



## TERMO DE AUTUAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: 091/2024

ASSUNTO: CREDENCIAMENTO DE PLANTONISTAS

MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE

CUMPRINDO O DISPOSTO NA LEI, NESTE ATO PROCEDO A ATUAÇÃO DO PROCESSO EM EPÍGRAFE, CONTENDO PÁGINAS NUMERADAS DE Nº 01 A Nº 125 E, PARA CONSTAR, LAVRO E ASSINO O PRESENTE TERMO, DE AUTUAÇÃO PARA QUE SURTAS OS EFEITOS LEGAIS.

CAMPO MOURÃO/PR, 25 DE JULHO DE 2024

NOME: JARDEL ALEXANDRE LISBOA

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

## Página de assinaturas



**Jardel Lisboa**  
733.780.031-20  
Signatário

### HISTÓRICO

- 13 ago 2024** 11:55:46  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. ( Email: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br) )
- 13 ago 2024** 11:56:18  **Jardel Alexandre Lisboa** (Email: [jardellis@gmail.com](mailto:jardellis@gmail.com), CPF: 733.780.031-20) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil
- 13 ago 2024** 11:56:18  **Jardel Alexandre Lisboa** (Email: [jardellis@gmail.com](mailto:jardellis@gmail.com), CPF: 733.780.031-20) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil





## PEDIDO DE COMPRA DE PRODUTOS/SERVIÇO

Ao

Setor de Compras/Licitações/Contratos

Ivani Fiore Dal Molin

Campo Mourão, 25 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 sarviços de plantão por hora oferecidas pelo Ciscomcam.

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

## Página de assinaturas



**Adriano Avila**  
058.375.919-07  
Signatário

### HISTÓRICO

- 25 jul 2024**  
10:40:06  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. ( Email: [compras@ciscocomcam.com.br](mailto:compras@ciscocomcam.com.br) )
- 25 jul 2024**  
12:01:11  **Adriano Roque Avila** (Email: [adrianoroqueavila@gmail.com](mailto: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
- 25 jul 2024**  
12:01:11  **Adriano Roque Avila** (Email: [adrianoroqueavila@gmail.com](mailto: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 Serviços de Plantão Médico por hora oferecidas pelo Ciscamcam.

**Processo Administrativo nº 91**

**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. - 31499 - 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. - 1005 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

Campo Mourão, 25 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

- 25 jul 2024**  
10:41:17  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. ( Email: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br) )
- 25 jul 2024**  
10:44:07  **Ivani Fiore Dal Molin** (Email: [vani\\_fiore@hotmail.com](mailto:vani_fiore@hotmail.com), CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil
- 25 jul 2024**  
10:44:07  **Ivani Fiore Dal Molin** (Email: [vani\\_fiore@hotmail.com](mailto:vani_fiore@hotmail.com), CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil





## PARECER CONTÁBIL

**Processo Administrativo nº 91**

**Data do Processo Administrativo: 25/07/2024**

**Modalidade: Inexigibilidade**

**Objeto:** Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Serviços de Plantão Médico por hora oferecidas pelo Ciscomcam.

**Dotação Orçamentária:**

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

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

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

Campo Mourão, 25 de julho de 2024

**Alexandro Sebastião dos Santos**  
Contador

## Página de assinaturas



**Alexandro Santos**  
019.886.109-58  
Signatário

### HISTÓRICO

- 25 jul 2024**  
16:44:55  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. ( Email: [compras@cisco.com.br](mailto:compras@cisco.com.br) )
- 25 jul 2024**  
17:01:49  **Alexandro Sebastião Dos Santos** (Email: [alexandro\\_s\\_s@hotmail.com](mailto:alexandro_s_s@hotmail.com), CPF: 019.886.109-58) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil
- 25 jul 2024**  
17:02:08  **Alexandro Sebastião Dos Santos** (Email: [alexandro\\_s\\_s@hotmail.com](mailto:alexandro_s_s@hotmail.com), CPF: 019.886.109-58) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil





## AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

Eu, Leandro 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 Serviços de Plantão Médico por hora oferecidas pelo Ciscamcam.

**Processo Administrativo nº 91**

**Modalidade:** Inexigibilidade

**Prazo de Entrega:** 365

**Local de Entrega:** CISCOMCAM

Item	Descrição do Produto / Serviço	Qtd.	QUANT. MESES	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Natureza da Despesa	Desdobramento da Despesa
<b>SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO POR HORA</b>							
5381	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	3456	12	R\$ 115,00	<b>R\$ 397.440,00</b>	3.390.39.00.	50.30
<b>TOTAL</b>					<b>R\$</b>	<b>397.440,00</b>	

Campo Mourão, 25 de julho de 2024

Leandro Roque Avila  
Coordenador do CISCOMCAM

## Página de assinaturas



**Leandro Avila**

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE D...

Signatário

### HISTÓRICO

- 25 jul 2024**  
10:42:03  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. ( Email: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br) )
- 25 jul 2024**  
10:42:33  **Leandro Roque Avila** (Empresa: *CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO*, Email: [coordenacao@ciscomcam.com.br](mailto:coordenacao@ciscomcam.com.br), CPF: 057.666.679-30) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil
- 25 jul 2024**  
10:42:33  **Leandro Roque Avila** (Empresa: *CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO*, Email: [coordenacao@ciscomcam.com.br](mailto:coordenacao@ciscomcam.com.br), CPF: 057.666.679-30) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil





## AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

Eu, Rafael Brito do Prado, Presidente 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 Serviços de Plantão Médico por hora oferecidas pelo Ciscamcam.

**Processo Administrativo nº** 91

**Modalidade:** Inexigibilidade

**Prazo de Entrega:** 365

**Local de Entrega:** CISCOMCAM

Item	Descrição do Produto / Serviço	Qtd.	QUANT. MESES	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Natureza da Despesa	Desdobramento da Despesa
<b>SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO POR HORA</b>							
5381	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	3456	12	R\$ 115,00	R\$ 397.440,00	3.390.39.00.	50.30
<b>TOTAL</b>					<b>R\$</b>		<b>397.440,00</b>

Campo Mourão, 25 de julho de 2024

**RAFAEL BRITO DO**

**PRADO:04933415951**

Assinado de forma digital por RAFAEL

BRITO DO PRADO:04933415951

Dados: 2024.07.29 10:29:13 -03'00'

Rafael Brito do Prado  
Presidente do CISCOMCAM



## ATESTADO DE REGULARIDADE

Considerando:

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

*Iranir M*

---

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

## Página de assinaturas



**Ivani Molin**  
517.896.809-30  
Signatário

### HISTÓRICO

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





[Voltar](#)

Detalhes processo licitatório

<b>Informações Gerais</b>	
Entidade Executora	CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE COMUNIDADE DOS MUNIC DA REGIÃO I
Ano*	2024
Nº licitação/dispensa/inexigibilidade*	33
Modalidade*	Processo Inexigibilidade
Número edital/processo*	91
<b>Recursos provenientes de organismos internacionais/multilaterais de crédito</b>	
Instituição Financeira	
Contrato de Empréstimo	
Descrição Resumida do Objeto*	Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Serviços de Plantão Médico por hora oferecidas pelo Ciscomcam.
Dotação Orçamentária*	0101510302001520233390390000
Preço máximo/Referência de preço - R\$*	397.440,00
Data Publicação Termo ratificação	25/07/2024
Data de Lançamento do Edital	
Data da Abertura das Propostas	
Há itens exclusivos para EPP/ME?	<input type="checkbox"/>
Há cota de participação para EPP/ME?	<input type="checkbox"/>
Percentual de participação:	0,00
Trata-se de obra com exigência de subcontratação de EPP/ME?	<input type="checkbox"/>
Há prioridade para aquisições de microempresas regionais ou locais?	<input type="checkbox"/>
Data Cancelamento	

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

CPF: 51789680930 ([Logout](#))



### PARECER JURÍDICO

Trata-se de parecer jurídico acerca de solicitação de prorrogação de prazo referente ao Edital de Chamamento Público nº 05.2023, que visa o credenciamento de pessoa jurídica especializada na prestação de serviços de saúde em atendimento as especialidades oferecidas pelo CISCOMCAM.

Em análise do edital em questão, constata-se que o mesmo prevê em sua Cláusula 13.1 a possibilidade de prorrogação de prazo por meio de Termo Aditivo.

Partindo desta premissa, passo a análise da solicitação da Contratada conforme Lei nº 14.133/2021.

Considerando que até a presente data o contrato administrativo teve duração de 12 (doze) meses, e, que o art. 107, da Lei Federal nº 14.133/2021, determina que “os contratos administrativos de serviços e fornecimentos contínuos poderão ser prorrogados sucessivamente, respeitada a vigência máxima decenal”, assim, sou **favorável** à prorrogação solicitada pelo período de 12 (doze) meses.

É o parecer.

Campo Mourão/PR, 18 de julho de 2024.

  
**ALBERT VASCONCELOS**  
**OAB/PR 74.160**



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

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

**1. PREÂMBULO.**

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

**2. DO OBJETO.**

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

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

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

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

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



endereço

eletrônico:

[http://www.ciscomcam.com.br/sistema/arquivos/1/020623102909\\_t\\_de\\_valores\\_ciscomcam\\_por\\_especialidades\\_30052023\\_pdf.pdf](http://www.ciscomcam.com.br/sistema/arquivos/1/020623102909_t_de_valores_ciscomcam_por_especialidades_30052023_pdf.pdf)

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

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

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

### **3. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO.**

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

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

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

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

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

### **4. DA FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO.**

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

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

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

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

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

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

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

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



# CIS-COMCAM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2022**

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

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

**5. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS**

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

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

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

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

**6. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**

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

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

**6.3** Registro comercial, no caso de empresa individual;

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

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



# CIS-COMCAM

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

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



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

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

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

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

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

#### **6.26 Documentos dos Profissionais.**

**6.26.1** Cópia do RG;

**6.26.2** Cópia do CPF;

**6.26.3** Cópia do cartão SUS;

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

**6.26.5** Cópia da Carteira Profissional do respectivo conselho da classe;

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

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

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

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

**6.26.10** Número do telefone celular e e-mail.

#### **6.27 Documentos do responsável pelo faturamento:**

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

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

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



**6.27.1** Número do telefone celular e e-mail

**6.27.2** Cópia do RG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **7. DO PROCEDIMENTO DO CREDENCIAMENTO**

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

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

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

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



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

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

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

## **8. DO CRITÉRIO DE CREDENCIAMENTO.**

**8.1** As pessoas jurídicas serão cadastradas conforme critérios abaixo elencados:

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

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

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

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

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

**8.7** O Termo de Credenciamento/Contrato poderá ser suspenso ou cancelado, se ficar demonstrado que o inscrito deixou de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento, bem como 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](http://www.ciscomcam.com.br/sistema/arquivos/1/020623102909_t_de_valores_ciscomcam_por_especialidades_30052023_pdf.pdf)

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

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

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

**9.5** Os contratos extraídos dos Processos Licitatórios de Inexigibilidade oriunda deste



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

## **10. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



# CIS-COMCAM

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

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

## 11. DO CRITÉRIO DE REAJUSTE

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

## 12. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**14.3.1** - Advertência.

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

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

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

## 15. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

**15.11**

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

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

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

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

## **16. DA DIVISÃO DOS ATENDIMENTOS.**

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

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

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

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

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



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

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

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

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

## 17. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



# CIS-COMCAM

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

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

Campo Mourão, 01 de agosto de 2023

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

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

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

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



**ANEXO I**

**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO  
PESSOA JURÍDICA**

**(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)**

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

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

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

**Razão Social:**

**Nome Fantasia:**

**CNPJ nº:**

**Inscrição Estadual:**

**Micro Empresa:** ( ) Não ( ) Sim

**Optante Simples:** ( ) Não ( ) Sim

**Número do CNAE Nacional:**      **Descrição:**

**Endereço:**

**Município:**      **UF:**

**CEP:**

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

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

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



# CIS-COMCAM

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

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE

## PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

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

## RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

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

## ESPECIALIDADES

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

## LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

INSERIR LOCAL DE ATENDIMENTO	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 N° CNPJ  
NOME REPRESENTANTE LEGAL  
CPF REPRESENTANTE LEGAL  
RG REPRESENTANTE LEGAL



**ANEXO II**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

**(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)**

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

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

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA N° CNPJ

NOME REPRESENTANTE LEGAL

CPF REPRESENTANTE LEGAL

RG REPRESENTANTE LEGAL



**ANEXO III**  
**MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE**  
**FATO IMPEDITIVO**

**(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)**

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



**ANEXO IV**  
**MODELO DE DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE**  
**PARENTESCO**

**(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)**

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



# CIS-COMCAM

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



**ANEXO IX**  
**MODELO DE SOLICITAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO**  
**DE PROFISSIONAL**

**(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)**

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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

Página de assinaturas



**Adriano Avila**  
058.375.919-07  
Signatário



**Ivani Molin**  
517.896.809-30  
Signatário



**Joana Silva**  
058.222.369-52  
Signatário



**Alexandro Santos**  
019.886.109-58  
Signatário

HISTÓRICO

- 24 jul 2023** 15:09:06  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br))
- 24 jul 2023** 15:15:56  **Ivani Fiore Dal Molin** (E-mail: [vani\\_fiore@hotmail.com](mailto:vani_fiore@hotmail.com), CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil
- 24 jul 2023** 15:15:56  **Ivani Fiore Dal Molin** (E-mail: [vani\\_fiore@hotmail.com](mailto:vani_fiore@hotmail.com), CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil
- 24 jul 2023** 15:17:19  **Joana Silva** (E-mail: [joana.wanderbroock@gmail.com](mailto:joana.wanderbroock@gmail.com), CPF: 058.222.369-52) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil
- 24 jul 2023** 15:17:19  **Joana Silva** (E-mail: [joana.wanderbroock@gmail.com](mailto:joana.wanderbroock@gmail.com), CPF: 058.222.369-52) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil
- 25 jul 2023** 07:44:10  **Alexandro Sebastião Dos Santos** (E-mail: [alexandro\\_s\\_s@hotmail.com](mailto:alexandro_s_s@hotmail.com), CPF: 019.886.109-58) visualizou este documento por meio do IP 138.186.111.169 localizado em Maringá - Parana - Brazil
- 25 jul 2023** 07:44:14  **Alexandro Sebastião Dos Santos** (E-mail: [alexandro\\_s\\_s@hotmail.com](mailto:alexandro_s_s@hotmail.com), CPF: 019.886.109-58) assinou este documento por meio do IP 138.186.111.169 localizado em Maringá - Parana - Brazil
- 24 jul 2023** 15:13:04  **Adriano Roque Avila** (E-mail: [adrianoroqueavila@gmail.com](mailto: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](mailto: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: 55.132.304/0001-02  
Razão Social: Ana Santiago Serviços Médicos Ltda  
E-mail: anaasantiago22@gmail.com  
Telefone: 44999179921  
Banco: Sicoob  
Conta: 360206-0  
Agência: 4340 - Goioerê  
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: 1197 - Data Emissão: 2024-07-22 - Data Vencimento: 2024-08-21**

**Certidão Estadual: 1198 - Data Emissão: 2024-06-25 - Data Vencimento: 2024-10-23**

**Certidão Federal: 1199 - Data Emissão: 2024-06-25 - Data Vencimento: 2024-12-22**

**Certidão Trabalhista: 1200 - Data Emissão: 2024-06-25 - Data Vencimento: 2024-12-22**

**Certidão FGTS: 1201 - Data Emissão: 2024-07-22 - Data Vencimento: 2024-08-13**

#### **IV - Capacidade Técnica**

#### **V - Proposta**

**Categoria: SERVIÇOS DE PLANTÃO POR HORA - Procedimento: PLANTÃO MÉDICO POR HORA - Valor: R\$ 115  
- Qtd: 1042**

#### **VI - Profissionais**

**Nome: Ana Claudia Santiago - Especialidade : Clínico Geral - CPF: 079.849.559-64**

---

**Esta declaração é uma comprovante de credenciamento**

**Comprovante de credenciamento online emitido através do site [www.credenciamento.ciscomcam.com.br](http://www.credenciamento.ciscomcam.com.br) em: 24/07/2024  
21:56:48**

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

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



**ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ Nº 55.132.304/0001-02**

**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, 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:** ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA

**CNPJ nº:** 55.132.304/0001-02

**Inscrição Estadual:** 246989237

**Micro Empresa:** ( ) Não (X) Sim

**Optante Simples:** ( ) Não (X) Sim

**Número do CNAE Nacional:**

86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas;

86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências;

86.30-5-01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos;

86.30-5-99 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente;

**Endereço:** R. Pedro Parigot de Souza, Nº 00100, Jardim Lindoia

**Município:** Goioerê **UF:** Paraná

**CEP:** 87.360-000

**Telefone Comercial:** (44) 3346-4471 **Celular:** (44) 9 9917-9921

**DADOS BANCÁRIOS:**

<b>BANCO:</b> Sicoob	<b>CÓDIGO DO BANCO:</b> 756	<b>AGÊNCIA:</b> 4340
<b>TIPO DE CONTA:</b> Corrente	<b>OPERAÇÃO:</b>	<b>Nº DA CONTA:</b> 360206-0
<b>CIDADE E UF DA AGENCIA:</b> Goioerê-Paraná		



**ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ Nº 55.132.304/0001-02**

<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>	<b>REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR</b>	<b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF</b>
ANA CLAUDIA SANTIAGO	12412709-2	079.849.559-64

<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME</b>	<b>QUANTIDADE</b>

**PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA -CPF</b>	<b>REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR</b>	<b>Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE</b>	<b>TELEFONE</b>
ANA CLAUDIA SANTIAGO	079.849.559-64	12412709-2	56746 - PR	4433464471

**RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO**

<b>NOME</b>	<b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA -CPF</b>	<b>REGISTRO GERAL ÓRGÃO E MISSÃO</b>	<b>E-MAIL</b>	<b>TELEFONE</b>
ANA CLAUDIA SANTIAGO	079.849.559-64	12412709-2	legalizacao@andradelimacontabil.com.br	4433464471

**ESPECIALIDADES**

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>ESPECIALIDADE</b>
ANA CLAUDIA SANTIAGO	Inserir a especialidade que irá prestar o serviço.

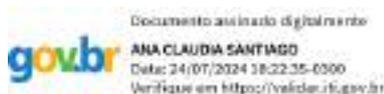
**LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS**



**ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ Nº 55.132.304/0001-02**

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

Campo Mourão/Pr, 23 de Julho de 2024.



---

**ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**55.132.304/0001-02**  
**ANA CLAUDIA SANTIAGO**  
**079.849.559-64**  
**12412709-2**



**ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ Nº 55.132.304/0001-02**

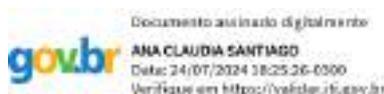
**ANEXO II**  
**DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

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

A empresa **Ana Santiago Serviços Médicos Ltda**, inscrita no CNPJ sob nº **55.132.304/0001-02**, sediada na **R. Pedro Parigot de Souza, Nº 100, Jardim Lindoia CEP 87.360-000, Goioere-PR**, através representante legal, **Ana Claudia Santiago**, RG nº **12412709-2** e CPF nº **079.849.559-64**, 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, 23, Julho de 2024.



**ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**55.132.304/0001-02**  
**ANA CLAUDIA SANTIAGO**  
**079.849.559-64**  
**12412709-2**



**ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ Nº 55.132.304/0001-02**

---

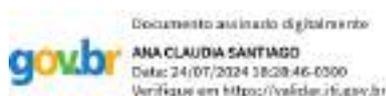
**ANEXO III**  
**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE**  
**FATO IMPEDITIVO**

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

**Ana Santiago Serviços Médicos Ltda**, estabelecida na **R. Pedro Parigot de Souza, Nº 100, Jardim Lindoia CEP 87.360-000, Goioere-PR**, inscrita no CNPJ sob nº **55.132.304/0001-02**, neste ato representada pela **Ana Claudia Santiago**, no uso de suas atribuições legais, vem: **DECLARAR**, para fins de participação neste procedimento licitatório em pauta, sob as penas da Lei, que inexistente qualquer fato impeditivo a sua participação na licitação citada, que não foi declarada inidônea e que não está suspensa de participar em processos de licitação ou impedida de contratar com a Administração Pública, e que se compromete a comunicar ocorrência de fatos supervenientes.

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, 23, Julho de 2024.



---

**ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**55.132.304/0001-02**  
**ANA CLAUDIA SANTIAGO**  
**079.849.559-64**  
**12412709-2**



**ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ Nº 55.132.304/0001-02**

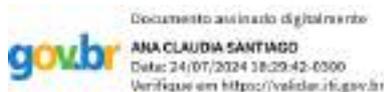
---

**ANEXO IV**  
**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE**  
**PARENTESCO**

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

Eu, **ANA CLAUDIA SANTIAGO**, carteira de identidade nº **12412709-2** expedida pela **Secretaria de Segurança Pública (SSP)**, inscrito no CPF sob nº **079.849.559-64**, Representante legal da inscrita no CNPJ sob o nº **55.132.304/0001-02**, 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, 23, Julho de 2024.



---

**ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**55.132.304/0001-02**  
**ANA CLAUDIA SANTIAGO**  
**079.849.559-64**  
**12412709-2**



**ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ Nº 55.132.304/0001-02**

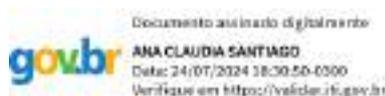
---

**ANEXO V**  
**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 **ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS 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, 23, Julho de 2024.



---

**ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**55.132.304/0001-02**  
**ANA CLAUDIA SANTIAGO**  
**079.849.559-64**  
**12412709-2**

	<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b>		
<b>CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</b>			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>55.132.304/0001-02</b> MATRIZ	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>	DATA DE ABERTURA <b>15/05/2024</b>	
NOME EMPRESARIAL <b>ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA</b>			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****	PORTE <b>EPP</b>		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS <b>86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências</b> <b>86.30-5-01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos</b> <b>86.30-5-99 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>206-2 - Sociedade Empresária Limitada</b>			
LOGRADOURO <b>R PEDRO PARIGOT DE SOUZA</b>	NÚMERO <b>00100</b>	COMPLEMENTO *****	
CEP <b>87.360-000</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>JARDIM LINDOIA</b>	MUNICÍPIO <b>GOIOERE</b>	UF <b>PR</b>
ENDEREÇO ELETRÔNICO <b>LEGALIZACAO@ANDRADELIMACONTABIL.COM.BR</b>	TELEFONE <b>(44) 3346-4471</b>		
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>15/05/2024</b>		
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****		

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

Emitido no dia **21/06/2024** às **14:37:23** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

**ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**PRIMEIRA ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO CONTRATUAL**  
**CNPJ: 55.132.304/0001-02**  
**NIRE:41212530848**

**ANA CLAUDIA SANTIAGO**, brasileira, solteira, médica, data de nascimento 22/07/1997, devidamente inscrita no CPF: nº 079.849.559-64, portadora da CNH nº 06528731750 e do RG nº 12412709-2 SESP/PR, residente e domiciliada na Rua Jussara, nº 74, Distrito De Vidigal, na cidade de Cianorte, Estado do Paraná, CEP: 87.214-000. Única sócia componente da Sociedade Empresária Limitada, em caráter Unipessoal, com nome empresarial de **ANA SANTIAGO SERVIÇOS MEDICOS LTDA**, com sede e foro na Rua Jussara, nº 74, Distrito De Vidigal, na cidade de Cianorte, Estado do Paraná, CEP: 87.214-000, cujo contrato se encontra registrado na Junta Comercial do Paraná sob NIRE nº 41212530848 em 15/05/2024, devidamente inscrita no CNPJ nº 55.132.304/0001-02, **RESOLVE** por este instrumento particular de Alteração e Consolidação, modificar seu contrato de acordo com as cláusulas e condições a seguir:

**CLÁUSULA PRIMEIRA:** Fica alterado o endereço da empresa **que era** na Rua Jussara, nº 74, Distrito De Vidigal, na cidade de Cianorte, Estado do Paraná, CEP: 87.214-000, **passando para** Rua Pedro Parigot De Souza, 00100, Jardim Lindoia, na cidade de Goioerê, Estado do Paraná, CEP: 87.360-000.

**CLÁUSULA SEGUNDA:** Fica alterado o endereço da Sócia **que era** na Rua Jussara, nº 74, Distrito De Vidigal, na cidade de Cianorte, Estado do Paraná, CEP: 87.214-000, **passando para** Rua Pedro Parigot De Souza, 00100, Jardim Lindoia, na cidade de Goioerê, Estado do Paraná, CEP: 87.360-000.

**CLÁUSULA TERCEIRA:** Permanecem inalteradas as cláusulas contratuais não modificadas pelas condições acima mencionadas.

**ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**PRIMEIRA ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO CONTRATUAL**  
**CNPJ: 55.132.304/0001-02**  
**NIRE:41212530848**

**CLÁUSULA QUARTA:** À vista das modificações ora ajustadas, RESOLVE consolidar o contrato social e alteração que se regeza pelos artigos 1.052 a 1.087 da Lei 10.406 de 10/01/2002, que passa a ter a seguinte alteração.

**CONSOLIDAÇÃO DO CONTRATO SOCIAL**  
**ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ: 55.132.304/0001-02**  
**NIRE:41212530848**

**ANA CLAUDIA SANTIAGO**, brasileira, solteira, médica, data de nascimento 22/07/1997, devidamente inscrita no CPF: nº 079.849.559-64, portadora da CNH nº 06528731750 e do RG nº 12412709-2 SESP/PR, residente e domiciliada na Rua Pedro Parigot De Souza, 00100, Jardim Lindoia, na cidade de Goioerê, Estado do Paraná, CEP: 87.360-000. Única sócia componente da Sociedade Empresária Limitada, em caráter Unipessoal, com nome empresarial de **ANA SANTIAGO SERVIÇOS MEDICOS LTDA**, com sede e foro na Rua Pedro Parigot De Souza, 00100, Jardim Lindoia, na cidade de Goioerê, Estado do Paraná, CEP: 87.360-000, cujo contrato se encontra registrado na Junta Comercial do Paraná sob NIRE nº 41212530848 em 15/05/2024, devidamente inscrita no CNPJ nº 55.132.304/0001-02.

**CLÁUSULA PRIMEIRA:** A sociedade girará sob a denominação comercial de **ANA SANTIAGO SERVIÇOS MEDICOS LTDA**, Rua Pedro Parigot De Souza, 00100, Jardim Lindoia, na cidade de Goioerê, Estado do Paraná, CEP: 87.360-000 e terá seu prazo de duração por tempo indeterminado, iniciando suas atividades a partir de **10 de Maio de 2024**.

**CLÁUSULA SEGUNDA:** O objeto social da empresa será o ramo de: ATIVIDADES MÉDICAS AMBULATORIAIS RESTRITAS A CONSULTAS; ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS; ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS; ATIVIDADES DE ATENÇÃO AMBULATORIAL NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE.

**ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**PRIMEIRA ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO CONTRATUAL**  
**CNPJ: 55.132.304/0001-02**  
**NIRE:41212530848**

**CLÁUSULA TERCEIRA:** O capital social, inteiramente subscrito e integralizado em espécie, na forma prevista neste ato, na importância de R\$ 2.000,00 (Dois mil Reais), dividido em 2.000 (Duas Mil) quotas, de R\$ 1,00 (Um Real) cada uma, pelo empresário(a):

SÓCIO	QUOTAS	CAPITAL
ANA CLAUDIA SANTIAGO	2000	R\$ 2.000,00

**CLÁUSULA QUARTA:** A responsabilidade do sócio único é restrita ao valor de suas quotas, respondendo ainda pela integralização do capital social.

**CLÁUSULA QUINTA:** As quotas de sociedade são indivisíveis e não poderão ser transferidas ou alienadas a qualquer título a terceiros, sem o consentimento do sócio único.

**CLÁUSULA SEXTA:** O sócio que desejar transferir suas quotas deverá notificar por escrito à sociedade, discriminando-lhe o preço, forma e prazo de pagamento, para que esta, através dos demais sócios exerça ou renuncie ao direito de preferência, o que deverá fazer dentro de sessenta dias contados do recebimento da notificação ou em maior prazo a critério do sócio alienante. Decorrido esse prazo sem que seja exercido o direito de preferência, as quotas poderão ser livremente transferidas.

**CLÁUSULA SÉTIMA:** A sociedade será administrada pelo sócio administrador, com poderes e atribuições de administrador a quem compete privativa e individualmente, o uso da firma e representação ativa e passiva, judicial e extrajudicial da sociedade, sendo-lhe, entretanto, vedado o seu emprego sob qualquer pretexto ou modalidade, em operações ou negócios estranhos ao objeto social, ou assumir obrigações em favor de qualquer quotista ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da sociedade, sem autorização dos demais sócios.

**CLÁUSULA OITAVA:** Fica investido na função de **ADMINISTRADORA** a sócia **ANA CLAUDIA SANTIAGO** com poderes e atribuições de administrador a quem compete o uso do nome empresarial **INDIVIDUALMENTE**, bem como fica dispensado da prestação de caução: **PROIBIÇÕES**, aval, endosso, fiança e caução de favor.

**ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**PRIMEIRA ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO CONTRATUAL**  
**CNPJ: 55.132.304/0001-02**  
**NIRE:41212530848**

**CLÁUSULA NONA:** O sócio opta pela retirada mensal a título de “pró-labore”, fazendo-o quando e no valor que julgar necessário, observada as disposições regulamentares pertinentes.

**CLÁUSULA DÉCIMA:** O exercício social coincidirá com o ano civil, encerrando-se em 31 de dezembro e ao término de cada exercício, o administrador prestará contas justificadas de sua administração, com elaboração do balanço patrimonial e do balanço de resultado econômico.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - A distribuição dos resultados será proporcional aos percentuais de participação do quadro societário, segundo autoriza o artigo 1.007 da Lei nº 10.406/2002.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Fica a sociedade autorizada a distribuir antecipadamente lucros do exercício, com base em levantamento de balanço intermediário, semestrais ou mensais, observada a reposição de lucros quando a distribuição afetar o capital social, conforme estabelece o artigo 1.059 da Lei nº 10.406/2002.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA:** A sociedade poderá a qualquer tempo, abrir ou fechar filial ou outra dependência, mediante alteração contratual assinada por todos.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA:** Em casos omissos a sociedade será regida subsidiariamente pelo novo Código Civil.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA:** O administrador declara, sob as penas da lei, de que não está impedido de exercer a administração da sociedade, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrar (em) 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 propriedade.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA:** Deliberações sociais serão refletidas em documento escrito (instrumento particular ou público) subscrito pelo próprio sócio único ou por seu procurador com poderes específicos, inclusive a de transformação de tipo jurídico.

**ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**PRIMEIRA ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO CONTRATUAL**  
**CNPJ: 55.132.304/0001-02**  
**NIRE:41212530848**

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA:** O falecimento do sócio não dissolve necessariamente a sociedade, ficando os herdeiros e sucessores sub-rogados nos direitos e obrigações do “*de cujus*”, podendo nela fazerem-se representar, enquanto indiviso o quinhão respectivo, por um dentre eles devidamente credenciado pelos demais.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Apurados por balanço os haveres do sócio falecido, fica facultado mediante consenso unânime entre os sócios herdeiros as condições de pagamento após apresentada a sociedade autorização judicial que permita formalizar-se inteiramente a operação, inclusive perante o Registro de Comercio, desde que não afetem a situação econômico-financeira da sociedade;

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA:** A empresa declara sob as penas de Lei, que se enquadra na condição de EMPRESA DE PEQUENO PORTE - EPP, nos termos da Lei Complementar nº123, de 14/12/2006.

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA:** Nos termos da Instrução Normativa DREI nº81/2020, de 10 de Junho de 2020, a sociedade permanecerá unipessoal.

**CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA:** Fica eleito o foro de Goioerê, Estado do Paraná, para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato.

E, por assim estar justo e contratado, lavra, data, e assina o presente instrumento, em única via de teor e forma.

Goioerê -Pr, 20 de junho de 2024.

**ANA CLAUDIA SANTIAGO**



## ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa ANA SANTIAGO SERVIÇOS MEDICOS LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
07984955964	ANA CLAUDIA SANTIAGO



CERTIFICO O REGISTRO EM 21/06/2024 11:24 SOB Nº 20244344876.  
PROTOCOLO: 244344876 DE 20/06/2024.  
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12408753792. CNPJ DA SEDE: 55132304000102.  
NIRE: 41212530848. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 20/06/2024.  
ANA SANTIAGO SERVIÇOS MEDICOS LTDA

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

### Identificação do Contribuinte - CNPJ Matriz

CNPJ: **55.132.304/0001-02**

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

Nome Empresarial: **ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA**

### Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **Optante pelo Simples Nacional desde 15/05/2024**

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

[+ Mais informações](#)

### Períodos Anteriores

Opções pelo Simples Nacional em Períodos Anteriores: **Não Existem**

Enquadramentos no SIMEI em Períodos Anteriores: **Não Existem**

### Eventos Futuros (Simples Nacional)

**Não Existem**

### Eventos Futuros (SIMEI)

**Não Existem**

### Informações de Períodos como MEI Transportador Autônomo de Cargas

**Não Existem**

[Voltar](#)

[Gerar PDF](#)

## CERTIDÃO SIMPLIFICADA

### Sistema Nacional de Registro de Empresas Mercantis - SINREM

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

<b>Nome Empresarial:</b> ANA SANTIAGO SERVIÇOS MEDICOS LTDA <b>NIRE :</b> 41212530848 <b>Natureza Jurídica:</b> Sociedade Empresária Limitada			<b>Protocolo:</b> PRC2421462390		
<b>NIRE (Sede)</b> 41212530848	<b>CNPJ</b> 55.132.304/0001-02	<b>Data de Ato Constitutivo</b> 15/05/2024	<b>Início de Atividade</b> 10/05/2024		
<b>Endereço Completo</b> Rua PEDRO PARIGOT DE SOUZA, Nº 00100, JARDIM LINDOIA - Goioerê/PR - CEP 87360-000					
<b>Objeto Social</b> ATIVIDADES MÉDICAS AMBULATORIAIS RESTRITAS A CONSULTAS; ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS; ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS; ATIVIDADES DE ATENÇÃO AMBULATORIAL NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE					
<b>Capital Social</b> R\$ 2.000,00 (dois mil reais) <b>Capital Integralizado</b> R\$ 2.000,00 (dois mil reais)		<b>Porte</b> EPP (Empresa de Pequeno Porte)	<b>Prazo de Duração</b> Indeterminado		
<b>Dados do Sócio</b>					
<b>Nome</b> ANA CLAUDIA SANTIAGO	<b>CPF/CNPJ</b> 079.849.559-64	<b>Participação no capital</b> R\$ 2.000,00	<b>Espécie de sócio</b> Sócio	<b>Administrador</b> S	<b>Término do mandato</b> Indeterminado
<b>Dados do Administrador</b>					
<b>Nome</b> ANA CLAUDIA SANTIAGO	<b>CPF</b> 079.849.559-64	<b>Término do mandato</b> Indeterminado			
<b>Último Arquivamento</b>			<b>Situação</b>		
<b>Data</b> 21/06/2024	<b>Número</b> 20244344876	<b>Ato/eventos</b> 002 / 021 - ALTERACAO DE DADOS (EXCETO NOME EMPRESARIAL)	<b>ATIVA</b> <b>Status</b> xxxxx		

Esta certidão foi emitida automaticamente em 11/07/2024, às 08:22:34 (horário de Brasília).

Se impressa, verificar sua autenticidade no <https://www.empresafacil.pr.gov.br>, com o código **ARRXTDES**.

Em caso de divergência de dados, solicitar a correção através do "Fale Conosco" (<https://www.juntacomercial.pr.gov.br/webservices/jucepar/faleconosco>) no prazo de 30 dias da emissão deste documento.

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA  
Secretário(a) Geral



ESTADO DO PARANÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIOERE  
SECRETARIA DE FINANÇAS  
DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO

## ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO E/OU FUNCIONAMENTO

C. M. C 246989237

A PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIOERE, concede o presente Alvará para  
Localização e Funcionamento em conformidade com a Legislação em vigor:

### NOME / RAZÃO SOCIAL

246989237 ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA

CNPJ: 55.132.304/0001-02

### ENDEREÇO

Logradouro: Rua PEDRO PARIGOT DE SOUZA

Número: 100

Complemento:

CEP: 87360-000

Bairro: CENTRO

UF: PR

Cidade: Goioerê

### ATIVIDADE

Atividade: 8630503 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Atividade: 8610102 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares

Atividade: 8630501 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de

Atividade: 8630599 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente

VALIDO APENAS SE APRESENTADO EM CONJUNTO COM LICENÇAS: SANITÁRIA; BOMBEIRO E OU  
AMBIENTAL QUANDO COUBER.

Emitido em: 10/07/2024

VÁLIDO ATÉ 31/03/2025

VIVIAN KARLA MOREIRA  
Diretora do Depto. de Tributação  
CPF 027.837.999-14  
Portaria 644/2023

Departamento de Tributação

Obs.: Em caso de encerramento, paralisação, mudança de endereço, de ramo ou qualquer  
outra alteração, procurar com urgência ao setor competente. Este Alvará deverá ficar em  
Local visível, sem dobras e rasuras.

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

## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 55.132.304/0001-02  
**Razão Social:** ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA  
**Endereço:** RUA PEDRO PARIGOT DE SOUZA 100 / CENTRO / GOIOERE / PR / 87360-000

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

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

**Validade:** 15/07/2024 a 13/08/2024

**Certificação Número:** 2024071503516255945069

Informação obtida em 22/07/2024 15:54:21

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



ESTADO DO PARANÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIOERÊ  
SECRETARIA DE FINANÇAS

Data: 22/07/2024 16h00min

Número	Validade
3129	21/08/2024

## CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Nome / Razão Social

ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA CNPJ: 55132304000102

Aviso

Sem débitos pendentes até a presente data.

Comprovação Junto à

Finalidade

Mensagem

Certificamos que até a presente data não constam débitos tributários relativos à inscrição abaixo caracterizada.

A Fazenda Municipal se reserva o direito de cobrar débitos que venham a ser constatados, mesmo se referentes a períodos compreendidos nesta certidão.

Código de Controle

CW3QAZJAZKEN2J21

A validade do documento pode ser consultada no site da prefeitura por meio do código de controle informado.  
<http://goioere.pr.gov.br>

Goioerê (PR), 22 de Julho de 2024



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

**Certidão Negativa**  
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual  
Nº 033870128-19

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **55.132.304/0001-02**

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 23/10/2024 - Fornecimento Gratuito**

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via Internet  
[www.fazenda.pr.gov.br](http://www.fazenda.pr.gov.br)



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

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

**Nome: ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ: 55.132.304/0001-02**

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 09:43:27 do dia 25/06/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 22/12/2024.

Código de controle da certidão: **1E5C.5D83.7939.F79E**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 55.132.304/0001-02

Certidão nº: 44705968/2024

Expedição: 25/06/2024, às 09:46:41

Validade: 22/12/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **55.132.304/0001-02**, **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.



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **ANA CLAUDIA SANTIAGO**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **56746** desde **04/07/2024**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

**Esta Certidão tem validade até o dia 04/10/2024.**

Chave de validação     **a901bb819ea7a8ed3d931a44e92280f2b69f831a**

Emitida eletronicamente via internet em **04/07/2024**.

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

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

**RG: 12.412.709-2**



POLEGAR DIREITO



*Ana Claudia Santiago*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **12.412.709-2** DATA DE EXPEDIÇÃO: 26/08/2013

NOME: **ANA CLAUDIA SANTIAGO**

FLIAÇÃO: DORIVAL MARTELLI SANTIAGO  
DOETE PEREZ SANTIAGO

NATURALIDADE: CIANORTE/PR DATA DE NASCIMENTO: 22/07/1997

DOC. ORIGEM: COMARCA=CIANORTE/PR, DA SEDE  
C.NASC=84342, LIVRO=58A, FOLHA=172

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

**E PROIBIDO PLASTIFICAR**



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**

**Receita Federal**  
**Cadastro de Pessoas Físicas**



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

**Número**

**079.849.559-64**

**Nome**

**ANA CLAUDIA SANTIAGO**

**Nascimento**

**22/07/1997**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**1A1A.F96B.312F.95CE**

**A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço**

**[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)**

**Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 13:58:49 do dia 14/03/2014 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00**



**ana claudia santiago**

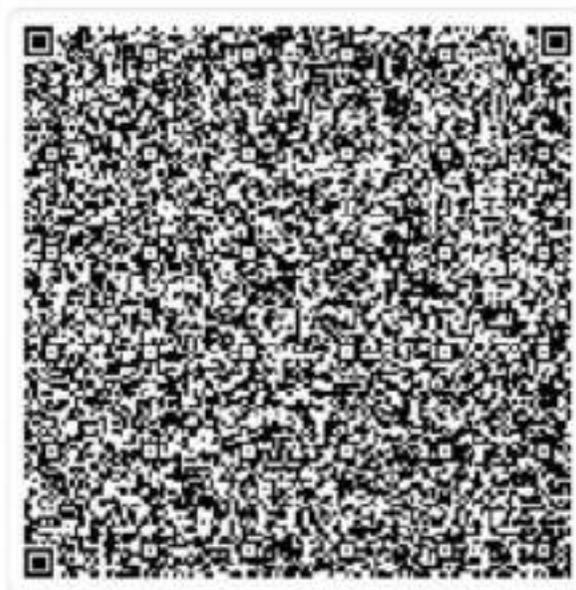
N° 705006872613659



**ana claudia santiago**

CNS 705006872613659

CPF 079.849.559-64



Para falar com a TIM

Acesse APP Meu TIM ou o site [tim.com.br](https://tim.com.br)

Converse no WhatsApp (41) 4141-4141

Deficiente auditivo e de fala, acesse a CIC no site [tim.com.br/acessibilidade](https://tim.com.br/acessibilidade)TIM S.A.  
Rua Lourenço Mourão, 26  
Seminário - Curitiba - PR  
CNPJ: 02.421.421/0017-89 - I.E.: 90198819-60  
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11OSVALDO OISHI  
RUA PEDRO PARIGOT DE SOUZA, 100  
CENTRO  
87360-000 - GOIOERE - PR

Pague com Pix

VALOR  
**R\$ 330,99**VENCIMENTO  
**10/07/2024**

FATURA	PERÍODO	EMIÇÃO	POSTAGEM
5237240673	19/05 a 18/06	19/06/2024	28/06/2024

SEU NÚMERO TIM

**44 99850-9990**

CPF/CNPJ	46797530997
Cliente	1.51873846
Quantidade de acessos	4

**Olá, OSVALDO!**  
Conheça a Fatura Fácil TIM.

Agora ficou mais fácil revisar e pagar a sua fatura. Acompanhe seu consumo, veja seu detalhamento da fatura e muito mais através do Meu TIM.

**Atenção**

FATURA RESUMO

Planos Contratados	<b>R\$ 314,99</b>
Itens eventuais	<b>R\$ 16,00</b>

**Total geral R\$ 330,99****Fique por dentro**

Nº de identificação do documento: 5237240673

Identificação do Débito Automático:  
00000009102325331016

Mais comodidade para você, cadastre sua conta em débito automático. Acesse o App Meu Tim.

CLIENTE	REFERÊNCIA	EMIÇÃO	VENCIMENTO	VALOR
OSVALDO OISHI	JUN/2024	19/06/2024	10/07/2024	R\$ 330,99

84640000003 - 6 30990109011 - 3 00523724067 - 5 30102325331 - 5



Pague com Pix

Escaneie o QR Code ao lado e efetue o pagamento da sua fatura pelo PIX.



# Universidade Cesumar - Unicesumar

Estado do Paraná



A Reitora da Universidade Cesumar - Unicesumar,  
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão em 16 de junho de 2024, do  
Curso de Graduação em Medicina e a colação de grau  
em 28 de junho de 2024, confere o título de  
**Médica**

a

**Ana Claudia Santiago,**

brasileira, natural do Estado do Paraná,  
nascida a 22 de julho de 1997, RG 124127092/SESP-PR

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.  
Maringá, 28 de junho de 2024.

Solange Munhoz Arroyo Lopes

Reitora

Assinatura realizada por meio de certificado ICP-Brasil

Ana Claudia Santiago

Diplomada

<https://www.unicesumar.edu.br/valida-diploma/>

Código de validação: 1196.1196.c8a0b268d4c4a31595d770cd99f83056aa8f1a9e4921826cbbe5e5c3729d024f

Universidade Cesumar - Unicesumar  
Mantenedora: CESUMAR - CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DE MARINGÁ LTDA  
CNPJ: 79.265.617/0001-99  
Credenciada pela Portaria MEC nº 367 de 27/03/2020, publicada no D.O.U nº 62, Seção 1, Pág. 51 de 31/03/2020

Curso de GRADUAÇÃO EM MEDICINA - BACHARELADO  
Reconhecido pela Portaria nº 969 de 06/09/2017, publicada no D.O.U. nº 173, Seção 1, Pág. 676 de 08/09/2017

Universidade Cesumar - Unicesumar  
Maringá-PR  
Diretoria de Serviços Acadêmicos  
Departamento Especial de Registro de Diplomas  
Diploma registrado sob nº 263891.  
Processo n.º 263891/2024 nos termos do art. 48 da Lei 9.394/96 e Decreto 9.235/2017.

Maringá, 28 de junho de 2024.



---

ÉRICA RODRIGUES CARLOTÓ PEREIRA  
Diretora de Serviços Acadêmicos  
Delegação da Reitora nº018/2024





**UNIVERSIDADE CESUMAR - UNICESUMAR**

Credenciada pela Portaria MEC nº 367 de 27/03/2020, publicada no D.O.U nº 62, Seção 1, Pág. 51 de 31/03/2020.

Para fins de aferição da conformidade do diploma digital emitido a aluna **ANA CLAUDIA SANTIAGO**, RA: **1877895-2**, RG **124127092 SESP** e CPF **079.849.559-64**, a qual concluiu o curso **GRADUAÇÃO EM MEDICINA**, em **16/06/2024**, afirmamos que o documento emitido com o código de validação citado abaixo, seguiu os parâmetros estabelecidos na Portaria 330 publicada em Diário Oficial da União em 5 de abril de 2018 que estabelece os padrões para emissão e registro de diplomas digitais.

Adicionalmente, tomando por base as disposições da Medida Provisória 2.200-2, salientamos que, as assinaturas utilizadas no referido diploma foram inseridas a partir de certificados digitais emitidos pela ICP - Brasil, garantindo a autenticidade, integridade e validade jurídica ao diploma da aluna citada.

Orientamos que, para consulta do status do diploma, o qual na referida data encontra-se como **ATIVO**, a utilização do sítio eletrônico <https://www.unicesumar.edu.br/valida-diploma/> ou o acesso por meio do QR Code contido no verso da representação visual do diploma digital.

Código de validação:

**1196.1196.c8a0b268d4c4a31595d770cd99f83056aa8f1a9e4921826cbbe5e5c3729d024f**

Maringá, 02 de julho de 2024

Atenciosamente,

**Érica Rodrigues Carloto Pereira**  
**Diretora de Serviços Acadêmicos**



ESTADO DO PARANÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIOERE  
SECRETARIA DE FINANÇAS  
DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO

## ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO E/OU FUNCIONAMENTO

C. M. C 246989237

A PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIOERE, concede o presente Alvará para  
Localização e Funcionamento em conformidade com a Legislação em vigor:

### NOME / RAZÃO SOCIAL

246989237 ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA

CNPJ: 55.132.304/0001-02

### ENDEREÇO

Logradouro: Rua PEDRO PARIGOT DE SOUZA

Número: 100

Complemento:

CEP: 87360-000

Bairro: CENTRO

UF: PR

Cidade: Goioerê

### ATIVIDADE

Atividade: 8630503 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Atividade: 8610102 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares

Atividade: 8630501 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de

Atividade: 8630599 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente

VALIDO APENAS SE APRESENTADO EM CONJUNTO COM LICENÇAS: SANITÁRIA; BOMBEIRO E OU  
AMBIENTAL QUANDO COUBER.

Emitido em: 10/07/2024

VÁLIDO ATÉ 31/03/2025

VIVIAN KARLA MOREIRA  
Diretora do Depto. de Tributação  
CPF: 121.637.909.84  
Paraná 044 / 2023

Departamento de Tributação

Obs.: Em caso de encerramento, paralisação, mudança de endereço, de ramo ou qualquer  
outra alteração, procurar com urgência ao setor competente. Este Alvará deverá ficar em  
Local visível, sem dobras e rasuras.

**INTERESSADO:** ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA, CNPJ nº 55.132.304/0001-02

**Endereço:** R. Pedro Parigot de Souza, Nº 00100, Jardim Lindoia, CEP: 87.360-000, Goioerê-Paraná

**Telefone para Contato:** (44) 9 9917-9921

**Pessoa para contato:** Ana Claudia Santiago

**E-mail:** anaasantiago22@gmail.com

NOME: Ana Santiago Serviços Médicos Ltda  
CNPJ: 55.132.304/0001-02

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Municipal: 1197  
Data Emissão: 2024-07-22  
Data Vencimento: 2024-08-21  
Certidao Estadual: 1198  
Data Emissão: 2024-06-25  
Data Vencimento: 2024-10-23  
Certidao Federal: 1199  
Data Emissão: 2024-06-25  
Data Vencimento: 2024-12-22  
Certidao Trabalhista: 1200  
Data Emissão: 2024-06-25  
Data Vencimento: 2024-12-22  
Certidao FGTS: 1201  
Data Emissão: 2024-07-22  
Data Vencimento: 2024-08-13

Capacidade Tecnica

Proposta

Categoria: SERVIÇOS DE PLANTÃO POR HORA  
Procedimento: PLANTÃO MÉDICO POR HORA  
Valor: R\$ 115  
Qtd: Un. 1042

## Sistema de Credenciamento

### Declaração

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

#### Dados Fornecedor

---

CNPJ: 55.148.535/0001-04  
Razão Social: Renan Oishi Serviços Médicos Ltda  
E-mail: oishirenan@gmail.com  
Telefone: 44999091685  
Banco: Sicoob - 756  
Conta: 360215-0  
Agência: 4340 - Goioerê  
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: 1192 - Data Emissão: 2024-07-23 - Data Vencimento: 2024-08-22**

**Certidão Estadual: 1193 - Data Emissão: 2024-06-25 - Data Vencimento: 2024-10-23**

**Certidão Federal: 1194 - Data Emissão: 2024-06-25 - Data Vencimento: 2024-12-22**

**Certidão Trabalhista: 1195 - Data Emissão: 2024-06-25 - Data Vencimento: 2024-12-22**

**Certidão FGTS: 1196 - Data Emissão: 2024-07-23 - Data Vencimento: 2024-08-13**

#### **IV - Capacidade Técnica**

#### **V - Proposta**

**Categoria: SERVIÇOS DE PLANTÃO POR HORA - Procedimento: PLANTÃO MÉDICO POR HORA - Valor: R\$ 115  
- Qtd: 1042**

#### **VI - Profissionais**

**Nome: Renan Massahiro Okamoto Oishi - Especialidade : Clínico Geral - CPF: 082.704.539-51**

---

**Esta declaração é uma comprovante de credenciamento**

**Comprovante de credenciamento online emitido através do site [www.credenciamento.ciscomcam.com.br](http://www.credenciamento.ciscomcam.com.br) em: 24/07/2024  
21:15:44**

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

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



**RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ Nº 55.148.535/0001-04**

**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, 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:** RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS LTDA

**CNPJ nº:** 55.148.535/0001-04

**Inscrição Estadual:** 246989069

**Micro Empresa:** ( ) Não (X) Sim

**Optante Simples:** ( ) Não (X) Sim

**Número do CNAE Nacional:**

86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas;

86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências;

86.30-5-01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos;

86.30-5-99 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente;

**Endereço:** R. Pedro Parigot de Souza, Nº 100, Jardim Lindoia

**Município:** Goioerê **UF:** Paraná

**CEP:** 87.360-000

**Telefone Comercial:** (44) 9 9909-1685

**DADOS BANCÁRIOS:**

<b>BANCO:</b> Sicoob	<b>CÓDIGO DO BANCO:</b> 756	<b>AGÊNCIA:</b> 4340
<b>TIPO DE CONTA:</b> Corrente	<b>OPERAÇÃO:</b>	<b>Nº DA CONTA:</b> 360215-0
<b>CIDADE E UF DA AGENCIA:</b> Goioerê-Paraná		



**RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ Nº 55.148.535/0001-04**

<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>	<b>REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR</b>	<b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF</b>
Renan Massahiro Okamoto Oishi	8998664-8	082.704.539-51

<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME</b>	<b>QUANTIDADE</b>

**PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA -CPF</b>	<b>REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR</b>	<b>Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE</b>	<b>TELEFONE</b>
Renan Massahiro Okamoto Oishi	082.704.539-51	8998664-8	56745 - PR	4499091685

**RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO**

<b>NOME</b>	<b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA -CPF</b>	<b>REGISTRO GERAL ÓRGÃO E MISSÃO</b>	<b>E-MAIL</b>	<b>TELEFONE</b>
Renan Massahiro Okamoto Oishi	082.704.539-51	8998664-8	oishirenan@gmail.com	4499091685

**ESPECIALIDADES**

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>ESPECIALIDADE</b>
Renan Massahiro Okamoto Oishi	Inserir a especialidade que irá prestar o serviço.



**RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ Nº 55.148.535/0001-04**

---

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

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

Campo Mourão/Pr, 23 de Julho de 2024.



---

**RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**55.148.535/0001-04**  
**Renan Massahiro Okamoto Oishi**  
**082.704.539-51**  
**8.998.664-8**

---

**R. Pedro Parigot de Souza, Nº 100, Jardim Lindoia CEP 87.360-000, Goioere-PR,**  
**E-mail: oishirenan@gmail.com, Fone: (44) 9 9909-1685**



**RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ Nº 55.148.535/0001-04**

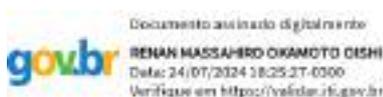
**ANEXO II**  
**DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

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

A empresa **Renan Oishi Serviços Médicos Ltda**, inscrita no CNPJ sob nº **55.148.535/0001-04**, sediada na **R. Pedro Parigot de Souza, Nº 100, Jardim Lindoia CEP 87.360-000, Goioerê-PR**, através representante legal, **Renan Massahiro Okamoto Oishi**, RG nº **8.998.664-8** e CPF nº **082.704.539-51**, 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, 23 de Julho de 2024.



**RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**55.148.535/0001-04**  
**Renan Massahiro Okamoto Oishi**  
**082.704.539-51**  
**8.998.664-8**



**RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ Nº 55.148.535/0001-04**

---

**ANEXO III**  
**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE**  
**FATO IMPEDITIVO**

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

**Renan Oishi Serviços Médicos Ltda**, estabelecida na **R. Pedro Parigot de Souza, Nº 100, Jardim Lindoia CEP 87.360-000, Goioerê-PR**, inscrita no CNPJ sob nº **55.148.535/0001-04**, neste ato representada pela **Renan Massahiro Okamoto Oishi**, no uso de suas atribuições legais, vem: **DECLARAR**, para fins de participação neste procedimento licitatório em pauta, sob as penas da Lei, que inexistente qualquer fato impeditivo a sua participação na licitação citada, que não foi declarada inidônea e que não está suspensa de participar em processos de licitação ou impedida de contratar com a Administração Pública, e que se compromete a comunicar ocorrência de fatos supervenientes.

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão/Pr, 23 de Julho de 2024.



---

**RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**55.148.535/0001-04**  
**Renan Massahiro Okamoto Oishi**  
**082.704.539-51**  
**8.998.664-8**

---

**R. Pedro Parigot de Souza, Nº 100, Jardim Lindoia CEP 87.360-000, Goioerê-PR,**  
**E-mail: [oishirenan@gmail.com](mailto:oishirenan@gmail.com), Fone: (44) 9 9909-1685**



**RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ Nº 55.148.535/0001-04**

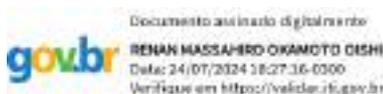
---

**ANEXO IV**  
**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE**  
**PARENTESCO**

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

Eu, **Renan Massahiro Okamoto Oishi**, carteira de identidade nº **8998664-8** expedida pela **Secretaria de Segurança Pública (SSP)**, inscrito no CPF sob nº **082.704.539-51**, Representante legal da inscrita no CNPJ sob o nº **55.148.535/0001-04**, DECLARO, sob as penas da Lei, para os devidos fins que não possui parentesco consanguíneo ou afim, até 3º grau, com empregados e/ou dirigentes do órgão licitante.

Campo Mourão/Pr, 23 de Julho de 2024.



---

**RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**55.148.535/0001-04**  
**Renan Massahiro Okamoto Oishi**  
**082.704.539-51**  
**8.998.664-8**



**RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ Nº 55.148.535/0001-04**

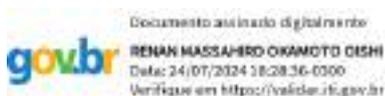
---

**ANEXO V**  
**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 **RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS 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, 23 de Julho de 2024.



---

**RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**55.148.535/0001-04**  
**Renan Massahiro Okamoto Oishi**  
**082.704.539-51**  
**8.998.664-8**

# CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA

## RENAN OISHI SERVIÇOS MEDICOS LTDA

Pelo presente instrumento particular de Contrato Social:

**RENAN MASSAHIRO OKAMOTO OISHI**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, MÉDICO, nascido(a) em 21/08/1992, nº do CPF 082.704.539-51, residente e domiciliado na cidade de Goioerê - PR, na RUA PEDRO PARIGOT DE SOUZA, nº 00100, JARDIM LINDOIA, CEP: 87360-000;

Resolvem, em comum acordo, constituir uma 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: **RENAN OISHI SERVIÇOS MEDICOS LTDA**.

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

A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: RUA PEDRO PARIGOT DE SOUZA, nº 00100, JARDIM LINDOIA, Goioerê - PR, CEP: 87360000.

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

A sociedade terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômica: ATIVIDADES MÉDICAS AMBULATORIAIS RESTRITAS A CONSULTAS; ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS; ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS; ATIVIDADES DE ATENÇÃO AMBULATORIAL NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE

**Parágrafo único.** Em estabelecimento eleito como Sede (Matriz) será(ão) exercida(s) a(s) atividade(s) de ATIVIDADES MÉDICAS AMBULATORIAIS RESTRITAS A CONSULTAS; ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS; ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS; ATIVIDADES DE ATENÇÃO AMBULATORIAL NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE.

E exercerá as seguintes atividades:

CNAE Nº 8630-5/03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

CNAE Nº 8610-1/02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

CNAE Nº 8630-5/01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos

CNAE Nº 8630-5/99 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente

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

A sociedade iniciará suas atividades em 14/05/2024 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\$ 2.000,00 (dois mil reais), dividido em 2000 quotas, no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, formado por R\$ 2.000,00 (dois 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\$	%
RENAN MASSAHIRO OKAMOTO OISHI	2000	2.000,00	100,00
TOTAL:	2000	2.000,00	100,00

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

A administração da sociedade será exercida pelo sócio **RENAN MASSAHIRO OKAMOTO OISHI** 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.

## **CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA**

### **RENAN OISHI SERVIÇOS MEDICOS LTDA**

---

#### **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.

#### **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 Empresa de Pequeno Porte - EPP, 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, II, LC nº 123, de 2006)

#### **CLÁUSULA XV - DO FORO**

Fica eleito o Foro da Comarca de Goioerê - 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.

**CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA**  
**RENAN OISHI SERVIÇOS MEDICOS LTDA**

---

Goioerê - PR, 14 de May de 2024

---

RENAN MASSAHIRO OKAMOTO OISHI  
Sócio/Administrador



## ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa RENAN OISHI SERVIÇOS MEDICOS LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
08270453951	RENAN MASSAHIRO OKAMOTO OISHI



CERTIFICO O REGISTRO EM 16/05/2024 08:00 SOB Nº 41212533154.  
PROTOCOLO: 243415486 DE 15/05/2024.  
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12406870244. CNPJ DA SEDE: 55148535000104.  
NIRE: 41212533154. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 14/05/2024.  
RENAN OISHI SERVIÇOS MEDICOS LTDA

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

		<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b>	
<b>CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</b>			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>55.148.535/0001-04</b> MATRIZ	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>	DATA DE ABERTURA <b>16/05/2024</b>	
NOME EMPRESARIAL <b>RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS LTDA</b>			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****			PORTE <b>EPP</b>
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS <b>86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências</b> <b>86.30-5-01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos</b> <b>86.30-5-99 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>206-2 - Sociedade Empresária Limitada</b>			
LOGRADOURO <b>R PEDRO PARIGOT DE SOUZA</b>	NÚMERO <b>00100</b>	COMPLEMENTO *****	
CEP <b>87.360-000</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>JARDIM LINDOIA</b>	MUNICÍPIO <b>GOIOERE</b>	UF <b>PR</b>
ENDEREÇO ELETRÔNICO <b>OISHIRENAN@GMAIL.COM</b>	TELEFONE <b>(44) 9909-1685/ (0000) 0000-0000</b>		
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>16/05/2024</b>	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

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

Emitido no dia **16/05/2024** às **08:12:54** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

## CERTIDÃO SIMPLIFICADA

### Sistema Nacional de Registro de Empresas Mercantis - SINREM

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

<b>Nome Empresarial:</b> RENAN OISHI SERVIÇOS MEDICOS LTDA <b>NIRE :</b> 41212533154 <b>Natureza Jurídica:</b> Sociedade Empresária Limitada			<b>Protocolo:</b> PRC2421462411		
<b>NIRE (Sede)</b> 41212533154	<b>CNPJ</b> 55.148.535/0001-04	<b>Data de Ato Constitutivo</b> 16/05/2024	<b>Início de Atividade</b> 14/05/2024		
<b>Endereço Completo</b> Rua PEDRO PARIGOT DE SOUZA, Nº 00100, JARDIM LINDOIA - Goioerê/PR - CEP 87360-000					
<b>Objeto Social</b> ATIVIDADES MÉDICAS AMBULATORIAIS RESTRITAS A CONSULTAS; ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS; ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS; ATIVIDADES DE ATENÇÃO AMBULATORIAL NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE					
<b>Capital Social</b> R\$ 2.000,00 (dois mil reais) <b>Capital Integralizado</b> R\$ 2.000,00 (dois mil reais)		<b>Porte</b> EPP (Empresa de Pequeno Porte)	<b>Prazo de Duração</b> Indeterminado		
<b>Dados do Sócio</b>					
<b>Nome</b> RENAN MASSAHIRO OKAMOTO OISHI	<b>CPF/CNPJ</b> 082.704.539-51	<b>Participação no capital</b> R\$ 2.000,00	<b>Espécie de sócio</b> Sócio	<b>Administrador</b> S	<b>Término do mandato</b> Indeterminado
<b>Dados do Administrador</b>					
<b>Nome</b> RENAN MASSAHIRO OKAMOTO OISHI		<b>CPF</b> 082.704.539-51	<b>Término do mandato</b> Indeterminado		
<b>Último Arquivamento</b>			<b>Situação</b>		
<b>Data</b> 16/05/2024	<b>Número</b> 20243415486	<b>Ato/eventos</b> 090 / 316 - ENQUADRAMENTO DE EMPRESA DE PEQUENO PORTE	<b>ATIVA</b> <b>Status</b> XXXXX		

Esta certidão foi emitida automaticamente em 11/07/2024, às 11:03:17 (horário de Brasília).

Se impressa, verificar sua autenticidade no <https://www.empresafacil.pr.gov.br>, com o código **JCIOA1L**.

Em caso de divergência de dados, solicitar a correção através do "Fale Conosco" (<https://www.juntacomercial.pr.gov.br/webservices/jucepar/faleconosco>) no prazo de 30 dias da emissão deste documento.

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA  
Secretário(a) Geral

Identificação do Contribuinte - CNPJ Matriz

CNPJ: **55.148.535/0001-04**

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

Nome Empresarial: **RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS LTDA**

Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **Optante pelo Simples Nacional desde 16/05/2024**

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

+ Mais informações

Períodos Anteriores

Opções pelo Simples Nacional em Períodos Anteriores: **Não Existem**

Enquadramentos no SIMEI em Períodos Anteriores: **Não Existem**

Eventos Futuros (Simples Nacional)

**Não Existem**

Eventos Futuros (SIMEI)

**Não Existem**

Informações de Períodos como MEI Transportador Autônomo de Cargas

**Não Existem**

Voltar

Gerar PDF



ESTADO DO PARANÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIOERE  
SECRETARIA DE FINANÇAS  
DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO

## ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO E/OU FUNCIONAMENTO

C. M. C 246989069

A PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIOERE, concede o presente Alvará para Localização e Funcionamento em conformidade com a Legislação em vigor:

### NOME / RAZÃO SOCIAL

246989069 RENAN OISHI SERVIÇOS MEDICOS LTDA

CNPJ: 55.148.535/0001-04

### ENDEREÇO

Logradouro: Rua PEDRO PARIGOT DE SOUZA

Número: 100

Complemento:

CEP: 87360-000

Bairro: JARDIM LINDOIA

Cidade: Goioerê

UF: PR

### ATIVIDADE

Atividade: 8630503 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Atividade: 8610102 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares

Atividade: 8630501 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de

Atividade: 8630599 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente

VALIDO APENAS SE APRESENTADO EM CONJUNTO COM LICENÇAS: SANITÁRIA; BOMBEIRO E OU AMBIENTAL QUANDO COUBER.

Emitido em: 10/07/2024

VÁLIDO ATÉ 31/03/2025

VIVIAN KARLA MOREIRA  
Diretora do Depto. de Tributação  
CPF 02.083.7395-68  
Portaria 044/2023

Departamento de Tributação

Obs.: Em caso de encerramento, paralisação, mudança de endereço, de ramo ou qualquer outra alteração, procurar com urgência ao setor competente. Este Alvará deverá ficar em Local visível, sem dobras e rasuras.

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

## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 55.148.535/0001-04  
**Razão Social:** RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS LTDA  
**Endereço:** RUA PEDRO PARIGOT DE SOUZA 100 / JARDIM LINDOIA / / / 87362-000

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

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

**Validade:** 15/07/2024 a 13/08/2024

**Certificação Número:** 2024071503516255945301

Informação obtida em 23/07/2024 11:30:55

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



ESTADO DO PARANÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIOERÊ  
SECRETARIA DE FINANÇAS

Data: 23/07/2024 11h33min

Número	Validade
3147	22/08/2024

## CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Nome / Razão Social

RENAN OISHI SERVIÇOS MEDICOS LTDA CNPJ: 55148535000104

Aviso

Sem débitos pendentes até a presente data.

Comprovação Junto à

Finalidade

Mensagem

Certificamos que até a presente data não constam débitos tributários relativos à inscrição abaixo caracterizada.

A Fazenda Municipal se reserva o direito de cobrar débitos que venham a ser constatados, mesmo se referentes a períodos compreendidos nesta certidão.

Código de Controle

CWG6PBE8Z8U2WMM1

A validade do documento pode ser consultada no site da prefeitura por meio do código de controle informado.  
<http://goioere.pr.gov.br>

Goioerê (PR), 23 de Julho de 2024



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

**Certidão Negativa**  
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual  
**Nº 033875540-06**

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **55.148.535/0001-04**

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 23/10/2024 - Fornecimento Gratuito**

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via Internet  
[www.fazenda.pr.gov.br](http://www.fazenda.pr.gov.br)



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

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

**Nome: RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ: 55.148.535/0001-04**

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

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

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

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

Emitida às 15:07:06 do dia 25/06/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 22/12/2024.

Código de controle da certidão: **4CF4.5A68.6DD4.1D44**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 55.148.535/0001-04

Certidão nº: 44798066/2024

Expedição: 25/06/2024, às 15:07:53

Validade: 22/12/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **55.148.535/0001-04**, **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.



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **RENAN MASSAHIRO OKAMOTO OISHI**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **56745** desde **04/07/2024**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

**Esta Certidão tem validade até o dia 04/10/2024.**

Chave de validação     **a93b96382dbab1fc768b827fe6f572e924db7906**

Emitida eletronicamente via internet em **04/07/2024**.

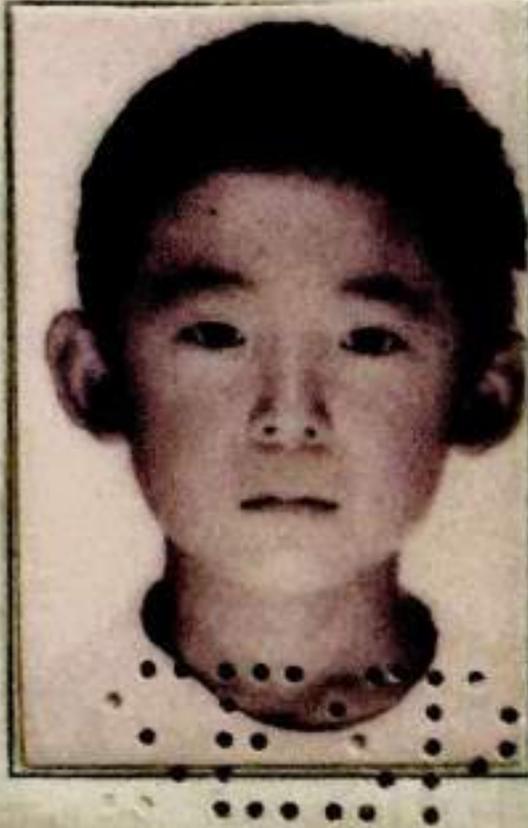
Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ



POLEGAR DIREITO



Ramon Machado de Almeida  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.998.664 8

DATA DE EXPEDIÇÃO 12/04/2000

NOME

RENAN MASSAHIRO OKANOJO OISHI

FILIAÇÃO

OSVALDO OISHI  
LUCIA MITIE OKANOJO OISHI

NATURALIDADE

UMUARAMA/PR

DOC. ORIGEM

COMARCA=6010000/PR, DA SEDE

C. NASC 20089, LITRO=443, FOLHA=1534

CPF

CURITIBA - PR

DATA DE EMISSÃO  
21/08/1992



ASSINATURA DO DIRETOR(A) ANTONIO LUQUINA

LEI Nº 7.116 DE 2000

INTERIMET L71A



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

# CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

**082.704.539-51**

Nome

**RENAN MASSAHIRO OKAMOTO OISHI**

Nascimento

**21/08/1992**



Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão

MAI/2008

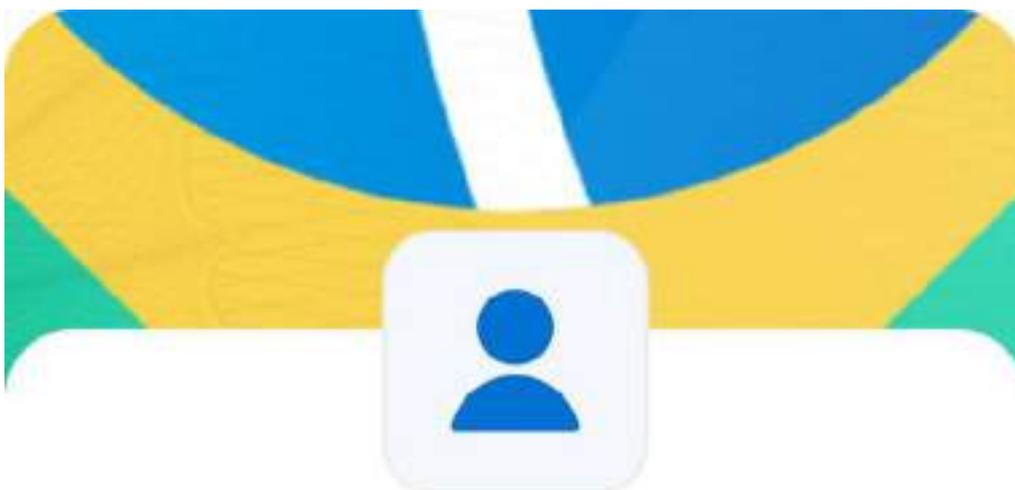


Banco do Brasil S.A. - CNPJ 00.000.000/0001-00



**renan massahiro okamoto**  
**oishi**

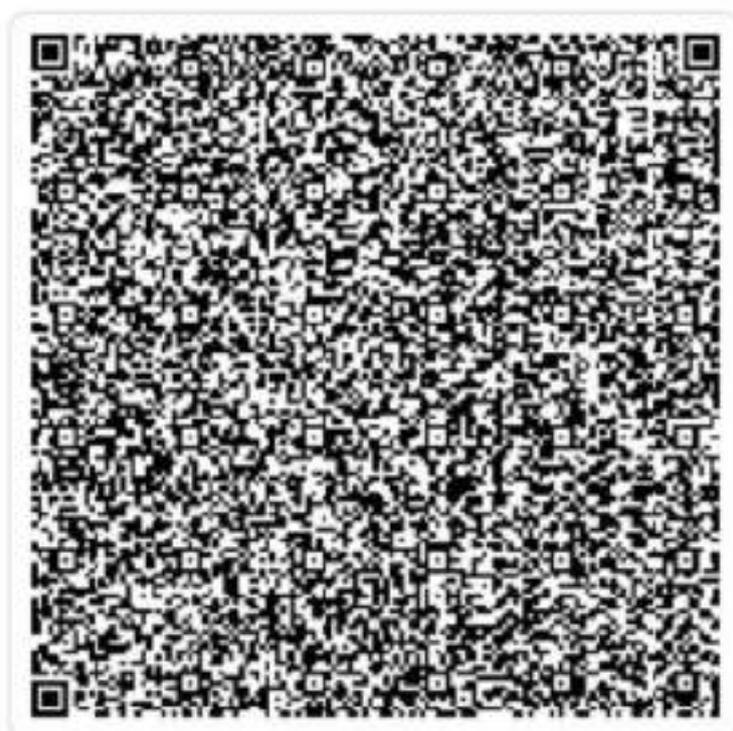
N° 706708237413420



**renan massahiro okamoto  
oishi**

CNS 706708237413420

CPF 082.704.539-51



Para falar com a TIM

- ☐ Acesse APP Meu TIM ou o site [tim.com.br](https://tim.com.br)

- ☎ Converse no WhatsApp (41) 4141-4141

- ♿ Deficiente auditivo e de fala, acesse a CIC no site [tim.com.br/acessibilidade](https://tim.com.br/acessibilidade)



TIM S.A.  
Rua Lourenço Mourão, 26  
Seminário - Curitiba - PR  
CNPJ: 02.421.421/0017-89 - I.E.: 90198819-60  
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

**OSVALDO OISHI**  
RUA PEDRO PARIGOT DE SOUZA, 100  
CENTRO  
87360-000 - GOIOERE - PR



Pague com Pix

VALOR  
**R\$ 330,99**

VENCIMENTO  
**10/07/2024**

FATURA	PERÍODO	EMIÇÃO	POSTAGEM
5237240673	19/05 a 18/06	19/06/2024	28/06/2024

SEU NÚMERO TIM

**44 99850-9990**

CPF/CNPJ	46797530997
Cliente	1.51873846
Quantidade de acessos	4



**Olá, OSVALDO!**  
Conheça a Fatura  
Fácil TIM.

Agora ficou mais fácil  
revisar e pagar a sua  
fatura. Acompanhe  
seu consumo, veja seu  
detalhamento da fatura  
e muito mais através do  
Meu TIM.

**Atenção**

FATURA RESUMO

📄 Planos Contratados	<b>R\$ 314,99</b>
----------------------	-------------------

📁 Itens eventuais	<b>R\$ 16,00</b>
-------------------	------------------

<b>Total geral</b>	<b>R\$ 330,99</b>
--------------------	-------------------

**Fique por dentro**

Nº de identificação do documento: 5237240673



Identificação do Débito Automático:  
00000009102325331016

Mais comodidade para você, cadastre sua conta em débito automático. Acesse o App  
Meu Tim.

CLIENTE	REFERÊNCIA	EMIÇÃO	VENCIMENTO	VALOR
OSVALDO OISHI	JUN/2024	19/06/2024	10/07/2024	R\$ 330,99

84640000003 - 6 30990109011 - 3 00523724067 - 5 30102325331 - 5



Pague com Pix

Escaneie o QR Code ao lado e  
efetue o pagamento da sua  
fatura pelo PIX.



# Universidade Cesumar - Unicesumar

Estado do Paraná



A Reitora da Universidade Cesumar - Unicesumar,  
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão em 16 de junho de 2024, do  
Curso de Graduação em Medicina e a colação de grau  
em 28 de junho de 2024, confere o título de  
**Médico**

a

**Renan Massahiro Okamoto Oishi,**

brasileiro, natural do Estado do Paraná,  
nascido a 21 de agosto de 1992, RG 89986648/SESP-PR

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.  
Maringá, 28 de junho de 2024.

Solange Munhoz Arroyo Lopes

Reitora

Assinatura realizada por meio de certificado ICP-Brasil

Renan Massahiro Okamoto Oishi

Diplomado

<https://www.unicesumar.edu.br/valida-diploma/>

Código de validação: 1196.1196.ef7c1cb3d75c484f4ae4202c7bc4e1c8427668da20d7639dcaa37f584c5c5b4a

Universidade Cesumar - Unicesumar  
Mantenedora: CESUMAR - CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DE MARINGÁ LTDA  
CNPJ: 79.265.617/0001-99  
Credenciada pela Portaria MEC nº 367 de 27/03/2020, publicada no D.O.U nº 62, Seção 1, Pág. 51 de 31/03/2020

Curso de GRADUAÇÃO EM MEDICINA - BACHARELADO  
Reconhecido pela Portaria nº 969 de 06/09/2017, publicada no D.O.U. nº 173, Seção 1, Pág. 676 de 08/09/2017

Universidade Cesumar - Unicesumar  
Maringá-PR  
Diretoria de Serviços Acadêmicos  
Departamento Especial de Registro de Diplomas  
Diploma registrado sob nº 263939.  
Processo n.º 263939/2024 nos termos do art. 48 da Lei 9.394/96 e Decreto 9.235/2017.

Maringá, 28 de junho de 2024.



---

ÉRICA RODRIGUES CARLOTÓ PEREIRA  
Diretora de Serviços Acadêmicos  
Delegação da Reitora nº018/2024





**UNIVERSIDADE CESUMAR - UNICESUMAR**

Credenciada pela Portaria MEC nº 367 de 27/03/2020, publicada no D.O.U nº 62, Seção 1, Pág. 51 de 31/03/2020.

Para fins de aferição da conformidade do diploma digital emitido ao aluno **RENAN MASSAHIRO OKAMOTO OISHI**, RA: **1874065-2**, RG **89986648 SESP** e CPF **082.704.539-51**, o qual concluiu o curso **GRADUAÇÃO EM MEDICINA**, em **16/06/2024**, afirmamos que o documento emitido com o código de validação citado abaixo, seguiu os parâmetros estabelecidos na Portaria 330 publicada em Diário Oficial da União em 5 de abril de 2018 que estabelece os padrões para emissão e registro de diplomas digitais.

Adicionalmente, tomando por base as disposições da Medida Provisória 2.200-2, salientamos que, as assinaturas utilizadas no referido diploma foram inseridas a partir de certificados digitais emitidos pela ICP - Brasil, garantindo a autenticidade, integridade e validade jurídica ao diploma do aluno citado.

Orientamos que, para consulta do status do diploma, o qual na referida data encontra-se como **ATIVO**, a utilização do sítio eletrônico <https://www.unicesumar.edu.br/valida-diploma/> ou o acesso por meio do QR Code contido no verso da representação visual do diploma digital.

Código de validação:

**1196.1196.ef7c1cb3d75c484f4ae4202c7bc4e1c8427668da20d7639dcaa37f584c5c5b4a**

Maringá, 29 de junho de 2024

Atenciosamente,

**Érica Rodrigues Carloto Pereira**  
**Diretora de Serviços Acadêmicos**



ESTADO DO PARANÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIOERE  
SECRETARIA DE FINANÇAS  
DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO

## ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO E/OU FUNCIONAMENTO

C. M. C 246989069

A PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIOERE, concede o presente Alvará para  
Localização e Funcionamento em conformidade com a Legislação em vigor:

### NOME / RAZÃO SOCIAL

246989069 RENAN OISHI SERVIÇOS MEDICOS LTDA

CNPJ: 55.148.535/0001-04

### ENDEREÇO

Logradouro: Rua PEDRO PARIGOT DE SOUZA

Número: 100

Complemento:

CEP: 87360-000

Bairro: JARDIM LINDOIA

Cidade: Goioerê

UF: PR

### ATIVIDADE

Atividade: 8630503 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Atividade: 8610102 - Atividades de atendimento em prontosoocorro e unidades hospitalares

Atividade: 8630501 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de

Atividade: 8630599 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente

VALIDO APENAS SE APRESENTADO EM CONJUNTO COM LICENÇAS: SANITÁRIA; BOMBEIRO E OU  
AMBIENTAL QUANDO COUBER.

Emitido em: 10/07/2024

VÁLIDO ATÉ 31/03/2025

VIVIAN KARLA MOREIRA  
Diretora do Depto. de Tributação  
CPF 027837926-08  
Portaria 044/2021

Departamento de Tributação

Obs.: Em caso de encerramento, paralisação, mudança de endereço, de ramo ou qualquer  
outra alteração, procurar com urgência ao setor competente. Este Alvará deverá ficar em  
Local visível, sem dobras e rasuras.

Renan Massahiro Okamoto Oishi  
Celular: 44 999091685  
E-mail: [oishirenan@gmail.com](mailto:oishirenan@gmail.com)

NOME: Renan Oishi Serviços Médicos Ltda  
CNPJ: 55.148.535/0001-04

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Municipal: 1192  
Data Emissão: 2024-07-23  
Data Vencimento: 2024-08-22  
Certidao Estadual: 1193  
Data Emissão: 2024-06-25  
Data Vencimento: 2024-10-23  
Certidao Federal: 1194  
Data Emissão: 2024-06-25  
Data Vencimento: 2024-12-22  
Certidao Trabalhista: 1195  
Data Emissão: 2024-06-25  
Data Vencimento: 2024-12-22  
Certidao FGTS: 1196  
Data Emissão: 2024-07-23  
Data Vencimento: 2024-08-13

Capacidade Tecnica

Proposta

Categoria: SERVIÇOS DE PLANTÃO POR HORA  
Procedimento: PLANTÃO MÉDICO POR HORA  
Valor: R\$ 115  
Qtd: Un. 1042

# Edital de Chamamento Público nº 33/2024

Última atualização 25/07/2024

**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:** 25/07/2024 **Situação:** Divulgada no PNCP

**Data de início de recebimento de propostas:** 25/07/2024 08:00 (horário de Brasília)

**Data fim de recebimento de propostas:** 25/07/2024 08:00 (horário de Brasília)

**Id contratação PNCP:** 95640322000101-1-000044/2024 **Fonte:** Elotech Gestão Pública Ltda

## Objeto:

Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Serviços de Plantão Médico por hora oferecidas pelo Ciscamcam.

## Informação complementar:

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.

### VALOR TOTAL ESTIMADO DA COMPRA

R\$ 397.440,00

[Itens](#)[Arquivos](#)[Histórico](#)

Número ↕	Descrição ↕	Quantidade ↕	Valor unitário estimado ↕	Valor total estimado ↕	Detalhar
1	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	3456	R\$ 115,00	R\$ 397.440,00	

Exibir: 1-1 de 1 itens

Página

[< Voltar](#)

Criado pela Lei nº 14.133/21, o Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP) é o sítio eletrônico oficial destinado à divulgação centralizada e obrigatória dos atos exigidos em sede de licitações e contratos administrativos abarcados pelo novel diploma.

É gerido pelo Comitê Gestor da Rede Nacional de Contratações Públicas, um colegiado deliberativo com suas atribuições estabelecidas no Decreto nº 10.764, de 9 de agosto de 2021.

O desenvolvimento dessa versão do Portal é um esforço conjunto de construção de uma concepção direta legal, homologado pelos indicados a compor o aludido comitê.

A adequação, fidedignidade e correteza das informações e dos arquivos relativos às contratações disponibilizadas no PNCP por força da Lei nº 14.133/2021 são de estrita responsabilidade dos órgãos e entidades contratantes.

 <https://portaldeservicos.economia.gov.br>

 0800 978 9001

AGRADECIMENTO AOS PARCEIROS



---

Texto destinado a exibição de informações relacionadas à licença de uso.



## 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 : 91/2024  
b) Licitação Nº : 33/2024  
c) Modalidade : Inexigibilidade:  
d) Data Homologação : 25/07/2024  
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Serviços de Plantão Médico por hora 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: ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 55.132.304/0001-02  
Valor Total do Fornecedor: 397.440,00 (trezentos e noventa e sete mil, quatrocentos e quarenta reais).  
LOTE 1

Valor Total do Lote: 397.440,00 (trezentos e noventa e sete mil, quatrocentos e quarenta reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	Serviço	3.456	R\$ 115,00	R\$ 397.440,00

FORNECEDOR: RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 55.148.535/0001-04  
Valor Total do Fornecedor: 397.440,00 (trezentos e noventa e sete mil, quatrocentos e quarenta reais).  
LOTE 1

Valor Total do Lote: 397.440,00 (trezentos e noventa e sete mil, quatrocentos e quarenta reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	Serviço	3.456	R\$ 115,00	R\$ 397.440,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 794.880,00 (setecentos e noventa e quatro mil, oitocentos e oitenta reais)

**Valor Total Homologado- R\$ 397.440,00**

Campo Mourão, 25 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

- 25 jul 2024**  
11:50:35  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. ( Email: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br) )
- 25 jul 2024**  
11:51:47  **Ivani Fiore Dal Molin** (Email: [vani\\_fiore@hotmail.com](mailto:vani_fiore@hotmail.com), CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil
- 25 jul 2024**  
11:51:47  **Ivani Fiore Dal Molin** (Email: [vani\\_fiore@hotmail.com](mailto:vani_fiore@hotmail.com), CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 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 : 91/2024  
b) Licitação Nº : 33/2024  
c) Modalidade : Inexigibilidade:  
d) Data Homologação : 25/07/2024  
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Serviços de Plantão Médico por hora oferecidas pelo Ciscocomcam.

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

FORNECEDOR: ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 55.132.304/0001-02  
Valor Total do Fornecedor: 397.440,00 (trezentos e noventa e sete mil, quatrocentos e quarenta reais).

LOTE 1

Valor Total do Lote: 397.440,00 (trezentos e noventa e sete mil, quatrocentos e quarenta reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	Serviço	3.456	R\$ 115,00	R\$ 397.440,00

FORNECEDOR: RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 55.148.535/0001-04  
Valor Total do Fornecedor: 397.440,00 (trezentos e noventa e sete mil, quatrocentos e quarenta reais).

LOTE 1

Valor Total do Lote: 397.440,00 (trezentos e noventa e sete mil, quatrocentos e quarenta reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	Serviço	3.456	R\$ 115,00	R\$ 397.440,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 794.880,00 (setecentos e noventa e quatro mil, oitocentos e oitenta reais)

**Valor Total Homologado- R\$ 397.440,00**

Campo Mourão, 25 de julho de 2024.

**RAFAEL BRITO DO**  
**PRADO:04933415951**

Assinado de forma digital por RAFAEL  
BRITO DO PRADO:04933415951  
Dados: 2024.07.29 10:27:28 -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 : 91/2024  
 b) Licitação Nº : 33/2024  
 c) Modalidade : Inexigibilidade:  
 d) Data Homologação : 25/07/2024  
 e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Serviços de Plantão Médico por hora oferecidas pelo Ciscamcam.

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: ANA SANTIAGO SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 55.132.304/0001-02

Valor Total do Fornecedor: 397.440,00 (trezentos e noventa e sete mil, quatrocentos e quarenta reais).

LOTE 1

Valor Total do Lote: 397.440,00 (trezentos e noventa e sete mil, quatrocentos e quarenta reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	Serviço	3.456	R\$ 115,00	R\$ 397.440,00

FORNECEDOR: RENAN OISHI SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 55.148.535/0001-04

Valor Total do Fornecedor: 397.440,00 (trezentos e noventa e sete mil, quatrocentos e quarenta reais).

LOTE 1

Valor Total do Lote: 397.440,00 (trezentos e noventa e sete mil, quatrocentos e quarenta reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	Serviço	3.456	R\$ 115,00	R\$ 397.440,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 794.880,00 (setecentos e noventa e quatro mil, oitocentos e oitenta reais)

**Valor Total Homologado- R\$ 397.440,00**

Campo Mourão, 25 de julho de 2024.

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

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.



## AVALIAÇÃO DO CONTROLE INTERNO

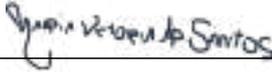
Declaro estar ciente da elaboração do referido procedimento licitatório, não contendo irregularidades quanto a sua forma.

Campo Mourão, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

---

Maria Victoria Aparecida Santos  
Portaria de Nomeação 023/2013  
Controle Interno  
Portaria 27/2015

## Página de assinaturas



**Maria Santos**  
026.495.449-10  
Signatário

### HISTÓRICO

- 13 ago 2024**  
11:48:32  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. ( Email: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br) )
- 13 ago 2024**  
14:46:48  **Maria Victoria Aparecida Santos** (Email: [cida.geografia@outlook.com](mailto:cida.geografia@outlook.com), CPF: 026.495.449-10) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil
- 13 ago 2024**  
14:46:48  **Maria Victoria Aparecida Santos** (Email: [cida.geografia@outlook.com](mailto:cida.geografia@outlook.com), CPF: 026.495.449-10) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil

