



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

TERMO DE AUTUAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: 094/2024

ASSUNTO: CREDENCIAMENTO DE PSIQUIATRIA, PLANTÃO E NUTRIÇÃO

MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE

CUMPRINDO O DISPOSTO NA LEI, NESTE ATO PROCEDO A ATUAÇÃO DO PROCESSO EM EPÍGRAFE, CONTENDO PÁGINAS NUMERADAS DE Nº 01 A Nº 173 E, PARA CONSTAR, LAVRO E ASSINO O PRESENTE TERMO, DE AUTUAÇÃO PARA QUE SURTAS OS EFEITOS LEGAIS.

CAMPO MOURÃO/PR, 30 DE JULHO DE 2024

NOME: JARDEL ALEXANDRE LISBOA

ASSINTURA: _____

Página de assinaturas



Jardel Lisboa
733.780.031-20
Signatário

HISTÓRICO

- | | | |
|-------------------------|---|---|
| 30 jul 2024
11:06:24 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br) |
| 31 jul 2024
10:03:47 |  | Jardel Alexandre Lisboa (Email: jardellis@gmail.com, CPF: 733.780.031-20) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |
| 31 jul 2024
10:03:47 |  | Jardel Alexandre Lisboa (Email: jardellis@gmail.com, CPF: 733.780.031-20) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |





PEDIDO DE COMPRA DE PRODUTOS/SERVIÇO

Ao

Setor de Compras/Licitações/Contratos

Ivani Fiore Dal Molin

Campo Mourão, 30 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 psiquiatria, plantonista e nutrição 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

- | | | |
|-------------------------|---|---|
| 30 jul 2024
11:08:10 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br) |
| 30 jul 2024
11:17:15 |  | Adriano Roque Avila (Email: adrianoroqueavila@gmail.com, CPF: 058.375.919-07) visualizou este documento por meio do IP 177.51.115.250 localizado em Maringá - Paraná - Brazil |
| 30 jul 2024
11:17:15 |  | Adriano Roque Avila (Email: adrianoroqueavila@gmail.com, CPF: 058.375.919-07) assinou este documento por meio do IP 177.51.115.250 localizado em Maringá - 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 psiquiatria, serviços de plantão por hora e nutrição oferecidos pelo Ciscomcam.

Processo Administrativo nº 94

Modalidade: Inexigibilidade

Prazo de Entrega: 365

Local de Entrega: CISCOMCAM

Dotação Orçamentária:

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

Campo Mourão, 30 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

- | | | |
|--------------------------------|---|--|
| 30 jul 2024
11:07:20 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br) |
| 30 jul 2024
11:20:31 |  | Ivani Fiore Dal Molin (Email: vani_fiore@hotmail.com , CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 177.51.119.128 localizado em Maringá - Paraná - Brazil |
| 30 jul 2024
11:20:31 |  | Ivani Fiore Dal Molin (Email: vani_fiore@hotmail.com , CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 177.51.119.128 localizado em Maringá - Paraná - Brazil |





PARECER CONTÁBIL

Processo Administrativo nº 94

Data do Processo Administrativo: 30/07/2024

Modalidade: Inexigibilidade

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psiquiatria, serviços de plantão por hora e nutrição oferecidas pelo Ciscomcam.

Dotação Orçamentária:

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

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

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

Campo Mourão, 30 de julho de 2024

Alexandre Sebastião dos Santos
Contador

Página de assinaturas



Alexandro Santos
019.886.109-58
Signatário

HISTÓRICO

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| 31 jul 2024
10:11:17 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br) |
| 01 ago 2024
12:28:41 |  | Alexandro Sebastião Dos Santos (Email: alexandro_s_s@hotmail.com , CPF: 019.886.109-58) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |
| 01 ago 2024
12:29:00 |  | Alexandro Sebastião Dos Santos (Email: alexandro_s_s@hotmail.com , CPF: 019.886.109-58) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |





AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

Eu, 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 psiquiatria, serviços de plantão por hora e nutrição oferecidos pelo Ciscamcam.

Processo Administrativo nº 94

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
PSIQUIATRIA							
1672	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CISCOMCAM)	480	12	R\$ 50,90	R\$ 24.432,00	3.390.39.00.	50.30
3391	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLÍNICA)	50	12	R\$ 57,27	R\$ 2.863,50	3.390.39.00.	50.30
SERVIÇOS DE PLANTÃO HORA							
5381	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	1728	12	R\$ 115,00	R\$ 198.720,00	3.390.39.00.	50.30
NUTRIÇÃO							
5343	90.04.01.111 ATENDIMENTO INDIVIDUAL NUTRICIONAL (CLÍNICA)	480	12	R\$ 21,17	R\$ 10.161,60	3.390.39.00.	50.30
TOTAL					R\$	236.177,10	

Campo Mourão, 30 de julho de 2024

Leandro Roque Avila
Coordenador do CISCOMCAM

Página de assinaturas



Leandro Avila

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE D...
Signatário

HISTÓRICO

- | | | |
|--------------------------------|---|--|
| 30 jul 2024
11:09:18 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br) |
| 30 jul 2024
11:12:31 |  | Leandro Roque Avila (Empresa: CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO, Email: coordenacao@ciscomcam.com.br , CPF: 057.666.679-30) visualizou este documento por meio do IP 177.51.117.217 localizado em Maringá - Paraná - Brazil |
| 30 jul 2024
11:12:32 |  | Leandro Roque Avila (Empresa: CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO, Email: coordenacao@ciscomcam.com.br , CPF: 057.666.679-30) assinou este documento por meio do IP 177.51.117.217 localizado em Maringá - 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 psiquiatria, serviços de plantão por hora e nutrição oferecidos pelo Ciscamcam.

Processo Administrativo nº 94

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
PSIQUIATRIA							
1672	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CISCOMCAM)	480	12	R\$ 50,90	R\$ 24.432,00	3.390.39.00.	50.30
3391	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLÍNICA)	50	12	R\$ 57,27	R\$ 2.863,50	3.390.39.00.	50.30
SERVIÇOS DE PLANTÃO HORA							
5381	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	1728	12	R\$ 115,00	R\$ 198.720,00	3.390.39.00.	50.30
NUTRIÇÃO							
5343	90.04.01.111 ATENDIMENTO INDIVIDUAL NUTRICIONAL (CLÍNICA)	480	12	R\$ 21,17	R\$ 10.161,60	3.390.39.00.	50.30
TOTAL					R\$	236.177,10	

Campo Mourão, 30 de julho de 2024

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por RAFAEL
BRITO DO PRADO:04933415951
Dados: 2024.08.01 09:03:31 -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

Irani M

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

Página de assinaturas


Ivani Molin
517.896.809-30
Signatário

HISTÓRICO

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



[Voltar](#)

Detalhes processo licitatório

Informações Gerais

Entidade Executora	CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE COMUNIDADE DOS MUNIC DA REGIÃO I		
Ano*	2024		
Nº licitação/dispensa/inexigibilidade*	36		
Modalidade*	Processo Inexigibilidade		
Número edital/processo*	94		
Recursos provenientes de organismos internacionais/multilaterais de crédito			
Instituição Financeira			
Contrato de Empréstimo			
Descrição Resumida do Objeto*	Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psiquiatria, serviços de plantão por hora e nutrição oferecidas pelo Ciscomcam.		
Dotação Orçamentária*	0101510302001520233390390000		
Preço máximo/Referência de preço - R\$*	236.177,10		
Data Publicação Termo ratificação	30/07/2024		
Data de Lançamento do Edital			
Data da Abertura das Propostas			
Há itens exclusivos para EPP/ME?	☐		
Há cota de participação para EPP/ME?	☐		
Percentual de participação:	0,00		
Trata-se de obra com exigência de subcontratação de EPP/ME?	☐		
Há prioridade para aquisições de microempresas regionais ou locais?	☐		
Data Cancelamento			

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



CIS-COMCAM

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

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

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

1. PREÂMBULO.

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

2. DO OBJETO.

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

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

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

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

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



CIS-COMCAM

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

endereço

eletrônico:

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

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

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

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

3. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO.

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

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

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

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

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

4. DA FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO.

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

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

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

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

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

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

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

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



CIS-COMCAM

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

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2022

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

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

5. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

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

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

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

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

6. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

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

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

6.3 Registro comercial, no caso de empresa individual;

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

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



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



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

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

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

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

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

6.26 Documentos dos Profissionais.

6.26.1 Cópia do RG;

6.26.2 Cópia do CPF;

6.26.3 Cópia do cartão SUS;

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

6.26.5 Cópia da Carteira Profissional do respectivo conselho da classe;

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

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

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

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

6.26.10 Número do telefone celular e e-mail.

6.27 Documentos do responsável pelo faturamento:

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

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

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



6.27.1 Número do telefone celular e e-mail

6.27.2 Cópia do RG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. DO PROCEDIMENTO DO CREDENCIAMENTO

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

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

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

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



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

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

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

8. DO CRITÉRIO DE CREDENCIAMENTO.

8.1 As pessoas jurídicas serão cadastradas conforme critérios abaixo elencados:

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

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

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

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

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

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

9. DOS VALORES.

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

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

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

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

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

9.5 Os contratos extraídos dos Processos Licitatórios de Inexigibilidade oriunda deste



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

10. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11. DO CRITÉRIO DE REAJUSTE

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

12. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

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

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

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

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

14. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE 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 Ciscamcam, o cadastro do serviço junto à Secretaria Municipal de Saúde de Campo Mourão, sob pena de suspensão dos pagamentos referentes aos serviços prestados;

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

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

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

15.11

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

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

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

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

16. DA DIVISÃO DOS ATENDIMENTOS.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

17. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



CIS-COMCAM

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

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

Campo Mourão, 01 de agosto de 2023

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

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

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

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



ANEXO I

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO
PESSOA JURÍDICA

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

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

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ nº:

Inscrição Estadual:

Micro Empresa: () Não () Sim

Optante Simples: () Não () Sim

Número do CNAE Nacional: **Descrição:**

Endereço:

Município: **UF:**

CEP:

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

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

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



CIS-COMCAM

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

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

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

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

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

ESPECIALIDADES

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

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA Nº CNPJ

NOME REPRESENTANTE LEGAL

CPF REPRESENTANTE LEGAL

RG REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO III
MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE
FATO IMPEDITIVO

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



ANEXO IV
MODELO DE DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE
PARENTESCO

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



ANEXO V

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

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



ANEXO VI
LISTA DE DOCUMENTOS

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

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

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

RESPONSÁVEL DO CNPJ:

RESPONSÁVEL

DO

DOCUMENTAÇÃO:

CONTATO:

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



CIS-COMCAM

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

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

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



CIS-COMCAM

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

**ANEXO VII
MODELO DE DECLARAÇÃO DE ALTERAÇÃO
DE ENDEREÇO DA RAZÃO SOCIAL**

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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

Página de assinaturas



Adriano Avila
058.375.919-07
Signatário



Ivani Molin
517.896.809-30
Signatário



Joana Silva
058.222.369-52
Signatário



Alexandro Santos
019.886.109-58
Signatário

HISTÓRICO

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



24 jul 2023

15:13:04



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



REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA

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

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

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

Razão Social: COSTA NUTRIÇÃO LTDA

Nome Fantasia: ANDRESSA COSTA NUTRI

CNPJ nº: 47.657.439/0001-55

Inscrição Estadual: Isenta

Micro Empresa: () Não (x) Sim

Optante Simples: () Não (x) Sim

Número do CNAE Nacional: 86.50-0-0

Descrição: Atividades de profissionais da nutrição

Endereço: Avenida Manoel Mendes de Camargo, 747, Apto 02

Município: Campo Mourão **UF:** PR

CEP: 87302-080

Telefone Celular: (44) 99758-1672

E-mail: nutricionista.andressa.costa@gmail.com

ESPECIALIDADES

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
Andressa Costa	Nutricionista

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

CAMPO MOURÃO - PR	Rua Mato Grosso, 1529, Casa B Centro CEP: 87300-400 Campo Mourão - PR
-------------------	--

Campo Mourão – PR, 25 DE JULHO DE 2024

Costa Nutrição LTDA
CNPJ 47.657.439/0001-55
Andressa Costa
CPF: 076.037.379-58
RG: 10.442.132-6





Dados da Pessoa Jurídica:

Razão Social:	COSTA NUTRICAÇÃO LTDA
CNPJ:	47.657.439/0001-55
Título do Estabelecimento (Nome Fantasia):	Andressa Costa Nutri
Telefone:	5544997581672
Endereço:	Avenida Manoel Mendes de Camargo, 747, Apto 2 - Centro - Campo Mourão - Pr /Brasil Cep: 87302080

Dados da conta:

Banco:	0260
Agência:	0001
Conta:	92812806-7
Tipo de Conta:	Conta de Pagamentos
Data de abertura da conta:	24/08/2022

Quadro Societário:

Nome:	Andressa Costa
CPF:	076.037.379-58

Dados do Nubank

Razão Social:	Nu Pagamentos S.A. - Instituição de Pagamento
CNPJ:	18.236.120/0001-58
Endereço:	Rua Capote Valente, 39, São Paulo - SP

Confirmamos que a conta PJ está ativa e apta a receber valores. As transferências recebidas de terceiros devem acontecer apenas por meio de TED, DOC ou Pix. Acima estão os dados vinculados à conta.

Não nos responsabilizamos pelo uso indevido ou por alterações das informações originalmente contidas neste documento após envio.

Asseguramos a autenticidade destas movimentações e das informações aqui citadas.

Em caso de qualquer dúvida, fique à vontade para nos contatar no meajuda@nubank.com.br. Para urgências ligue para 0800 591 2117. Atendimento 24 horas, todos os dias.

Se você não ficou satisfeito com a solução do nosso time de atendimento, ligue para 0800 887 0463 em dias úteis, das 9h às 18h, horário de Brasília.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO

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

Eu, Andressa Costa, carteira de identidade nº 10.442.132-6 expedida pelo IIPR, inscrita no CPF sob nº 076.037.379-58, Representante legal da COSTA NUTRIÇÃO LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 47.657.439/0001-55, 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, 25 DE JULHO DE 2024



Costa Nutrição LTDA
CNPJ 47.657.439/0001-55
Andressa Costa
CPF: 076.037.379-58
RG: 10.442.132-6

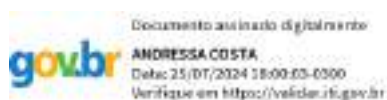
DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO

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

Costa Nutricao LTDA, estabelecida na Avenida Manoel Mendes de Camargo, 747, apto 02, inscrita no CNPJ sob nº 47.657.439/0001-55, neste ato representada pela sua representante legal, Andressa Costa, RG 10.442.132-6 e CPF: 076.037.379-58, 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, 25 de julho de 2024



Costa Nutricao LTDA
CNPJ 47.657.439/0001-55
Andressa Costa
CPF: 076.037.379-58
RG: 10.442.132-6

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

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

A empresa COSTA NUTRICAÇÃO LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 47.657.439/0001-55, sediada na Avenida Manoel Mendes de Camargo, 747, apto 02, centro, na cidade de Campo Mourão - PR, através da representante legal, Andressa Costa, RG 10.442.132-6 e CPF: 076.037.379-58, declara, sob as penas da Lei, que:

não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;

não está impedido de transacionar com a Administração Pública;

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

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

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Campo Mourão – PR, 25 de julho de 2024.



Costa Nutrição LTDA
CNPJ 47.657.439/0001-55
Andressa Costa
CPF: 076.037.379-58
RG: 10.442.132-6

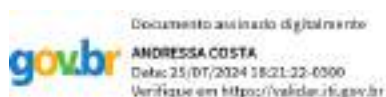
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

Costa Nutrição LTDA, estabelecida na Avenida Manoel Mendes de Camargo, 747, apto 02, inscrita no CNPJ sob nº 47.657.439/0001-55, neste ato representada pela sua representante Andressa Costa, RG 10.442.132-6 e CPF: 076.037.379-58, 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 na CLÍNICA DE REABILITACAO CARDIOPULMONAR LTDA, estabelecida na Rua Mato Grosso, nº 1529, Bairro Centro, Campo Mourão/PR, CEP: 87300-400, inscrita no CNPJ sob nº 07.998.317/0001-08, 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, 25 de julho de 2024



Costa Nutrição LTDA
CNPJ 47.657.439/0001-55
Andressa Costa
CPF: 076.037.379-58
RG: 10.442.132-6



CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO

RUA PADRE GERMANO MAYER 2272 - CEP 80.040-170 - Curitiba / PR - Fone 0800-645-2009

DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE PARA FUNCIONAMENTO (DRF) Nº 24070916131560693409	
Jurisdição: PR	
Razão social: CLÍNICA DE REABILITAÇÃO CARDIOPULMONAR LTDA - ME	
CNPJ / CPF: 07.998.317/0001-08	Registro no CREFITO: RE002077
Endereço: R. MATO GROSSO 1529 ESQ AV JOSE C DE OLIVEIRA	
CEP: 87300-400	Bairro: JD GUTERRES
Cidade: Campo Mourão	UF: PR
Horário de funcionamento: SEGUNDA A SEXTA 08:00-12:00 13:30-18:00	
Registro: RE002077	Endereço: R. MATO GROSSO 1529 ESQ AV JOSE C DE OLIVEIRA - JD GUTERRES - CAMPO MOURÃO/PR
Corpo profissional: GISELY DE OLIVEIRA GUEIS 37483-F	

Declaramos a regularidade do título nos termos da Legislação Pertinente para Desempenho da Atividade Ligadas ao Exercício Profissional da:
Fisioterapia
E obrigação do Responsável legal / técnico pelo consultório/clínica manter atualizados os dados cadastrais vinculados com este Conselho, nos termos da legislação vigente, válida até 01/07/2025

IMPORTANTE Apresentação Obrigatória a Fiscalização. Esta Declaração deverá ser fixada no Setor de Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional em local Visível.	Declaração Digital n.º 24070916131560693409. Emitida eletronicamente em 16:13 de 09/07/2024. Sua autenticidade poderá ser confirmada no site ou pelo QR CODE ao lado. Atenção: qualquer rasura ou alteração invalidará este documento.	
---	---	--

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

LICENÇA SANITÁRIA Nº 90 / 2024

RAZÃO SOCIAL: CLINICA DE REABILITACAO CARDIOPULMONAR LTDA

NOME FANTASIA: FISIO VIDA - PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO

CPF/CNPJ: 07.998.317/0001-08

ENDEREÇO: MATO GROSSO ATÉ 499 LADO ÍMPAR

BAIRRO: JARDIM GUTIERRES **NUMERO:** 1529

DATA DE EMISSÃO: 14/02/2024 **DATA DE VALIDADE:** 14/02/2025

Atividades Licenciadas:

8850004 - Atividades de fisioterapia
8850005 - Atividades de terapia ocupacional

Observações:



ADRIANA LIKES
PEREIRA
CHIROLI:88347311
900

Assinado de forma digital
por ADRIANA LIKES
PEREIRA
CHIROLI:88347311900
Data: 2024.02.15 14:36:16
+03'00'

Autoridade Sanitária

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

CONTRATO DE SUBLOCAÇÃO DE SALA COMERCIAL

Pelo presente instrumento particular de sublocação, de um lado:

LOCATÁRIA: CLÍNICA DE REABILITACAO CARDIOPULMONAR LTDA. (FISIO VIDA), inscrita no CNPJ sob o nº 07.998.317/0001-08, com sede na Rua Mato Grosso, nº 1529, Bairro Centro, Campo Mourão/PR, CEP: 87300-400, doravante denominada SUBLOCADORA neste ato representada por GISELLY DE OLIVEIRA GUELI MACOWSKI, inscrita no CPF sob o nº 697.464.511-20.

E, de outro lado:

SUBLOCATÁRIA: COSTA NUTRICAO LTDA., inscrita no CNPJ sob o nº 47.657.439/0001-55, com sede na Avenida Manoel Mendes de Camargo, nº 747, apartamento 02, Bairro Centro, Campo Mourão/PR, CEP: 87302-080, doravante denominada SUBLOCATÁRIA, neste ato representada por ANDRESSA COSTA, inscrita no CPF sob o nº 037.037.379-58.

Têm entre si justo e acordado o presente Contrato de Sublocação de Sala Comercial, que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA 1 - DO OBJETO DA SUBLOCAÇÃO

A SUBLOCADORA subloca à SUBLOCATÁRIA a sala comercial localizada na Rua Mato Grosso, nº 1529, Bairro Centro, Campo Mourão/PR, CEP: 87300-400, doravante denominada IMÓVEL.

CLÁUSULA 2 - DO PRAZO DA SUBLOCAÇÃO

O prazo da sublocação é de 24 (vinte e quatro) meses, iniciando-se em 01/06/2024 e terminando em 31/05/2026, podendo ser prorrogado por acordo entre as partes mediante aditivo contratual.

CLÁUSULA 3 - DO VALOR DO ALUGUEL

O aluguel mensal será equivalente a 40% (quarenta por cento) de cada atendimento realizado pela SUBLOCATÁRIA no IMÓVEL. O pagamento deverá ser realizado via PIX para a conta indicada pela SUBLOCADORA, no prazo de até 2 (dois) dias úteis após o recebimento do valor referente ao atendimento.

CLÁUSULA 4 - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

- A SUBLOCADORA se obriga a entregar o IMÓVEL em perfeitas condições de uso.
- A SUBLOCATÁRIA se compromete a zelar pela boa conservação do IMÓVEL, não realizar alterações sem a autorização prévia e por escrito da SUBLOCADORA.

CLÁUSULA 5 - DA RESCISÃO

O presente contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem prejuízo das penalidades por descumprimento.

CLÁUSULA 6 - DAS PENALIDADES

Em caso de descumprimento de quaisquer das cláusulas deste contrato, a parte infratora pagará à parte inocente uma multa equivalente à metade de um salário-mínimo vigente.

CLÁUSULA 7 - DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Campo Mourão/PR, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas do presente contrato.

E por estarem assim justos e acordados, assinam o presente contrato em duas vias de igual teor e forma, juntamente com duas testemunhas.

Campo Mourão, 01 de junho de 2024.


[Assinatura]

SUBLOCADORA

CLÍNICA DE REABILITACAO CARDIOPULMONAR LTDA.

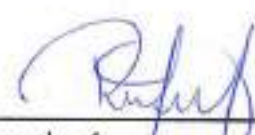
07.998.317/0001-08


[Assinatura]

SUBLOCATÁRIA

COSTA NUTRICAO LTDA.

47.657.439/0001-55


Testemunha 1

Nome: *Rogério de F. Costa*
CPF: *03023819-00*


Testemunha 2

Nome: *Kamilly Taiame Batista*
CPF: *115.534.499-59*

**ATO CONSTITUTIVO DA SOCIEDADE LIMITADA UNIPESSOAL
"COSTA NUTRICAÇÃO LTDA."**

I. Qualificação do Sócio Único

Sócio Único:

ANDRESSA COSTA, brasileira, solteira, portadora da Carteira de Identidade nº 10.442.132-6, inscrita no CPF sob o nº 076.037.379-58, residente e domiciliada na Avenida Manoel Mendes de Camargo, nº 747, apartamento 02, Bairro Centro, Campo Mourão/PR, CEP: 87302-080.

II. Denominação, Sede e Objeto Social

Art. 1º - A sociedade gira sob a denominação social de "COSTA NUTRICAÇÃO LTDA." e terá sua sede localizada à Rua Mato Grosso, nº 1529, Bairro Centro, Campo Mourão/PR, CEP: 87300-400, e exercerá as seguintes atividades:

1. Consultoria Nutricional:

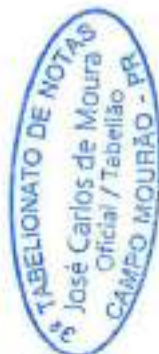
- o Atendimento individualizado para avaliação nutricional.
- o Elaboração de planos alimentares personalizados.
- o Acompanhamento de pacientes com necessidades alimentares específicas (diabetes, hipertensão, obesidade etc.).

2. Educação Nutricional:

- o Palestras e workshops sobre alimentação saudável.
- o Cursos de culinária saudável e técnicas de preparo de alimentos.
- o Programas educativos para escolas e empresas sobre nutrição e saúde.

3. Nutrição Esportiva:

- o Assessoria nutricional para atletas e praticantes de atividades físicas.
- o Planejamento alimentar para desempenho esportivo e recuperação muscular.
- o Suplementação alimentar adequada às necessidades dos esportistas.



Andressa Costa

4. Nutrição Clínica:

- o Intervenção nutricional em patologias específicas.
- o Suporte nutricional em tratamentos médicos e cirúrgicos.
- o Planejamento alimentar para gestantes, lactantes e idosos.

5. Avaliação e Monitoramento Nutricional:

- o Realização de exames antropométricos e bioquímicos.
- o Monitoramento e acompanhamento do estado nutricional dos clientes.
- o Análise de composição corporal e necessidades nutricionais.

III. Capital Social

Art. 2º - O capital social da sociedade será de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), dividido em 50 (cinquenta) cotas, no valor nominal de R\$ 100,00 (cem reais) cada uma, integralizadas da seguinte forma:

- **ANDRESSA COSTA:** R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), correspondente a 50 (cinquenta) cotas.

IV. Administração da Sociedade

Art. 3º - A administração da sociedade será exercida por ANDRESSA COSTA, com poderes para realizar todos os atos necessários à gestão empresarial.

V. Participação nos Lucros e Perdas

Art. 4º - Os lucros e perdas serão de responsabilidade exclusiva do sócio único, conforme sua participação total no capital social.

VI. Responsabilidade do Sócio Único

Art. 5º - A responsabilidade do sócio único é limitada ao valor de suas quotas, mas responde solidariamente pela integralização do capital social.

VII. Deliberações Sociais

Art. 6º - As deliberações sociais serão tomadas exclusivamente pelo sócio único.



Andressa Costa

VIII. Exercício Social

Art. 7º - O exercício social terá início em 1º de janeiro e término em 31 de dezembro de cada ano, ao final do qual serão levantados o balanço patrimonial e o demonstrativo de resultados do exercício.

IX. Disposições Gerais

Art. 8º - A sociedade se regerá pelo presente contrato e pelas disposições legais aplicáveis.

Art. 9º - Os casos omissos serão resolvidos pelo sócio único, em conformidade com a legislação vigente.

Campo Mourão, 22 de agosto de 2022.

Andressa Costa

ANDRESSA COSTA

3º TABELONATO
DE NOTAS



**CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
UNIPESSOAL****COSTA NUTRICAÇÃO LTDA**

Pelo presente instrumento particular de Contrato Social:

ANDRESSA COSTA, BRASILEIRA, SOLTEIRA, nutricionista, nascido(a) em 18/01/1995, nº do CPF 076.037.379-58, residente e domiciliada na cidade de Campo Mourão - PR, na AVENIDA Manoel Mendes de Camargo, nº 747, APT 2, Centro, CEP: 87302-080;

Resolve, constituir uma sociedade limitada unipessoal, 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: **COSTA NUTRICAÇÃO LTDA**, e usará a expressão **ANDRESSA COSTA NUTRI** como nome fantasia.

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

A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: AVENIDA Manoel Mendes de Camargo, nº 747, APT 02, Centro, Campo Mourão - PR, CEP: 87302080.

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

A sociedade terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômica: ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA NUTRIÇÃO

Parágrafo único. Em estabelecimento eleito como Sede (Matriz) será(ão) exercida(s) a(s) atividade(s) de ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA NUTRIÇÃO.

E exercerá as seguintes atividades:

CNAE Nº 8650-0/02 - Atividades de profissionais da nutrição

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 22/08/2022 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\$ 5.000,00 (cinco mil reais), dividido em 5000 quotas, no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, formado por R\$ 5.000,00 (cinco 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\$	%
ANDRESSA COSTA	5000	5.000,00	100,00
TOTAL:	5000	5.000,00	100,00

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

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

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

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

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

**CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
UNIPESSOAL****COSTA NUTRICAÇÃO LTDA****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 Microempresa - ME, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, e que não se enquadra em qualquer das hipóteses de exclusão relacionadas no § 4º do art. 3º da mencionada lei. (art. 3º, I, LC nº 123, de 2006)

CLÁUSULA XV - DO FORO

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

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

Campo Mourão - PR, 19 de agosto de 2022

ANDRESSA COSTA
Sócio/Administrador



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa COSTA NUTRICAÇÃO LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
07603737958	ANDRESSA COSTA



CERTIFICO O REGISTRO EM 22/08/2022 10:07 SOB Nº 41210961906.
PROTOCOLO: 225783452 DE 22/08/2022.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12210986871. CNPJ DA SEDE: 47657439000155.
NIRE: 41210961906. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 19/08/2022.
COSTA NUTRICAÇÃO LTDA

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

A validade deste documento, se impresso, fica sujeito à comprovação de sua autenticidade nos respectivos portais, informando seus respectivos códigos de verificação.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL - SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: **ANDRESSA COSTA**

FILIAÇÃO:
VALDOMIRO DE JESUS COSTA
REGIANI DE FATIMA FERREIRA COSTA

DATA NASCIMENTO: **18/01/1995** NATURALIDADE: **CAMPO MOURÃO/PR**
ÓRGÃO EXPEDIDOR: **SPR**

Andressa Costa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

800-79-04155

UF: **PR** Nº: **116** DE 21 DE AGOSTO DE 2023

REGISTRO GERAL: **10.442.132-6** DATA DE EXPEDIÇÃO: **08/10/2019**
REGISTRO CIVIL:
COMARCA=CAMPO MOURÃO/PR, DA SEDE
C.NASC=41075, LIVRO=97A, FOLHA=296V

FOLHA DE REGISTRO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÃO PLASTIQUE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADANIA E DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CAMPEONATO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: **ANDRESSA COSTA**

CC: **10442132-6** DATA DE EXPEDIÇÃO: **08/10/2019**

CPF: **076.037.379-58** DATA NASCIMENTO: **18/01/1995**

FILIAÇÃO:
VALDOMIRO DE JESUS COSTA
REGIANI DE FATIMA FERREIRA COSTA

REGISTRO GERAL: **10.442.132-6** DATA DE EXPEDIÇÃO: **08/10/2019**

REGISTRO CIVIL: **COMARCA=CAMPO MOURÃO/PR, DA SEDE**
C.NASC=41075, LIVRO=97A, FOLHA=296V

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

1595800810

Andressa Costa

LOCAL: **CAMPO MOURÃO, PR** DATA: **20/02/2023**

PARANÁ

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição: **076.037.379-58**

Nome: **ANDRESSA COSTA**

Nascimento: **18/01/1995**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 47.657.439/0001-55 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 22/08/2022
NOME EMPRESARIAL COSTA NUTRICAO LTDA		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) ANDRESSA COSTA NUTRI		PORTE ME
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.50-0-02 - Atividades de profissionais da nutrição		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não informada		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada		
LOGRADOURO AV MANOEL MENDES DE CAMARGO	NÚMERO 747	COMPLEMENTO APT 02
CEP 87.302-080	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO CAMPO MOURAO
UF PR		
ENDEREÇO ELETRÔNICO NUTRICIONISTA.ANDRESSA.COSTA@GMAIL.COM	TELEFONE (44) 9758-1672/ (0000) 0000-0000	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****		
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 22/08/2022	
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 19/07/2024 às 15:23:12 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

Identificação do Contribuinte - CNPJ Matriz

CNPJ: **47.657.439/0001-55**
A opção pelo Simples Nacional e/ou SIMEI abrange todos os estabelecimentos da empresa

Nome Empresarial: **COSTA NUTRICAÇÃO LTDA**

Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **Optante pelo Simples Nacional desde 22/08/2022**
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

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

LICENÇA SANITÁRIA Nº 90 / 2024

RAZÃO SOCIAL: CLINICA DE REABILITACAO CARDIOPULMONAR LTDA

NOME FANTASIA: FISIO VIDA - PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO

CPF/CNPJ: 07.998.317/0001-08

ENDEREÇO: MATO GROSSO ATÉ 499 LADO ÍMPAR

BAIRRO: JARDIM GUTIERRES **NUMERO:** 1529

DATA DE EMISSÃO: 14/02/2024 **DATA DE VALIDADE:** 14/02/2025

Atividades Licenciadas:

8850004 - Atividades de fisioterapia
8850005 - Atividades de terapia ocupacional

Observações:



ADRIANA LIKES
PEREIRA
CHIROLI:88347311
900

Assinado de forma digital
por ADRIANA LIKES
PEREIRA
CHIROLI:88347311900
Data: 2024.02.15 14:36:16
+03'00'

Autoridade Sanitária

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



CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO

RUA PADRE GERMANO MAYER 2272 - CEP 80.040-170 - Curitiba / PR - Fone 0800-645-2009

DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE PARA FUNCIONAMENTO (DRF) Nº 24070916131560693409		
Jurisdição: PR		
Razão social: CLÍNICA DE REABILITAÇÃO CARDIOPULMONAR LTDA - ME		
CNPJ / CPF: 07.998.317/0001-08	Registro no CREFITO: RE002077	
Endereço: R MATO GROSSO 1529 ESQ AV JOSE C DE OLIVEIRA		Bairro: JD GUTERRES
CEP: 87300-400	Cidade: Campo Mourão	UF: PR
Horário de funcionamento: SEGUNDA A SEXTA 08:00-12:00 13:30-18:00		
Registro: RE002077	Endereço: R MATO GROSSO 1529 ESQ AV JOSE C DE OLIVEIRA - JD GUTERRES - CAMPO MOURÃO/PR	
Corpo profissional: GISELLY DE OLIVEIRA GUELIS 37483-F		

Declaramos a regularidade do título nos termos da Legislação Pertinente para Desempenho da Atividade Ligadas ao Exercício Profissional da:
Fisioterapia
E obrigação do Responsável legal/ técnico pelo consultório/clínica manter atualizados os dados cadastrais vinculados com este Conselho, nos termos da legislação vigente, válida até 01/07/2025

IMPORTANTE Apresentação Obrigatória a Fiscalização. Esta Declaração deverá ser fixada no Setor de Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional em local Visível.	Declaração Digital n.º 24070916131560693409. Emitida eletronicamente em 16:13 de 09/07/2024. Sua autenticidade poderá ser confirmada no site ou pelo QR CODE ao lado. Atenção: qualquer rasura ou alteração invalidará este documento.	
---	---	--

**Certificado de Regularidade do FGTS - CRF**

Inscrição : 47657439/0001-55
Razão Social : COSTA NUTRIÇÃO LTDA
Nome Fantasia : ANDRESSA CONSTA NUTRI
Endereço : AV MANOEL MENDES DE CAMARGO 747 / CENTRO / CAMPO MOURAO / PR / 87302-080

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

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

Validade: 25/07/2024 a 23/08/2024
Certificação Número: 2024072511526287992350

Informação obtida em 25/07/2024, às 11:52:29.

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



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

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Protocolo:	N. Certidão: 34840/2024
Contribuinte: COSTA NUTRICAÇÃO LTDA	
CPF: 47.657.439/0001-55	RG:
Endereço: AVENIDA MANOEL MENDES DE CAMARGO, nº 747	
Bairro: CENTRO	
Complemento: APT 02	Ponto de Referência:
Requerente:	
Cód. Contrib.: 612183874	Validade: 22/08/2024

[FINALIDADE]

PARA FINS DIVERSOS

[OBSERVAÇÕES]

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

CAMPO MOURÃO/PR, 23 de julho de 2024.

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



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

Certidão Negativa

de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual

Nº 034127935-53

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **47.657.439/0001-55**

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 21/11/2024 - Fornecimento Gratuito

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via Internet

www.fazenda.pr.gov.br



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

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

Nome: COSTA NUTRICA O LTDA
CNPJ: 47.657.439/0001-55

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 10:49:33 do dia 29/07/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 25/01/2025.

Código de controle da certidão: **1E4F.807B.FD1B.AD76**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: COSTA NUTRICA0 LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 47.657.439/0001-55

Certidão nº: 51538144/2024

Expedição: 24/07/2024, às 23:34:57

Validade: 20/01/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **COSTA NUTRICA0 LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **47.657.439/0001-55**, **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.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL - SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: **ANDRESSA COSTA**

FILIAÇÃO:
VALDOMIRO DE JESUS COSTA
REGIANI DE FATIMA FERREIRA COSTA

DATA NASCIMENTO: **18/01/1995** NATURALIDADE: **CAMPO MOURÃO/PR**
ÓRGÃO EXPEDIDOR: **SPR**

Andressa Costa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

800-79-04155

UF: **PR** Nº: **416** DE: **21** DE AGOSTO DE **2023**

REGISTRO GERAL: **10.442.132-6** DATA DE EXPEDIÇÃO: **08/10/2019**
REGISTRO CIVIL:
COMARCA: **CAMPO MOURÃO/PR**, DA SEDE
C.NASC: **41075**, LIVRO: **97A**, FOLHA: **296V**

FOLHA DE REGISTRO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÃO PLASTIQUE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS DEFESAS
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: **ANDRESSA COSTA**

CC: **10442132-6** DATA DE EXPEDIÇÃO: **08/10/2019**

CPF: **076.037.379-58** DATA NASCIMENTO: **18/01/1995**

FILIAÇÃO:
VALDOMIRO DE JESUS COSTA
REGIANI DE FATIMA FERREIRA COSTA

REGISTRO GERAL: **10.442.132-6** DATA DE EXPEDIÇÃO: **08/10/2019**

REGISTRO CIVIL: **10.442.132-6** DATA DE EXPEDIÇÃO: **08/10/2019**

COMARCA: **CAMPO MOURÃO/PR**, DA SEDE
C.NASC: **41075**, LIVRO: **97A**, FOLHA: **296V**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

1595800810

PARANÁ

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição: **076.037.379-58**

Nome: **ANDRESSA COSTA**

Nascimento: **18/01/1995**



Sistema Único de Saúde

ANDRESSA COSTA

Data Nasç.: 18/01/1995

Sexo: F

704 2032 3976 3589



SUS - SAÚDE EM TODA A BARRA

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.
Em caso de furto ou perda, comunicar ao Sistema Único de Saúde.
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

SUS

CONTA
FONE SANEPAR: 0800-200-0115

NOME DO CLIENTE: **GISELLE DE OLIVEIRA QUELIS MACOSKI** MATRÍCULA: **1570.9893**
 ENDEREÇO: **R. MATO GROSSO** NÚMERO: **1529** Nº LADO: **Nº FRENTE**
059 D16R

CEP: **87.300-480** LOCAL: **CAMP. MOURAD**
 ROTEIRO DE LEITURA: **026-09-25-001-34930** HIDRÔMETRO: **1891431629-4-1** CAT - RES - COM - IND - UTP - POP: **036 - 001 - - -**

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA	Turbidez	Cor	Cloro	Fier	Calc. Total	Outros parâmetros
Nº Mínimo de Análises Exigidas	110	110	110	0	110	
Nº Análises Realizadas	120	120	120	71	120	
Nº Análises que Atendem à Legislação	120	120	120	70	120	

 Conclusão: **Todas as análises atenderam a legislação.**
HISTÓRICO DE PAGAMENTOS - CONDIÇÃO DAS OBSERVAÇÕES CONSTANTES NO VERSO

Período	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
2023	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO
2024	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	---	---	---	---	---	---	---	---

FAIXAS DE CONSUMO	VOLUME	VALOR M3/RS	TOTAIS
COM Mínimo	5	AGUA	88,16
		ESGOTO	70,53


HISTÓRICO DE CONSUMOS

06/23	07/23	08/23	09/23	10/23	11/23	12/23	01/24	02/24	03/24	04/24
2	2	3	2	4	4	2	3	3	4	3

FAIXA DE CONSUMO	DATA LEITURA	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO (M3)	REFERÊNCIA
32	14/05/2024	1862	1866	4	05/2024

MÉDIA DA AJUSTADA DE LEITURA	VALOR DE CONSUMO (M3) ÚLTIMOS 3 MÊSES	VENCIMENTO
	3	25/05/2024

PREVISÃO PROXIMA LEITURA ÁGUA	ESGOTO	PARAÇOS	TOTAL
13/06/2024	88,16	70,53	158,69

EMAIL SANEPAR: ATENDIMENTOAOCLIENTE@SANEPAR.COM.BR
 COMBATE AO MOSQUITO DA DENGUE: DEVER DE TODOS.

TRIBUTOS FEDERAIS - LEI 12.741 - VALOR APROXIMADO R\$ 13,47
 AUTENTICAÇÃO NO VERSO OBSERVAÇÕES NO VERSO COMPROMISSO CLIENTE

AVISO DE VENCIMENTO - VALOR A SER DEBITADO
EM SUA C/C - NÃO VALE COMO RECIBO

ROTEIRO: 026-09-25-001-34930

CONTA
FONE SANEPAR: 0800-200-0115

NOME DO CLIENTE VALDOIRIO DE JESUS COSTA		MATRÍCULA 0442.3615	
ENDEREÇO AV MANOEL NUNES CAMARGO Q18 D15B APTD 2		NÚMERO 747	Nº LADO - Nº FREITE
CEP 87.382-888	LOCAL CAMPO MOURAO		
ROTEIRO DE LECTURA 826-11-82-882-46838	HEDRÔMETRO Y17F421683-4-1	CAT - RES - COM - IND - UTP - POP 011 801 - - - -	

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA	Turbidez	Cor	Cloro	Fluor	Out. Físico	Definição no verso
Nº Máximo do Análise Externa	110	110	110	0	110	
Nº Análise Realizada	120	120	120	134	120	
Nº Análise que Atende a Legislação	120	120	120	134	120	

Condição: Todas as análises atendem a legislação.

HISTÓRICO DE PAGAMENTOS - COMERCIALIZADO AS OBSERVAÇÕES CONSTANTES NO VERSO											
Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov
2023	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO
2024	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO						

FAIXAS DE CONSUMO	VOLUME	VALOR M3/RS	TOTALS
		ÁGUA	ÁGUA E ESGOTO
RES Mínimo	5		50,42 40,34
De 6 a 10m3	5	1,50	7,00 6,24
De 11 a 15m3	2	8,00	17,30 13,90

HISTÓRICO DE CONSUMOS											
07/23	08/23	09/23	10/23	11/23	12/23	01/24	02/24	03/24	04/24	05/24	
10	10	11	12	12	R	11	10	12	11	13	
DATA DE COMEÇO DO PERÍODO			DATA DE FIM DO PERÍODO			LITROS/USO			CONSUMO		
32			17/05/2024			1140			1160		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA			MOTIVO DA DIFERENÇA DE LECTURA		



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS
9ª REGIÃO

INSCRIÇÃO Nº 11613

NOME
ANDRESSA COSTA

FORMAÇÃO

Andressa Costa

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL - LEI Nº 5.206/75

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO NUTRICIONISTA



RG: 10.442.132-6 DATA DE EMISSÃO: 07/08/2005 CPF: 075.057.375-58

ALUNO
VALDOMIRO DE JESUS COSTA
REGIANI DE FATIMA FERREIRA COSTA

NACIONALIDADE: BRASILEIRA NATURALIDADE: CAMPO MOURAO/PR DATA NASCIMENTO: 18/01/1995

DESCRIÇÃO DO CURSO: DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS

DATA DE EMISSÃO: 08/12/2017 CENTRO UNIVERSITARIO INTEGRADO

LOCAL E DATA DE EXPIRAÇÃO:
Curitiba/PR, 14 de setembro de 2022


PRESIDENTE DO CUI


www.cui.org.br



Centro Universitário Integrado



A Reitora do Centro Universitário Integrado,
no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de
NUTRIÇÃO

no dia 09/12/2017 e outorga de grau em 08/02/2018,
confere o título de BACHARELA EM NUTRIÇÃO a

ANDRESSA COSTA,

brasileira, natural do Estado do Paraná,
nascida a 18/01/1995, RG 10.442.132-6 SESP/PR,
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos
e prerrogativas legais.

Campo Mourão - PR, 8 de fevereiro de 2018.

Luciana Pontes
Supervisora de Acompanhamento Acadêmico

Andressa Costa
Diplomada

Maria da Conceição Montans Baer
Reitora

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO

Mantenedora: Centro Educacional Integrado Ltda.

Credenciamento: Portaria MEC Nº 1.368, de
27/10/2017, publicada no D.O.U. 30/10/2017

Curso: **NUTRIÇÃO**

Renovação de Reconhecimento pela Portaria nº 134 de
01/03/2018 D.O.U. 02/03/2018

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO

Diploma registrado de acordo com o Decreto nº 9.235,
de 15/12/2017, art. 99, § 2.
Registro nº 363, Livro 01, Fls. 91, Processo 363, de 28/05/2018.

Campo Mourão-PR, 05 de junho de 2018.


Profª Simone Juliana Roggen Chiuchetta Colli
Pró-Reitora Acadêmica

CONTRATO DE SUBLOCAÇÃO DE SALA COMERCIAL

Pelo presente instrumento particular de sublocação, de um lado:

LOCATÁRIA: CLÍNICA DE REABILITACAO CARDIOPULMONAR LTDA. (FISIO VIDA), inscrita no CNPJ sob o nº 07.998.317/0001-08, com sede na Rua Mato Grosso, nº 1529, Bairro Centro, Campo Mourão/PR, CEP: 87300-400, doravante denominada SUBLOCADORA neste ato representada por GISELLY DE OLIVEIRA GUELI MACOWSKI, inscrita no CPF sob o nº 697.464.511-20.

E, de outro lado:

SUBLOCATÁRIA: COSTA NUTRICAO LTDA., inscrita no CNPJ sob o nº 47.657.439/0001-55, com sede na Avenida Manoel Mendes de Camargo, nº 747, apartamento 02, Bairro Centro, Campo Mourão/PR, CEP: 87302-080, doravante denominada SUBLOCATÁRIA, neste ato representada por ANDRESSA COSTA, inscrita no CPF sob o nº 037.037.379-58.

Têm entre si justo e acordado o presente Contrato de Sublocação de Sala Comercial, que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA 1 - DO OBJETO DA SUBLOCAÇÃO

A SUBLOCADORA subloca à SUBLOCATÁRIA a sala comercial localizada na Rua Mato Grosso, nº 1529, Bairro Centro, Campo Mourão/PR, CEP: 87300-400, doravante denominada IMÓVEL.

CLÁUSULA 2 - DO PRAZO DA SUBLOCAÇÃO

O prazo da sublocação é de 24 (vinte e quatro) meses, iniciando-se em 01/06/2024 e terminando em 31/05/2026, podendo ser prorrogado por acordo entre as partes mediante aditivo contratual.

CLÁUSULA 3 - DO VALOR DO ALUGUEL

O aluguel mensal será equivalente a 40% (quarenta por cento) de cada atendimento realizado pela SUBLOCATÁRIA no IMÓVEL. O pagamento deverá ser realizado via PIX para a conta indicada pela SUBLOCADORA, no prazo de até 2 (dois) dias úteis após o recebimento do valor referente ao atendimento.

CLÁUSULA 4 - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

- A SUBLOCADORA se obriga a entregar o IMÓVEL em perfeitas condições de uso.
- A SUBLOCATÁRIA se compromete a zelar pela boa conservação do IMÓVEL, não realizar alterações sem a autorização prévia e por escrito da SUBLOCADORA.

CLÁUSULA 5 - DA RESCISÃO

O presente contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem prejuízo das penalidades por descumprimento.

CLÁUSULA 6 - DAS PENALIDADES

Em caso de descumprimento de quaisquer das cláusulas deste contrato, a parte infratora pagará à parte inocente uma multa equivalente à metade de um salário-mínimo vigente.

CLÁUSULA 7 - DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Campo Mourão/PR, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas do presente contrato.

E por estarem assim justos e acordados, assinam o presente contrato em duas vias de igual teor e forma, juntamente com duas testemunhas.

Campo Mourão, 01 de junho de 2024.


[Assinatura]

SUBLOCADORA

CLÍNICA DE REABILITACAO CARDIOPULMONAR LTDA.

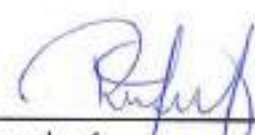
07.998.317/0001-08


[Assinatura]

SUBLOCATÁRIA

COSTA NUTRICAO LTDA.

47.657.439/0001-55


Testemunha 1

Nome: *Rogério de F. Costa*
CPF: *03023819-00*


Testemunha 2

Nome: *Kamilly Taiane Batista*
CPF: *115.534.499-59*



CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO

RUA PADRE GERMANO MAYER 2272 - CEP 80.040-170 - Curitiba / PR - Fone 0800-645-2009

DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE PARA FUNCIONAMENTO (DRF) Nº 24070916131560693409	
Jurisdição: PR	
Razão social: CLÍNICA DE REABILITAÇÃO CARDIOPULMONAR LTDA - ME	
CNPJ / CPF: 07.998.317/0001-08	Registro no CREFITO: RE002077
Endereço: R. MATO GROSSO 1529 ESQ. AV. JOSE C. DE OLIVEIRA	
CEP: 87300-400	Bairro: JD. GUTERRES
Cidade: Campo Mourão	UF: PR
Horário de funcionamento: SEGUNDA A SEXTA 08:00-12:00 13:30-18:00	
Registro: RE002077	Endereço: R. MATO GROSSO 1529 ESQ. AV. JOSE C. DE OLIVEIRA - JD. GUTERRES - CAMPO MOURÃO/PR
Corpo profissional: GISELLY DE OLIVEIRA GUELLIS 37483-F	

Declaramos a regularidade do título nos termos da Legislação Pertinente para Desempenho da Atividade Ligadas ao Exercício Profissional da:
Fisioterapia
E obrigação do Responsável legal / técnico pelo consultório/clínica manter atualizados os dados cadastrais vinculados com este Conselho, nos termos da legislação vigente, válida até 01/07/2025

IMPORTANTE Apresentação Obrigatória a Fiscalização. Esta Declaração deverá ser fixada no Setor de Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional em local Visível.	Declaração Digital n.º 24070916131560693409. Emitida eletronicamente em 16:13 de 09/07/2024. Sua autenticidade poderá ser confirmada no site ou pelo QR CODE ao lado. Atenção: qualquer rasura ou alteração invalidará este documento.	
---	---	--

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

LICENÇA SANITÁRIA Nº 90 / 2024

RAZÃO SOCIAL: CLINICA DE REABILITACAO CARDIOPULMONAR LTDA

NOME FANTASIA: FISIO VIDA - PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO

CPF/CNPJ: 07.998.317/0001-08

ENDEREÇO: MATO GROSSO ATÉ 499 LADO ÍMPAR

BAIRRO: JARDIM GUTIERRES **NUMERO:** 1529

DATA DE EMISSÃO: 14/02/2024 **DATA DE VALIDADE:** 14/02/2025

Atividades Licenciadas:

8850004 - Atividades de fisioterapia
8850005 - Atividades de terapia ocupacional

Observações:



ADRIANA LIKES
PEREIRA
CHIROLI:88347311
900

Assinado de forma digital
por ADRIANA LIKES
PEREIRA
CHIROLI:88347311900
Data: 2024.02.15 14:36:16
+03'00'

Autoridade Sanitária

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

DADOS PESSOAIS

Andressa Costa

Campo Mourão - PR

Av. Manoel Mendes de Camargo, 747, apto 2

Celular: 44-99758-1672

E-mail: nutricionista.andressa.costa@gmail.com

NOME: COSTA NUTRICAO LTDA
CNPJ: 47.657.439/0001-55

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Municipal: 1212
Data Emissão: 2024-07-23
Data Vencimento: 2024-08-22
Certidao Estadual: 1213
Data Emissão: 2024-07-24
Data Vencimento: 2024-11-21
Certidao Trabalhista: 1214
Data Emissão: 2024-07-24
Data Vencimento: 2025-01-20
Certidao FGTS: 1215
Data Emissão: 2024-07-25
Data Vencimento: 2024-08-23
Certidao Federal: 1216
Data Emissão: 2024-07-29
Data Vencimento: 2025-01-25

Capacidade Tecnica

Proposta

Categoria: Outros Serviços
Procedimento: ATENDIMENTO INDIVIDUAL NUTRICIONAL
Valor: R\$ 21.17
Qtd: Un. 576

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: 42.383.426/0001-11
Razão Social: GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA
E-mail: gabis_kplet@hotmail.com
Telefone: (44) 98741916
Banco: SISPRIME
Conta: 1220969
Agência: 0004-3
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: 1154 - Data Emissão: 2024-07-10 - Data Vencimento: 2024-09-08

Certidão Estadual: 1157 - Data Emissão: 2024-07-10 - Data Vencimento: 2024-11-07

Certidão Federal: 1158 - Data Emissão: 2024-07-10 - Data Vencimento: 2025-01-06

Certidão Trabalhista: 1159 - Data Emissão: 2024-07-10 - Data Vencimento: 2025-01-06

Certidão FGTS: 1160 - Data Emissão: 2024-07-10 - Data Vencimento: 2024-07-31

IV - Capacidade Técnica

Orgao: CRM-PR - Quantitativo: 47008 Un.

Orgao: CRM-PR - Quantitativo: 47008 Un.

V - Proposta

**Categoria: PSQUIATRIA - Procedimento: CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA - Valor: R\$ 50.9
- Qtd: 100**

VI - Profissionais

Nome: GABRIELLA DE SOUZA CAPPELLETTI - Especialidade : - - CPF: 051.830.839-16

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

**Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 10/07/2024
18:55:08**

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____



GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA – 42.383.426/0001-11

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: GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA

Nome Fantasia: GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS

CNPJ nº: 42.383.426/0001-11

Inscrição Estadual:

Micro Empresa: ☐ Não ☒ Sim

Optante Simples: ☐ Não ☒ Sim

Número do CNAE Nacional: 86.30-5-03

Descrição: Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Número do CNAE Nacional: 86.10-1-01

Descrição: Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

Número do CNAE Nacional: 86.10-1-02

Descrição: Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

Endereço: Avenida Mauá, 1931, apto 701, Zona 03

Município: UF: Maringá – PR

CEP: 87.050-020

Telefone Celular: (44) 98741916

Email: gabis_kplet@hotmail.com



GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA – 42.383.426/0001-11

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: SISPRIME DO BRASIL	CÓDIGO DO BANCO: 084	AGÊNCIA: 0004-3
TIPO DE CONTA: C/C	OPERAÇÃO: -	Nº DA CONTA: 122096-9
CIDADE E UF DA AGÊNCIA: ARAPONGAS - PR		

REPRESENTANTE LEGAL:	REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF
Gabriella de Souza Cappelletti	58.058.963-8	051.830.839-16

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROFISSIONAL	CPF	RG – ORGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
Gabriella de Souza Cappelletti	051.830.839-16	58.058.963-8/ SSP-SP	47008-PR	(44) 98741916

Gabriella de Souza Cappelletti



GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA – 42.383.426/0001-11

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

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

A empresa GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 42.383.426/0001-11, sediada na Avenida Mauá, 1931, apto 701, Zona 03, na cidade de Maringá - Paraná, através representante legal, Gabriella de Souza Cappelletti, RG: 58.058.963-8 e CPF: 051.830.839-16, 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, 10 de julho de 2024.

GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA
42.383.426/0001-11

GABRIELLA DE SOUZA CAPPELLETTI
CPF 051.830.839-16
RG 58.058.963-8



GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA – 42.383.426/0001-11

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO

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

GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA, estabelecida na Avenida Mauá, 1931, apto 701, Zona 03, na cidade de Maringá - Paraná, inscrita no CNPJ sob nº 42.383.426/0001-11, neste ato representada pelo sua socia/administradora Gabriella de Souza Cappelletti, 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, 10 de julho de 2024.

GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA
42.383.426/0001-11

GABRIELLA DE SOUZA CAPPELLETTI
CPF 051.830.839-16
RG 58.058.963-8



GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA – 42.383.426/0001-11

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO

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

Eu, Gabriella de Souza Cappelletti, carteira de identidade nº 58.058.963-8 expedida pela SSP/SP, inscrito no CPF sob nº 051.830.839-16, Representante legal da inscrita no CNPJ sob o nº 42.383.426/0001-11, 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, 10 de julho de 2024.

GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA
42.383.426/0001-11

GABRIELLA DE SOUZA CAPPELLETTI
CPF 051.830.839-16
RG 58.058.963-8



GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA – 42.383.426/0001-11

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 GABRIELLA CAPPELLETTI 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 – CISCAMCAM, 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 revistos no artigo 3º, § 4º, da mencionada lei.

Campo Mourão – PR, 10 de julho de 2024.

GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA
42.383.426/0001-11

GABRIELLA DE SOUZA CAPPELLETTI
CPF 051.830.839-16
RG 58.058.963-8



GABRIELLA CAPPELLETTI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
CONTRATO SOCIAL

GABRIELLA DE SOUZA CAPPELLETTI, Brasileira, Solteira, natural da cidade de Maringá, Estado do Paraná, Empresária, nascida em 09/03/1996, portadora da Carteira de Identidade Civil RG n.º 58.058.963-8, expedida pela Secretaria da Segurança Pública de São Paulo em 31/10/2013, e CPF n.º 051.830.839-16, residente e domiciliada nesta cidade de Maringá, Estado do Paraná, sito a Avenida Mauá, n.º 1931, Apto 701, Zona 03, CEP 87050-020, Constitui nesse ato uma Sociedade Limitada de forma unipessoal, de acordo com as cláusulas a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA: A sociedade gira sob o nome empresarial **GABRIELLA CAPPELLETTI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**.

CLÁUSULA SEGUNDA: A sociedade tem sua sede na **Avenida Mauá, n.º 1931, Apto 701, Zona 03, CEP 87050-020, nesta cidade de Maringá, Estado do Paraná**.

CLÁUSULA TERCEIRA: A sociedade iniciou suas atividades em **15 de Junho de 2021**, e seu prazo é indeterminado.

CLÁUSULA QUARTA: O Objeto social é **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, CLÍNICA MÉDICA E AMBULATORIAL, CONSULTAS E EXAMES COMPLEMENTARES E ATENDIMENTOS A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**.

CLÁUSULA QUINTA: O Capital Social é de R\$ 5.000,00 (Cinco mil reais) divididos em 5.000 (Cinco mil) quotas no valor nominal de R\$1,00 (um real) cada uma, totalmente subscritas e integralizadas neste ato em moeda corrente nacional e assim distribuídas, a saber:

Sócios	Nº de quotas	Valor R\$
GABRIELLA DE SOUZA CAPPELLETTI	5.000	5.000,00
Totais	5.000	5.000,00

Parágrafo Único

A responsabilidade da sócia é restrita ao valor de suas quotas, e responde solidariamente pela integralização do capital social.



GABRIELLA CAPPELLETTI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
CONTRATO SOCIAL

2

CLÁUSULA SEXTA: A Administração da sociedade caberá a sócia **GABRIELLA DE SOUZA CAPPELLETTI**, isoladamente, com poderes e atribuições de Administradora, autorizada o uso do nome empresarial, vedado, no entanto, em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor de qualquer dos cotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da sociedade, sem autorização do outro sócio, dispensadas de prestação de caução.

Parágrafo Primeiro

A sociedade poderá constituir procuradores com poderes especiais, devendo estes poderes ter prazo de validade determinado ou indeterminado e específico, exceto os relativos às procurações "ad judícia", respeitadas as restrições do parágrafo terceiro da cláusula décima primeira.

CLÁUSULA SÉTIMA: A sócia poderá definir e fixar o valor da retirada mensal, assim como, a forma de distribuição dos resultados, observada às disposições regulamentares pertinentes.

CLÁUSULA OITAVA: O exercício social coincidirá com o ano calendário, sendo que no dia 31 de dezembro de cada ano, serão levantadas as demonstrações contábeis que deverão ser transcritas no livro diário da sociedade.

Parágrafo Primeiro: A sociedade poderá levantar demonstrações contábeis em qualquer mês do exercício calendário e em função desses resultados, distribuir lucros.

Parágrafo Segundo: Ao término de cada exercício social, será elaborado inventário, quando houver, balanço patrimonial e balanço de resultado econômico, cabendo ao sócio, na proporção total de suas quotas, os lucros apurados ou perdas e prejuízos apurados.

CLÁUSULA NONA: MICROEMPRESA: Declara para efeitos de enquadramento como MICROEMPRESA sob as penas da Lei, se enquadra na condição de MICROEMPRESA, nos termos da Lei complementar nº 123, de 14/12/2006.

CLÁUSULA DÉCIMA: Falecendo ou interditado a sócia, a sociedade continuará suas atividades com os herdeiros, sucessores e o incapaz. Não sendo possível ou inexistindo interesse destes, o valor de seus haveres será apurado e liquidado com base na situação patrimonial da sociedade, à data da resolução, verificada em balanço especialmente levantado.

GABRIELLA CAPPELLETTI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

CONTRATO SOCIAL

Parágrafo Primeiro: O mesmo procedimento será adotado em outros casos em que a sociedade se resolverá em relação a seu sócio.

Parágrafo Segundo: Em tendo ocorrido o falecimento de sócio, o inventariante, enquanto no curso do inventário, não terá poderes de administrador.

Parágrafo Terceiro: Em ocorrendo a interdição, o curador não terá poderes de administrador.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: GABRIELLA DE SOUZA CAPPELLETTI declara sob as penas da Lei, de que não está impedida de exercer quaisquer atividades, 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 DÉCIMA SEGUNDA: Para a solução de qualquer divergência originária do presente, fica eleito o Foro da Cidade de Maringá, Estado do Paraná com renúncia expressa de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E, por achar justo e definido, a sócia assina o presente contrato social em 01 (uma) via.

Maringá-Pr, 15 de Junho de 2021.





TERMO DE AUTENTICIDADE

Eu, ARTHUR FELIPHE GOMES BARAO, com inscrição ativa no CRC/PR, sob o nº 065597, expedida em 09/08/2013, inscrito no CPF nº 07537907935, DECLARO, sob as penas da Lei Penal, e sem prejuízo das sanções administrativas e cíveis, que este documento é autêntico e condiz com o original.

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)		
CPF	Nº do Registro	Nome
07537907935	065597	ARTHUR FELIPHE GOMES BARAO



CERTIFICO O REGISTRO EM 18/06/2021 13:09 SOB Nº 41209963411.
PROTOCOLO: 213620049 DE 18/06/2021.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12104314107. CNPJ DA SEDE: 42383426000111.
NIRE: 41209963411. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 15/07/2021.
GABRIELLA CAPPELLETTI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

8820-3



Gabriella de Souza Capelletti

8700-1094760

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

210 Delegado Divisionario

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DECLARAÇÃO

Eu, Gabriella de Souza Cappelletti, brasileira, médica, inscrita no CPF sob nº 051.830.839-16 e no RG nº 58.058.963-8 SSP/SP, residente e domiciliada na Avenida Mauá, 1931, apto 701, Zona 03, na cidade de Maringá - Paraná, neste ato representando a empresa **GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA – 42.383.426/0001-11**, declaro para os devidos fins que a empresa não possui licença sanitária, sendo dispensada de tal obrigação por se tratar de uma empresa de prestação de serviços médicos terceirizados, tendo o endereço apenas como domicílio fiscal.

Londrina, 10 de julho de 2024.



GABRIELLA DE SOUZA CAPPELLETTI

RG: 58.058.963-8

CPF: 051.830.839-16



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 42.383.426/0001-11 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 18/06/2021
---	---	--------------------------------

NOME EMPRESARIAL
GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)
GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS

PORTE
ME

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências
86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências
86.30-5-02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
206-2 - Sociedade Empresária Limitada

LOGRADOURO
AV MAUA

NÚMERO
1931

COMPLEMENTO
APT 701

CEP
87.050-020

BAIRRO/DISTRITO
ZONA 03

MUNICÍPIO
MARINGA

UF
PR

ENDEREÇO ELETRÔNICO
GABIS_KPLET@HOTMAIL.COM

TELEFONE
(44) 9874-1916

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)

SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA

DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
22/06/2023

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL

DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL

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

Emitido no dia 22/06/2023 às 16:48:25 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

Código de Autenticidade: 6CB17011BB8D9E03CEE2252983CC98D2

	PREFEITURA DO MUNICIPIO DE MARINGÁ Estado do Paraná SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA		
	Cadastro: 240655	CNPJ/CPF: 42.383.426/0001-11	Protocolo Geral: 46560/2021
12/07/2021, Concede			
INSCRIÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS			
GABRIELLA CAPPELLETTI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA			
LOCALIZAÇÃO AVENIDA MAUÁ, 1931 APTO 701 - ZONA 03 Área Construída Utilizada: 0,00 m² Área Total Utilizada: 0,00 m²		Área de Pátio: 0,00 m² Área de Processamento: 0,00 m²	<u>Zona / Quadra / Data</u> 03 005 008 <u>Cadastro Imobiliário</u> 3008975
ATIVIDADE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, CLÍNICA MÉDICA E AMBULATORIAL, CONSULTAS E EXAMES COMPLEMENTARES E ATENDIMENTOS A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.			
OBSERVAÇÕES ESTA INSCRIÇÃO NÃO DÁ DIREITO A EXECUÇÃO DA REFERIDA ATIVIDADE NO LOCAL ACIMA.			

Expedido em 21/07/2021

Código validador nº 0FD0AE3F0

Prezado contribuinte!

1. Juntamente com a "Inscrição de Prestadores de Serviços" está sendo entregue o *código validador* acima descrito. Guarde-o com segurança.
2. O código será requisitado para validação do usuário no primeiro acesso aos sistemas informatizados da Prefeitura, após a solicitação de *senha web*.
3. A *senha web* deverá ser solicitada no endereço eletrônico <https://isse.maringa.pr.gov.br>.
4. Não é necessário a solicitação de *senha web* para empresas que utilizam o *Certificado Digital e-CNPJ*. Neste caso, basta acessar diretamente o sistema pretendido.

Dúvidas, entre em contato através do e-mail: isseletronico@maringa.pr.gov.br.
Procedimento válido a partir de 12/12/2016.

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

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 42.383.426/0001-11
Razão Social: GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS
Endereço: AVENIDA MAUA / ZONA 03 / MARINGA / PR / 87050-020

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: 02/07/2024 a 31/07/2024

Certificação Número: 2024070209545639641573

Informação obtida em 10/07/2024 14:36:37

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



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

Certidão Negativa de Débitos N° 182633/2024

Certificamos, conforme requerido por **GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA**, CPF/CNPJ nº **42.383.426/0001-11**, para fins **DE VERIFICAÇÃO DE DÉBITOS**, que **NÃO CONSTAM DÉBITOS MUNICIPAIS** (impostos, taxas, contribuições, receitas não tributárias, inscritos em dívida ativa ou não dos Cadastros Mobiliários e Imobiliários) até a presente data em nome de **GABRIELLA CAPPELLETTI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, CPF/CNPJ nº **42.383.426/0001-11**, situado(a) na cidade de Maringá. Fica ressalvado o direito da Fazenda Pública Municipal em cobrar débitos posteriormente apurados, mesmo referentes a períodos compreendidos nesta Certidão.

Emitida em: **10/07/2024**

Válida até: **08/09/2024**

Certidão emitida com base nas normas:

CTN - Código Tributário Nacional

CTM - Código Tributário Municipal

Decreto Municipal nº 1500/2017

Código de Autenticação: **F9C8DCAE0E42500D8325CDE90FF9D538**

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



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

Certidão Negativa
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual
Nº 033994978-00

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **42.383.426/0001-11**

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 07/11/2024 - Fornecimento Gratuito

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



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

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

Nome: GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 42.383.426/0001-11

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

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

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

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

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

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

Emitida às 16:23:25 do dia 10/07/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 06/01/2025.

Código de controle da certidão: **560D.27A1.2372.3DBA**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 42.383.426/0001-11

Certidão nº: 48095203/2024

Expedição: 10/07/2024, às 14:35:39

Validade: 06/01/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **42.383.426/0001-11**, **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.

Identificação do Contribuinte - CNPJ Matriz

CNPJ: **42.383.426/0001-11**
A opção pelo Simples Nacional e/ou SIMEI abrange todos os estabelecimentos da empresa

Nome Empresarial: **GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA**

Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **Optante pelo Simples Nacional desde 18/06/2021**
Situação no SIMEI: **NÃO enquadrado no SIMEI**

+ Mais informações

VoltarGerar PDF

Sistema Único de Saúde

GABRIELLA DE SOUZA CAPPELLETTI

Data Nasc.: 09/03/1996

Sexo: F

709 8080 3499 3892



DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **GABRIELLA DE SOUZA CAPPELLETTI**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **47008** desde **16/07/2021**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Certidão tem validade até o dia 15/10/2024.

Chave de validação **82292919d502f2bc198f2ffc23910f8744662c7b**

Emitida eletronicamente via internet em **15/07/2024**.

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

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

Nome e sobrenome: GABRIELLA DE SOUZA CAPPELETTI Data de nascimento: 18/03/2004

CPF: 093.579.961-00 RG: 18/03/2004

Placa do veículo: 093.890.830-96

Assinatura: GABRIELLA DE SOUZA CAPPELETTI

Assinatura digital: 9603091F3402166BRA

2749141836

PARANÁ

Assinatura digital: 9603091F3402166BRA

Assinatura digital: 9603091F3402166BRA

GABRIELLA<<D<SOUZA<CAPPELETTI

QR-CODE



Documento assinado com certificado digital em conformidade com a Medida Provisória nº 2200-2/2001. Sua validade poderá ser confirmada por meio do programa Assinador Serpro.

As orientações para instalar o Assinador Serpro e realizar a validação do documento digital estão disponíveis em: <https://www.serpro.gov.br/assinador-digital>.

SERPRO / SENATRAN

Deixe a conta de água por conta do débito automático

Informe-se na sua agência bancária
Dúvidas? Ligue 0800 200 0115
Ou vá até uma central de relacionamento



Autorize o débito automático da conta de água na sua conta corrente.

Assim você não precisa se preocupar com a data de vencimento, não fica em filas nem corre o risco de suspensão no abastecimento por atraso.

Se você é proprietário de casa na praia, tem mais uma razão para aproveitar essa facilidade.

É muito mais prático e seguro.



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

TURBIDEZ: ocorre devido às partículas em suspensão na água.
COR: ocorre devido às substâncias dissolvidas na água.
CLORO: produto químico utilizado para eliminar bactérias.
FLÚOR: produto químico adicionado à água para prevenir a cárie dentária.
COLIFORMES TOTAIS: bactérias provenientes da natureza.

✂ O Relatório Anual da Qualidade da Água está disponível no site www.sanepar.com.br e pode ser solicitado pelo 0800-200-0115 e nas Centrais de Relacionamento.

✂ De acordo com o Art. 4º da Lei 12.007/2009, o Histórico de Pagamentos, constante nesta conta, substitui as contas mensais para comprovação de quitação, relativos aos meses nela consignados, não quitando outros débitos anteriores ou posteriores aos indicados na conta, nem aqueles questionados judicialmente. Os meses que se encontram com o campo preenchido com a letra (X) significa que a conta está pendente, cancelada ou não existe conta para a referência e com a anotação "pago" que a conta está quitada.

✂ Autorize o débito automático da sua conta. Informe-se na sua agência bancária.

✂ Contas pagas após o vencimento há incidência de atualização monetária pela variação do IPCA entre as datas de vencimento e pagamento, multa de 2% e juros de mora de 0,033% ao dia, conforme o Art. 125 da Resolução 003/2020 - AGEPAR. A atualização monetária, multa e juros de mora serão incluídos em conta futura.

✂ O não pagamento da conta poderá ocasionar a suspensão do abastecimento, conforme estabelecido no Decreto Federal 7.217/2010 e implicará na sua inscrição no Cadastro Informativo Estadual - CADIN, conforme a Lei Estadual 18.466/2015.

✂ Informações sobre tarifas e onde pagar sua conta, acesse www.sanepar.com.br.

✂ Não há incidência de tributação estadual ou municipal nesta conta.

✂ É vedada a instalação de eliminador de ar, bomba de sucção ou elementos estranhos na ligação de água, bem como a derivação da tubulação, conexão cruzada, violação ou retirada dos lacres da ligação, conforme o Art. 10 da Resolução 003/2020 - AGEPAR.

✂ Para fazer a leitura do hidrômetro, anote somente os números pretos, desprezando os números vermelhos, se houver.

✂ Para comunicar vazamentos, solicitar ou cancelar serviços, informações sobre o bloqueio da cobrança da taxa de lixo, se houver, e outras informações ligue para 0800-200-0115 ou acesse www.sanepar.com.br.

✂ Todos os serviços prestados são lançados e faturados, exclusivamente, via conta. Caso solicitem qualquer valor em dinheiro em nome da Sanepar, não concorde e denuncie pelo site www.canalintegro.com.br/sanepar.

✂ Baixe o aplicativo Sanepar Mobile, disponível no Google Play e App Store.

✂ Mantenha seus dados cadastrais atualizados.

✂ Ouvidoria AGEPAR - telefone: 0800-644-2013.



Mais informações para você ➡

CNPJ SANEPAR: 76.484.013/0001-45



Endereço: Rua Engenheiros Rebouças, nº 1376
CEP: 80.215-900 Curitiba - PR
CNPJ MF: 76.484.013/0001-45
Inscrição Estadual: 101.80080-64
Site: www.sanepar.com.br
Teleatendimento: 0800-200-0115
WhatsApp: (41)99544-0115

AVISO DE VENCIMENTO

NOME DO CLIENTE	MATRÍCULA
GABRIELLA DE SOUZA CAPPELLETTI	3790.7936
ENDEREÇO	NÚMERO
R ANTONIO TOLEDO SILVEIRA	223
Q01 D13	Nº LADO - Nº FRENTE
CEP	LOCAL
87.308-662	CAMPO MOURAO
ROTEIRO DE LEITURA	HIDRÔMETRO
026-09-25-001-16545	Y19AA0253222-4-1
CAT - RES - COM - IND - UTP - POP	
011 001 000 000 000 000	

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA	Turbidez	Cor	Cloro	Flúor	Coliformes Totais
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	110	110	110		110
Nº Amostras Realizadas	120	120	120	134	120
Nº Amostras que Atenderam à Legislação	120	120	120	134	120

Conclusão Todas as amostras atenderam a legislaço.

HISTÓRICO DE PAGAMENTOS	Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
2023	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO
2024	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	X	----	----	----	----	----	----	----

FAIXAS DE CONSUMO	VOLUME	VALOR M3/R\$	TOTAIS
	AGUA	AGUA	ESGOTO
RES MÍNIMO	5		50,32 40,26
DE 6 A 10M3	5	1,56	7,80 6,24
DE 11 A 15M3	3	8,67	26,01 20,81

HISTÓRICO DE CONSUMO/m³	07/23	08/23	09/23	10/23	11/23	12/23	01/24	02/24	03/24	04/24	05/24
	11	16	15	15	12	11	11	13	13	12	11
DIAS DE CONSUMO	30										
DATA LEITURA	13/06/2024										
LEITURA ANTERIOR	382										
LEITURA ATUAL	395										
CONSUMO/m³	13										
REFERÊNCIA	06/2024										
MOTIVO DA AUSÊNCIA DE LEITURA											
MÉDIA DE CONSUMO/m³ ÚLTIMOS 5 MESES	12										
VENCIMENTO	15/07/2024										
PREVISÃO PRÓXIMA LEITURA	15/07/2024										
ÁGUA	84,13										
ESGOTO	67,31										
SERVIÇOS	0,00										
TOTAL	151,44										

EMAIL SANEPAR: ATENDIMENTOAOCLIENTE@SANEPAR.COM.BR
PROBLEMAS C/ DROGAS, LIGUE 132 NARCOTICOS ANONIMOS
TRIBUTOS FEDERAIS - LEI 12.741 - VALOR APROXIMADO R\$ 12,55



VALOR A SER DEBITADO EM SUA C/C - NÃO SERVE PARA QUITAÇÃO

MATRÍCULA 3790.7936 REFERÊNCIA 06/2024 VENCIMENTO 15/07/2024 VALOR 151,44

Gabriella de Souza Cappelletti

Celular: (44) 9874-1916

Email: gabis_kplet@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Eu, Gabriella de Souza Cappelletti, brasileira, médica, inscrita no CPF sob nº 051.830.839-16 e no RG nº 58.058.963-8 SSP/SP, residente e domiciliada na Avenida Mauá, 1931, apto 701, Zona 03, na cidade de Maringá - Paraná, neste ato representando a empresa **GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA – 42.383.426/0001-11**, declaro para os devidos fins que a empresa não possui licença sanitária, sendo dispensada de tal obrigação por se tratar de uma empresa de prestação de serviços médicos terceirizados, tendo o endereço apenas como domicílio fiscal.

Londrina, 10 de julho de 2024.



GABRIELLA DE SOUZA CAPPELLETTI

RG: 58.058.963-8

CPF: 051.830.839-16



Universidade do Oeste Paulista

Reconhecimento - Portaria nº. 83/87 - D.O.U. 16/02/87

Presidente Prudente - SP

O Reitor da Universidade do Oeste Paulista, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina em 30 de junho de 2021, e a colação de grau em 14 de julho de 2021, confere o título de

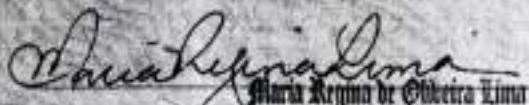
Médica

a *Gabriella de Souza Cappelletti*

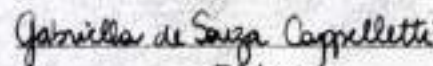
RG nº 58.058.963-8-SSP/SP nacionalidade: Brasileira

nascida em 09 de março de 1996, natural do Estado do Paraná e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Presidente Prudente, 30 de julho de 2021.


Maria Regina de Oliveira Lima
RG: 8.430.066-SP
Pró-Reitora de Relações Institucionais


José Eduardo Creste
Pró-Reitor Acadêmico - RG: 15.934.182-SP


Gabriella de Souza Cappelletti
Diplomado



025415

Curso: Medicina

Reconhecimento: Portaria nº 1786/93, de 20/12/1993

D.O.U. de 21/12/1993.

Renovação do Rec. Port. SERES/MEC nº658, de 28/09/2018, D.O.U. nº189, Seção 1, pág. 19, de 01/10/2018.

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA - UNOESTE
Reconhecimento - Portaria nº 83/97 - D.O.U. 19/02/97

Recredenciamento: Portaria MEC nº 413 de 24/03/2017, D.O.U. nº 59, Seção 1, pág. 49, de 27/03/2017.

Razão Social: Associação Prudentina de Educação e Cultura - APEC

CNPJ: 44.860.740/0001-73

Diploma Registrado sob nº 58584, Livro 056, Fl. 390, Processo nº 2052/2021, nos termos da Lei nº 9394/96 - Art. 48 - § 1º.

Presidente Prudente, 00 de julho de 2021.

[Assinatura]

Dr. Alexandre Vitorino Rosa

Coordenador de Registro de Diplomas - RG 6.664.363-3-SP



29 TABELIONATO DE NOTAS
RUA SÃO PAULO, 1255 - CENTRO
FONE/FAX: (44) 3523-3823
CNPJ 87300-390

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente fotocópia é reprodução fiel do documento original que me foi apresentado, do que dou fé.

12 ABR, 2023

Campos Mourão (PR)

Fernanda Carvalho da Silva
Escritorante Juramentada



Código de Autenticidade: 6CB17011BB8D9E03CEE2252983CC98D2

	PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ Estado do Paraná SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA		
	Cadastro: 240655	CNPJ/CPF: 42.383.426/0001-11	Protocolo Geral: 46560/2021
12/07/2021, Concede			
INSCRIÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS			
GABRIELLA CAPPELLETTI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA			
LOCALIZAÇÃO AVENIDA MAUÁ, 1931 APTO 701 - ZONA 03 Área Construída Utilizada: 0,00 m² Área Total Utilizada: 0,00 m²		Área de Pátio: 0,00 m² Área de Processamento: 0,00 m²	<u>Zona / Quadra / Data</u> 03 005 008 <u>Cadastro Imobiliário</u> 3008975
ATIVIDADE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, CLÍNICA MÉDICA E AMBULATORIAL, CONSULTAS E EXAMES COMPLEMENTARES E ATENDIMENTOS A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.			
OBSERVAÇÕES ESTA INSCRIÇÃO NÃO DÁ DIREITO A EXECUÇÃO DA REFERIDA ATIVIDADE NO LOCAL ACIMA.			

Expedido em 21/07/2021

Código validador nº 0FD0AE3F0

Prezado contribuinte!

1. Juntamente com a "Inscrição de Prestadores de Serviços" está sendo entregue o *código validador* acima descrito. Guarde-o com segurança.
2. O código será requisitado para validação do usuário no primeiro acesso aos sistemas informatizados da Prefeitura, após a solicitação de *senha web*.
3. A *senha web* deverá ser solicitada no endereço eletrônico <https://isse.maringa.pr.gov.br>.
4. Não é necessário a solicitação de *senha web* para empresas que utilizam o *Certificado Digital e-CNPJ*. Neste caso, basta acessar diretamente o sistema pretendido.

Dúvidas, entre em contato através do e-mail: isseletronico@maringa.pr.gov.br.
Procedimento válido a partir de 12/12/2016.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - PARANÁ
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME

GABRIELLA DE SOUZA
CAPPELLETTI

CRM/UF

47008/PR

FILIAÇÃO

SIVONEY GOMES DE SOUZA
CAPPELLETTI
LUIZ SERGIO CAPPELLETTI

DATA DE INSCRIÇÃO

16/07/2021

VIA

01

Gabriella de Souza Cappelletti

ASSINATURA DO PORTADOR





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **GABRIELLA DE SOUZA CAPPELLETTI**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **47008** desde **16/07/2021**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Certidão tem validade até o dia 15/10/2024.

Chave de validação **82292919d502f2bc198f2ffc23910f8744662c7b**

Emitida eletronicamente via internet em **15/07/2024**.

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

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

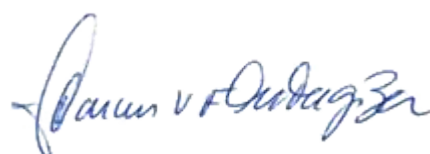
DECLARAÇÃO DE CONCLUSÃO

Declaramos para os devidos fins que Gabriella de Souza Cappelletti, matricula 2178, portador (a) do CPF 051.830.839-16, concluiu o curso de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental reconhecido pelo MEC, através da Escola Brasileira de Medicina, com carga horária de 1710h nos termos do contrato, regulamento e aditivo acordado entre as partes.

O presente documento tem validade de 90 dias a contar da data de sua expedição.

Por ser verdade, afirmo a presente declaração.

Vitória/ES, 21 de junho de 2024



Marcus Vinicius Franquine Tatagiba
Presidente da Ebramed

A aceitação deste documento está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet,
Acesse: <http://www.autenticar.sgesystem.com.br>

Código de Autenticação: **4F8095AA-67AD-45A1-A386-443D550912A7**

DECLARAÇÃO DE CONCLUSÃO

Declaramos para os devidos fins que Gabriella de Souza Cappelletti, matrícula 2178, portador (a) do CPF 051.830.839-16, concluiu o curso de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental reconhecido pelo MEC, através da Escola Brasileira de Medicina, com carga horária de 1710h nos termos do contrato, regulamento e aditivo acordado entre as partes.

O presente documento tem validade de 90 dias a contar da data de sua expedição.

Por ser verdade, afirmo a presente declaração.

Vitória/ES, 21 de junho de 2024



Marcus Vinicius Franquine Tatagiba
Presidente da Ebramed

A aceitação deste documento está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet,
Acesse: <http://www.autenticar.sgesystem.com.br>

Código de Autenticação: **4F8095AA-67AD-45A1-A386-443D550912A7**

NOME: GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 42.383.426/0001-11

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Municipal: 1154
Data Emissão: 2024-07-10
Data Vencimento: 2024-09-08
Certidao Estadual: 1157
Data Emissão: 2024-07-10
Data Vencimento: 2024-11-07
Certidao Federal: 1158
Data Emissão: 2024-07-10
Data Vencimento: 2025-01-06
Certidao Trabalhista: 1159
Data Emissão: 2024-07-10
Data Vencimento: 2025-01-06
Certidao FGTS: 1160
Data Emissão: 2024-07-10
Data Vencimento: 2024-07-31

Capacidade Tecnica

Orgao: CRM-PR
Quantitativo: 47008 Un.
Orgao: CRM-PR
Quantitativo: 47008 Un.

Proposta

Categoria: PSQUIATRIA
Procedimento: CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
Valor: R\$ 50.9
Qtd: Un. 100

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: 55.908.975/0001-04
Razão Social: J A CLINICA MEDICA LTDA
E-mail: modeloescritorio@hotmail.com
Telefone: 44999636390
Banco: banco do brasil
Conta: 193623
Agência: 1713-2 campina da lagoa
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 Estadual: 1202 - Data Emissão: 2024-07-12 - Data Vencimento: 2024-11-09

Certidão Municipal: 1203 - Data Emissão: 2024-07-16 - Data Vencimento: 2024-09-14

Certidão Federal: 1204 - Data Emissão: 2024-07-12 - Data Vencimento: 2025-01-08

Certidão Trabalhista: 1205 - Data Emissão: 2024-07-12 - Data Vencimento: 2025-01-08

Certidão FGTS: 1206 - Data Emissão: 2024-07-12 - Data Vencimento: 2024-08-10

IV - Capacidade Técnica

V - Proposta

Categoria: SERVIÇOS DE PLANTÃO POR HORA - Procedimento: PLANTÃO MÉDICO POR HORA - Valor: R\$ 115 - Qtd: 5

VI - Profissionais

Nome: JOAQUIM ANTONIO DE LIMA - Especialidade : MEDICO - CPF: 231.101.989-91

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 19/07/2024 16:23:49

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____



J A CLÍNICA MÉDICA LTDA

CNPJ 55.908.975/0001-04

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.

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: J A CLINICA MEDICA LTDA

Nome Fantasia: Não possui

CNPJ nº: 55.908.975/0001-04

Inscrição Estadual:

Micro Empresa: () Não (x) Sim

Optante Simples: (X) Não () Sim

Número do CNAE Nacional: 86.30-5-03 **Descrição:** Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Endereço: Rua Vereador Homero Franco, nº 1.140, Centro

Município: Campina da Lagoa **UF:** Pr

CEP: 87.345-000

Telefone Comercial: (44) 3542-1034 **Telefone Celular:** (44) 9-9963-6390

DADOS BANCÁRIOS:

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

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF
Joaquim Antonio de Lima	1.100.409 SESP/PR	231.101.989-91

Rua Vereador Homero Franco, n. 1.140, Centro – CEP 87.345-000
CAMPINA DA LAGOA - PR



J A CLÍNICA MÉDICA LTDA

CNPJ 55.908.975/0001-04

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE
Clinico Geral		

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
Joaquim Antonio de Lima	231.101.989-91	1.100.409 SESP/PR	7386	44 9-9963-639

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
Joaquim Antonio de Lima	231.101.989-91	1.100.409 SESP/PR	modeloescriptorio@hotmail.com	

ESPECIALIDADES

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
Joaquim Antonio de Lima	Clinico Geral

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

INSERIR LOCAL DE ATENDIMENTO	INSERIR ENDEREÇO DO LOCAL DE ATENDIMENTO
Iretama/ Pr	anexar alvará ou licença sanitária do local.

Campina da Lagoa - Pr, 17 julho e 2024.

J A CLINICA MEDICA LTDA
Joaquim Antonio de Lima
RG: 1.100.409 / CPF: 231.101.989-91

55.908.975/0001-04

J A CLINICA MEDICA

R. Ver. Homero Franco, 1140
CENTRO - CEP 87.345-000
Campina da Lagoa - PR

Rua Vereador Homero Franco, n. 1.140, Centro - CEP 87.345-000
CAMPINA DA LAGOA - PR



J A CLÍNICA MÉDICA LTDA

CNPJ 55.908.975/0001-04

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO

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

J A CLINICA MEDICA LTDA, estabelecida na Rua Vereador Homero Franco, nº 1.140, Centro, na Cidade e Comarca de Campina da Lagoa - Pr, inscrita no CNPJ sob nº 55.908.975/0001-04, neste ato representada pelo seu sócio, 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

Campina da Lagoa - Pr, 17 julho e 2024.


J A CLINICA MEDICA LTDA
Joaquim Antonio de Lima
RG. 1.100.409 / CPF: 231.101.989-91

55.908.975/0001-04

J A CLINICA MEDICA

R. Ver. Homero Franco, 1140
CENTRO – CEP 87.345-000
Campina da Lagoa - PR

Rua Vereador Homero Franco, n. 1.140, Centro – CEP 87.345-000
CAMPINA DA LAGOA - PR



J A CLÍNICA MÉDICA LTDA
CNPJ 55.908.975/0001-04

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO

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

Eu, Joaquim Antonio de Lima, carteira de identidade nº 1.100.409 SSP/Pr, expedida pela, Secretaria Estadual de Segurança Pública do Paraná, inscrito no CPF sob nº 231.101.989-91, Representante legal da inscrita no CNPJ sob o nº 55.908.975/0001-04, 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.

Campina da Lagoa - Pr, 17 julho e 2024.


J A CLÍNICA MÉDICA LTDA
Joaquim Antonio de Lima
RG. 1.100.409 / CPF. 231.101.989-91

55.908.975/0001-04

J A CLINICA MEDICA

R. Ver. Homero Franco, 1140
CENTRO – CEP 87.345-000
Campina da Lagoa - PR

Rua Vereador Homero Franco, n. 1.140, Centro – CEP 87.345-000
CAMPINA DA LAGOA - PR



J A CLÍNICA MÉDICA LTDA
CNPJ 55.908.975/0001-04

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 J A CLINICA MEDICA 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.

Campina da Lagoa - Pr, 17 julho e 2024.


J A CLINICA MEDICA LTDA
Joaquim Antonio de Lima
RG. 1.100.409 / CPF: 231.101.989-91

55.908.975/0001-04
J A CLINICA MEDICA
R. Ver. Homero Franco, 1140
CENTRO – CEP 87.345-000
Campina da Lagoa - PR



J A CLÍNICA MÉDICA LTDA

CNPJ 55.908.975/0001-04

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

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

A empresa J A CLINICA MEDICA, inscrita no CNPJ sob nº55.908.975/0001-04, sediada na Rua Vereador Homero Franco, nº 1.140, Centro na cidade de Campina da Lagoa - Pr, através representante legal, Joaquim Antonio de Lima, RG n. 1.100.409 SSP/Pr e CPF nº 231.101.989-91, 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.

Campina da Lagoa - Pr, 17 julho e 2024.


J A CLINICA MEDICA LTDA
Joaquim Antonio de Lima

RG. 1.100.409 / CPF: 231.101.989-91

55.908.975/0001-04

J A CLINICA MEDICA

R. Ver. Homero Franco, 1140
CENTRO – CEP 87.345-000
Campina da Lagoa - PR

Rua Vereador Homero Franco, n. 1.140, Centro – CEP 87.345-000
CAMPINA DA LAGOA - PR

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA

J A CLINICA MEDICA LTDA

Pelo presente instrumento particular de Contrato Social:

JOAQUIM ANTONIO DE LIMA, BRASILEIRO, CASADO(A), Comunhão Parcial, Empresário, nascido(a) em 05/12/1953, nº do CPF 231.101.989-91, residente e domiciliado na cidade de Campina da Lagoa - PR, na RUA VEREADOR HOMERO FRANCO, nº 1140, CENTRO, CEP: 87345-000;

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: **J A CLINICA MEDICA LTDA**.

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

A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: RUA VEREADOR HOMERO FRANCO, nº 1140, SALA A., Centro, Campina da Lagoa - PR, CEP: 87345000.

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

A sociedade terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômica: ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS, ATIVIDADES DE SERVIÇOS DE COMPLEMENTAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA, ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA A DEFICIENTES FÍSICOS, IMUNODEPRIMIDOS E CONVALESCENTES, ATIVIDADES DE FORNECIMENTO DE INFRA-ESTRUTURA DE APOIO E ASSISTÊNCIA A PACIENTE NO DOMICÍLIO, ATIVIDADES DE CENTROS DE ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL, ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS E ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS.

Parágrafo único. Em estabelecimento eleito como Sede (Matriz) será(ão) exercida(s) a(s) atividade(s) de ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS, ATIVIDADES DE SERVIÇOS DE COMPLEMENTAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA, ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA A DEFICIENTES FÍSICOS, IMUNODEPRIMIDOS E CONVALESCENTES, ATIVIDADES DE FORNECIMENTO DE INFRA-ESTRUTURA DE APOIO E ASSISTÊNCIA A PACIENTE NO DOMICÍLIO, ATIVIDADES DE CENTROS DE ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL E ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS..

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 8640-2/99 - Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica não especificadas anteriormente

CNAE Nº 8711-5/03 - Atividades de assistência a deficientes físicos, imunodeprimidos e convalescentes

CNAE Nº 8712-3/00 - Atividades de fornecimento de infra-estrutura de apoio e assistência a paciente no domicílio

CNAE Nº 8720-4/01 - Atividades de centros de assistência psicossocial

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 12/07/2024 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\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), dividido em 50000 quotas, no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, formado por R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) em moeda corrente no País

Parágrafo único. O capital encontra-se subscrito e será integralizado até o dia 12/07/2025, em moeda corrente do País, a partir de 12/07/2024 sendo distribuídas conforme segue:

Nome do Sócio	Qtd Quotas	Valor Em R\$	%
JOAQUIM ANTONIO DE LIMA	50000	50.000,00	100,00

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA
J A CLINICA MEDICA LTDA

Nome do Sócio	Qtd Quotas	Valor Em R\$	%
	50000	50.000,00	100,00
TOTAL:			

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

A administração da sociedade será exercida pelo sócio **JOAQUIM ANTONIO DE LIMA** que representará legalmente a sociedade e poderá praticar todo e qualquer ato de gestão pertinente ao objeto social.

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

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

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

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

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

CLÁUSULA IX - DO PRÓ LABORE

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

CLÁUSULA X - DISTRIBUIÇÃO DE LUCROS

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

CLÁUSULA XI - DA RETIRADA OU FALECIMENTO DE SÓCIO

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

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

CLÁUSULA XII - DA CESSÃO DE QUOTAS

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

CLÁUSULA XIII - DA RESPONSABILIDADE

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

CLÁUSULA XIV - PORTE EMPRESARIAL

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

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA
J A CLINICA MEDICA LTDA

CLAUSULA XV - DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Campina da Lagoa - 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.

Campina da Lagoa - PR, 12 de julho de 2024

JOAQUIM ANTONIO DE LIMA
Sócio/Administrador



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa J A CLINICA MEDICA LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
23110198991	JOAQUIM ANTONIO DE LIMA



CERTIFICO O REGISTRO EM 12/07/2024 13:16 SOB N° 41212679213.
PROTOCOLO: 245059024 DE 12/07/2024.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12409891803. CNPJ DA SEDE: 55908975000104.
NOME: 41212679213. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 12/07/2024.
J A CLÍNICA MÉDICA LTDA

LEANDRO MARCOS KATSEL BISCAIA
SECRETÁRIO-GERAL
expressafacil.pr.gov.br

A validade deste documento, em impressão, fica sujeita à comprovação de sua autenticidade.

Certidão Negativa de Débitos N° 1196 / 2024

CADASTRO 2 - 543787	CERTIDÃO Número: 1196 Ano: 2024	ALVARÁ N° 543787	CNPJ/CPF 55.908.975/0001-04
-------------------------------	--	----------------------------	---------------------------------------

RAZÃO SOCIAL/NOME J A CLINICA MEDICA LTDA

SITUADO À: R. RUA VER HOMERO FRANCO, N° 1140, CENTRO - CEP: 87345-000 Complemento:

NOME FANTASIA:

SITUAÇÃO DO CADASTRO: Normal	INÍCIO DA ATIVIDADE: 12/07/2024	ENCERRAMENTO DA ATIVIDADE:
--	---	-----------------------------------

RAMO DA ATIVIDADE: ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS, ATIVIDADES DE SERVIÇOS DE COMPLEMENTAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA, ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA A DEFICIENTES FÍSICOS, IMUNODEPRIMIDOS E CONVALESCENTES, ATIVIDADES DE FORNECIMENTO DE INFRA-ESTRUTURA DE APOIO E ASSISTÊNCIA A PACIENTE NO DOMICÍLIO, ATIVIDADES DE CENTROS DE ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL E ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS.

CÓDIGO DE AUTENTICIDADE FD41918F0E74854A93C3D9F6FCEFF
--

CERTIFICAMOS, em cumprimento ao requerimento datado em 16/07/2024 e verificando os arquivos do Cadastro geral dos Contribuintes deste órgão deles constam que o referido cadastro **NÃO** está em atraso para com os cofres desta municipalidade, até a presente data, com referência a tributos municipais e dívida ativa, ressalvado o direito da Fazenda Pública Municipal de cobrar as dívidas posteriormente apuradas, mesmo referentes à períodos nesta Certidão compreendidos.

A presente Certidão servirá para fins de Licitação

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

EDIFÍCIO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CAMPINA DA LAGOA - ESTADO DO PARANÁ,
AOS 16 de julho de 2024

A PRESENTE CERTIDÃO TERÁ VALIDADE ATÉ 14/09/2024

Campina da Lagoa, 16 de julho de 2024

Certidão Negativa de Débitos N° 1196 / 2024

CADASTRO 2 - 543787	CERTIDÃO Número: 1196 Ano: 2024	ALVARÁ N° 543787	CNPJ/CPF 55.908.975/0001-04
-------------------------------	--	----------------------------	---------------------------------------

RAZÃO SOCIAL/NOME J A CLINICA MEDICA LTDA

SITUADO À: R. RUA VER HOMERO FRANCO, N° 1140, CENTRO - CEP: 87345-000 Complemento:

NOME FANTASIA:

SITUAÇÃO DO CADASTRO: Normal	INÍCIO DA ATIVIDADE: 12/07/2024	ENCERRAMENTO DA ATIVIDADE:
--	---	-----------------------------------

RAMO DA ATIVIDADE: ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS, ATIVIDADES DE SERVIÇOS DE COMPLEMENTAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA, ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA A DEFICIENTES FÍSICOS, IMUNODEPRIMIDOS E CONVALESCENTES, ATIVIDADES DE FORNECIMENTO DE INFRA-ESTRUTURA DE APOIO E ASSISTÊNCIA A PACIENTE NO DOMICÍLIO, ATIVIDADES DE CENTROS DE ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL E ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS.

CÓDIGO DE AUTENTICIDADE FD41918F0E74854A93C3D9F6FCEFI
--

CERTIFICAMOS, em cumprimento ao requerimento datado em 16/07/2024 e verificando os arquivos do Cadastro geral dos Contribuintes deste órgão deles constam que o referido cadastro **NÃO** está em atraso para com os cofres desta municipalidade, até a presente data, com referência a tributos municipais e dívida ativa, ressalvado o direito da Fazenda Pública Municipal de cobrar as dívidas posteriormente apuradas, mesmo referentes à períodos nesta Certidão compreendidos.

A presente Certidão servirá para fins de Licitação

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

EDIFÍCIO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CAMPINA DA LAGOA - ESTADO DO PARANÁ,
AOS 16 de julho de 2024

A PRESENTE CERTIDÃO TERÁ VALIDADE ATÉ 14/09/2024

Campina da Lagoa, 16 de julho de 2024



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO
55.908.975/0001-04
MATRIZ

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO
CADASTRAL

DATA DE ABERTURA
12/07/2024

NOME EMPRESARIAL
J A CLINICA MEDICA LTDA

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)

PORTE
ME

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências
86.40-2-99 - Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica não especificadas anteriormente
87.11-5-03 - Atividades de assistência a deficientes físicos, imunodeprimidos e convalescentes
87.12-3-00 - Atividades de fornecimento de infra-estrutura de apoio e assistência a paciente no domicílio
87.20-4-01 - Atividades de centros de assistência psicossocial

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
206-2 - Sociedade Empresária Limitada

LOGRADOURO
R VEREADOR HOMERO FRANCO

NÚMERO
1140

COMPLEMENTO
SALA A

CEP
87.345-000

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

MUNICÍPIO
CAMPINA DA LAGOA

UF
PR

ENDEREÇO ELETRÔNICO
MODELOESCRITORIO@HOTMAIL.COM

TELEFONE
(44) 3542-1436/ (0000) 0000-0000

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)

SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA

DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
12/07/2024

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL

DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL

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

Emitido no dia 12/07/2024 às 13:29:18 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1



PREFEITURA MUNICIPAL DE IRETAMA

Estado do Paraná

Exercício: 2024

DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO

ALVARÁ DE LICENÇA

A PREFEITURA MUNICIPAL DE IRETAMA, CONCEDE O PRESENTE ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO, INSTALAÇÃO E FUNCIONAMENTO:

Inscrição Municipal
551

RAZÃO SOCIAL

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE IRETAMA

NOME FANTASIA

HOSPITAL PUBLICO MUNICIPAL SANTA ROSA DE LIMA

INSC. ESTADUAL

ENDEREÇO: RUA GERALDO VIEIRA GOMES, 185 CEP.: 87280-000

BAIRRO: CENTRO COMPLEMENTO:

CNPJ/CPF:

84.782.952/0001-02

ÁREA OCUPADA

PROTOCOLO

059/2024

LIVRO

FOLHA

INÍCIO DA ATIVIDADE

19/05/1992

CNAE

8411200 - ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EM GERAL

OBSERVAÇÕES

MANTER FIXADO EM LOCAL VISÍVEL

VALIDADE: 31/12/2024

Iretama - PR, 31 de janeiro de 2024


PEDRO DONIZETI SPEDO / DAIANE SOARES TEIXEIRA
DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 55.908.975/0001-04
Razão Social: J A CLINICA MEDICA LTDA
Endereço: RUA VEREADOR HOMERO FRANCO 1140 SALA A / CENTRO / CAMPINA DA LAGOA / PR / 87345-000

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: 12/07/2024 a 10/08/2024

Certificação Número: 2024071216096281927516

Informação obtida em 12/07/2024 16:09:36

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



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

Certidão Negativa

de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual
Nº 034030814-17

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **55.908.975/0001-04**

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 09/11/2024 - Fornecimento Gratuito

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



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

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

Nome: J A CLINICA MEDICA LTDA
CNPJ: 55.908.975/0001-04

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 13:44:30 do dia 12/07/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 08/01/2025.

Código de controle da certidão: **8F8B.E85E.CFE2.5F7D**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

CNPJ: 55.908.975/0001-04

Certidão nº: 48722133/2024

Expedição: 12/07/2024, às 13:47:50

Validade: 08/01/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que o CNPJ sob o nº 55.908.975/0001-04, **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.

Certidão expedida sem indicação do nome/razão social, tendo em vista que o CPF/CNPJ consultado não figura na última versão da base de dados da Receita Federal do Brasil - RFB enviada ao Tribunal Superior do Trabalho - TST. Para saber a situação desse CPF/CNPJ, consulte o sítio da RFB (www.receita.fazenda.gov.br).

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.



SECRETARIA DA
SAÚDE

CAMPINA DA LAGOA, PR

Gestão 2021 a 2024

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/INSTITUIÇÃO DE SAÚDE DO PARANÁ,
DE ACORDO COM A LEI 13.331 DE 23 DE NOVEMBRO DE 2001 E DECRETO Nº
5.711 DE MAIO.

Licença Sanitária – Simplificada de acordo com R.E.
SESA – PR nº 1034/2020.
Vencimento: 31.12.2024

Razão Social: J. A. CLINICA MEDICA LTDA

Nome Fantasia: J. A. CLINICA MEDICA LTDA

CNPJ/CPF: 55.908.975/0001-04

Endereço: Rua Vereador Homero Franco, 1140 – Centro, Campina da Lagoa – Pr.

Atividades Licenciadas:

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

86.40-2-99 - Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica não especificadas anteriormente

87.11-5-03 - Atividades de assistência a deficientes físicos, imunodeprimidos e convalescentes

87.12-3-00 - Atividades de fornecimento de infra-estrutura de apoio e assistência a paciente no domicílio

87.20-4-01 - Atividades de centros de assistência psicossocial

OBSERVAÇÃO: - Licença Sanitária emitida de acordo com a Resolução SESA – Pr 1034/2020

Campina Da Lagoa – Pr em, 17.07.2024.

gov.br

Documento assinado digitalmente

MARCELO EDUARDO QUINQUIOLO DOS REIS

Data: 17/07/2024 11:05:18-0300

Verifique em <https://validar.rs.gov.br>

Me. Marcelo Eduardo Quinquilo dos Reis
Autoridade Sanitária 1º Instância
Port. 35/2017

Rua Vereador Homero Franco, 1000 – Campina da Lagoa - Pr - Tel.: 44-3542-3117 - CEP: 87345-000

E-mail: saudeclagoa@hotmail.com - CNPJ 10.811.584/0001-39



LICENÇA SANITÁRIA Nº 202400000000000000000000000022

VENCIMENTO: 04 / 06 / 2025

Razão Social: Fundo Municipal de Saúde de Iretama
Nome Fantasia: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IRETAMA
CNPJ: 04.782.952/0001-02
Endereço: R. Ceres, 72 - Centro - Iretama/PR - 87280-000

UNIDADES:

- Hospital Municipal Santa Rosa de Lima:
R. Geraldo Gomes Vilela, S/n - Centro - Iretama/PR - 87280-000

ATIVIDADES LICENCIADAS:

8411-6/00 - Administração pública em geral

Unidade:

- Hospital Municipal Santa Rosa de Lima

LOCAL E DATA: Campo Mourão, 04 de Junho de 2024

CRISTIANE MICHALSKI GRADELLA
Gestora da Vigilância Sanitária

Código de Autenticidade: 990B13199C329C949BB1D1A1F45D597D

Endereço para Validação: <https://www.sievisa.sesa.pr.gov.br/sievisa/validarLicenca>



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
231.101.989-91

Nome
JOAQUIM ANTONIO DE LIMA

Nascimento
05/12/1953

CÓDIGO DE CONTROLE
A9D6.1280.A2D7.9D1B



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:23:16 do dia 16/07/2024 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

IDENTIDADE Nº

1.100.409/PR

CPF Nº

231.101.989-91

CERTIFICADO MILITAR Nº

673488 - 5ª RM

TÍTULO ELEITORAL Nº

258046906-39/PR

ZONA

169

SEÇÃO

0035

LOCAL E DATA

Curitiba, 16.12.1993.

ASSINATURA DO PORTADOR



POLEGAR DIREITO



DOCUMENTO DE IDENTIDADE CONFORME LEI Nº 6.206/75

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO

P A R A N Á

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME

JOAQUIM ANTONIO DE LIMA

CRM Nº

7386

DATA DE INSCRIÇÃO

05.02.1981

NACIONALIDADE

brasileira

DATA DE NASCIMENTO

05.12.1953

FILIAÇÃO

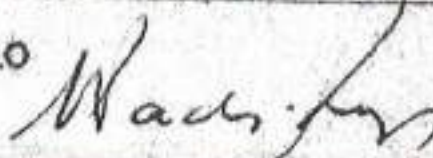
Jose Fernandes de Lima

Maria Aparecida do Nascimento

ASSINATURA DO PRESIDENTE

DR. WADIR RÚPOLLO

Presidente



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



J A CLÍNICA MÉDICA LTDA
CNPJ 55.908.975/0001-04

Dados do Profissional

Joaquim Antonio de Lima

Contato: (44) 9-9963-6390

E-mail: modeloescrito@htomail.com

Dados do Responsavel pelo Faturamento

Joaquim Antonio de Lima

Contato: (44) 9-9963-6390

E-mail: modeloescrito@htomail.com

República Federativa do Brasil
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Diploma de Médico

O Rector da Universidade Federal do Paraná, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina, em 11 de dezembro de 1950, conferido a *Wladimir de Mattos e Joaquim Antônio de Lima, filho de José Fernandes de Lima e de Maria Apolónia de Macanudo*, nascido a 5 de dezembro de 1932, natural do Estado de Minas Gerais, e acompanhada o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Curitiba, 11 de dezembro de 1950

Wladimir de Mattos e Joaquim Antônio de Lima

Wladimir de Mattos e Joaquim Antônio de Lima



REGISTRADO SOB N.º 7.960
DO LIVRO VI DO S.C.S.
U.F. PR., EM 11/12/1980

CURSO DE MEDICINA

Reconhecido pelo Decreto n.º 421/38,
publicado no D. O. U. de 12/5/1938.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
D. A. A. - DIVISÃO DE REGISTRO GERAL

Por delegação de competência do D. A. U., Portaria nº 71 de 21/10/77, Portaria de SRSU n.º 39 de 23/05/79 e nos termos da Portaria Ministerial n.º 726 de 21/10/77.

Diploma registrado sob n.º 142621 no
Livro VF-34 Fls. 19-21 nº 43913/80

Curitiba, 11 de dez de 1980

OCYRON CUNHA
REITOR

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
DIVISÃO DE REGISTRO GERAL
CURITIBA - PR
CERTIFICADO QUE ESTA FOTOCOPIA
É IDÊNTICA AO ORIGINAL
05/05/1981
RECEBIDO



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **JOAQUIM ANTONIO DE LIMA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **7386** desde **05/02/1981**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Certidão tem validade até o dia 16/10/2024.

Chave de validação **45c7925b96f3f1801a3572c26a6b63dc736b9c69**

Emitida eletronicamente via internet em **16/07/2024**.

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

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



Ministério da Saúde

Sistema Único de Saúde

JOAQUIM ANTONIO DE LIMA

Data Nasc.: 05/12/1953

Sexo: M

708 7031 3252 7797



Cartão de Usuário SUS

Este cartão é de uso pessoal e insubstituível.
É obrigatório apresentá-lo sempre ao acessar o SUS.
Valido em todo o território nacional.





**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



**Número
231.101.989-91**

**Nome
JOAQUIM ANTONIO DE LIMA**

**Nascimento
05/12/1953**

**CÓDIGO DE CONTROLE
A9D6.1280.A2D7.9D1B**



**Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:23:16 do dia 16/07/2024 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

IDENTIDADE Nº

1.100.409/PR

CPF Nº

231.101.989-91

CERTIFICADO MILITAR Nº

673488 - 5ª RM

TÍTULO ELEITORAL Nº

258046906-39/PR

ZONA

169

SEÇÃO

0035

LOCAL E DATA

Curitiba, 16.12.1993.

ASSINATURA DO PORTADOR



POLEGAR DIREITO



DOCUMENTO DE IDENTIDADE CONFORME LEI Nº 6.206/75

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO

P A R A N Á

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME

JOAQUIM ANTONIO DE LIMA

CRM Nº

7386

DATA DE INSCRIÇÃO

05.02.1981

NACIONALIDADE

brasileira

DATA DE NASCIMENTO

05.12.1953

FILIAÇÃO

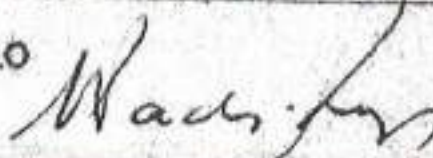
Jose Fernandes de Lima

Maria Aparecida do Nascimento

ASSINATURA DO PRESIDENTE

DR. WADIR RÚPOLLO

Presidente



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



J A CLÍNICA MÉDICA LTDA
CNPJ 55.908.975/0001-04

Dados do Profissional

Joaquim Antonio de Lima

Contato: (44) 9-9963-6390

E-mail: modeloescrito@htomail.com

Dados do Responsavel pelo Faturamento

Joaquim Antonio de Lima

Contato: (44) 9-9963-6390

E-mail: modeloescrito@htomail.com

República Federativa do Brasil
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Diploma de Médico

O Rector da Universidade Federal do Paraná, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina, em 11 de dezembro de 1950, conferido a *Mário de Mattos e Joaquim Antônio de Lima, filho de José Fernandes de Lima e de Maria Apolónia de Macanudo, nascido a 5 de dezembro de 1932, natural do Estado de Minas Gerais, e acompanhado o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.*

Curitiba, 11 de dezembro de 1950

Agostino Pereira

[Signature]



REGISTRADO SOB N.º 7.960
DO LIVRO VI DO S.C.S.
U.F. PR., EM 11/12/1980

CURSO DE MEDICINA

Reconhecido pelo Decreto n.º 421/38,
publicado no D. O. U. de 12/5/1938.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
D. A. A. - DIVISÃO DE REGISTRO GERAL

Por delegação de competência do D. A. U., Portaria nº 71 de 21/10/77, Portaria de SRSU n.º 39 de 23/05/79 e nos termos da Portaria Ministerial n.º 726 de 21/10/77.

Diploma registrado sob n.º 142621 no
Livro VF-34 Fls. 19-21 nº 4391380

Curitiba, 11 de 02 de 1980

OCYRON CUNHA
REITOR

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
DIVISÃO DE REGISTRO GERAL
CURITIBA - PARANÁ
CERTIFICADO QUE ESTA FOTOCOPIA
É IDÊNTICA AO ORIGINAL
05/05/1981
REITOR



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **JOAQUIM ANTONIO DE LIMA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **7386** desde **05/02/1981**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Certidão tem validade até o dia 16/10/2024.

Chave de validação **45c7925b96f3f1801a3572c26a6b63dc736b9c69**

Emitida eletronicamente via internet em **16/07/2024**.

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

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



Ministério da Saúde

Sistema Único de Saúde

JOAQUIM ANTONIO DE LIMA

Data Nasc.: 05/12/1953

Sexo: M

708 7031 3252 7797



Cartão de Usuário SUS

Este cartão é de uso pessoal e insubstituível.
É obrigatório apresentá-lo sempre ao acessar o SUS.
Valido em todo o território nacional.





**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

231.101.989-91

Nome

JOAQUIM ANTONIO DE LIMA

Nascimento

05/12/1953

CÓDIGO DE CONTROLE

A9D6.1280.A2D7.9D1B



**Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:23:16 do dia 16/07/2024 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: J A CLINICA MEDICA LTDA
CNPJ: 55.908.975/0001-04

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Estadual: 1202
Data Emissão: 2024-07-12
Data Vencimento: 2024-11-09
Certidao Municipal: 1203
Data Emissão: 2024-07-16
Data Vencimento: 2024-09-14
Certidao Federal: 1204
Data Emissão: 2024-07-12
Data Vencimento: 2025-01-08
Certidao Trabalhista: 1205
Data Emissão: 2024-07-12
Data Vencimento: 2025-01-08
Certidao FGTS: 1206
Data Emissão: 2024-07-12
Data Vencimento: 2024-08-10

Capacidade Tecnica

Proposta
Categoria: SERVIÇOS DE PLANTÃO POR HORA
Procedimento: PLANTÃO MÉDICO POR HORA
Valor: R\$ 115
Qtd: Un. 5

Edital de Chamamento Público nº 36/2024

Última atualização 01/08/2024

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

Unidade compradora: 95640322000101 - Unidade administrativa

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

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

Data de divulgação no PNCP: 01/08/2024 **Situação:** Divulgada no PNCP

Data de início de recebimento de propostas: 31/07/2024 08:00 (horário de Brasília)

Data fim de recebimento de propostas: 31/07/2024 08:00 (horário de Brasília)

Id contratação PNCP: 95640322000101-1-000046/2024 **Fonte:** Elotech Gestão Pública Ltda

Objeto:

Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psiquiatria, serviços de plantão por hora e nutrição oferecidos 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\$ 236.177,10

Itens

Arquivos

Histórico

Número	Descrição	Quantidade	Valor unitário estimado	Valor total estimado	Detalhar
1	03.01.01.007 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CISCOMCAM)	480	R\$ 50,90	R\$ 24.432,00	
2	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	1728	R\$ 115,00	R\$ 198.720,00	
3	90.04.01.111 ATENDIMENTO INDIVIDUAL NUTRICIONAL (CLÍNICA)	480	R\$ 21,17	R\$ 10.161,60	
4	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	50	R\$ 57,27	R\$ 2.863,50	

Exibir:

1-4 de 4 itens

Página

<>

<

Voltar

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

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

☎ 0800 978 9001

AGRADECIMENTO AOS PARCEIROS



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



CIS-COMCAM

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

TERMO DE ADJUDICAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO

O Presidente da Comissão Permanente de Licitação do CIS-COMCAM, Ivani Fiore Dal Molin, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, especialmente a Lei nº 8.666/1993 e alterações posteriores, a vista do parecer conclusivo exarado pela comissão de Licitação, resolve:

01 – ADJUDICAR a presente Licitação nestes termos:

- a) Processo Nº : 94/2024
b) Licitação Nº : 36/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : 31/07/2024
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psiquiatria, serviços de plantão por hora e nutrição oferecidos 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: COSTA NUTRICAÇÃO LTDA - CNPJ: 47.657.439/0001-55

Valor Total do Fornecedor: 10.161,60 (dez mil, cento e sessenta e um reais e sessenta centavos).

LOTE 3

Valor Total do Lote: 10.161,60 (dez mil, cento e sessenta e um reais e sessenta centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.04.01.111 ATENDIMENTO INDIVIDUAL NUTRICIONAL (CLÍNICA)	Unidad	480	R\$ 21,17	R\$ 10.161,60

FORNECEDOR: GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 42.383.426/0001-11

Valor Total do Fornecedor: 27.295,50 (vinte e sete mil, duzentos e noventa e cinco reais e cinquenta centavos).

LOTE 1 PSIQUIATRIA

Valor Total do Lote: 27.295,50 (vinte e sete mil, duzentos e noventa e cinco reais e cinquenta centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CISCOMCAM)	Unidad	480	R\$ 50,90	R\$ 24.432,00
2	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLÍNICA)	Unidad	50	R\$ 57,27	R\$ 2.863,50



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

FORNECEDOR: J A CLINICA MEDICA LTDA - CNPJ: 55.908.975/0001-04

Valor Total do Fornecedor: 198.720,00 (cento e noventa e oito mil, setecentos e vinte reais).

LOTE 2 SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO

Valor Total do Lote: 198.720,00 (cento e noventa e oito mil, setecentos e vinte 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	1.728	R\$ 115,00	R\$ 198.720,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 236.177,10 (duzentos e trinta e seis mil, cento e setenta e sete reais e dez centavos)

Valor Total Homologado- R\$ 236.177,10

Campo Mourão, 31 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

- | | | |
|-------------------------|---|---|
| 31 jul 2024
10:02:43 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br) |
| 31 jul 2024
10:08:03 |  | Ivani Fiore Dal Molin (Email: vani_fiore@hotmail.com , CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 187.95.109.226 localizado em Curitiba - Paraná - Brazil |
| 31 jul 2024
10:08:03 |  | Ivani Fiore Dal Molin (Email: vani_fiore@hotmail.com , CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 187.95.109.226 localizado em Curitiba - 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 : 94/2024
b) Licitação Nº : 36/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : 31/07/2024
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psiquiatria, serviços de plantão por hora e nutrição oferecidos 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: COSTA NUTRICAÇÃO LTDA - CNPJ: 47.657.439/0001-55

Valor Total do Fornecedor: 10.161,60 (dez mil, cento e sessenta e um reais e sessenta centavos).

LOTE 3

Valor Total do Lote: 10.161,60 (dez mil, cento e sessenta e um reais e sessenta centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.04.01.111 ATENDIMENTO INDIVIDUAL NUTRICIONAL (CLÍNICA)	Unidad	480	R\$ 21,17	R\$ 10.161,60

FORNECEDOR: GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 42.383.426/0001-11

Valor Total do Fornecedor: 27.295,50 (vinte e sete mil, duzentos e noventa e cinco reais e cinquenta centavos).

LOTE 1 PSIQUIATRIA

Valor Total do Lote: 27.295,50 (vinte e sete mil, duzentos e noventa e cinco reais e cinquenta centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CISCOMCAM)	Unidad	480	R\$ 50,90	R\$ 24.432,00
2	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLÍNICA)	Unidad	50	R\$ 57,27	R\$ 2.863,50

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415
951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.08.01 09:02:45
-03'00'



CIS-COMCAM

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

FORNECEDOR: J A CLINICA MEDICA LTDA - CNPJ: 55.908.975/0001-04

Valor Total do Fornecedor: 198.720,00 (cento e noventa e oito mil, setecentos e vinte reais).

LOTE 2 SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO

Valor Total do Lote: 198.720,00 (cento e noventa e oito mil, setecentos e vinte 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	1.728	R\$ 115,00	R\$ 198.720,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 236.177,10 (duzentos e trinta e seis mil, cento e setenta e sete reais e dez centavos)

Valor Total Homologado- R\$ 236.177,10

Campo Mourão, 31 de julho de 2024.

RAFAEL BRITO DO

PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por RAFAEL

BRITO DO PRADO:04933415951

Dados: 2024.08.01 09:03:03 -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 : 94/2024
b) Licitação Nº : 36/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : 31/07/2024
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psiquiatria, serviços de plantão por hora e nutrição oferecidos 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: COSTA NUTRICAÇÃO LTDA - CNPJ: 47.657.439/0001-55

Valor Total do Fornecedor: 10.161,60 (dez mil, cento e sessenta e um reais e sessenta centavos).

LOTE 3

Valor Total do Lote: 10.161,60 (dez mil, cento e sessenta e um reais e sessenta centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.04.01.111 ATENDIMENTO INDIVIDUAL NUTRICIONAL (CLÍNICA)	Unidad	480	R\$ 21,17	R\$ 10.161,60

FORNECEDOR: GABRIELLA CAPPELLETTI SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 42.383.426/0001-11

Valor Total do Fornecedor: 27.295,50 (vinte e sete mil, duzentos e noventa e cinco reais e cinquenta centavos).

LOTE 1 PSIQUIATRIA

Valor Total do Lote: 27.295,50 (vinte e sete mil, duzentos e noventa e cinco reais e cinquenta centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CISCOMCAM)	Unidad	480	R\$ 50,90	R\$ 24.432,00
2	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLÍNICA)	Unidad	50	R\$ 57,27	R\$ 2.863,50

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.

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

FORNECEDOR: J A CLINICA MEDICA LTDA - CNPJ: 55.908.975/0001-04

Valor Total do Fornecedor: 198.720,00 (cento e noventa e oito mil, setecentos e vinte reais).

LOTE 2 SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO

Valor Total do Lote: 198.720,00 (cento e noventa e oito mil, setecentos e vinte 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	1.728	R\$ 115,00	R\$ 198.720,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 236.177,10 (duzentos e trinta e seis mil, cento e setenta e sete reais e dez centavos)

Valor Total Homologado- R\$ 236.177,10

Campo Mourão, 31 de julho de 2024.

Rafael Brito do Prado
Presidente do CIS-COMCAM

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.



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

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)
- 13 ago 2024
14:46:48



Maria Victoria Aparecida Santos (Email: cida.geografia@outlook.com, CPF: 026.495.449-10) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil
- 13 ago 2024
14:46:48



Maria Victoria Aparecida Santos (Email: cida.geografia@outlook.com, CPF: 026.495.449-10) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil

