00	R\$ 5.760,00
17	90.04.01.133 NÍVEL 1 - PACOTE 9 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO COM NUTRICIONISTA + 1 SESSÃO COM PSICOLOGA (PSICOLOGIA)	Meses	50	R\$ 400,00	R\$ 20.000,00
18	90.04.01.134 NÍVEL 1 - PACOTE 10 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO COM PSICOPEDAGOGA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE (PSICOLOGIA)	Meses	65	R\$ 440,00	R\$ 28.600,00

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.07.24 16:11:12 -03'00'



CIS-COMCAM

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

19	90.04.01.135 NÍVEL 1 - PACOTE 11 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA + 1 SESSÃO COM PSICOPEDAGOGA (PSICOLOGIA)	Meses	25	R\$ 440,00	R\$ 11.000,00
20	90.04.01.120 NÍVEL 2 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO - 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	Meses	20	R\$ 1.520,00	R\$ 30.400,00
21	90.04.01.121 NÍVEL 2 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE) (PSICOLOGIA)	Meses	10	R\$ 1.400,00	R\$ 14.000,00
22	90.04.01.122 NÍVEL 2 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA) (PSICOLOGIA)	Meses	26	R\$ 1.440,00	R\$ 37.440,00
23	90.04.01.123 NÍVEL 2 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O + 1 SESSÃO DE NUTRICIONISTA) (PSICOLOGIA)	Meses	10	R\$ 1.480,00	R\$ 14.800,00
24	90.04.01.124 NÍVEL 2 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA) (PSICOLOGIA)	Meses	15	R\$ 1.480,00	R\$ 22.200,00
25	90.04.01.115 NÍVEL 3 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA+8 TERAPIAS COMPLEMENTARES ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	28	R\$ 2.840,00	R\$ 79.520,00
26	90.04.01.116 NÍVEL 3 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 6 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	30	R\$ 2.440,00	R\$ 73.200,00
27	90.04.01.117 NÍVEL 3 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 4 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	60	R\$ 2.040,00	R\$ 122.400,00
28	90.04.01.118 NÍVEL 2 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 3 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	20	R\$ 1.760,00	R\$ 35.200,00
29	90.04.01.119 NÍVEL 2 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 3 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	20	R\$ 1.720,00	R\$ 34.400,00

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.07.24 16:11:25 -03'00'



CIS-COMCAM

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

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 1.057.120,00 (um milhão, cinquenta e sete mil, cento e vinte)

Valor Total Homologado- R\$ 1.057.120,00

Campo Mourão, 22 de julho de 2024.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por RAFAEL
BRITO DO PRADO:04933415951
Dados: 2024.07.24 16:11:36 -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 : 87/2024
 b) Licitação Nº : 31/2024
 c) Modalidade : Inexigibilidade:
 d) Data Homologação : 22/07/2024
 e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psicologia 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: FERRI PSICOLOGIA LTDA - CNPJ: 49.934.381/0001-75

Valor Total do Fornecedor: 1.057.120,00 (um milhão e cinquenta e sete mil, cento e vinte reais).

LOTE 1

Valor Total do Lote: 1.057.120,00 (um milhão e cinquenta e sete mil, cento e vinte reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLÍNICA)	Unidad	60	R\$ 35,00	R\$ 2.100,00
2	90.04.01.146-0 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA - (PSICOLOGIA) (CLÍNICA)	Unidad	70	R\$ 600,00	R\$ 42.000,00
3	90.04.01.149-0 - CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA TERAPIA ABA - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	10	R\$ 3.000,00	R\$ 30.000,00
4	90.04.01.150-0 - SUPERVISÃO PARA PROFISSIONAIS CAPACITADOS EM TERAPIA ABA - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	1	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00
5	90.04.01.151-0 - TERAPIA ABA (2 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	50	R\$ 400,00	R\$ 20.000,00
6	90.04.01.152-0 - TERAPIA ABA (3 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	40	R\$ 600,00	R\$ 24.000,00
7	90.04.01.153-0 - TERAPIA ABA (4 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	30	R\$ 800,00	R\$ 24.000,00
8	90.04.01.154-0 - TERAPIA ABA (5 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	20	R\$ 1.000,00	R\$ 20.000,00

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

9	90.04.01.126 NÍVEL 1 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO) (PSICOLOGIA)	Meses	65	R\$ 840,00	R\$ 54.600,00
10	90.04.01.125 NÍVEL 1 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X NA SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	Meses	90	R\$ 1.120,00	R\$ 100.800,00
11	90.04.01.127 NÍVEL 1 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	Meses	140	R\$ 880,00	R\$ 123.200,00
12	90.04.01.128 NÍVEL 1 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (2 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA) (PSICOLOGIA)	Meses	10	R\$ 640,00	R\$ 6.400,00
13	90.04.01.129 NÍVEL 1 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (2 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA) (PSICOLOGIA)	Meses	32	R\$ 600,00	R\$ 19.200,00
14	90.04.01.130 NÍVEL 1 - PACOTE 6 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO T.O + 1 SESSÃO PSICOPEDAGOGIA (PSICOLOGIA)	Meses	40	R\$ 760,00	R\$ 30.400,00
15	90.04.01.131 NÍVEL 1 - PACOTE 7 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE + 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA (PSICOLOGIA)	Meses	50	R\$ 600,00	R\$ 30.000,00
16	90.04.01.132 NÍVEL 1 - PACOTE 8 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA (PSICOLOGIA)	Meses	9	R\$ 640,00	R\$ 5.760,00
17	90.04.01.133 NÍVEL 1 - PACOTE 9 -VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO COM NUTRICIONISTA + 1 SESSÃO COM PSICOLOGA (PSICOLOGIA)	Meses	50	R\$ 400,00	R\$ 20.000,00
18	90.04.01.134 NÍVEL 1 - PACOTE 10 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO COM PSICOPEDAGOGA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE (PSICOLOGIA)	Meses	65	R\$ 440,00	R\$ 28.600,00

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.



CIS-COMCAM

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

19	90.04.01.135 NÍVEL 1 - PACOTE 11 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA + 1 SESSÃO COM PSICOPEDAGOGA (PSICOLOGIA)	Meses	25	R\$ 440,00	R\$ 11.000,00
20	90.04.01.120 NÍVEL 2 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO - 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	Meses	20	R\$ 1.520,00	R\$ 30.400,00
21	90.04.01.121 NÍVEL 2 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE) (PSICOLOGIA)	Meses	10	R\$ 1.400,00	R\$ 14.000,00
22	90.04.01.122 NÍVEL 2 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA) (PSICOLOGIA)	Meses	26	R\$ 1.440,00	R\$ 37.440,00
23	90.04.01.123 NÍVEL 2 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O + 1 SESSÃO DE NUTRICIONISTA) (PSICOLOGIA)	Meses	10	R\$ 1.480,00	R\$ 14.800,00
24	90.04.01.124 NÍVEL 2 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA) (PSICOLOGIA)	Meses	15	R\$ 1.480,00	R\$ 22.200,00
25	90.04.01.115 NÍVEL 3 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA+8 TERAPIAS COMPLEMENTARES ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	28	R\$ 2.840,00	R\$ 79.520,00
26	90.04.01.116 NÍVEL 3 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 6 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	30	R\$ 2.440,00	R\$ 73.200,00
27	90.04.01.117 NÍVEL 3 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 4 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	60	R\$ 2.040,00	R\$ 122.400,00
28	90.04.01.118 NÍVEL 2 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 3 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	20	R\$ 1.760,00	R\$ 35.200,00
29	90.04.01.119 NÍVEL 2 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 3 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	20	R\$ 1.720,00	R\$ 34.400,00

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.



CIS-COMCAM

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

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 1.057.120,00 (um milhão, cinquenta e sete mil, cento e vinte)

Valor Total Homologado- R\$ 1.057.120,00

Campo Mourão, 22 de julho de 2024.

Rafael Brito do Prado
Presidente do CIS-COMCAM

6933582091793975651

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.



ATA DE JULGAMENTO FINAL DE PROCESSO LICITATÓRIO 01/2024

Processo Administrativo : 87/2024
Processo Licitatório: Inexigibilidade Nº 31/2024
Data : 22 de julho de 2024

OBJETO DA LICITAÇÃO – Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psicologia oferecidas pelo Ciscomcam.

Ata referente a Abertura e Julgamento Nº do 1/2024, Inexigibilidade nº 31/2024.

Ao(s), 24 (VINTE E QUATRO) de julho de 2024, às 08:00, na sede da(o) CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO MOURAO, se reuniram os membros da comissão de contratação, designada pela(o) Portaria, nº 03/2024, para a abertura dos envelopes de documentação e proposta de preços referente ao Processo Licitatório nº 87/2024 na modalidade de Inexigibilidade.

Estiveram presentes no ato de abertura, os membros da comissão abaixo:

MEMBRO	FUNÇÃO	CPF
Ivani Fiore Dal Molin	Agente de Contratação	517.896.809-30
Joana Darc da Silva	1º Comissão de Contratação	058.222.369-52
Alexandro Sebastião dos Santos	2º Comissão de Contratação	019.886.109-58

FERRI PSICOLOGIA LTDA, representada por: Tatiana Ferri Ribeiro - 080.871.919-00

Inicialmente procedeu-se a leitura do teor das mesmas com os esclarecimentos e análise necessários, por ordem de entrada e, rubricadas toda a documentação atinente, tendo o seguinte parecer da comissão:

FERRI PSICOLOGIA LTDA

Após análise, a comissão emitiu o seguinte parecer:

FERRI PSICOLOGIA LTDA com o valor total de R\$ 1.057.120,00

Na documentação apresentada havia documentos do profissional Drº Rogério Marcilio de Oliveira, de CRM – PR 017850 e RQE 10204 Psiquiatria, para credenciamento em Psiquiatria Infantil, contudo, nesse primeiro momento, não foi possível concluir as análises necessárias precisando aguardar para um próximo processo. Portanto, para esse processo, foi aprovado a documentação da razão social e dos demais profissionais para o credenciamento da especialidade de psicologia conforme os itens solicitações.

Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a reunião de julgamento, da qual foi assinada a presente ata pela comissão de Licitação e pelos representantes das proponentes.

Campo Mourão, 24 (VINTE E QUATRO) de julho de 2024



CIS-COMCAM

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

Ivani M

Ivani Fiore Dal Molin
Agente de Contratação
Portaria nº 03/24 de 12/01/2024

Joana S

Joana Darc Da Silva
1º Comissão de Contratação
Portaria nº 03/24 de 12/01/2024

Alexandro Sebastião dos Santos
2º Comissão de Contratação
Portaria nº 03/24 de 12/01/2024

PARTICIPANTES:

**CNPJ: 49.934.381/0001-75 - FERRI PSICOLOGIA LTDA representada por: Tatiana Ferri Ribeiro -
080.871.919-00**

Página de assinaturas


Alexandro Santos
019.886.109-58
Signatário


Joana Silva
058.222.369-52
Signatário


Ivani Molin
517.896.809-30
Signatário

HISTÓRICO

- | | | |
|-------------------------|---|---|
| 24 jul 2024
10:18:32 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscocomcam.com.br) |
| 24 jul 2024
11:11:27 |  | Ivani Fiore Dal Molin (Email: vani_fiore@hotmail.com, CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |
| 24 jul 2024
11:11:27 |  | Ivani Fiore Dal Molin (Email: vani_fiore@hotmail.com, CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |
| 24 jul 2024
10:51:26 |  | Joana Silva (Email: joana.wanderbroock@gmail.com, CPF: 058.222.369-52) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |
| 24 jul 2024
10:51:26 |  | Joana Silva (Email: joana.wanderbroock@gmail.com, CPF: 058.222.369-52) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |
| 24 jul 2024
10:29:24 |  | Alexandro Sebastião Dos Santos (Email: alexandro_s_s@hotmail.com, CPF: 019.886.109-58) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |
| 24 jul 2024
10:29:28 |  | Alexandro Sebastião Dos Santos (Email: alexandro_s_s@hotmail.com, CPF: 019.886.109-58) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |





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) |
| 13 ago 2024
14:12:46 |  | Maria Victoria Aparecida Santos (Email: 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, CPF: 026.495.449-10) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |

