



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: 095/2024

ASSUNTO: CREDENCIAMENTO CIRURGIA VASCULAR, FONOAUDIOLOGIA, FISIOTERAPIA, RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, ANESTESISTA, LABORATÓRIO DE PATOLOGIA E PLANTÃO PELO CISCOMCAM.

MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE

CUMPRINDO O DISPOSTO NA LEI, NESTE ATO PROCEDO A ATUAÇÃO DO PROCESSO EM EPÍGRAFE, CONTENDO PÁGINAS NUMERADAS DE Nº 01 A Nº 430 E, PARA CONSTAR, LAVRO E ASSINO O PRESENTE TERMO, DE AUTUAÇÃO PARA QUE SURTAS OS EFEITOS LEGAIS.

CAMPO MOURÃO/PR, 05 DE AGOSTO DE 2024

NOME: JARDEL ALEXANDRE LISBOA

ASSINTURA: _____

Página de assinaturas



Jardel Lisboa
733.780.031-20
Signatário

HISTÓRICO

- | | | |
|-------------------------|---|---|
| 07 ago 2024
14:43:49 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br) |
| 07 ago 2024
14:51:06 |  | 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 |
| 07 ago 2024
14:51:06 |  | 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, 05 de agosto de 2024

Setor Solicitante: Coordenador de Redes

Responsável: Adriano Roque Avila

Prezado, encaminho solicitação para início de processo licitatório para contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de cirurgia vascular, fonoaudiologia, fisioterapia, radiologia e diagnóstico por imagem, anestesista, laboratório de patologia e plantão 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

- | | | |
|-------------------------|---|---|
| 07 ago 2024
14:46:38 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br) |
| 07 ago 2024
15:00:15 |  | Adriano Roque Avila (Email: adrianoroqueavila@gmail.com, CPF: 058.375.919-07) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |
| 07 ago 2024
15:00:15 |  | Adriano Roque Avila (Email: adrianoroqueavila@gmail.com, CPF: 058.375.919-07) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |





SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

Excelentíssimo Sr. Presidente e
Sr. Coordenador

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

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de cirurgia vascular, fonoaudiologia, fisioterapia, radiologia e diagnóstico por imagem, anestesista, laboratório de patologia e plantão pelo Ciscamcam.

Processo Administrativo nº 95

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, 05 de agosto 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

- | | | |
|--------------------------------|---|--|
| 07 ago 2024
14:48:37 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br) |
| 07 ago 2024
14:49:23 |  | Ivani Fiore Dal Molin (Email: vani_fiore@hotmail.com , CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 177.51.119.135 localizado em Maringá - Paraná - Brazil |
| 07 ago 2024
14:49:23 |  | Ivani Fiore Dal Molin (Email: vani_fiore@hotmail.com , CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 177.51.119.135 localizado em Maringá - Paraná - Brazil |



Página de assinaturas



Alexandro Santos
019.886.109-58
Signatário

HISTÓRICO

- | | | |
|-------------------------|---|---|
| 07 ago 2024
16:05:33 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br) |
| 09 ago 2024
12:26:33 |  | Alexandro Sebastião Dos Santos (Email: alexandro_s_s@hotmail.com , CPF: 019.886.109-58) visualizou este documento por meio do IP 138.186.110.48 localizado em Maringá - Paraná - Brazil |
| 09 ago 2024
12:26:37 |  | Alexandro Sebastião Dos Santos (Email: alexandro_s_s@hotmail.com , CPF: 019.886.109-58) assinou este documento por meio do IP 138.186.110.48 localizado em Maringá - 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 cirurgia vascular, fonoaudiologia, fisioterapia, radiologia e diagnóstico por imagem, anestesiista, laboratório de patologia e plantão pelo Ciscamcam.

Processo Administrativo nº 95

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
VASCULAR							
5922	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - (VAZIO ASSISTENCIAL)	400	12	R\$ 70,00	R\$ 28.000,00	3.390.39.00.	50.30
5311	03.09.07.001-5 TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS (UNILATERAL)	200	12	R\$ 500,00	R\$ 100.000,00	3.390.39.00.	50.30
1678	04.01.01.001 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO - CLÍNICA	200	12	R\$ 32,40	R\$ 6.480,00	3.390.39.00.	50.30
1317	02.05.01.004 - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	2000	12	R\$ 130,00	R\$ 260.000,00	3.390.39.00.	50.30
FONOAUDIOLOGIA							
2241	90.04.01.028 CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA (CLINICA)	200	12	R\$ 35,00	R\$ 7.000,00	3.390.39.00.	50.30
975	02.11.07.004 - AUDIOMETRIA TONAL LIMÍAR (VIA AEREA / OSSEA)	200	12	R\$ 28,80	R\$ 5.760,00	3.390.39.00.	50.30
2237	90.04.01.073 AUDIOMETRIA VOCAL (CLINICA)	20	12	R\$ 25,04	R\$ 500,80	3.390.39.00.	50.30
6425	07.01.03.005 APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C	70	12	R\$ 1.100,00	R\$ 77.000,00	3.390.39.00.	50.30
FISIOTERAPIA							
8565	03.02.02.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	15	12	R\$ 18,00	R\$ 270,00	3.390.39.00.	50.30
8566	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	15	12	R\$ 18,00	R\$ 270,00	3.390.39.00.	50.30
8572	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	15	12	R\$ 18,00	R\$ 270,00	3.390.39.00.	50.30



CIS-COMCAM

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

8572	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	15	12	R\$ 18,00	R\$ 270,00	3.390.39.00.	50.30
8568	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	15	12	R\$ 18,00	R\$ 270,00	3.390.39.00.	50.30
8569	03.02.04.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	20	12	R\$ 18,00	R\$ 360,00	3.390.39.00.	50.30
8570	03.02.04.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	15	12	R\$ 18,00	R\$ 270,00	3.390.39.00.	50.30
8571	03.02.04.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE SEM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	15	12	R\$ 18,00	R\$ 270,00	3.390.39.00.	50.30
8573	03.02.07.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8574	03.02.01.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8575	03.02.02.003-9 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8576	03.02.01.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8577	03.02.06.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8578	03.02.02.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO LÍNICO	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8579	03.02.04.004 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CRURGIA CARDIOVASCULAR	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8580	03.02.01.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DIFUÇÕES UROGINECOLÓGICAS	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8581	03.02.03.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8583	03.02.06.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8582	03.02.03.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30



CIS-COMCAM

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

8570	03.02.04.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8584	03.02.06.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8585	03.02.05.001- ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	12000	12	R\$ 18,00	R\$ 216.000,00	3.390.39.00.	50.30
8586	03.02.05.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	30	12	R\$ 18,00	R\$ 540,00	3.390.39.00.	50.30
8587	03.02.05.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	200	12	R\$ 18,00	R\$ 3.600,00	3.390.39.00.	50.30
8588	03.02.06.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8589	03.02.04.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
1376	90.04.01.007 - ATENDIMENTO FISIOTERAPIA POR SESSÃO	20	12	R\$ 18,00	R\$ 360,00	3.390.39.00.	50.30
8590	03.01.01.004 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	10	12	R\$ 30,00	R\$ 300,00	3.390.39.00.	50.30
3031	90.04.01.080 - CONSULTA EM FISIOTERAPIA	800	12	R\$ 30,00	R\$ 24.000,00	3.390.39.00.	50.30
8593	03.09.05.003 - SESSÃO DE ELETROESTIMULAÇÃO	9000	12	R\$ 18,00	R\$ 162.000,00	3.390.39.00.	50.30
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM							
3615	02.07.01.002 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) (CLÍNICA)	10	12	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50	3.390.39.00.	50.30
3611	02.07.03.001 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR (CLÍNICA)	10	12	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50	3.390.39.00.	50.30
3610	02.07.03.002 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR (CLÍNICA)	25	12	R\$ 268,75	R\$ 6.718,75	3.390.39.00.	50.30
3604	02.07.01.003 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL (CLÍNICA)	25	12	R\$ 268,75	R\$ 6.718,75	3.390.39.00.	50.30
3605	02.07.01.004 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA (CLÍNICA)	55	12	R\$ 268,75	R\$ 14.781,25	3.390.39.00.	50.30
3606	02.07.01.005 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	10	12	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50	3.390.39.00.	50.30
3603	02.07.01.006 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO (CLÍNICA)	50	12	R\$ 268,75	R\$ 13.437,50	3.390.39.00.	50.30
3645	02.07.02.001 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO/AORTA C/CINE (CLÍNICA)	10	12	R\$ 361,25	R\$ 3.612,50	3.390.39.00.	50.30
3609	02.07.03.003 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) (CLÍNICA)	70	12	R\$ 268,75	R\$ 18.812,50	3.390.39.00.	50.30



CIS-COMCAM

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

3607	02.07.02.002 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) (CLINICA)	30	12	R\$ 268,75	R\$ 8.062,50	3.390.39.00.	50.30
3646	02.07.01.007 RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA (CLINICA)	10	12	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50	3.390.39.00.	50.30
3608	02.07.02.003 RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX (CLINICA)	10	12	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50	3.390.39.00.	50.30
3647	02.07.03.004 RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA (CLINICA)	10	12	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50	3.390.39.00.	50.30
3580	02.06.03.001 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR (CLINICA)	100	12	R\$ 138,63	R\$ 13.863,00	3.390.39.00.	50.30
1300	90.04.01.010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL (CLINICA)	10	12	R\$ 168,63	R\$ 1.686,30	3.390.39.00.	50.30
3575	02.06.03.002 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR (CLINICA)	10	12	R\$ 86,75	R\$ 867,50	3.390.39.00.	50.30
3643	02.06.02.001 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR (CLINICA)	10	12	R\$ 86,75	R\$ 867,50	3.390.39.00.	50.30
3579	02.06.01.001 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE (CLINICA)	15	12	R\$ 86,75	R\$ 1.301,25	3.390.39.00.	50.30
3576	02.06.01.002 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE (CLINICA)	40	12	R\$ 101,10	R\$ 4.044,00	3.390.39.00.	50.30
3581	02.06.01.003 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE (CLINICA)	10	12	R\$ 86,75	R\$ 867,50	3.390.39.00.	50.30
3577	02.06.01.004 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/SEIOS DA FACE/ART TEMPORO - MANDIBULAR (CLINICA)	20	12	R\$ 86,75	R\$ 1.735,00	3.390.39.00.	50.30
3848	02.06.03.003 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR (CLINICA)	100	12	R\$ 138,63	R\$ 13.863,00	3.390.39.00.	50.30
3847	02.06.02.002 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRACO, MAO..) (CLINICA)	10	12	R\$ 86,75	R\$ 867,50	3.390.39.00.	50.30
3644	02.06.01.006 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURSICA (CLINICA)	10	12	R\$ 97,44	R\$ 974,40	3.390.39.00.	50.30
3573	02.06.02.003 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX (CLINICA)	100	12	R\$ 136,41	R\$ 13.641,00	3.390.39.00.	50.30
3572	02.06.01.007 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (CLINICA)	130	12	R\$ 97,44	R\$ 12.667,20	3.390.39.00.	50.30
3578	02.06.01.005 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO (CLINICA)	5	12	R\$ 86,75	R\$ 433,75	3.390.39.00.	50.30
LABORATÓRIO DE PATOLOGIA							

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

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



CIS-COMCAM

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

966	90.04.01.043 ANÁLISE DE MATERIAL (ANATOMO PATOLÓGICO) (CLÍNICA)	5000	12	R\$ 23,87	R\$ 119.350,00	3.390.39.00.	50.30
3598	02.03.01.008 EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA- RASTREAMENTO (CLÍNICA)	100	12	R\$ 10,10	R\$ 1.010,00	3.390.39.00.	50.30
2232	90.04.01.072 EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL (CLÍNICA)	100	12	R\$ 10,10	R\$ 1.010,00	3.390.39.00.	50.30
3599	02.03.01.001 EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA (CLÍNICA)	300	12	R\$ 9,00	R\$ 2.700,00	3.390.39.00.	50.30
9009	90.04.01.223 EXAME CITOPATOLOGICO PARA RASTREAMENTO DE CANCER DO COLO UTERINO	100	12	R\$ 10,10	R\$ 1.010,00	3.390.39.00.	50.30
2236	90.04.01.050 RETIRADA DE MATERIAL PARA ANATOMO-PATOLOGICO - CLÍNICA	100	12	R\$ 17,86	R\$ 1.786,00	3.390.39.00.	50.30
ANESTESISTA							
3391	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLÍNICA)	1100	12	R\$ 57,27	R\$ 62.997,00	3.390.39.00.	50.30
5711	90.10.01.020 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE OMBRO-MANGUITO ROTADOR - ANESTESIOLOGIA	15	12	R\$ 120,00	R\$ 1.800,00	3.390.39.00.	50.30
5708	90.10.01.017 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE POSTECTOMIA (FIMOSE) - ANESTESIOLOGIA	10	12	R\$ 120,00	R\$ 1.200,00	3.390.39.00.	50.30
5709	90.10.01.018 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE RTU DE PRÓSTATA - ANESTESIOLOGIA	10	12	R\$ 120,00	R\$ 1.200,00	3.390.39.00.	50.30
5707	90.10.01.016 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA/FLEXÍVEL+COLOCAÇÃO DE DUPLO J BILATERAL - ANESTESIOLOGIA	15	12	R\$ 120,00	R\$ 1.800,00	3.390.39.00.	50.30
5705	90.10.01.014 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA/SEMI-RÍGIDA+COLOCAÇÃO DE DUPLO J BILATERAL - ANESTESIOLOGIA	15	12	R\$ 120,00	R\$ 1.800,00	3.390.39.00.	50.30
5704	90.10.01.013 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA/SEMI-RÍGIDA+COLOCAÇÃO DE DUPLO J UNILATERAL - ANESTESIOLOGIA	15	12	R\$ 120,00	R\$ 1.800,00	3.390.39.00.	50.30
9033	90.04.01.228 - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA PARA CIRURGIA DE COLUNA	100	12	R\$ 120,00	R\$ 12.000,00	3.390.39.00.	50.30
9032	90.04.01.227 - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA PARA CIRURGIA DE JOELHO	100	12	R\$ 120,00	R\$ 12.000,00	3.390.39.00.	50.30
9031	90.04.01.226 - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA PARA CIRURGIA DE VARIZES	100	12	R\$ 120,00	R\$ 12.000,00	3.390.39.00.	50.30
4011	90.04.01.105 SEDAÇÃO PARA EXAME DE IMAGEM	50	12	R\$ 360,00	R\$ 18.000,00	3.390.39.00.	50.30
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



CIS-COMCAM

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

TOTAL	R\$ 1.504.621,45
-------	------------------

Campo Mourão, 05 de agosto de 2024



Leandro A

Leandro Roque Avila
Coordenador do CISCOMCAM

Página de assinaturas



Leandro Avila

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE D...

Signatário

HISTÓRICO

- | | | |
|--------------------------------|---|--|
| 07 ago 2024
14:53:18 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br) |
| 07 ago 2024
14:55:28 |  | 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 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |
| 07 ago 2024
14:55:28 |  | 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 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |





AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de cirurgia vascular, fonoaudiologia, fisioterapia, radiologia e diagnóstico por imagem, anestesiista, laboratório de patologia e plantão pelo Ciscomcam.

Processo Administrativo nº 95

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
VASCULAR							
5922	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - (VAZIO ASSISTENCIAL)	400	12	R\$ 70,00	R\$ 28.000,00	3.390.39.00.	50.30
5311	03.09.07.001-5 TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS (UNILATERAL)	200	12	R\$ 500,00	R\$ 100.000,00	3.390.39.00.	50.30
1678	04.01.01.001 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO - CLÍNICA	200	12	R\$ 32,40	R\$ 6.480,00	3.390.39.00.	50.30
1317	02.05.01.004 - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	2000	12	R\$ 130,00	R\$ 260.000,00	3.390.39.00.	50.30
FONOAUDIOLOGIA							
2241	90.04.01.028 CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA (CLINICA)	200	12	R\$ 35,00	R\$ 7.000,00	3.390.39.00.	50.30
975	02.11.07.004 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	200	12	R\$ 28,80	R\$ 5.760,00	3.390.39.00.	50.30
2237	90.04.01.073 AUDIOMETRIA VOCAL (CLINICA)	20	12	R\$ 25,04	R\$ 500,80	3.390.39.00.	50.30
6425	07.01.03.005 APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C	70	12	R\$ 1.100,00	R\$ 77.000,00	3.390.39.00.	50.30
FISIOTERAPIA							
8565	03.02.02.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	15	12	R\$ 18,00	R\$ 270,00	3.390.39.00.	50.30
8566	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	15	12	R\$ 18,00	R\$ 270,00	3.390.39.00.	50.30
8572	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	15	12	R\$ 18,00	R\$ 270,00	3.390.39.00.	50.30

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.08.08 11:32:22 -03'00'



CIS-COMCAM

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

8572	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	15	12	R\$ 18,00	R\$ 270,00	3.390.39.00.	50.30
8568	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	15	12	R\$ 18,00	R\$ 270,00	3.390.39.00.	50.30
8569	03.02.04.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	20	12	R\$ 18,00	R\$ 360,00	3.390.39.00.	50.30
8570	03.02.04.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	15	12	R\$ 18,00	R\$ 270,00	3.390.39.00.	50.30
8571	03.02.04.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE SEM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	15	12	R\$ 18,00	R\$ 270,00	3.390.39.00.	50.30
8573	03.02.07.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8574	03.02.01.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8575	03.02.02.003-9 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8576	03.02.01.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8577	03.02.06.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8578	03.02.02.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO LÍNICO	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8579	03.02.04.004 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CRURGIA CARDIOVASCULAR	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8580	03.02.01.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DIFUÇÕES UROGINECOLÓGICAS	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8581	03.02.03.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8583	03.02.06.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8582	03.02.03.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.08.08 11:32:38 -03'00'

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

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



CIS-COMCAM

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

8570	03.02.04.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8584	03.02.06.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8585	03.02.05.001- ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	12000	12	R\$ 18,00	R\$ 216.000,00	3.390.39.00.	50.30
8586	03.02.05.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	30	12	R\$ 18,00	R\$ 540,00	3.390.39.00.	50.30
8587	03.02.05.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	200	12	R\$ 18,00	R\$ 3.600,00	3.390.39.00.	50.30
8588	03.02.06.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
8589	03.02.04.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	10	12	R\$ 18,00	R\$ 180,00	3.390.39.00.	50.30
1376	90.04.01.007 - ATENDIMENTO FISIOTERAPIA POR SESSÃO	20	12	R\$ 18,00	R\$ 360,00	3.390.39.00.	50.30
8590	03.01.01.004 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	10	12	R\$ 30,00	R\$ 300,00	3.390.39.00.	50.30
3031	90.04.01.080 - CONSULTA EM FISIOTERAPIA	800	12	R\$ 30,00	R\$ 24.000,00	3.390.39.00.	50.30
8593	03.09.05.003 - SESSÃO DE ELETROESTIMULAÇÃO	9000	12	R\$ 18,00	R\$ 162.000,00	3.390.39.00.	50.30
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM							
3615	02.07.01.002 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) (CLÍNICA)	10	12	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50	3.390.39.00.	50.30
3611	02.07.03.001 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR (CLÍNICA)	10	12	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50	3.390.39.00.	50.30
3610	02.07.03.002 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR (CLÍNICA)	25	12	R\$ 268,75	R\$ 6.718,75	3.390.39.00.	50.30
3604	02.07.01.003 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL (CLÍNICA)	25	12	R\$ 268,75	R\$ 6.718,75	3.390.39.00.	50.30
3605	02.07.01.004 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA (CLÍNICA)	55	12	R\$ 268,75	R\$ 14.781,25	3.390.39.00.	50.30
3606	02.07.01.005 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	10	12	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50	3.390.39.00.	50.30
3603	02.07.01.006 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO (CLÍNICA)	50	12	R\$ 268,75	R\$ 13.437,50	3.390.39.00.	50.30
3645	02.07.02.001 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO/AORTA C/CINE (CLÍNICA)	10	12	R\$ 361,25	R\$ 3.612,50	3.390.39.00.	50.30
3609	02.07.03.003 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) (CLÍNICA)	70	12	R\$ 268,75	R\$ 18.812,50	3.390.39.00.	50.30

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.08.08 11:32:57 -03'00'

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

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



CIS-COMCAM

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

3607	02.07.02.002 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) (CLINICA)	30	12	R\$ 268,75	R\$ 8.062,50	3.390.39.00.	50.30
3646	02.07.01.007 RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA (CLINICA)	10	12	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50	3.390.39.00.	50.30
3608	02.07.02.003 RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX (CLINICA)	10	12	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50	3.390.39.00.	50.30
3647	02.07.03.004 RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA (CLINICA)	10	12	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50	3.390.39.00.	50.30
3580	02.06.03.001 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR (CLINICA)	100	12	R\$ 138,63	R\$ 13.863,00	3.390.39.00.	50.30
1300	90.04.01.010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL (CLINICA)	10	12	R\$ 168,63	R\$ 1.686,30	3.390.39.00.	50.30
3575	02.06.03.002 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR (CLINICA)	10	12	R\$ 86,75	R\$ 867,50	3.390.39.00.	50.30
3643	02.06.02.001 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR (CLINICA)	10	12	R\$ 86,75	R\$ 867,50	3.390.39.00.	50.30
3579	02.06.01.001 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE (CLINICA)	15	12	R\$ 86,75	R\$ 1.301,25	3.390.39.00.	50.30
3576	02.06.01.002 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE (CLINICA)	40	12	R\$ 101,10	R\$ 4.044,00	3.390.39.00.	50.30
3581	02.06.01.003 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE (CLINICA)	10	12	R\$ 86,75	R\$ 867,50	3.390.39.00.	50.30
3577	02.06.01.004 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/SEIOS DA FACE/ART TEMPORO - MANDIBULAR (CLINICA)	20	12	R\$ 86,75	R\$ 1.735,00	3.390.39.00.	50.30
3848	02.06.03.003 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR (CLINICA)	100	12	R\$ 138,63	R\$ 13.863,00	3.390.39.00.	50.30
3847	02.06.02.002 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRACO, MAO..) (CLINICA)	10	12	R\$ 86,75	R\$ 867,50	3.390.39.00.	50.30
3644	02.06.01.006 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURSICA (CLINICA)	10	12	R\$ 97,44	R\$ 974,40	3.390.39.00.	50.30
3573	02.06.02.003 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX (CLINICA)	100	12	R\$ 136,41	R\$ 13.641,00	3.390.39.00.	50.30
3572	02.06.01.007 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (CLINICA)	130	12	R\$ 97,44	R\$ 12.667,20	3.390.39.00.	50.30
3578	02.06.01.005 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO (CLINICA)	5	12	R\$ 86,75	R\$ 433,75	3.390.39.00.	50.30
LABORATÓRIO DE PATOLOGIA							

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por RAFAEL
BRITO DO PRADO:04933415951
Dados: 2024.08.08 11:33:11 -03'00'

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

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



CIS-COMCAM

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

966	90.04.01.043 ANÁLISE DE MATERIAL (ANATOMO PATOLÓGICO) (CLÍNICA)	5000	12	R\$ 23,87	R\$ 119.350,00	3.390.39.00.	50.30
3598	02.03.01.008 EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA- RASTREAMENTO (CLÍNICA)	100	12	R\$ 10,10	R\$ 1.010,00	3.390.39.00.	50.30
2232	90.04.01.072 EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL (CLÍNICA)	100	12	R\$ 10,10	R\$ 1.010,00	3.390.39.00.	50.30
3599	02.03.01.001 EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA (CLÍNICA)	300	12	R\$ 9,00	R\$ 2.700,00	3.390.39.00.	50.30
9009	90.04.01.223 EXAME CITOPATOLOGICO PARA RASTREAMENTO DE CANCER DO COLO UTERINO	100	12	R\$ 10,10	R\$ 1.010,00	3.390.39.00.	50.30
2236	90.04.01.050 RETIRADA DE MATERIAL PARA ANATOMO-PATOLOGICO - CLÍNICA	100	12	R\$ 17,86	R\$ 1.786,00	3.390.39.00.	50.30
ANESTESISTA							
3391	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLÍNICA)	1100	12	R\$ 57,27	R\$ 62.997,00	3.390.39.00.	50.30
5711	90.10.01.020 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE OMBRO-MANGUITO ROTADOR - ANESTESIOLOGIA	15	12	R\$ 120,00	R\$ 1.800,00	3.390.39.00.	50.30
5708	90.10.01.017 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE POSTECTOMIA (FIMOSE) - ANESTESIOLOGIA	10	12	R\$ 120,00	R\$ 1.200,00	3.390.39.00.	50.30
5709	90.10.01.018 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE RTU DE PRÓSTATA - ANESTESIOLOGIA	10	12	R\$ 120,00	R\$ 1.200,00	3.390.39.00.	50.30
5707	90.10.01.016 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA/FLEXÍVEL+COLOCAÇÃO DE DUPLO J BILATERAL - ANESTESIOLOGIA	15	12	R\$ 120,00	R\$ 1.800,00	3.390.39.00.	50.30
5705	90.10.01.014 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA/SEMI-RÍGIDA+COLOCAÇÃO DE DUPLO J BILATERAL - ANESTESIOLOGIA	15	12	R\$ 120,00	R\$ 1.800,00	3.390.39.00.	50.30
5704	90.10.01.013 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA/SEMI-RÍGIDA+COLOCAÇÃO DE DUPLO J UNILATERAL - ANESTESIOLOGIA	15	12	R\$ 120,00	R\$ 1.800,00	3.390.39.00.	50.30
9033	90.04.01.228 - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA PARA CIRURGIA DE COLUNA	100	12	R\$ 120,00	R\$ 12.000,00	3.390.39.00.	50.30
9032	90.04.01.227 - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA PARA CIRURGIA DE JOELHO	100	12	R\$ 120,00	R\$ 12.000,00	3.390.39.00.	50.30
9031	90.04.01.226 - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA PARA CIRURGIA DE VARIZES	100	12	R\$ 120,00	R\$ 12.000,00	3.390.39.00.	50.30
4011	90.04.01.105 SEDAÇÃO PARA EXAME DE IMAGEM	50	12	R\$ 360,00	R\$ 18.000,00	3.390.39.00.	50.30
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

RAFAEL BRITO DO PRADO:04933415951
Assinado de forma digital por RAFAEL BRITO DO PRADO:04933415951
Dados: 2024.08.08 11:33:28 -03'00'

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

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



CIS-COMCAM

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

TOTAL	R\$ 1.504.621,45
-------	------------------

Campo Mourão, 05 de agosto de 2024

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por RAFAEL
BRITO DO PRADO:04933415951
Dados: 2024.08.08 11:33:40 -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*

37

Modalidade*

Processo Inexigibilidade

Número edital/processo*

95

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 cirurgia vascular, fonoaudiologia, fisioterapia, radiologia e diagnóstico por imagem, anestesista, laboratório de patologia e plantão pelo Ciscamcam

Dotação Orçamentária*

0101510302001520233390390000

Preço máximo/Referência de preço - R\$*

1.504.621,45

Data Publicação Termo ratificação

07/08/2024

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



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 fara lançamentos das mesmas, implicando em interrompimento de pagamentos dentro do prazo determinado no item 10.2.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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 M

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

Joana S

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 A

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



ANEXO I

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO
PESSOA JURÍDICA

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

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

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ nº:

Inscrição Estadual:

Micro Empresa: () Não () Sim

Optante Simples: () Não () Sim

Número do CNAE Nacional: **Descrição:**

Endereço:

Município: **UF:**

CEP:

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

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

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



CIS-COMCAM

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

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

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

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

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

ESPECIALIDADES

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

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA Nº CNPJ

NOME REPRESENTANTE LEGAL

CPF REPRESENTANTE LEGAL

RG REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO III
MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE
FATO IMPEDITIVO

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



ANEXO IV
MODELO DE DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE
PARENTESCO

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



ANEXO V

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

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



ANEXO VI
LISTA DE DOCUMENTOS

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

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

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

RESPONSÁVEL DO CNPJ:

RESPONSÁVEL

DO

DOCUMENTAÇÃO:

CONTATO:

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



CIS-COMCAM

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

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

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



CIS-COMCAM

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



ANEXO IX
MODELO DE SOLICITAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO
DE PROFISSIONAL

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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

Página de assinaturas



Adriano Avila
058.375.919-07
Signatário



Ivani Molin
517.896.809-30
Signatário



Joana Silva
058.222.369-52
Signatário



Alexandro Santos
019.886.109-58
Signatário

HISTÓRICO

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



24 jul 2023
15:13:04



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



Sistema de Credenciamento

Declaração

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

Dados Fornecedor

CNPJ: 26.581.437/0001-50
Razão Social: BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA
E-mail: drajessicavascular@gmail.com
Telefone: 44984288909
Banco: 077 - INTER
Conta: 112725864
Agência: 0001 - MARINGA
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: 1229 - Data Emissão: 2024-07-15 - Data Vencimento: 2024-09-13

Certidão Estadual: 1230 - Data Emissão: 2024-06-27 - Data Vencimento: 2024-10-25

Certidão Federal: 1231 - Data Emissão: 2024-06-27 - Data Vencimento: 2024-12-24

Certidão Trabalhista: 1232 - Data Emissão: 2024-06-27 - Data Vencimento: 2024-12-24

Certidão FGTS: 1238 - Data Emissão: 2024-07-28 - Data Vencimento: 2024-08-26

IV - Capacidade Técnica

V - Proposta

Categoria: CIRURGIA VASCULAR - Procedimento: CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA - Valor: R\$ 57.27 - Qtd: 200

Categoria: CIRURGIA VASCULAR - Procedimento: TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL) - Valor: R\$ 500 - Qtd: 400

Categoria: CIRURGIA VASCULAR - Procedimento: CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO - Valor: R\$ 32.4 - Qtd: 200

Categoria: CIRURGIA VASCULAR - Procedimento: DEBRIDAMENTO DE ULCERA / NECROSE - Valor: R\$ 29.86 - Qtd: 200

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS - Valor: R\$ 130 - Qtd: 800

VI - Profissionais

Nome: JESSICA BELENTANI - Especialidade : CIRURGIA VASCULAR - CPF: 078.713.729-47

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 15/07/2024 18:19:59

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____



ANEXO I
REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA
JURÍDICA

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

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

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

Razão Social: BELENTANI CLÍNICA MÉDICA LTDA

Nome Fantasia: BELENTANI CLÍNICA MÉDICA

CNPJ nº: 26.581.437/0001-50

Inscrição Estadual:

Micro Empresa: (x) Não () Sim

Optante Simples: () Não (x) Sim

Número do CNAE Nacional: Descrição:

Endereço: Rua Padre Germano José Mayer, 549

Município: Maringá UF: PR

CEP: 87010-280

Telefone Comercial: (44) 3123-6154

Telefone Celular: (44) 9 9909-0428 / (44) 9 88344042

CENTRO MÉDICO CATEDRAL

Rua Padre Germano José Mayer, 549 Maringá - Paraná
(44) 3123-6154

**DADOS BANCÁRIOS:**

BANCO: INTER	CÓDIGO DO BANCO: 077	AGÊNCIA: 0001
TIPO DE CONTA: c/c	OPERAÇÃO:	Nº DA CONTA: 11272586-4
CIDADE E UF DA AGENCIA:		

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF
Jessica Belentani	100975386	07871372947

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE
Cirurgia Vascular	Consulta	16
	Eco-doppler vascular	32
	Escleroterapia	16

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
Jessica Belentani	07871372947	100975386	36935	44984288909

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
Jessica Belentani	07871372947	100975386	belentanijessica@gmail.com	44984288909

ESPECIALIDADES

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
---------------------	----------------------

CENTRO MÉDICO CATEDRAL

Rua Padre Germano José Mayer, 549 Maringá - Paraná
(44) 3123-6154



Jessica Belentani	Cirurgia Vascular
-------------------	-------------------

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

INSERIR LOCAL DE ATENDIMENTO	INSERIR ENDEREÇO DO LOCAL DE ATENDIMENTO Rua Padre Germano José Mayer, 549 Maringá-PR
-------------------------------------	--

Maringá – Pr, 30/07/2024.



ASSINATURA

BELENTANI CLÍNICA MÉDICA LTDA, CNPJ: 26.581.437/0001-50
NOME REPRESENTANTE LEGAL: Jessica Belentani
CPF REPRESENTANTE LEGAL: 078.713.729-47
RG REPRESENTANTE LEGAL: 10.097.538-6

CENTRO MÉDICO CATEDRAL

Rua Padre Germano José Mayer, 549 Maringá - Paraná
(44) 3123-6154



CENTRO MÉDICO CATEDRAL

Rua Padre Germano José Mayer, 549 Maringá - Paraná
(44) 3123-6154



ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

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

A empresa BELENTANI CLÍNICA MÉDICA LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 26.581.437/0001-50, sediada na Rua Padre Germano José Mayer, nº 549, Zona 2, na cidade de Maringá-PR, através representante legal, Jessica Belentani, RG: 10.097.538-6, CPF: 078.713.729-47, declara, sob as penas da Lei, que:

não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;

não está impedido de transacionar com a Administração Pública;

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

não incorre nas demais condições impeditivas previstas na Lei Federal nº 14.133/21 e alterações posteriores. Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Maringá – Pr, 30/07/2024.



ASSINATURA

BELENTANI CLÍNICA MÉDICA LTDA, CNPJ: 26.581.437/0001-50

NOME REPRESENTANTE LEGAL: Jessica Belentani

CPF REPRESENTANTE LEGAL: 078.713.729-47

RG REPRESENTANTE LEGAL: 10.097.538-6

CENTRO MÉDICO CATEDRAL

Rua Padre Germano José Mayer, 549 Maringá - Paraná
(44) 3123-6154



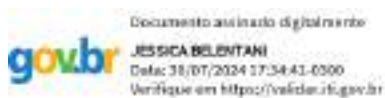
ANEXO III
MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE
FATO IMPEDITIVO

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

BELENTANI CLÍNICA MÉDICA LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 26.581.437/0001-50, sediada na Rua Padre Germano José Mayer, nº 549, Zona 2, na cidade de Maringá-PR, neste ato representada pelo seu representante Jessica Belentani, 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

Maringá – Pr, 30/07/2024.



ASSINATURA
BELENTANI CLÍNICA MÉDICA LTDA, CNPJ: 26.581.437/0001-50
NOME REPRESENTANTE LEGAL: Jessica Belentani
CPF REPRESENTANTE LEGAL: 078.713.729-47
RG REPRESENTANTE LEGAL: 10.097.538-6

CENTRO MÉDICO CATEDRAL

Rua Padre Germano José Mayer, 549 Maringá - Paraná
(44) 3123-6154



CENTRO MÉDICO CATEDRAL

Rua Padre Germano José Mayer, 549 Maringá - Paraná
(44) 3123-6154



ANEXO IV
MODELO DE DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE
PARENTESCO

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

Eu, Jessica Belentani, carteira de identidade nº 10.097538-6 expedida pela SSP-PR, inscrito no CPF sob nº 078713729-47, Representante legal da BELENTANI CLÍNICA MÉDICA LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 26.581.437/0001-50, 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.

Maringá – Pr, 30/07/2024.



ASSINATURA
BELENTANI CLÍNICA MÉDICA LTDA, CNPJ: 26.581.437/0001-50
NOME REPRESENTANTE LEGAL: Jessica Belentani
CPF REPRESENTANTE LEGAL: 078.713.729-47
RG REPRESENTANTE LEGAL: 10.097.538-6

CENTRO MÉDICO CATEDRAL

Rua Padre Germano José Mayer, 549 Maringá - Paraná
(44) 3123-6154

PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE
BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA
CNPJ 26.581.437/0001-50
NIRE 416.0051152-2

JESSICA BELENTANI, brasileira, médica, solteira, nascida em 08/03/1991, residente e domiciliada na Rua Presidente Kennedy, nº202, Centro, CEP: 87600-000, Nova Esperança-PR, portadora da Cédula de Identidade (RG): nº 10097538-6, expedida por SSP/PR e inscrita sob o CPF nº 078.713.729-47.

Única sócia componente da Sociedade Empresária Ltda. que gira nesta praça sob o nome de **BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA**, com sede na Rua Presidente Kennedy, nº202, Centro, CEP: 87600-000, Nova Esperança-PR, com seu contrato social devidamente registrado na Junta Comercial do Paraná sob nº 416.0051152-2, por despacho em sessão de 22/11/2016, e inscrita no CNPJ/MF sob nº26.581.437/0001-50, resolve, por este instrumento particular de alteração contratual, **alterar** o seu contrato social de acordo com as cláusulas seguintes:

Cláusula 01ª- DA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO DA EMPRESA: O endereço da presente empresa que era na Rua Presidente Kennedy, nº202, Centro, CEP: 87600-000, Nova Esperança-PR, fica alterado para **RUA PADRE GERMANO JOSÉ MAYER, Nº549, CONSULTÓRIO 2, ZONA 02, CEP: 87010-280, MARINGÁ-PR.**

Cláusula 02ª- DA CONSOLIDAÇÃO DO CONTRATO: Em consonância com o que determina o artigo nº. 2.031 da Lei nº. 10.406/2002, a sócia resolve, por este instrumento, atualizar e **consolidar** o contrato social, tornando assim sem efeito, a partir desta data, as cláusulas e condições contidas no contrato social primitivo e posteriores alterações, já consolidado, que adequado às disposições da referida Lei nº. 10.406/2002, aplicáveis a este tipo de sociedade, passando então a ter a seguinte redação.

CONSOLIDAÇÃO
BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA
CNPJ 26.581.437/0001-50
NIRE 416.0051152-2

JESSICA BELENTANI, brasileira, médica, solteira, nascida em 08/03/1991, residente e domiciliada na Rua Presidente Kennedy, nº202, Centro, CEP: 87600-000, Nova Esperança-PR, portadora da Cédula de Identidade (RG): nº 10097538-6, expedida por SSP/PR e inscrita sob o CPF nº 078.713.729-47.

Única sócia componente da Sociedade Empresária Ltda. que gira nesta praça sob o nome de **BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA**, com sede na Rua Padre Germano José Mayer, nº549, Consultório 2, Zona 02, CEP: 87010-280, Maringá-PR, com seu contrato social devidamente registrado na Junta Comercial do Paraná sob nº 416.0051152-2, por despacho em sessão de 22/11/2016, e inscrita no CNPJ/MF sob nº26.581.437/0001-50, resolve, por este instrumento particular de alteração contratual, **consolidar** o seu contrato social de acordo com as cláusulas seguintes:

Cláusula 01ª- NOME EMPRESARIAL, SEDE E DOMICÍLIO: A sociedade gira sob o nome empresarial de **BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA**, com sede na Rua Padre Germano José Mayer, nº549, Consultório 2, Zona 02, CEP: 87010-280, Maringá-PR.

PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE
BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA
CNPJ 26.581.437/0001-50
NIRE 416.0051152-2

Cláusula 02ª- PORTE EMPRESARIAL: O porte da empresa é microempresa (ME) em conformidade a Lei 123/2006.

Cláusula 03ª- FILIAIS E OUTRAS DEPENDÊNCIAS: A sociedade poderá a qualquer tempo, abrir ou fechar filial ou outra dependência, no país ou no exterior, mediante alteração contratual assinada por todos os sócios.

Cláusula 04ª- OBJETO SOCIAL: A sociedade tem por objeto a exploração do ramo de: CLÍNICA DE ATIVIDADES MEDICAS E ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

Cláusula 05ª- INÍCIO DAS ATIVIDADES E PRAZO DE DURAÇÃO DA SOCIEDADE: A sociedade iniciou suas atividades em 22/11/2016 e seu prazo de duração é por tempo indeterminado.

Cláusula 06ª- CAPITAL SOCIAL: O capital social é de R\$ 90.000,00 (noventa mil reais), dividido em 90.000 (noventa mil) quotas no valor de R\$ 1,00 (um real), cada uma, subscritas e integralizadas, em moeda corrente do País, pelos sócios e distribuídos da seguinte forma:

SÓCIA	(%)	QUOTAS	VALOR
JESSICA BELENTANI	100	90.000	90.000,00
TOTAL	100	90.000	90.000,00

Cláusula 07ª- RESPONSABILIDADE DOS SÓCIOS: A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas todos respondem solidariamente pela integralização do capital social, conforme disposto no art. 1.052 da Lei 10.406/2002.

Cláusula 08ª- CESSÃO E TRANSFERÊNCIA DE QUOTAS: As quotas são indivisíveis e não poderão ser cedidas ou transferidas a terceiros sem o consentimento dos outros sócios, a quem fica assegurado, em igualdade de condições e preço, o direito de preferência para a sua aquisição se postas à venda, formalizando, se realizada a cessão delas, a alteração contratual pertinente.

Parágrafo único - O sócio que pretenda ceder ou transferir todas ou parte de suas quotas deverá notificar por escrito aos outros sócios, discriminando a quantidade de quotas postas à venda, o preço, forma e prazo de pagamento, para que estes exerçam ou renunciem ao direito de preferência, que deverão fazer dentro de 60 (sessenta) dias, contados do recebimento da notificação ou em prazo maior a critério do sócio alienante. Se todos os sócios manifestarem seu direito de preferência, a cessão das quotas se fará na proporção das quotas que então possuírem. Decorrido esse prazo sem que seja exercido o direito de preferência, as quotas poderão ser livremente transferidas.

PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE
BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA
CNPJ 26.581.437/0001-50
NIRE 416.0051152-2

Cláusula 09ª- ADMINISTRAÇÃO DA SOCIEDADE E USO DO NOME EMPRESARIAL: A administração da sociedade cabe à sócia **JESSICA BELENTANI**, com os poderes e atribuições de gerir e administrar os negócios da sociedade representá-la ativa e passivamente, judicial e extra judicialmente, perante órgãos públicos, instituições financeiras, entidades privadas e terceiros em geral, bem como praticar todos os demais atos necessários à consecução dos objetivos ou à defesa dos interesses e direitos da sociedade, autorizado o uso do nome empresarial isoladamente.

§1.º- É vedado o uso do nome empresarial em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor de qualquer dos quotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da sociedade, sem autorização do outro sócio.

§ 2.º- Faculta-se ao administrador, atuando isoladamente, constituir, em nome da sociedade, procuradores para período determinado, devendo o instrumento de mandato especificar os atos e operações a serem praticados.

Cláusula 10ª- RETIRADA DE PRÓ-LABORE: Os sócios poderão de comum acordo, fixar uma retirada mensal, a título de "pró labore", observadas as disposições regulamentares pertinentes.

Cláusula 11ª- EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E PARTICIPAÇÃO DOS SÓCIOS NOS RESULTADOS: Ao término de cada exercício social, coincidente com o ano civil, os administradores prestarão contas justificadas de sua administração, procedendo à elaboração do inventário, do balanço patrimonial e demais demonstrações contábeis requeridas pela legislação societária, elaboradas em conformidade com as Normas Brasileiras de Contabilidade, participando os sócios dos lucros ou perdas apurados, os quais, conforme autoriza o artigo 1.007 da Lei nº10.406/2002, serão desproporcionais em relação aos percentuais de participação do quadro societário.

Parágrafo único - A sociedade poderá levantar balanços ou balancetes patrimoniais em períodos inferiores há um ano, e o lucro apurado nessas demonstrações intermediárias, poderá ser distribuído mensalmente aos sócios, a título de Antecipação de Lucros, desproporcionalmente às quotas de capital de cada um. Nesse caso será observada a reposição dos lucros quando a distribuição afetar o capital social, conforme estabelece o art. 1.059 da Lei nº 10.406/2002.

Cláusula 12ª- JULGAMENTO DAS CONTAS: Nos quatro meses seguintes ao término do exercício social, os sócios deliberarão sobre as contas e designarão administradores quando for o caso.

Parágrafo único - Até 30 (trinta) dias antes da data marcada para a reunião, o balanço patrimonial e o de resultado econômico devem ser postos, por escrito, e com a prova do respectivo recebimento, à disposição dos sócios que não exerçam a administração.

PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE
BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA
CNPJ 26.581.437/0001-50
NIRE 416.0051152-2

Cláusula 13ª- FALECIMENTO OU INTERDIÇÃO DE SÓCIO: Falecendo ou interditado qualquer sócio, a sociedade continuará suas atividades com os herdeiros, sucessores e o incapaz. Não sendo possível ou inexistindo interesse destes ou dos sócios remanescentes, o valor de seus haveres será apurado e liquidado com base na situação patrimonial da sociedade, à data da resolução, verificada em balanço especialmente levantado.

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

Cláusula 14ª- EXCLUSÃO DE SÓCIO POR JUSTA CAUSA: Ressalvado o disposto no art. 1.030 da Lei n.º 10.406/2002, quando a maioria dos sócios, representativa de mais da metade do capital social, entender que um ou mais sócios estão pondo em risco a continuidade da empresa, em virtude de atos de inegável gravidade, poderá excluí-los da sociedade, por justa causa, mediante alteração do contrato social.

§ 1.º- A exclusão somente poderá ser determinada em reunião especialmente convocada para esse fim, ciente o acusado em tempo hábil para permitir seu comparecimento e o exercício do direito de defesa.

§ 2.º- Efetuado o registro da alteração contratual, o valor dos haveres do sócio excluído será apurado e liquidado na forma prevista na cláusula décima primeira deste contrato.

Cláusula 15ª- A sócia resolve de comum acordo, dispensar a elaboração de atas.

Cláusula 16ª- DIREITO DE RECESSO: Em caso de modificação do contrato, fusão da sociedade, incorporação de outra, ou dela por outra ou transformação, se não houver o consentimento de todos os sócios, o dissidente da decisão majoritária poderá retirar-se da sociedade, nos 30 (trinta) dias subsequentes à deliberação, aplicando-se, nesse caso, o disposto no art. 1.031 da Lei n.º 10.406/2002.

Cláusula 17ª- CASOS OMISSOS: Os casos omissos deste contrato serão resolvidos pela aplicação dos dispositivos legais que regem este tipo societário e, supletivamente, pelas normas da sociedade anônima (Lei n.º 6.404/76), conforme faculta o § único do art. 1.053 da Lei n.º 10.406/2002.

Cláusula 18ª- DECLARAÇÃO DE DESIMPEDIMENTO: A administradora declara, sob as penas da lei, que não está impedida de exercer a administração da sociedade, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrar sob os efeitos dela, a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, fé pública ou a propriedade.

**PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE
BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA
CNPJ 26.581.437/0001-50
NIRE 416.0051152-2**

Cláusula 19ª- FORO: Fica eleito o foro de Maringá-PR para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato, renunciando-se, expressamente, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim, justos e contratados, datam, lavram e assinam o presente instrumento em 1 (uma) única via obrigando-se fielmente por si e por seus herdeiros a cumpri-lo em todos os seus termos.

Maringá-PR, 05 de Junho de 2023.

JESSICA BELENTANI



ASSINATURA ELETRÔNICA

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

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
07871372947	JESSICA BELENTANI



CERTIFICO O REGISTRO EM 28/06/2023 16:02 SOB Nº 20234264705.
PROTOCOLO: 234264705 DE 26/06/2023.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12309602410. CNPJ DA SEDE: 26581437000150.
NIRE: 41600511522. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 05/06/2023.
BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.097.538-6 DATA DE EMISSÃO 18/06/2004

ASSINATURA DO PORTADOR

JESSICA BELENTANI

JOSE BELENTANI

LIAMAR APARECIDA DIAS BELENTANI

MARINGÁ/PR

C. MARCA: NOVA ESPERANÇA/PR, DA SEDE

C. MARCA: 9913, LIVRO: 411, FOLHA: 79

DATA DE NASCIMENTO 08/03/1991

ASSINATURA DO PORTADOR

CPF 078.713.729-47

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição:
078.713.729-47

Nome:
JESSICA BELENTANI

Nascimento:
08/03/1991

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

NOME: JESSICA BELENTANI CRM/PR 006935/PR

FILIAÇÃO: JOSE BELENTANI
LIAMAR APARECIDA DIAS BELENTANI

DATA DE INSCRIÇÃO: 29/11/2018 1

Jessica Belentani

ASSINATURA DO PORTADOR

CRM-PR
Conselho Regional de Medicina do Paraná

CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO

Inscrição: 0036935 em 29/11/2018

Nome: JESSICA BELENTANI

Filiação: JOSE BELENTANI & LIAMAR APARECIDA DIAS BELENTANI

Nacionalidade: BRASIL Nascimento: 08/03/1991

Naturalidade: Maringá-PR

Diplomado pela: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ Formado em: 25/11/2018

Identidade: 100975386

CPF: 078.713.729-47

Órgão Expedidor: SESP-PR

00017597

Assinatura do Portador: *Jessica Belentani*

POLEGAR DIREITO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 26.581.437/0001-50 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 22/11/2016
---	---	--------------------------------

NOME EMPRESARIAL
BELENTANI 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

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

LOGRADOURO
R PADRE GERMANO JOSE MAYER

NÚMERO
549

COMPLEMENTO
SALA CONSULTORIO 2

CEP
87.010-280

BAIRRO/DISTRITO
ZONA 02

MUNICÍPIO
MARINGA

UF
PR

ENDEREÇO ELETRÔNICO
CONTRATO@MEDCONTABIL.COM.BR

TELEFONE
(44) 3025-2182

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)

SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA

DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
22/11/2016

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 28/06/2023 às 16:42:14 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

LICENÇA SANITÁRIA

Nº: 6381/2023

Pessoa Jurídica / Pessoa Física

CNPJ / CPF 26581437000150

Data da Vistoria

16/10/2023

Data de Validade

16/10/2024

Razão Social : BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA
Endereço : RUA GERMANO JOSÉ MAYER, PADRE Nº: 549 **Complemento :** Consultório 2
Bairro : Zona 02
Cidade : Maringá - PR **CEP :** 87010280

Responsáveis Técnicos

Jessica Belentani

Conselho Regional Nº

36935- CRM/PR

CNAE :

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

8610-1/02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

Ramo de Atividade

CLÍNICA DE ATIVIDADES MEDICAS E ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Observações

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

A autenticidade desta Certidão **DEVERÁ** ser confirmada via internet no site
www.maringa.pr.gov.br/laudosnew/index.php

**Prefeitura do Município de Maringá
Estado do Paraná**

Código de controle **PMM-20235352-JFPN**
Emitida em **20/11/2023 às 11:15:51**
Dados transmitidos de forma segura

	PREFEITURA DO MUNICIPIO DE MARINGÁ Estado do Paraná SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA		
Cadastro: 278720	CNPJ/CPF: 26.581.437/0001-50		Expedido em 26/10/2023
ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO			
BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA			
LOCALIZAÇÃO RUA GERMANO JOSÉ MAYER,PADRE, 549 SALA CONSULTORIO 2 - ZONA 02 Área Construída Utilizada: 10,00 m² Área Total Utilizada: 10,00 m²			<u>Zona / Quadra / Data</u> 02 014 001 <u>Cadastro Imobiliário</u> 2025100
CNAES: 8610-1/02 ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS 8630-5/03 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS			
OBSERVAÇÕES O PRESENTE ALVARÁ SOMENTE TERÁ VALIDADE ACOMPANHADO DO CERTIFICADO DE VISTORIA OU LICENCIAMENTO DO CORPO DE BOMBEIROS, CONFORME CONTIDO NA LEI FEDERAL Nº 13425/2017 – ART. 4º, § 2º, EXCETO O EMPREENDIMENTO QUE UTILIZE RESIDÊNCIA UNIFAMILIAR COMO ENDEREÇO DE CONTATO, SEM ATENDIMENTO AO PÚBLICO OU ESTOQUE DE MATERIAIS, CONFORME LEI ESTADUAL 19.449/2018, ARTIGO 1º, § 1º, INCISO IV.			

Código validador nº 4607FD289

Cadastro: 278720	CNPJ/CPF: 26.581.437/0001-50		Expedido em 26/10/2023
BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA			
Descrição das Atividades Desenvolvidas para fins de Licença Sanitária			
CLINICA DE ATIVIDADES MEDICAS E ATENDIMENTO DE URGENCIA E EMERGENCIA			

Prezado contribuinte!

- 1. Para verificar EXIGÊNCIA e/ou dar continuidade ao processo de RENOVAÇÃO, favor acessar o link: <http://venus.maringa.pr.gov.br:9900/fazendaonline>. “Acompanhamento da Solicitação”**
2. Juntamente com o "Alvará de Localização" está sendo entregue o Código Validador acima descrito. Guarde-o com segurança, pois 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://portal.ecity.maringa.pr.gov.br/#/>
4. Não é necessário a solicitação de Senha Web para empresas que utilizam o Certificado Digital eCNPJ. Neste caso, basta acessar diretamente o sistema pretendido.
5. 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: 26.581.437/0001-50
Razão Social: BELENTANI CLINICA MEDICA EIRELI ME
Endereço: RUA PRES KENNEDY 202 / CENTRO / NOVA ESPERANCA / PR / 87600-000

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: 28/07/2024 a 26/08/2024

Certificação Número: 2024072804244356333293

Informação obtida em 30/07/2024 15:57:15

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° 186456/2024

Certificamos, conforme requerido por **BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA**, CPF/CNPJ nº **26.581.437/0001-50**, 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 **BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA**, CPF/CNPJ nº **26.581.437/0001-50**, 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: **15/07/2024**

Válida até: **13/09/2024**

Certidão emitida com base nas normas:

CTN - Código Tributário Nacional

CTM - Código Tributário Municipal

Decreto Municipal nº 1500/2017

Código de Autenticação: **18CEFD4679289E854B310A02A08FA8C5**

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 033894935-72

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **26.581.437/0001-50**

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 25/10/2024 - Fornecimento Gratuito

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via Internet

www.fazenda.pr.gov.br



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

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

Nome: BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA
CNPJ: 26.581.437/0001-50

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 11:54:54 do dia 27/06/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 24/12/2024.

Código de controle da certidão: **623F.B181.9F6E.2829**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 26.581.437/0001-50

Certidão nº: 45390208/2024

Expedição: 27/06/2024, às 15:45:27

Validade: 24/12/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **26.581.437/0001-50**, **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.



DECLARAÇÃO



OF/TIT/AMB/370661/2022

São Paulo, 7 de Março de 2022

A

Dra. JESSICA BELENTANI

Prezada Doutora

Estamos encaminhando, em anexo, a declaração que nos foi solicitada.

Atenciosamente,



Antonio José Gonçalves
Secretário-geral

AMB - Rua São Carlos do Pinhal, 324 - CEP 01333-903 - Bela Vista - São Paulo - Brasil
CNPJ: 61.413.605/0001-07 - Tel.: (11)3178 6800 - www.amb.org.br



OF/TIT/AMB/370661/2022

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que a **Dra. JESSICA BELENTANI** foi aprovada no Exame de Suficiência para obtenção do título de especialista em **CIRURGIA VASCULAR** sob número de registro **210344** pela **ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA** e **SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR** em 14/11/2021.

A obtenção do referido certificado encontra-se nos trâmites normais. Estamos providenciando a confecção, registro e assinaturas para posterior envio ao médico

São Paulo, 7 de Março de 2022



Antonio José Gonçalves
Secretário-geral



CERTIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

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

Certificamos que JESSICA BELENTANI, médica portadora do CRM-PR 36.935 e do CPF nº 078.713.729-47 concluiu o curso de Residência Médica, na especialidade de CIRURGIA VASCULAR, ministrado no período de 01 de março de 2019 a 28 de fevereiro de 2021, pelo que conferimos o título de especialista, de acordo com a Lei Federal nº 6.932, publicada no Diário Oficial da União em 07/07/1981.

Maringá, 28 de fevereiro de 2021.


Pr. Paulo Lessa de Lima

Presidente Associação Beneficente Bom Samaritano


Dr. Adilson Alves da Silva
Coordenador da Coreme

ESTE CERTIFICADO FOI REGISTRADO NA
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDENCIA
MÉDICA (CNRM / SESA / MEC)

EM: 01 / 03 / 2021

Nº DO REGISTRO 421415



PRESIDENTE COREME

Universidade Estadual de Maringá

Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 77.583, de 11/05/1978, publicado no Diário Oficial da União de 12/05/1978
MARINGÁ - PARANÁ

○ Reitor da Universidade Estadual de Maringá,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina
no ano letivo de 2016, confere o título de
Médica

Jessica Belentani

brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida no dia 08 de março de 1991,
R.G. n.º 10.097.538-6 - PR

e considerando o termo de Colação de Grau lavourado no dia 25 de novembro de 2016, outorga o presente Diploma,
a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Maringá, 10 de janeiro de 2017.

Prof. Dr. *Adilson*
Reitor

Prof. Dr. *Roberto*
Coordenador do Curso

Prof. Dr. Ronaldo Augusto de Lara Gonçalves
Diretor de Assuntos Acadêmicos

Jessica Belentani
Jessica Belentani
Diplomada



Curso de Graduação em MEDICINA, reconhecido pela Portaria Ministerial nº 871 de 21/07/1995, publicada no D.O.U. de 24/07/1995 e renovado pelo Decreto Estadual nº 12.598 de 21/11/2014, publicado no D.O.E. de 24/11/2014.

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



DIPLOMA REGISTRADO sob
 Nº 17/2017 Livro RE-188
 Fls. 114 Processo 17/2017

de acordo com o disposto no artigo 48, § 1º, da
 Lei nº 9.394, de 20/12/1996.
 Apostila(s) anotada(s), nesta data, no
 termo de registro.

Maringá, 10 de Jan de 2017

 Wilson Frangipani Jacob
 Chefe da Divisão de Registro de Diplomas

Por delegação de competência, de acordo com a
 Portaria nº 1338- GRE/UEM, de 03/11/2006.

CRM - PR
 Conselho Regional de Medicina do Paraná

Em 2011/2016, o presente diploma de RESOLUÇÃO RELEVANTE foi registrado
 sob o nº 26535-PR de acordo com o artigo 17 da Lei 3.268 de 30 de setembro
 de 1957.

006532
 Curitiba-PR, 30/03/2017

 Dr. Luis Eneas Pujol
 Presidente



	PREFEITURA DO MUNICIPIO DE MARINGÁ Estado do Paraná SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA		
Cadastro: 278720	CNPJ/CPF: 26.581.437/0001-50		Expedido em 26/10/2023
ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO			
BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA			
LOCALIZAÇÃO RUA GERMANO JOSÉ MAYER,PADRE, 549 SALA CONSULTORIO 2 - ZONA 02 Área Construída Utilizada: 10,00 m² Área Total Utilizada: 10,00 m²			<u>Zona / Quadra / Data</u> 02 014 001 <u>Cadastro Imobiliário</u> 2025100
CNAES: 8610-1/02 ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS 8630-5/03 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS			
OBSERVAÇÕES O PRESENTE ALVARÁ SOMENTE TERÁ VALIDADE ACOMPANHADO DO CERTIFICADO DE VISTORIA OU LICENCIAMENTO DO CORPO DE BOMBEIROS, CONFORME CONTIDO NA LEI FEDERAL Nº 13425/2017 – ART. 4º, § 2º, EXCETO O EMPREENDIMENTO QUE UTILIZE RESIDÊNCIA UNIFAMILIAR COMO ENDEREÇO DE CONTATO, SEM ATENDIMENTO AO PÚBLICO OU ESTOQUE DE MATERIAIS, CONFORME LEI ESTADUAL 19.449/2018, ARTIGO 1º, § 1º, INCISO IV.			

Código validador nº 4607FD289

Cadastro: 278720	CNPJ/CPF: 26.581.437/0001-50		Expedido em 26/10/2023
BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA			
Descrição das Atividades Desenvolvidas para fins de Licença Sanitária			
CLINICA DE ATIVIDADES MEDICAS E ATENDIMENTO DE URGENCIA E EMERGENCIA			

Prezado contribuinte!

1. Para verificar **EXIGÊNCIA** e/ou dar continuidade ao processo de **RENOVAÇÃO**, favor acessar o link: <http://venus.maringa.pr.gov.br:9900/fazendaonline>. “Acompanhamento da Solicitação”
2. Juntamente com o "Alvará de Localização" está sendo entregue o Código Validador acima descrito. Guarde-o com segurança, pois 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://portal.ecity.maringa.pr.gov.br/#/>
4. Não é necessário a solicitação de Senha Web para empresas que utilizam o Certificado Digital eCNPJ. Neste caso, basta acessar diretamente o sistema pretendido.
5. Dúvidas, entre em contato através do e-mail: isseletronico@maringa.pr.gov.br. Procedimento válido a partir de 12/12/2016.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **JESSICA BELENTANI**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **36935** desde **29/11/2016**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Certidão tem validade até o dia 29/10/2024.

Chave de validação **ee1e0c4c64cb6d43198ac1937569d161caa6d91b**

Emitida eletronicamente via internet em **29/07/2024**.

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

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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certificado de Especialista

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, de acordo com a resolução vigente, certifica que registrou, em 05/03/2021, no livro nº. 6, RQE nº. 28136, folha nº. 383, a qualificação do médico(a),

JESSICA BELENTANI, CRM nº. 36935,

na especialidade de

CIRURGIA VASCULAR

Chave de validação **e2e01a030f06bf87e6c83fa470e41e21245ccfa7**

Emitida eletronicamente via internet em **29/07/2024**

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 DA INTERIOREIRA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

JESSICA BELENTANI

CPF: 078.713.729-47
DATA NASCIMENTO: 08/03/1991

PLACÃO: JOSE BELENTANI
LIAMAR APARECIDA DIAS BELENTANI

PROFISSÃO: [] ALT: [] CFT: HAZ: []
PP REGISTRO: 05060307363
VALIDADEZ: 08/09/2023
1ª HABILITAÇÃO: 22/10/2010

Observações:

Assinatura: *Jessica Belementani*

LOCAL: NOVA ESPERANÇA, PR
DATA EMISSÃO: 11/09/2020

Assinatura do Emissor: *[Assinatura]*
10491132975
PR918575662

PARANÁ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2135094565

PROIBIDO PLASTIFICAR
2135094565

Sistema Único de Saúde

JESSICA BELENTANI

Data Nasc.: 08/03/1991 Sexo: F

708 2006 7015 5940

[Barcode]

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.

Responsável pela Iluminação Pública: Município 156

Classificação:
B3 Comercial, Servicos, Outras Atividades / Ativ Medi

Tipo de Fornecimento:
Trifasico /70A

DATAS DE
LEITURAS

Leitura anterior
27/05/2024

Leitura atual
27/06/2024

Nº de dias
31

Próxima Leitura
29/07/2024

Nome: GERMANO MENEGUETTE

Endereço: R Pe Germano Jose Mayer, 549 - 14
01 Oppus Servicos Medicos - Zona 02
CEP: 87010-280
Cidade: Maringa - Estado: PR
CPF: *** **29-74

UNIDADE CONSUMIDORA

7567200

CONSUMO DEBITO AUTOMATICO



NOTA FISCAL No. 109057443 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 28/06/2024

Consulte Chave de Acesso em:
<https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/NF3eConsulta?wsdl>
Chave de Acesso
4124 0604 3688 9800 0106 6600 3109 0574 4310 8976 2285
Protocolo de Autorização: 1412400032032884 - 28/06/2024 às 10:15:58-03:00

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
06/2024	19/07/2024	R\$160,68

Item de fatura	Unid.	Quant.	Preço unit. (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS/ COFINS	ICMS	Tarifa unif. (R\$)	Título	Série Documento	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ENERGIA ELET CONSUMO	kWh	387	0,390956	151,30	6,22	28,75	0,300598	ICMS	205,12	19%	38,97
ENERGIA ELET USO SISTEMA	kWh	387	0,428992	166,02	6,83	31,54	0,329847	COFINS	66,42	4,1732%	2,77
ENERGIA INJETADA TE 06/2024	kWh	-287	0,390941	-112,20	-4,61	-21,32	0,300598	PIS	66,42	0,9042%	0,61
ENERGIA INJETADA TUSD 06/2024	kWh	-287	0,347456	-99,72	-5,06	0,00	0,329847				
CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPIO	UN	1	55,280000	55,28							
TOTAL				160,68	3,38	38,97					

HISTÓRICO DE CONSUMO / kWh

CONSUMO FATURADO Nº DIAS FAT.

JUN24	387	31
MAI24	820	34
ABR24		
MAR24		
FEV24		
JAN24		
DEZ23		
NOV23		
OUT23		
SET23		
AGO23		
JUL23		
JUN23		

Medidor	Combina	Posto Parâmetros	Leitura Anterior	Leitura Atual	Cont. Medidor	Consumo kWh
0371472733	CONSUMO kWh	TP	38297	38684	1	387
0371472733	GERAC kWh	TP	48154	48903	1	749

Reservado ao Fisco

PERÍODO FISCAL: 28/06/2024

27A8.A307.C476.86C1.BC24.20BA.0B14.504D

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade Micro/Minigeradora no SCEE. ATENÇÃO: O aumento de potência de geração à revelia enseja em suspensão imediata do fornecimento (REN ANEEL 1000 Art. 353).
Demonstrativo de saldos SCEE desta Unidade Consumidora. Saldo Mês no (TP) Todos os Períodos 462, Saldo Acumulado no (TP) Todos os Períodos 616, Saldo a Expirar Próximo Mês no (TP) Todos os Períodos 0.
INCLUSO NA FATURA PIS R\$0,61 E COFINS R\$2,77 CONFORME RES. ANEEL 130/2005.
REAJUSTE TARIFARIO: EFEITO MEDIO 0% A PARTIR DE 24/06 RES.ANEEL 3336/2024
A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados à prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações.
Periodos Band.Tarif.: Verde:28/05-27/06

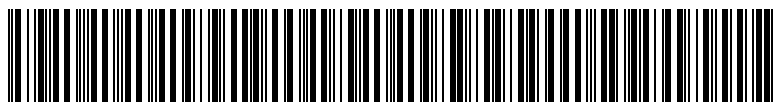
UNIDADE CONSUMIDORA	MÊS REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
7567200	06/2024	19/07/2024	R\$160,68



Número da fatura: FAT-01-20246668976228-25

PIX

836600000019 606801110002 001010202461 668976228258





COPEL

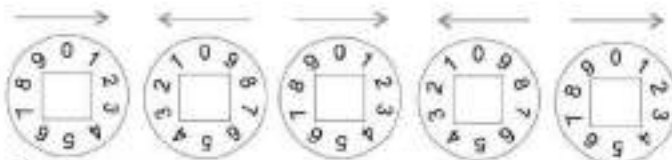
Pura Energia

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

INFORMAÇÕES SUPLEMENTARES

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

EM CASO DE DÚVIDAS, ANOTE AQUI A LEITURA DO MEDIDOR



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

DATA DA LEITURA __/__/__



Acesse a
Agência Virtual
da COPEL

Baixe o
Aplicativo
da COPEL



ANDROID



IOS

Copel: 0800 51 00 116

Site: www.copel.com

Ouvidoria Copel: 0800 64 70 606

Site: www.copel.com/ouvidoria

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167

Ligação gratuita de telefones fixos e móveis



Cuide bem do seu melhor amigo!
Ponha seu cão no dia da leitura.
Isso garante a segurança do nosso
pessoal e a sua tranquilidade.
Lei nº 12.179/99 Lei da Póvoa Responsável



COPEL

GERMANO MENEGUETTE

R Pe Germano Jose Mayer, 549 - 14 01 Oppus Servicos Medicos

Zona 02

CEP: 87010-280 - Maringa - PR



DÉBITO AUTOMÁTICO

É SEGURO, FÁCIL E TRANSPARENTE.

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

DÉBITO AUTOMÁTICO: É MAIS PRÁTICO E SEGURO!

Responsável pela Iluminação Pública: Município 156

Classificação:
B1 Residencial / Residencial

Tipo de Fornecimento:
Trifásico /50A

DATAS DE
LEITURAS

Leitura anterior
23/05/2024

Leitura atual
24/06/2024

Nº de dias
32

Próxima Leitura
24/07/2024

Nome: JESSICA BELENTANI

Endereço: Av Adv Horacio Raccanello Filho,
6240 - Apto 302 - Zona 01
CEP: 87020-035
Cidade: Maringa - Estado: PR
CPF: ***.***.29-47

UNIDADE CONSUMIDORA

93126743



NOTA FISCAL No. 108713064 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 25/06/2024

Consulte Chave de Acesso em:
<https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/NF3eConsulta?wsdl>
Chave de Acesso
4124 0604 3688 9800 0106 6600 3108 7130 6410 0568 6879
Protocolo de Autorização: 1412400031632199 - 25/06/2024 às 03:33:48-03:00

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
06/2024	20/07/2024	R\$139,90

Itens de fatura	Unid.	Quant.	Preço unit. (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS/ COFINS	ICMS	Tarifa unif. (R\$)	Título	Série Original	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ENERGIA ELET CONSUMO	kWh	151	0,392715	59,30	2,47	11,27	0,301767	ICMS	123,89	19%	23,54
ENERGIA ELET USO SISTEMA	kWh	151	0,427748	64,59	2,69	12,27	0,328728	COFINS	100,35	4,2325%	4,24
CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPIO	UN	1	16,010000	16,01				PIS	100,35	0,9175%	0,92
TOTAL				139,90	5,16	23,54					

HISTÓRICO DE CONSUMO / kWh

CONSUMO FATURADO	Nº DIAS FAT.
JUN24	151
MAI24	201
ABR24	173
MAR24	261
FEV24	222
JAN24	289
DEZ23	212
NOV23	228
OUT23	234
SET23	165
AGO23	138
JUL23	135
JUN23	145

Medidor	Combustível	Parâmetro	Leitura Anterior	Leitura Atual	Unid. Medidor	Consumo (kWh)
0323944191	CONSUMO kWh	TP	21327	21478	1	151

Reservado ao Fisco

PERÍODO FISCAL: 25/06/2024

D50F.BF2D.11E4.02E8.1833.60A5.D1E9.549C

REAVISO DE VENCIMENTO

INCLUSO NA FATURA PIS R\$0,92 E COFINS R\$4,24 CONFORME RES. ANEEL 130/2005.
REAJUSTE TARIFARIO: EFEITO MEDIO 0% A PARTIR DE 24/06 RES.ANEEL 3336/2024
A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados à prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações.
DEBITOS: 01/2024 R\$ 48,60
Periodos Band.Tarif.: Verde:24/05-24/06

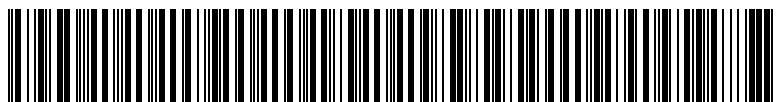
UNIDADE CONSUMIDORA	MÊS REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
93126743	06/2024	20/07/2024	R\$139,90



Número da fatura: FAT-01-20246650568687-73

PIX

836500000010 399001110002 001010202461 650568687737



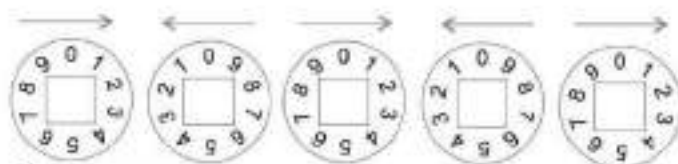


Precisou da Copel? **Manda um whats!**  **41 3013-8973**

INFORMAÇÕES SUPLEMENTARES

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

EM CASO DE DÚVIDAS, ANOTE AQUI A LEITURA DO MEDIDOR



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

DATA DA LEITURA __/__/__



Acesse a
Agência Virtual
da COPEL

Baixe o
Aplicativo
da COPEL



ANDROID



iOS

Copel: 0800 51 00 116

Site: www.copel.com

Ouvidoria Copel: 0800 64 70 606

Site: www.copel.com/ouvidoria

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167

Ligação gratuita de telefones fixos e móveis



Cuide bem do seu melhor amigo!
Ponha seu cão no dia da leitura.
Isso garante a segurança do nosso
pessoal e a sua tranquilidade.
Lei nº 12.799/2013 da Póvoa Responsável



JESSICA BELENTANI

Av. Adv. Horácio Raccanello Filho, 6240 - Apto 302

Zona 01

CEP: 87020-035 - Maringá - PR



DÉBITO AUTOMÁTICO

É SEGURO, FÁCIL E TRANSPARENTE

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

DÉBITO AUTOMÁTICO: É MAIS PRÁTICO E SEGURO!

Antes de

08/03/1991

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

Emissão
08/03/1991



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

078.713.729-47

Nome

JESSICA BELENTANI

Nascimento

08/03/1991



CRM-PR

Conselho Regional de Medicina do Paraná

CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO

Inscrição: 0036935 em 29/11/2016

Nome:
JESSICA BELENTANIFiliação:
JOSE BELENTANI e LIAMAR APARECIDA DIAS
BELENTANINacionalidade:
BRASILNascimento:
08/03/1991Naturalidade:
Maringá-PRDiplomado pela:
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁFormado em:
25/11/2016Identidade:
100975386Órgão Expedidor:
SESP-PRCPF:
078.713.729-47

00017597

Assinatura do Portador

Jessica Belentani



POLEGAR DIREITO



00017597

JESSICA BELENTANI

CEL: (44) 984288909

EMAIL: drajessicavascular@gmail.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO PARANÁ

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

NOME

JESSICA BELENTANI

FILIAÇÃO

JOSE BELENTANI

LIAMAR APARECIDA DIAS BELENTANI

DATA NASCIMENTO

08/03/1991

NATURALIDADE

MARINGÁ/PR

ORGÃO EXPEDIDOR

IIPR



Jessica Belentani

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

REGISTRO GERAL 10.097.538-6

DATA DE EXPEDIÇÃO 13/01/2022

REGISTRO CML

**COMARCA=NOVA ESPERANÇA/PR, DA SEDE
C.NASC=9913, LVRO=A11, FOLHA=79**

MEDIO DIREITO

ASSINATURA DO DIRETOR

MARCUS VINICIUS DA COSTA MICHELOTTO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME: BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA
CNPJ: 26.581.437/0001-50

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Municipal: 1229
Data Emissão: 2024-07-15
Data Vencimento: 2024-09-13
Certidao Estadual: 1230
Data Emissão: 2024-06-27
Data Vencimento: 2024-10-25
Certidao Federal: 1231
Data Emissão: 2024-06-27
Data Vencimento: 2024-12-24
Certidao Trabalhista: 1232
Data Emissão: 2024-06-27
Data Vencimento: 2024-12-24
Certidao FGTS: 1238
Data Emissão: 2024-07-28
Data Vencimento: 2024-08-26

Capacidade Tecnica

Proposta

Categoria: CIRURGIA VASCULAR
Procedimento: CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
Valor: R\$ 57.27
Qtd: Un. 200
Categoria: CIRURGIA VASCULAR
Procedimento: TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)
Valor: R\$ 500
Qtd: Un. 400
Categoria: CIRURGIA VASCULAR
Procedimento: CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
Valor: R\$ 32.4
Qtd: Un. 200
Categoria: CIRURGIA VASCULAR
Procedimento: DEBRIDAMENTO DE ULCERA / NECROSE
Valor: R\$ 29.86
Qtd: Un. 200
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS
Valor: R\$ 130
Qtd: Un. 800

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: 55.537.033/0001-67
Razão Social: Clínica de Fonoaudiologia Luiza Pazian Ltda
E-mail: fga.luizapazian@gmail.com
Telefone: 44999256630
Banco: Banco do Brasil
Conta: 152170
Agência: 22632
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: 1245 - Data Emissão: 2024-07-25 - Data Vencimento: 2024-10-24

Certidão Estadual: 1246 - Data Emissão: 2024-07-25 - Data Vencimento: 2024-11-22

Certidão Federal: 1247 - Data Emissão: 2024-07-25 - Data Vencimento: 2025-01-21

Certidão FGTS: 1248 - Data Emissão: 2024-07-30 - Data Vencimento: 2024-08-28

Certidão Trabalhista: 1249 - Data Emissão: 2024-07-25 - Data Vencimento: 2025-01-21

IV - Capacidade Técnica

V - Proposta

Categoria: FONOAUDIOLOGIA - Procedimento: AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA) - Valor: R\$ 28.8 - Qtd: 960

Categoria: FONOAUDIOLOGIA - Procedimento: AUDIOMETRIA VOCAL - Valor: R\$ 25.04 - Qtd: 960

Categoria: FONOAUDIOLOGIA - Procedimento: CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA - Valor: R\$ 35 - Qtd: 480

Categoria: Outros Serviços - Procedimento: APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C - Valor: R\$ 1.1 - Qtd: 500

VI - Profissionais

Nome: Luiza de Camargo Harmatiuk Pazian - Especialidade : FONOAUDIOLOGIA - CPF: 040.714.059-02

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 31/07/2024 19:02:19

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____



ANEXO I
REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA

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

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

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

Razão Social: Clinica de Fonoaudiologia Luiza Pazian Ltda

Nome Fantasia: Clinica de Fonoaudiologia Luiza Pazian

CNPJ nº: 55.537.033/0001-47

Inscrição Estadual: 91077699-16

Micro Empresa: () Não (X) Sim

Optante Simples: () Não (X) Sim

Número do CNAE Nacional: Descrição:

86.50-0-06 - Atividades de fonoaudiologia

47.73-3-00 - Comércio varejista de artigos médicos e ortopédicos

Endereço: Rua Adina Correia Cioneck, 615

Município: Mamborê **UF:** Paraná

CEP: 87340-000

Telefone Comercial: () **Telefone Celular:** (44) 99925-6630

DADOS BANCÁRIOS: AG 2263-2 CC152170

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



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
Luiza de C. Harmatiuk Pazian	040.714.059-02	8.651.944-5	CRFa 3-12654	(44) 99925-6630

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
Luiza de C. Harmatiuk Pazian	040.714.059-02	8.651.944-5	Fga.luizapazian@gmail.com	(44) 99925-6630

ESPECIALIDADES

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
Luiza de Camargo Harmatiuk Pazian	AUDIOMETRIA TONAL LIMAR (VIA AEREA / OSSEA) 28,80 Tabela 5 Fonoaudiologia - Portaria 4/2023 02.11.07.004 AUDIOMETRIA VOCAL 25,04 Tabela 5 Fonoaudiologia 90.04.01.073 CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA 35,00 Tabela 5 Fonoaudiologia 90.04.01.028 APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C 1.100,00 Tabela 10 Outros Serviços - Portaria 25/2022 07.01.03.005

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

	Rua Adina Correia Cioneck, 615, CEP 87340-000, Mamborê-PR
--	---



Campo Mourão – Pr, 31, julho de 2024.



ASSINATURA

Clínica de Fonoaudiologia Luiza Pazian Ltda.

CNPJ nº: 55.537.033/0001-47

Luiza de Camargo Harmatiuk Pazian

CPF: 040.714.059-02

RG n.º 8.651.944-5





DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

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

A empresa Clínica de Fonoaudiologia Luiza Pazian Ltda, inscrita no CNPJ sob nº 55.537.033/0001-67, sediada na Rua Adina Correia Cioneck, nº 615, Centro na cidade de Mamborê, através representante legal, Luiza de Camargo Harmatiuk Pazian, 8.651.944-5 e 040.714.059-02, declara, sob as penas da Lei, que:

não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;

não está impedido de transacionar com a Administração Pública;

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

não incorre nas demais condições impeditivas previstas na Lei Federal nº 14.133/21 e alterações posteriores. Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Campo Mourão – Pr, 31, junho de 2024.



ASSINATURA

Clínica de Fonoaudiologia Luiza Pazian Ltda.

CNPJ nº: 55.537.033/0001-47

Luiza de Camargo Harmatiuk Pazian

CPF: 040.714.059-02

RG n.º 8.651.944-5





DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO

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

Clínica de Fonoaudiologia Luiza Pazian Ltda, estabelecida na Rua Adina Correia Cioneck, inscrita no CNPJ sob nº 55.537.033/0001-67, neste ato representada pelo seu representante Luiza de Camargo Harmatiuk Pazian, 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, 31, julho de 2024.



ASSINATURA

Clínica de Fonoaudiologia Luiza Pazian Ltda.

CNPJ nº: 55.537.033/0001-47

Luiza de Camargo Harmatiuk Pazian

CPF: 040.714.059-02

RG n.º 8.651.944-5





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO

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

Eu Luiza de Camargo Harmatiuk Pazian, carteira de identidade nº 8.651.944-5 expedida pela SESP/PR, inscrito no CPF sob nº 040.714.059-02, Representante legal da Clínica de Fonoaudiologia Luiza Pazian Ltda inscrita no CNPJ sob o nº 55.537.033/0001-67, 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, 31 de julho de 2024.



ASSINATURA

Clínica de Fonoaudiologia Luiza Pazian Ltda.

CNPJ nº: 55.537.033/0001-47

Luiza de Camargo Harmatiuk Pazian

CPF: 040.714.059-02

RG nº 8.651.944-5





DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE

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

O representante legal da Empresa, **Clínica de Fonoaudiologia Luiza Pazian Ltda.** CNPJ nº: 55.537.033/0001-47, 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, 31 de julho de 2024.



ASSINATURA

Clínica de Fonoaudiologia Luiza Pazian Ltda.

CNPJ nº: 55.537.033/0001-47

Luiza de Camargo Harmatiuk Pazian

CPF: 040.714.059-02

RG n.º 8.651.944-5





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 55.537.033/0001-67 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 14/06/2024
NOME EMPRESARIAL CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA LUIZA PAZIAN LTDA.		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA LUIZA PAZIAN		PORTE ME
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.50-0-06 - Atividades de fonoaudiologia		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 47.73-3-00 - Comércio varejista de artigos médicos e ortopédicos		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada		
LOGRADOURO R ADINA CORREIA CIONEK	NÚMERO 615	COMPLEMENTO *****
CEP 87.340-000	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO MAMBORE
UF PR		
ENDEREÇO ELETRÔNICO FGA.LUIZAPAZIAN@GMAIL.COM	TELEFONE (44) 9925-6630/ (0000) 0000-0000	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****		
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 14/06/2024	
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 **14/06/2024** às **16:26:11** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

Contrato Social de Sociedade Limitada Unipessoal

Clínica de Fonoaudiologia Luiza Pazian Ltda.

Luiza de Camargo Harmatiuk Pazian, brasileira, casada sob regime de comunhão universal de bens, fonoaudióloga com registro no CRF/PR 3ª Região 12654, nascida a 24 de março de 1982, natural da cidade de Mamborê-PR, portadora da Cédula de Identidade RG n.º 8.651.944-5 emitida pela secretaria de segurança pública do Paraná em 23 de setembro de 2010, inscrita no CPF/MF sob n.º 040.714.059-02, residente e domiciliada na Rua Adina Correia Cionek, n.º 615, Centro, CEP 87340-000, Mamborê-PR. Constitui uma Sociedade Limitada Unipessoal, mediante as cláusulas seguintes:

Cláusula Primeira - A sociedade limitada unipessoal gira sob o nome empresarial de **Clínica de Fonoaudiologia Luiza Pazian Ltda.**

Cláusula Segunda - A sociedade limitada unipessoal tem sua sede social na **Rua Adina Correia Cionek, n.º 615, Centro, CEP 87340-000, Mamborê-PR.**

Cláusula Terceira - O objeto social da sociedade limitada unipessoal é: **Atividades de fonoaudiologia; e Comércio varejista de artigos médicos e ortopédicos.**

Cláusula Quarta - O prazo de duração da sociedade limitada unipessoal é de tempo indeterminado e o início das operações sociais para todos os efeitos é o da data do registro do instrumento constitutivo.

Cláusula Quinta - A sociedade limitada unipessoal poderá a qualquer tempo, abrir ou fechar filiais ou outra dependência, no país ou no exterior, mediante alteração contratual assinada.

Cláusula Sexta - O Capital Social da sociedade limitada unipessoal subscrito e integralizado em moeda corrente nacional é de R\$ 30.000,00 (Trinta Mil Reais) divididos em 30.000 (Trinta Mil) quotas no valor nominal de R\$ 1,00 (Um Real) cada, fica assim distribuído:

NOME	QUOTAS	(%)	VALOR
Luiza de Camargo Harmatiuk Pazian	30.000 quotas	100%	R\$ 30.000,00
Total	30.000 quotas	100%	R\$ 30.000,00

Parágrafo único: A responsabilidade do sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas responderá solidariamente pela integralização do capital social.

Cláusula Sétima - Ficam dispensadas reuniões de sócios e a lavratura de ata de prestação de contas assim como a publicação e registro da mesma, conforme preceitua o artigo 70 da Lei Complementar n.º 123/2006.

Cláusula Oitava - A administração da sociedade limitada unipessoal será exercida individualmente e por prazo indeterminado pela única sócia **Luiza de Camargo Harmatiuk Pazian**, ficando dispensada de prestar caução, razão pela qual compete ao administrador a direção dos negócios sociais e a prática dos atos necessários ao funcionamento normal e regular das atividades econômicas da sociedade, podendo ele receber, dar quitação, pagar contas em geral, contrair obrigações, abrir, movimentar e encerrar contas bancárias, representar de qualquer forma a sociedade perante órgãos da administração pública Federal, Estadual e Municipal, adquirir, vender, gravar ou onerar imóveis ou quotas representativas do capital social da sociedade, constituir penhor de qualquer natureza, inclusive caução de títulos e de direitos creditórios, prestar garantias fidejussórias às sociedades subsidiárias, controladas ou coligadas, ou de cujo capital participe ou venha a participar, por si ou através das referidas sociedades, representar a sociedade, ativa e passivamente, em juízo ou fora dele, constituir Procuradores por instrumento público ou particular de mandato, mediante especificação

Contrato Social de Sociedade Limitada Unipessoal

Clínica de Fonoaudiologia Luiza Pazian Ltda.

naquele documento, dos atos ou operações que poderão praticar, bem como do prazo de duração do mandato que sendo para representação em juízo, poderá ser por prazo indeterminado, e tudo mais que se fizer necessário para o fiel cumprimento do mandato.

Parágrafo Primeiro: O administrador fixará uma retirada mensal, a título de “pró-labore”, observadas as disposições regulamentares pertinentes.

Parágrafo Segundo: O administrador responderá solidariamente, perante a sociedade e terceiros prejudicados por culpa no desempenho de suas funções.

Cláusula Nona - O administrador declara sob as penas da Lei que não está impedido por Lei especial do exercício da administração de sociedade unipessoal limitada e que não se acha condenado 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 as normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, a fé pública ou a propriedade.

Cláusula Décima - O exercício social será coincidente com o ano-calendário, terminando em 31 de dezembro de cada ano, quando será procedido o levantamento do balanço patrimonial e efetuada a apuração de resultados, os quais serão atribuídos ao sócio único proporcionalmente às suas quotas de capital. Podendo os lucros a critério do mesmo, serem distribuídos ou ficarem em reserva na sociedade.

Cláusula Décima Primeira - A sociedade limitada unipessoal poderá levantar demonstrações contábeis intermediárias, a qualquer tempo, para fins de cisão parcial ou total, fusão e incorporação, retirada do sócio ou ainda, para quaisquer atos julgados necessários pelo sócio.

Cláusula Décima Segunda - A única sócia será obrigada à reposição dos lucros e das quantias retiradas, a qualquer título ainda que autorizados pelo contrato, quando tais lucros ou quantia se distribuírem com prejuízo do capital.

Cláusula Décima Terceira - Em caso de falecimento da única sócia a sociedade limitada unipessoal poderá continuar com suas atividades com os herdeiros e/ou sucessores do “de cujus” ou do incapaz. Não sendo possível, ou inexistindo interesse destes, a sociedade poderá ser dissolvida.

Cláusula Décima Quarta - A sociedade limitada unipessoal declara, sob as penas da Lei, que se enquadra na condição de MICROEMPRESA, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006.

Cláusula Décima Quinta - Fica eleito o foro da Comarca de Mamborê, Estado do Paraná, para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes do presente instrumento, com exclusão de qualquer outro, seja qual for ou vier a ser o futuro domicílio do único sócio.

Lavrado em 01 (uma) via, lido, conferido, compreendido, elaborado de conformidade e nos termos, condições e intenção proposta pela sócia e que a mesma assine este instrumento, assumindo integralmente as responsabilidades legais decorrentes do presente ato, obrigando-se fielmente por si, seus herdeiros e sucessores legais a cumpri-lo em todos os seus termos.

Mamborê-PR, 14 de junho de 2024.

Juliano Eberson Germendorff Schroeder
Contador CRC/PR 062261/O-3

Luiza de Camargo Harmatiuk Pazian



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa CLÍNICA DE FONOAUDIOLOGIA LUIZA PAZIAN LTDA. consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
04071405902	LUIZA DE CAMARGO HARMATIUK PAZIAN
04120769933	JULIANO EBERSON GERMENDORFF SCHROEDER



CERTIFICO O REGISTRO EM 14/06/2024 16:22 SOB Nº 41212605368.
PROTOCOLO: 244257124 DE 14/06/2024.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12408386501. CNPJ DA SEDE: 55537033000167.
NIRE: 41212605368. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 14/06/2024.
CLÍNICA DE FONOAUDIOLOGIA LUIZA PAZIAN LTDA.

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 8.651.944-5

POLEGAR DIREITO

Luiza de C. Harmatiuk Pazian

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 8.651.944-5 DATA DE EXPEDIÇÃO: 23/09/2010

NOME: LUIZA DE CAMARGO HARMATIUK PAZIAN

FILIAÇÃO: JOSE HARMATIUK
IONE DE CAMARGO HARMATIUK

NATURALIDADE: MAMBORE/PR DATA DE NASCIMENTO: 24/03/1982

DOC. ORIGEM: COMARCA=MAMBORE/PR, DA SEDE
C.CAS=3739, LIVRO=298, FOLHA=170

CPF: 040.714.059-02

CURTIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/05/83

É PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: LUIZA DE CAMARGO HARMATIUK PAZIAN

DOC. IDENTIDADE / COM. BRASIL / UF: 8651944-5 PR

CPF: 040.714.059-02 DATA NASCIMENTO: 24/03/1982

FILIAÇÃO: JOSE HARMATIUK
IONE DE CAMARGO HARMATIUK

PROBADO PLASTIFICAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2220411079

04513206534 22/06/2030 01/12/2008

OBSERVAÇÕES

Luiza de C. H. Pazian

ASSINATURA DO TITULAR

DATA EXPIRAÇÃO: 22/06/2021

59468504157
09020012008

PARANÁ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR: LUIZA DE CAMARGO HARMATIUK PAZIAN

DATA DE NASCIMENTO: 24/03/1982 RE-ABRILHAÇÃO: 0682 3228 0647 ZONA: 170 SEÇÃO: 0040

MUNICÍPIO / UF: MAMBORE/PR DATA DE EMISSÃO: 18/10/2017

JURISDIÇÃO: ELEITORAL

Des. Adalberto Jorge Nery Pereira

Des. Adalberto Jorge Nery Pereira



MUNICÍPIO DE MAMBORÊ

Estado do Paraná - CNPJ 75.368.928/0001-22

Rua Guadalajara, 645 - Centro Cívico - CEP: 87340-000
(44) 3568-8009 - e-mail: tributacao@mambore.pr.gov.br

www.mambore.atende.net

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

O DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO, CONCEDE O PRESENTE ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO, CONFORME PROCESSO ABAIXO:

WIS031201-000-
JDIGZGUAKTZCOQ-5

[Concedido a]

Razão Social: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA LUIZA PAZIAN LTDA

CPF/CNPJ...: 55.537.033/0001-67

Cad. Unico...: 586

Endereço.....: Rua Adina Corrêa Cionek, 615 - Centro - Mamborê/PR - CEP: 87.340-000

[Número e Data do Protocolo]

2166/2024 de 08/07/2024

[Protocolo do SIG Facil]

[Vencimento do Alvará]

31/03/2025

[Número/ano do Alvará]

381/2024

[Data Início Atividade]

14/06/2024

[Cadastro Econômico]

4095

Grupo de Risco: Grupo V e VI

Área: 12,25 m²

[Observação]

[Restrições]

[Atividade Principal]

8650.0/06.00 - Atividades de fonoaudiologia

[Demais Atividades]

4773.3/00.00 - COMÉRCIO VAREJISTA DE ARTIGOS MÉDICOS E ORTOPÉDICOS

Mamborê/PR, 10 de julho de 2024.

Alvará Emitido Eletronicamente via Internet 25/07/2024 às 13:52
Qualquer rasura ou emenda invalida este documento
Emitido por:

IMPORTANTE:

- 1) Qualquer tipo de alteração, inclusão e exclusão de informação neste Alvará, deverá ser requerido junto ao Departamento de Tributação através do protocolo geral;
- 2) Em caso de encerramento das atividades inerentes a este Alvará, deverá ser requerido junto ao Departamento de Tributação a baixa do Alvará;
- 3) A validade deste alvará fica condicionada ao prazo de validade do laudo ou documento de licenciamento expedido pelo Departamento de Vigilância Sanitária, Meio Ambiente e ou pelo Corpo de Bombeiros;
- 4) Art. 47 - Lei nº 50/2015 "É proibido embarçar ou impedir, por qualquer meio, o livre trânsito de pedestre ou veículos nas ruas, praças, passeios, estradas e caminhos públicos, exceto para efeito de obras públicas ou quando exigências policiais o determinarem".

MANTER EM LOCAL VISÍVEL



MUNICÍPIO DE MAMBORÊ

Estado do Paraná - CNPJ 75.368.928/0001-22

Rua Guadalajara, 645 - Centro Cívico - CEP: 87340-000
(44) 3568-8009 - e-mail: tributacao@mambore.pr.gov.br

www.mambore.atende.net

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

O DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO, CONCEDE O PRESENTE ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO, CONFORME PROCESSO ABAIXO:

WIS031201-000-
JDIGZGUAKTZCOQ-5

[Concedido a]

Razão Social: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA LUIZA PAZIAN LTDA

CPF/CNPJ...: 55.537.033/0001-67

Cad. Unico...: 586

Endereço.....: Rua Adina Corrêa Cionek, 615 - Centro - Mamborê/PR - CEP: 87.340-000

[Número e Data do Protocolo]

2166/2024 de 08/07/2024

[Protocolo do SIG Facil]

[Vencimento do Alvará]

31/03/2025

[Número/ano do Alvará]

381/2024

[Data Início Atividade]

14/06/2024

[Cadastro Econômico]

4095

Grupo de Risco: Grupo V e VI

Área: 12,25 m²

[Observação]

[Restrições]

[Atividade Principal]

8650.0/06.00 - Atividades de fonoaudiologia

[Demais Atividades]

4773.3/00.00 - COMÉRCIO VAREJISTA DE ARTIGOS MÉDICOS E ORTOPÉDICOS

Mamborê/PR, 10 de julho de 2024.

Alvará Emitido Eletronicamente via Internet 25/07/2024 às 13:52

Qualquer rasura ou emenda invalida este documento

Emitido por:

IMPORTANTE:

- 1) Qualquer tipo de alteração, inclusão e exclusão de informação neste Alvará, deverá ser requerido junto ao Departamento de Tributação através do protocolo geral;
- 2) Em caso de encerramento das atividades inerentes a este Alvará, deverá ser requerido junto ao Departamento de Tributação a baixa do Alvará;
- 3) A validade deste alvará fica condicionada ao prazo de validade do laudo ou documento de licenciamento expedido pelo Departamento de Vigilância Sanitária, Meio Ambiente e ou pelo Corpo de Bombeiros;
- 4) Art. 47 - Lei n° 50/2015 "É proibido embarçar ou impedir, por qualquer meio, o livre trânsito de pedestre ou veículos nas ruas, praças, passeios, estradas e caminhos públicos, exceto para efeito de obras públicas ou quando exigências policiais o determinarem".

MANTER EM LOCAL VISÍVEL



MUNICÍPIO DE MAMBORÊ

Estado do Paraná - CNPJ 75.368.928/0001-22

Rua Guadalajara, 645 - Centro Cívico - CEP: 87340-000
(44) 3568-8009 - e-mail: tributacao@mambore.pr.gov.br

www.mambore.atende.net

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Nº 1334/2024

[PESSOA FÍSICA/JURÍDICA]

Nome/Razão: 586 - CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA LUIZA PAZIAN LTDA	
CPF/CNPJ: 55.537.033/0001-67	
Endereço: Rua Adina Corrêa Cionek, 615	
Complemento:	CEP: 87.340-000
Bairro: Centro	
Cidade: Mamborê	Estado: Paraná

Finalidade da Certidão: Para fins Diversos.

Certifico, para os devidos fins, para que produza os efeitos legais (art. 205 e 206 da Lei 5.172/66) que **INEXISTEM DÉBITOS** referentes a Tributos Municipais, **comerciais(mobiliários) e imobiliários**, , inscritos ou não em Dívida Ativa, em nome do contribuinte acima citado, até a presente data.

Reserva-se o direito da fazenda Municipal cobrar e inserir quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo posteriormente apuradas, mesmo as referentes a períodos compreendidos nesta CERTIDÃO.

A aceitação da presente certidão esta condicionada à verificação de sua validade na internet no endereço: www.mambore.atende.net ou no setor tributário da Prefeitura Municipal.

Observação: Esta Certidão é válida somente para o contribuinte acima.

Autenticidade do
Documento



Certidão Emitida gratuitamente.
Emitida Eletronicamente via Internet
25/07/2024 às 14:42
Qualquer rasura ou emenda invalida este documento
WGT211206-000-NYMYGEYACHINFX-8



MUNICÍPIO DE MAMBORÊ

Estado do Paraná – CNPJ: 84.782.697/0001-90

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua São Josafat nº 1426, Fone: (44) 3568-1459 – Mamborê - PR

E-mail: saude@mambore.pr.gov.br

ALVARÁ DE LICENÇA SANITÁRIA

A Secretaria Municipal de Saúde, concede o presente Alvará de Licença Sanitária

WIS031212-422-
WJHSXAQDTPCKCB-9

[Concedido a]

Razão Social: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA LUIZA PAZIAN LTDA

CPF/CNPJ...: 55.537.033/0001-67

Cad. Unico...: 586

Endereço.....: Rua Adina Corrêa Cionek, 615 - Centro - Mamborê/PR - CEP: 87.340-000

[Número e Data do Protocolo]

2166/2024 de 08/07/2024

[Protocolo do SIG Facil]

[Vencimento do Alvará]

31/03/2025

[Número/ano do Alvará]

289/2024

[Data Início Atividade]

14/06/2024

[Cadastro Econômico]

4095

Grupo de Risco: Grupo V e VI

Área: 12,25 m²

[Observação]

[Restrições]

[Atividade Principal]

8650.0/06.00 - Atividades de fonoaudiologia

[Demais Atividades]

4773.3/00.00 - COMÉRCIO VAREJISTA DE ARTIGOS MÉDICOS E ORTOPÉDICOS

Mamborê/PR, 11 de julho de 2024.

Alvará Emitido Eletronicamente via Internet 11/07/2024 às 15:48
Qualquer rasura ou emenda invalida este documento
Emitido por: LEILA CALEGARI LEONCO

IMPORTANTE:

- 1) Qualquer tipo de alteração, inclusão e exclusão de informação neste Alvará, deverá ser requerido junto ao Departamento de Tributação através do protocolo geral;
- 2) Em caso de encerramento das atividades inerentes a este Alvará, deverá ser requerido junto ao Departamento de Tributação a baixa do Alvará;
- 3) A validade deste alvará fica condicionada ao prazo de validade do laudo ou documento de licenciamento expedido pelo Departamento de Vigilância Sanitária, Meio Ambiente e ou pelo Corpo de Bombeiros;
- 4) Art. 47 - Lei nº 50/2015 "É proibido embarçar ou impedir, por qualquer meio, o livre trânsito de pedestre ou veículos nas ruas, praças, passeios, estradas e caminhos públicos, exceto para efeito de obras públicas ou quando exigências policiais o determinarem".

MANTER EM LOCAL VISÍVEL



MUNICÍPIO DE MAMBORÊ

Estado do Paraná – CNPJ: 84.782.697/0001-90

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua São Josafat nº 1426, Fone: (44) 3568-1459 – Mamborê - PR

E-mail: saude@mambore.pr.gov.br

ALVARÁ DE LICENÇA SANITÁRIA

A Secretaria Municipal de Saúde, concede o presente Alvará de Licença Sanitária

WIS031212-422-
WJHSXAQDTPCKCB-9

[Concedido a]

Razão Social: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA LUIZA PAZIAN LTDA

CPF/CNPJ...: 55.537.033/0001-67

Cad. Unico...: 586

Endereço.....: Rua Adina Corrêa Cionek, 615 - Centro - Mamborê/PR - CEP: 87.340-000

[Número e Data do Protocolo]

2166/2024 de 08/07/2024

[Protocolo do SIG Facil]

[Vencimento do Alvará]

31/03/2025

[Número/ano do Alvará]

289/2024

[Data Início Atividade]

14/06/2024

[Cadastro Econômico]

4095

Grupo de Risco: Grupo V e VI

Área: 12,25 m²

[Observação]

[Restrições]

[Atividade Principal]

8650.0/06.00 - Atividades de fonoaudiologia

[Demais Atividades]

4773.3/00.00 - COMÉRCIO VAREJISTA DE ARTIGOS MÉDICOS E ORTOPÉDICOS

Mamborê/PR, 11 de julho de 2024.

Alvará Emitido Eletronicamente via Internet 11/07/2024 às 15:48
Qualquer rasura ou emenda invalida este documento
Emitido por: LEILA CALEGARI LEONCO

IMPORTANTE:

- 1) Qualquer tipo de alteração, inclusão e exclusão de informação neste Alvará, deverá ser requerido junto ao Departamento de Tributação através do protocolo geral;
- 2) Em caso de encerramento das atividades inerentes a este Alvará, deverá ser requerido junto ao Departamento de Tributação a baixa do Alvará;
- 3) A validade deste alvará fica condicionada ao prazo de validade do laudo ou documento de licenciamento expedido pelo Departamento de Vigilância Sanitária, Meio Ambiente e ou pelo Corpo de Bombeiros;
- 4) Art. 47 - Lei nº 50/2015 "É proibido embarçar ou impedir, por qualquer meio, o livre trânsito de pedestre ou veículos nas ruas, praças, passeios, estradas e caminhos públicos, exceto para efeito de obras públicas ou quando exigências policiais o determinarem".

MANTER EM LOCAL VISÍVEL

Identificação do Contribuinte - CNPJ Matriz

CNPJ: **55.537.033/0001-67**

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

Nome Empresarial: **CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA LUIZA PAZIAN LTDA.**

Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **Optante pelo Simples Nacional desde 14/06/2024**

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

+ Mais informações

Voltar Gerar PDF



CERTIDÃO SIMPLIFICADA

Sistema Nacional de Registro de Empresas Mercantis - SINREM

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

Nome Empresarial: CLÍNICA DE FONOAUDIOLOGIA LUIZA PAZIAN LTDA.				Protocolo: PRC2421918355	
NIRE : 41212605368					
Natureza Jurídica: Sociedade Empresária Limitada					
NIRE (Sede)		CNPJ		Data de Ato Constitutivo	
41212605368		55.537.033/0001-67		14/06/2024	
Início de Atividade					
14/06/2024					
Endereço Completo					
Rua ADINA CORREIA CIONEK, Nº 615, CENTRO - Mamborê/PR - CEP 87340-000					
Objeto Social					
Atividades de fonoaudiologia; e Comércio varejista de artigos médicos e ortopédicos.					
Capital Social				Porte	
R\$ 30.000,00 (trinta mil reais)				ME (Microempresa)	
Capital Integralizado				Prazo de Duração	
R\$ 30.000,00 (trinta mil reais)				Indeterminado	
Dados do Sócio					
Nome		CPF/CNPJ	Participação no capital	Espécie de sócio	Administrador
LUIZA DE CAMARGO		040.714.059-02	R\$ 30.000,00	Sócio	S
HARMATIUK PAZIAN					
Término do mandato					
Indeterminado					
Dados do Administrador					
Nome		CPF	Término do mandato		
LUIZA DE CAMARGO HARMATIUK PAZIAN		040.714.059-02	Indeterminado		
Último Arquivamento				Situação	
Data		Número	Ato/eventos		ATIVA
14/06/2024		20244257124	090 / 315 - ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA		Status
					xxxxx

Esta certidão foi emitida automaticamente em 25/07/2024, às 11:07:25 (horário de Brasília).

Se impressa, verificar sua autenticidade no <https://www.empresafacil.pr.gov.br>, com o código **WS1XCRUY**.

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

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA
Secretário(a) Geral

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 55.537.033/0001-67
Razão Social: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA LUIZA PAZIAN LTDA
Endereço: RUA ADINA CORREIA CIONEK 615 / CENTRO / MAMBORE / PR / 87340-000

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: 30/07/2024 a 28/08/2024

Certificação Número: 2024073015196288943648

Informação obtida em 30/07/2024 15:19:59

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 034129091-02

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **55.537.033/0001-67**

Nome: **CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA LUIZA PAZIAN LTDA.**

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

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

Válida até 22/11/2024 - 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: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA LUIZA PAZIAN LTDA.
CNPJ: 55.537.033/0001-67

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

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

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

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

Emitida às 09:02:48 do dia 25/07/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 21/01/2025.

Código de controle da certidão: **E798.3D51.533D.1C5F**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA LUIZA PAZIAN LTDA. (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 55.537.033/0001-67

Certidão nº: 51594291/2024

Expedição: 25/07/2024, às 09:29:11

Validade: 21/01/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA LUIZA PAZIAN LTDA. (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **55.537.033/0001-67**, **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

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 8.651.944-5

POLEGAR DIREITO

Luiza de C. Harmatiuk Pazian

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 8.651.944-5 DATA DE EXPEDIÇÃO: 23/09/2010

NOME: LUIZA DE CAMARGO HARMATIUK PAZIAN

FILIAÇÃO: JOSE HARMATIUK
IONE DE CAMARGO HARMATIUK

NATURALIDADE: MAMBORE/PR DATA DE NASCIMENTO: 24/03/1982

DOC. ORIGEM: COMARCA=MAMBORE/PR, DA SEDE
C.CAS=3739, LIVRO=298, FOLHA=170

CPF: 040.714.059-02

CURTIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/05/83

É PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: LUIZA DE CAMARGO HARMATIUK PAZIAN

DOC. IDENTIDADE / COM. BRASIL / UF: 8651944-5 PR

CPF: 040.714.059-02 DATA NASCIMENTO: 24/03/1982

FILIAÇÃO: JOSE HARMATIUK
IONE DE CAMARGO HARMATIUK

PROBADO PLASTIFICAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2220411079

04513206534 22/06/2030 01/12/2008

OBSERVAÇÕES

Luiza de C. H. Pazian

ASSINATURA DO TITULAR

DATA EXPIRAÇÃO: 22/06/2021

PARANÁ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR: LUIZA DE CAMARGO HARMATIUK PAZIAN

DATA DE NASCIMENTO: 24/03/1982 RE-ABRILHAÇÃO: 0682 3228 0647 ZONA: 170 SEÇÃO: 0040

MUNICÍPIO / UF: MAMBORE/PR DATA DE EMISSÃO: 18/10/2017

JURISDIÇÃO: ELEITORAL

Des. Adalberto Jorge Nery Pereira

Des. Adalberto Jorge Nery Pereira

Sistema Único de Saúde

LUIZA D. CAMARGO HARMATIUK PAZIAN

Data Naso.: 24/03/1982

Sexo: F

700 8039 7882 5586



90015 54200 136

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

SUS



Registrazione al Comune di Pavia. Municipio 4435000000

Classificação:
RESOLUÇÃO 12/2012

Tip de Fornecimento:
BIFABRICADO

XISTO ROQUE PAZAN NETTO

R. ADRIANA CORREIA CIONEK, 915 - GD65-LT6A

CEP: 67340000
Cidade: MAMBORE - PR
CPF: 000.000.000-11



UNIQUE CONNECTIONS

85523690

800.888.8888

PAGUE COM PIX

888-888-8888

HONG-MEI YANG

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

04/2024

19/05/2024

R\$ 266,00



NOTA FISCAL Nº 90188693 - SERIE 3 / DATA EMISSAO 26/04/2024

Consulte Chave de Acesso em:
<https://mf3e.fazenda.pr.gov.br/mf3e/f3eConsultaTwid>
 Chave de acesso:
 4136042438888000108960032981688632044822363
 Protocolo de Autorização: - as +00 00
 EMISSÃO EM CONTINGÊNCIA - Pendente de Autorização

Declaracao Anual de Quitacao de Debitos

Em atendimento à Lei 12.007/2006, a Copel Distribuição S. A. declara, pela presente, que as faturas de energia elétrica desta unidade consumidora e de sua responsabilidade, vencidas em 2023, encontram-se devidamente quitadas. Esta declaração substitui os comprovantes de pagamento das faturas vencidas em 2023, salvo aquelas contestadas judicialmente e ou derivadas de grandezas não faturadas.

GATOS DE SISTEMAS

Lecture Anterior
27/03/2024

Lecture Actual
26/04/2024

30

Proxima Leitura
27/05/2024

Itens da Fatura	Unidade	Quantidade	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS / COFINS	ICMS	Tarifa unit. (R\$)
(01) CONSUMO	kWh	266	0,392392	104,08	4,51	19,01	0,302140
(02) USO SISTEMA	kWh	266	0,426609	113,48	4,37	20,66	0,326370
(03) CONT LUMEN				61,47			
(04) MULTA POR A				3,56			
(05) ACRESCIMO M				0,96			
(06) JUROS CONTA				1,18			
TOTAL				286,00			

PAGO
20/07

Legenda: (01) ENERGIA ELET CONSUMO | (02) ENERGIA ELET USO SISTEMA | (03) CONT LUMIN PUBLICA MUNICIPIO | (04) MULTA POR ATRASO NO PAGAMENTO | (06) ACRESCIMO MORATORIO | (08) JUROS CONTRA ANTERIOR

CONSUMO FATURADO		No DIAS FAT		Tributos			
				Tributos	Base Calc IRR	Alíquota (%)	Valor R\$
MAR-24		239	29	ICMS	259.82	19.00	36.37
FEV-24		219	32	PIS	188.14	0.88	1.44
JAN-24		243	30	COFINS	188.14	4.08	5.99
DEZ-23		211	29				
NOV-23		186	32				
OUT-23		149	30				
SET-23		160	30				
AGO-23		164	32				
JUL-23		160	30				
JUN-23		210	32				
MAI-23		162	29				
ABR-23		171	30				

Medidor	Granuloso	Pastoso	Líquido	Líquido	Gravimétrico	Consumo
0294430922	100%	0%	27606	27780	1.00	268

REAVISO DE VENCIMENTO

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA
CARTÃO DE IDENTIDADE PROFISSIONAL
VALE COMO DOCUMENTO DE IDENTIDADE E TEM FE PÚBLICA
 Art. 1º da Lei nº 6.226 de 7 de maio de 1975

Nome
 LUIZA DE CAMARGO HARMATIUK PAZIAN

Inscrição nº
 12554

Emissão em
 04/06/2024

Região
 003 - Conselho Regional de Fonoaudiologia 3ª região

CPF
 040.714.859-02

Registro Geral - Nº
 8.651.944-5

CRFa
 3ª Região

Luiza de Camargo Harmatiuk Pazian
 Assinatura do Portador

Assinatura do Presidente

País
 Brasil

Pa
 JOSE HARMATIUK

Mãe
 LUIZA DE CAMARGO HARMATIUK

Nacionalidade
 BRASILEIRA

Residência
 MAMBORE-PR

Data de Nascimento
 24/03/1982

Delso Luiz G. dos Santos Júnior
 DELSO LUIZ G. DOS SANTOS JÚNIOR
 PRESIDENTE

41074-03 PR



O Reitor da Uningá - Centro Universitário Ingá,
no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão em 16 de Abril de 2024, do Curso de Graduação em
Fonoaudiologia e a colação de grau em 09 de Maio de 2024, confere o título de

Bacharela em Fonoaudiologia
a
Luíza de Camargo Harmatiuk Pazian,

brasileira, natural do Estado do Paraná,
nascida em 24 de Março de 1982, portadora do RG 8.651.944-5 - SESP/PR

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

Maringá, 09 de Maio de 2024.

Prof Me. Roberto Cezar de Oliveira

Reitor

Luíza de Camargo Harmatiuk Pazian

Diplomada

Profa Me. Gisele Colombari Gomes

Pró-Reitora



Dados da Instituição Emissora / Mantenedora

CENTRO UNIVERSITÁRIO INGÁ - UNINGÁ (e-MEC 1430)
CNPJ: 01.207.056/0001-84

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

Curso: Fonoaudiologia

Grau Conferido: Bacharelado

Reconhecimento: Portaria nº 42, de 31 de março de 2023, publicado no D.O.U. nº 64, seção 1, pág. 25, de 03 de abril de 2023.

Dados da Instituição Registradora

CENTRO UNIVERSITÁRIO INGÁ - UNINGÁ (e-MEC 1430)
CNPJ: 01.207.056/0001-84

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

Diploma registrado sob o Livro Registro nº 4, com o Número de Registro 5560, em 22 de maio de 2024, por delegação de competência do Ministério da Educação, nos termos da Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e do Decreto nº 9.235, de 15 de dezembro de 2017.

Processo n.º 01200/2024

MARINGÁ - PR, 22 de maio de 2024.

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





MUNICÍPIO DE MAMBORÊ

Estado do Paraná - CNPJ 75.368.928/0001-22

Rua Guadalajara, 645 - Centro Cívico - CEP: 87340-000
(44) 3568-8009 - e-mail: tributacao@mambore.pr.gov.br

www.mambore.atende.net

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

O DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO, CONCEDE O PRESENTE ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO, CONFORME PROCESSO ABAIXO:

WIS031201-000-
JDIGZGUAKTZCOQ-5

[Concedido a]

Razão Social: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA LUIZA PAZIAN LTDA

CPF/CNPJ...: 55.537.033/0001-67

Cad. Unico...: 586

Endereço.....: Rua Adina Corrêa Cionek, 615 - Centro - Mamborê/PR - CEP: 87.340-000

[Número e Data do Protocolo]

2166/2024 de 08/07/2024

[Protocolo do SIG Facil]

[Vencimento do Alvará]

31/03/2025

[Número/ano do Alvará]

381/2024

[Data Início Atividade]

14/06/2024

[Cadastro Econômico]

4095

Grupo de Risco: Grupo V e VI

Área: 12,25 m²

[Observação]

[Restrições]

[Atividade Principal]

8650.0/06.00 - Atividades de fonoaudiologia

[Demais Atividades]

4773.3/00.00 - COMÉRCIO VAREJISTA DE ARTIGOS MÉDICOS E ORTOPÉDICOS

Mamborê/PR, 10 de julho de 2024.

Alvará Emitido Eletronicamente via Internet 25/07/2024 às 13:52

Qualquer rasura ou emenda invalida este documento

Emitido por:

IMPORTANTE:

- 1) Qualquer tipo de alteração, inclusão e exclusão de informação neste Alvará, deverá ser requerido junto ao Departamento de Tributação através do protocolo geral;
- 2) Em caso de encerramento das atividades inerentes a este Alvará, deverá ser requerido junto ao Departamento de Tributação a baixa do Alvará;
- 3) A validade deste alvará fica condicionada ao prazo de validade do laudo ou documento de licenciamento expedido pelo Departamento de Vigilância Sanitária, Meio Ambiente e ou pelo Corpo de Bombeiros;
- 4) Art. 47 - Lei n° 50/2015 "É proibido embarçar ou impedir, por qualquer meio, o livre trânsito de pedestre ou veículos nas ruas, praças, passeios, estradas e caminhos públicos, exceto para efeito de obras públicas ou quando exigências policiais o determinarem".

MANTER EM LOCAL VISÍVEL



MUNICÍPIO DE MAMBORÊ

Estado do Paraná – CNPJ: 84.782.697/0001-90

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua São Josafat nº 1426, Fone: (44) 3568-1459 – Mamborê - PR

E-mail: saude@mambore.pr.gov.br

ALVARÁ DE LICENÇA SANITÁRIA

A Secretaria Municipal de Saúde, concede o presente Alvará de Licença Sanitária

WIS031212-422-
WJHSXAQDTPCKCB-9

[Concedido a]

Razão Social: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA LUIZA PAZIAN LTDA

CPF/CNPJ...: 55.537.033/0001-67

Cad. Unico...: 586

Endereço.....: Rua Adina Corrêa Cionek, 615 - Centro - Mamborê/PR - CEP: 87.340-000

[Número e Data do Protocolo]

2166/2024 de 08/07/2024

[Protocolo do SIG Facil]

[Vencimento do Alvará]

31/03/2025

[Número/ano do Alvará]

289/2024

[Data Início Atividade]

14/06/2024

[Cadastro Econômico]

4095

Grupo de Risco: Grupo V e VI

Área: 12,25 m²

[Observação]

[Restrições]

[Atividade Principal]

8650.0/06.00 - Atividades de fonoaudiologia

[Demais Atividades]

4773.3/00.00 - COMÉRCIO VAREJISTA DE ARTIGOS MÉDICOS E ORTOPÉDICOS

Mamborê/PR, 11 de julho de 2024.

Alvará Emitido Eletronicamente via Internet 11/07/2024 às 15:48

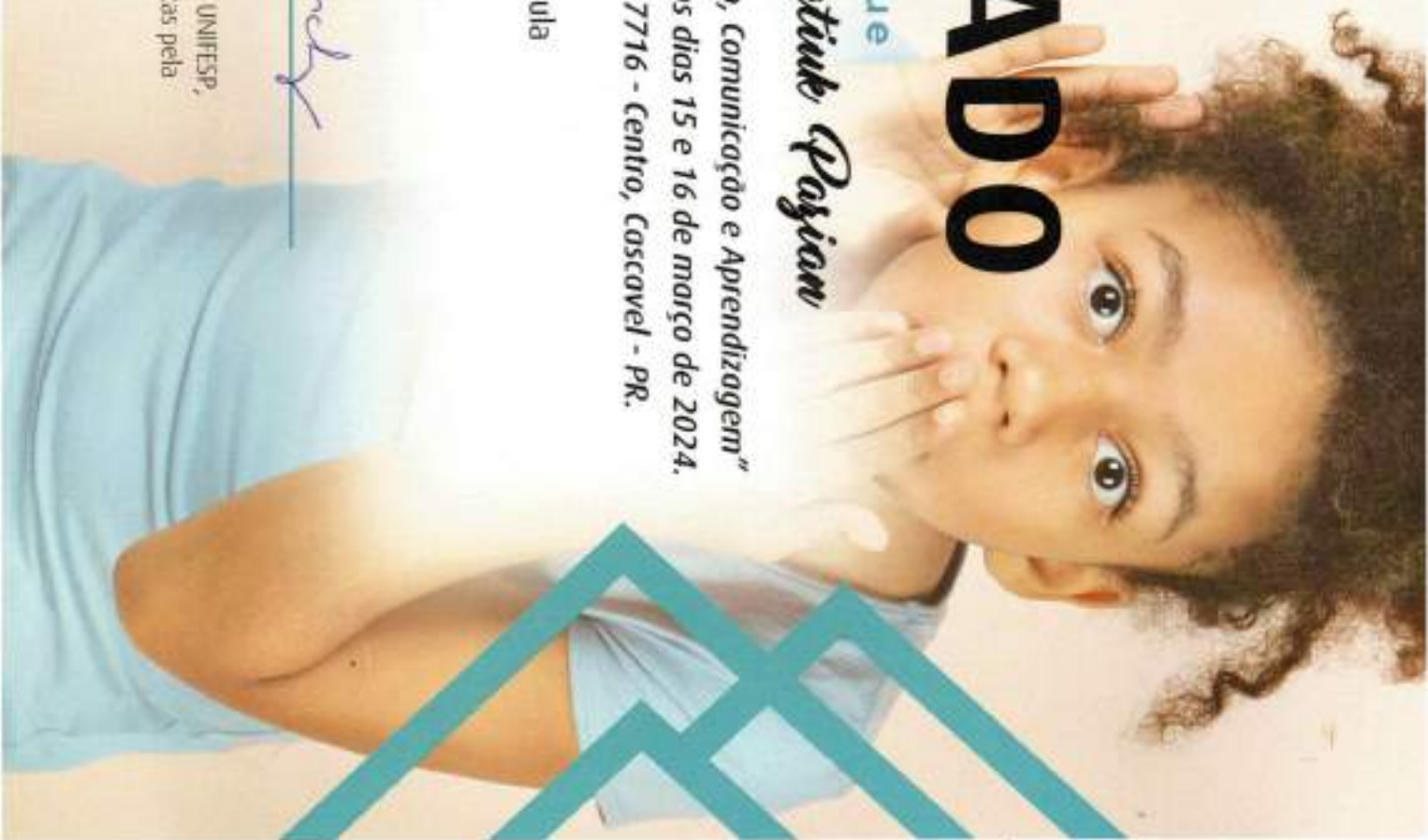
Qualquer rasura ou emenda invalida este documento

Emitido por: LEILA CALEGARI LEONCO

IMPORTANTE:

- 1) Qualquer tipo de alteração, inclusão e exclusão de informação neste Alvará, deverá ser requerido junto ao Departamento de Tributação através do protocolo geral;
- 2) Em caso de encerramento das atividades inerentes a este Alvará, deverá ser requerido junto ao Departamento de Tributação a baixa do Alvará;
- 3) A validade deste alvará fica condicionada ao prazo de validade do laudo ou documento de licenciamento expedido pelo Departamento de Vigilância Sanitária, Meio Ambiente e ou pelo Corpo de Bombeiros;
- 4) Art. 47 - Lei nº 50/2015 "É proibido embarçar ou impedir, por qualquer meio, o livre trânsito de pedestre ou veículos nas ruas, praças, passeios, estradas e caminhos públicos, exceto para efeito de obras públicas ou quando exigências policiais o determinarem".

MANTER EM LOCAL VISÍVEL



CERTIFICADO

Certificamos que

Luiza de Camargo Hamann Paiva

Participou do curso presencial "Processamento Auditivo, Comunicação e Aprendizagem" ministrado pela professora Me. Maura Ligia Sanchez, nos dias 15 e 16 de março de 2024.

Local: Hotel Copas Executive - Endereço: Av. Brasil, 7716 - Centro, Cascavel - PR.

Carga horária: 16 horas/aula

Maura Ligia Sanchez



Professora, Fonoaudióloga, formada pela UNIFESP,
Mestre em Ciências Otorrinolaringológicas pela
UNIFESP - CRFa - 2 - 2376

Conteúdo Programático

I Diagnóstico

- Audição Periférica e Central
- Check lists: Quais Informações precisamos antes de dar o diagnóstico e propor o tratamento
- Relação entre os achados dos exames e as dificuldades de comunicação e aprendizagem

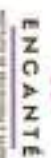
II Tratamento

- Como usar os resultados do exame de Processamento Auditivo para direcionar o tratamento
- Programas de habilitação e reabilitação
- Ensinar a ouvir
- Ensinar a aprender

III Apresentação de materiais e estratégias para facilitação da intervenção terapêutica

IV Apresentação de casos clínicos

Organização: Empresa Fada Falah - Espaço de Educação e Saúde para Crianças e Adolescente
CNPJ: 33.644.002/0001-72 - Rua Paraná, 2037 - Cascavel - PR CEP 85812011



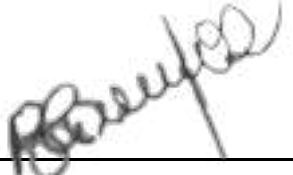
CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certificamos, para os devidos fins, que

Luiza de Camargo Harmatiuk Pazian

Participou do curso
**Apraxia: A peça central do Quebra cabeça
dos Transtornos Motores de Fala**

Na modalidade on-line/ao vivo, no dia 16 de Maio de 2023, com Carga
Horária de 3 horas.



Fga. Elisabeth Campos
Crfa m-602
Palestrante



Michelly Pires V. de Martins
Crfa 3-6617-6
Focus Cursos



Fga. Marileda Gubiani
Crfa 7-9247
Palestrante

C E R T I F I C A D O



CERTIFICO QUE

LUIZA DE CAMARGO HARMATIUK PAZIAN

participou no curso

Estratégias para /r/ e /l/

cumprindo 20h de aperfeiçoamento comprometendo-se com a veracidade das informações prestadas sobre sua formação em Fonoaudiologia.

São Paulo, 15/03/2023

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Renata", is written over a horizontal line.

MINISTRANTE: Renata Bertagnoli Donadeli - CRFa: 2-14181



RENATABERTAGNOLIDONADELI
FONOAUDIÓLOGA

CERTIFICADO

Certificamos que **Luiza de Camargo Harmatiuk Pazian** portador do CPF **040.714.059-02**, participou do "**Evento Congresso de Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) Diagnóstico, Intervenção e Comorbidades**", ofertado pela Faculdade Rhema credenciada pelo Ministério da Educação pela Portaria Nº 195 de 03 de Fevereiro de 2017

Carga horária: 10H

Data: 01 de novembro de 2022

Arapongas - PR, 01 de novembro de 2022



Karina Aparecida Cardoso dos Santos
Diretora Acadêmica de Pós-Graduação

Verifique a originalidade
deste certificado:



FACUR - Faculdade Rhema

Nome do participante: Luiza de Camargo Harmatiuk Pazian
Evento: Evento Congresso de Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) Diagnóstico, Intervenção e Comorbidades
Carga Horária: 10H
Data: 01/11/2022

Data de Nascimento: 24/03/1982

Registrado sob o nº 9766, Ata nº 1, Livro 1
do registro de Certificados.

Conteúdo programático:

Palestra 1 - Como diagnosticar uma criança com TOD?

Nesta palestra, vamos abordar como é feito o diagnóstico de TOD. Quais profissionais podem realizar o diagnóstico? Qual a idade ideal? Quando a família não aceita o diagnóstico, o que fazer? Existem níveis severos e moderados no TOD? Quais estratégias podem ser feitas quando a criança não obedece às regras?

Palestra 2 -Tire suas dúvidas sobre TOD

Nesta palestra, vamos tirar algumas dúvidas dos professores sobre TOD e Borderline: é a mesma coisa? É possível um adolescente com Deficiência Intelectual apresentar TOD? Uma criança com TOD pode ser superdotada? Quais tratamentos orais pode tomar? Como é realizado o tratamento?

Palestra 3 - De frente a frente com o professor

Nesta palestra, o professor vai tirar suas dúvidas sobre TOD para que você se sinta mais seguro em sua sala de aula. É só você perguntar que a gente responde.

Faculdade Rhema credenciada pelo Ministério da Educação pela Portaria Nº 195 de 03 de Fevereiro de 2017

Luiza de C. Harmatiuk Pazian

Telefone Celular: (44) 99925-6630

Fga.luizapazian@gmail.com

NOME: Clinica de Fonoaudiologia Luiza Pazian Ltda
CNPJ: 55.537.033/0001-67

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Municipal: 1245
Data Emissão: 2024-07-25
Data Vencimento: 2024-10-24
Certidao Estadual: 1246
Data Emissão: 2024-07-25
Data Vencimento: 2024-11-22
Certidao Federal: 1247
Data Emissão: 2024-07-25
Data Vencimento: 2025-01-21
Certidao FGTS: 1248
Data Emissão: 2024-07-30
Data Vencimento: 2024-08-28
Certidao Trabalhista: 1249
Data Emissão: 2024-07-25
Data Vencimento: 2025-01-21

Capacidade Tecnica

Proposta

Categoria: FONOAUDIOLOGIA
Procedimento: AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)
Valor: R\$ 28.8
Qtd: Un. 960
Categoria: FONOAUDIOLOGIA
Procedimento: AUDIOMETRIA VOCAL
Valor: R\$ 25.04
Qtd: Un. 960
Categoria: FONOAUDIOLOGIA
Procedimento: CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA
Valor: R\$ 35
Qtd: Un. 480
Categoria: Outros Serviços
Procedimento: APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO
INTRA-AURICULAR TIPO C
Valor: R\$ 1.1
Qtd: Un. 500

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: 78.458.387/0001-11
Razão Social: LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS IBIPORA LTDA
E-mail: inuyamaeinuyama@hotmail.com
Telefone: (43)999897844
Banco: 033
Conta: 13.007384-1
Agência: 0162 - Ibiporã
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: 1262 - Data Emissão: 2024-08-06 - Data Vencimento: 2024-09-20

Certidão Municipal: 1263 - Data Emissão: 2024-08-06 - Data Vencimento: 2024-09-20

Certidão Estadual: 1268 - Data Emissão: 2024-08-06 - Data Vencimento: 2024-12-04

Certidão Federal: 1269 - Data Emissão: 2024-03-19 - Data Vencimento: 2024-09-15

Certidão Trabalhista: 1270 - Data Emissão: 2024-03-05 - Data Vencimento: 2024-09-01

Certidão FGTS: 1271 - Data Emissão: 2024-08-06 - Data Vencimento: 2024-08-29

IV - Capacidade Técnica

V - Proposta

Categoria: PATOLOGIA - Procedimento: ANÁLISE DE MATERIAL (ANATOMO PATOLOGICO) - Valor: R\$ 23.87 - Qtd: 5000

Categoria: PATOLOGIA - Procedimento: EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA- RASTREAMENTO - Valor: R\$ 10.1 - Qtd: 100

Categoria: PATOLOGIA - Procedimento: EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL - Valor: R\$ 10.1 - Qtd: 100

Categoria: PATOLOGIA - Procedimento: EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA - Valor: R\$ 9 - Qtd: 300

Categoria: PATOLOGIA - Procedimento: EXAME CITOPATOLÓGICO PARA RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO UTERINO - Valor: R\$ 10.1 - Qtd: 100

Categoria: PATOLOGIA - Procedimento: RETIRADA DE MATERIAL PARA ANATOMO-PATOLOGICO - Valor: R\$ 17.86 - Qtd: 100

VI - Profissionais

Nome: GEORGE AROUCHE DA CÂMARA LOPES - Especialidade : PATOLOGIA - CPF: 052.546.699-18

Nome: KARLA MA YARA DOMINGUES VIEIRA - Especialidade : BIOMEDICA - CPF: 074.819.159-38

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 05/08/2024 17:33:07

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____



LABORATÓRIO IBIPORÃ

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS IBIPORA LTDA
CNPJ nº 78.458.387/0001-11

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

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

A empresa LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS DE IBIPORA LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 78.458.387/0001-11, sediada na Avenida 19 de Dezembro, nº 510, Centro, na cidade de Ibiporã, estado do Paraná, através representante legal, Matheus Henrique Inuyama de Lima, RG nº 13.307.113-0 SSP/PR e CPF nº 111.633.929-36, 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.

Goioerê – PR, dia 06 de agosto de 2024.

LABORATORIO DE
ANALISES CLINICAS
KENKO
LTDA:53845773000135

Assinado de forma digital por
LABORATORIO DE ANALISES
CLINICAS KENKO
LTDA:53845773000135
Dados: 2024.08.06 14:27:59 -03'00'

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS IBIPORA LTDA

CNPJ Nº 78.458.387/0001-11



Documento assinado digitalmente

MATHEUS HENRIQUE INUYAMA DE LIMA

Dados: 06/08/2024 14:56:10 -0300

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

MATHEUS HENRIQUE INUYAMA DE LIMA

RG Nº 13.307.113-0 SSP/PR

Avenida 19 de Dezembro, 510 - Centro
Ibiporã – Paraná
Comercial: (43) 3158-1193 - Celular: (43) 99989-7844



LABORATÓRIO IBIPORÃ

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS IBIPORA LTDA
CNPJ nº 78.458.387/0001-11

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO

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

A empresa LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS DE IBIPORA LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 78.458.387/0001-11, sediada na Avenida 19 de Dezembro, nº 510, Centro, na cidade de Ibiporã, estado do Paraná, neste ato representada pelo seu sócio administrador Matheus Henrique Inuyama de Lima, RG nº 13.307.113-0 SSP/PR e CPF nº 111.633.929-36, 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.

Goioerê – PR, dia 06 de agosto de 2024.

LABORATORIO DE
ANALISES CLINICAS
KENKO
LTDA:53845773000135

Assinado de forma digital por
LABORATORIO DE ANALISES
CLINICAS KENKO
LTDA:53845773000135
Dados: 2024.08.06 14:22:23
-03'00'

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS IBIPORA LTDA
CNPJ Nº 78.458.387/0001-11



MATHEUS HENRIQUE INUYAMA DE LIMA
RG Nº 13.307.113-0 SSP/PR

Avenida 19 de Dezembro, 510 - Centro
Ibiporã – Paraná
Comercial: (43) 3158-1193 - Celular: (43) 99989-7844



LABORATÓRIO IBIPORÃ

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS IBIPORÃ LTDA
CNPJ nº 78.458.387/0001-11

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO

Eu, Matheus Henrique Inuyama de Lima, Carteira de Identidade nº 13.307.113-0, expedida pela Secretaria de Estado da Segurança Pública do Paraná – SESP/PR, inscrito no CPF sob nº 111.633.929-36, representante legal da empresa privada inscrita no CNPJ sob o nº 78.458.387/0001-11, 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.

Goioerê – PR, dia 06 de agosto de 2024.

LABORATÓRIO DE
ANÁLISES CLÍNICAS
KENKO
LTDA:53845773000135

Assinado de forma digital por
LABORATÓRIO DE ANÁLISES
CLÍNICAS KENKO
LTDA:53845773000135
Dados: 2024.08.06 14:24:18 -03'00'

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS IBIPORÃ LTDA
CNPJ Nº 78.458.387/0001-11

Documento assinado digitalmente
 **MATHEUS HENRIQUE INUYAMA DE LIMA**
Data: 06/08/2024 14:58:11 -0300
Verifique em <https://validar.digov.br>

MATHEUS HENRIQUE INUYAMA DE LIMA
RG Nº 13.307.113-0 SSP/PR

Avenida 19 de Dezembro, 510 - Centro
Ibiporã – Paraná
Comercial: (43) 3158-1193 - Celular: (43) 99989-7844

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL

Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Cidadão,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

A informação sobre o porte que consta neste comprovante é a declarada pelo contribuinte.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NUMERO DE INSCRIÇÃO 78.458.387/0001-11 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 24/08/1984
---	--	--------------------------------

NOME EMPRESARIAL
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS IBIPORA LTDA

TITULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)
LABORATORIO IBIPORA

PORTE
ME

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
86.40-2-02 - Laboratórios clínicos

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDARIAS
Não informada

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

LOGRADOURO
AV 19 DE DEZEMBRO

NUMERO
510

COMPLEMENTO

CEP
86.200-000

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

MUNICIPIO
IBIPORA

UF
PR

ENDEREÇO ELETRÔNICO

TELEFONE
(43) 3158-1193

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)

SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA

DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
29/07/2001

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL

DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL

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

Emitido no dia 18/03/2024 às 09:40:48 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

 CONSULTAR QSA

 VOLTAR

 IMPRIMIR

A RFB agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE
IBIPORÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE
FINANÇAS

Empresa ►► Fácil

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Número 185 / 1998

Nome Fantasia: LABORATORIO IBIPORA

Razão Social: LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS IBIPORÃ LTDA

CNPJ: 78.458.387/0001-11

Inscrição Municipal: 7104

Atividade Principal: 8640-2/02 - Laboratórios clínicos (Exerce no endereço)

Atividade(s) Secundária(s):

Município: Ibiporã **Endereço:** AVENIDA 19 DE DEZEMBRO, 510, , CENTRO

CEP: 86200000

Local e data: Ibiporã, quarta, 18 de março de 2020

Vencimento:

EDSON APARECIDO GOMES

Secretaria Municipal de Finanças

Observação

•

Observações

Expedido a Título Precario conforme Artigo 30 da Lei Municipal 2.172/2008. **A manutenção da validade do Alvará esta condicionada ao preenchimento dos requisitos elencados no artigo 14 do Decreto nº 158/18***** ALTO GRAU DE RISCO*** *****ALVARÁ EMITIDO CONFORME DETERMINA A LEGISLAÇÃO DE LIBERDADE ECONÔMICA*** (LEI 13.874/2019)*****

1 - Nos casos de alteração estais como: **mudanças de endereço, razão social, atividade econômica e quadro societário**, o contribuinte deverá comunicar o Departamento de Tributação e Fiscalização no prazo máximo de **30 (trinta) dias**.

2- Nos casos de **encerramento de atividade**, fica o contribuinte **obrigado** a comunicar o Departamento de Tributação e Fiscalização no prazo de máximo de **30 dias**, conforme Artigo 158 da Lei Municipal 2.247/2008.

IMPORTANTE: Mantenha em dia sua situação perante o fisco evitando assim multas, auditorias e fiscalização especial.

Código de Autenticidade: **20NCA7SD1I**

"EMITIDO PELO FUNCIONÁRIO FABIOLA FERRO SILVA"

Esse documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE
IBIPORÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA**



LICENÇA SANITÁRIA E DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

CNPJ: 78.458.387/0001-11

NÚMERO DA LICENÇA: **5842**

Razão Social: **LABORATORIO DE ANÁLISES CLINICAS IBIPORÃ LTDA.**

Endereço: Avenida Dezenove De Dezembro, N°510 – Centro.

Atividade Principal/CNAE: 86.40.02/02 Laboratórios Clínicos

Licenciado até: **28/11/2024**

OBSERVAÇÃO: Responsável Técnico Daiani Moreira Barbieri De Andrade CRBM-6 1806

SOLICITAR RENOVAÇÃO DA LICENÇA SANITÁRIA 90 DIAS ANTES DO VENCIMENTO

**VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE IBIPORÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
TEL: 3178-0301**

**CÓDIGO SANITÁRIO DO PARANÁ: LEI 13331/01, DEC 5711/02, ART 166 – “A LICENÇA
SANITÁRIA E A SUA AUTENTICAÇÃO DO DOCUMENTO DEVE SER AFIXADO EM LOCAL
VISÍVEL AO PÚBLICO.”**

Autoridade Sanitária: Daniella Regina B. da Silva Novi

Matricula:4395

Coordenador da Vigilância Sanitária: Daniella Regina B. da Silva Novi Matrícula: 4395



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE
TERRA BOA
DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO
E FISCALIZAÇÃO

Empresa ▶▶ **Fácil**

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Número: 60/2022

Nome Fantasia:

Razão Social: RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA

CNPJ: 46.406.338/0001-49

Inscrição Municipal: 13256

Atividade Principal (CNAE) 8630-5/99 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente (Não exerce no endereço)

Atividade(s) Secundária(s) (CNAE):

Município: Terra Boa **Endereço:** RUA SERRA DA MANTIQUEIRA, 62, SALA 02, ZONA 02

CEP: 87240000

Local e data: Terra Boa, segunda, 05 de fevereiro de 2024

CLAUDINEI DONIZETTE SGRINHOLLI

Departamento de Tributação e Fiscalização

Observação

NÃO EXERCE ATIVIDADE NO LOCAL / NÃO HA ATENDIMENTO AO PUBLICO NO LOCAL

Código de Autenticidade: 24UMCYOBVS

"EMITIDO PELO FUNCIONÁRIO VINICIUS DE ALMEIDA CARDOSO"

Esse documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial



MUNICIPIO DE IBIPORA
Estado do Paraná
DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO E FISCALIZAÇÃO

Certidão Negativa de Débitos N° 12561/2024

CERTIFICAMOS, conforme requerido por **LAB IBIPORA, CPF/CNPJ n° 78.458.387/0001-11**, para fins **LICITAÇÃO**, que **NÃO CONSTAM DÉBITOS** relativos a tributos municipais (impostos, taxas, contribuição de melhoria e dívida ativa dos cadastros Mobiliários, Imobiliários e Avulsos), até a presente data **em nome de LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS IBIPORA LTDA, CPF/CNPJ n° 78.458.387/0001-11**, situado(a) na cidade de Ibiporã - PR.

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

Observação:

CÓDIGO DE 855DA6FEE5DD3CEF2D58F77F1D8B7B83

A PRESENTE CERTIDÃO TERÁ VALIDADE ATÉ 20/09/2024

Ibiporã - PR, 6 de agosto de 2024

Emitido por: ELOTECH GESTÃO PÚBLICA LTDA

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

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 78.458.387/0001-11

Razão

Social:

LAB ANAL CLIN IBIPORA LTDA

Endereço:

AV 19 DE DEZEMBRO 510 / CENTRO / IBIPORA / PR / 86200-000

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: 31/07/2024 a 29/08/2024

Certificação Número: 2024073101330523384400

Informação obtida em 06/08/2024 14:45:34

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



MUNICIPIO DE IBIPORA
Estado do Paraná
DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO E FISCALIZAÇÃO

Certidão Negativa de Débitos N° 12561/2024

CERTIFICAMOS, conforme requerido por **LAB IBIPORA, CPF/CNPJ n° 78.458.387/0001-11**, para fins **LICITAÇÃO**, que **NÃO CONSTAM DÉBITOS** relativos a tributos municipais (impostos, taxas, contribuição de melhoria e dívida ativa dos cadastros Mobiliários, Imobiliários e Avulsos), até a presente data **em nome de LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS IBIPORA LTDA, CPF/CNPJ n° 78.458.387/0001-11**, situado(a) na cidade de Ibiporã - PR.

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

Observação:

CÓDIGO DE 855DA6FEE5DD3CEF2D58F77F1D8B7B83

A PRESENTE CERTIDÃO TERÁ VALIDADE ATÉ 20/09/2024

Ibiporã - PR, 6 de agosto de 2024

Emitido por: ELOTECH GESTÃO PÚBLICA LTDA



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

Certidão Negativa
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual
Nº 034218465-09

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **78.458.387/0001-11**

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 04/12/2024 - Fornecimento Gratuito

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

DÉCIMA NONA ALTERAÇÃO CONTRATUAL CONSOLIDADA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS IBIPORÃ LTDA
CNPJ: 78.458.387/0001-11
NIRE 41200581302

MATHEUS HENRIQUE INUYAMA DE LIMA, brasileiro, solteiro, empresário, residente e domiciliado na cidade de Assaí, estado do Paraná, à Rua Presidente Kennedy, 215, Centro, CEP: 86220-000. **inscrito na Cédula de Identidade RG nº 13.307.113-0 e CPF sob nº 111.633.929-36.**

Sócio Unipessoal da Sociedade Empresária Limitada **LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS IBIPORÃ LTDA** com sede e foro na Rua Dezenove de Dezembro, nº 510, Centro, Ibiporã, Estado do Paraná, CEP: 86.200-000, inscrita no **CNPJ sob nº 78.458.387/0001-11**, com seu contrato social registrado na Junta Comercial do Estado do Paraná sob nº **41200581302**; resolve alterar o presente instrumento conforme as seguintes cláusulas;

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA ABERTURA DE FILIAL: Fica criada a filial da Sociedade Unipessoal Limitada, que será estabelecida na Avenida Paraná, nº 441, sala 01, Centro, Goioerê – PR, CEP: 87360-000, com os mesmos objetivos da Matriz, para o qual se destaca o Capital Social de R\$ 5.000,00.

CLÁUSULA SEGUNDA: Permanecem inalteradas e em pleno vigor as demais disposições do Contrato Social e alterações posteriores que não colidirem com o disposto no presente instrumento.

CLÁUSULA TERCEIRA: Para tanto, passa a transcrever, na íntegra, seu CONTRATO SOCIAL da referida empresa, com o teor seguinte:

CONTRATO SOCIAL CONSOLIDADO
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS IBIPORÃ LTDA
CNPJ: 78.458.387/0001-11
NIRE 41200581302

MATHEUS HENRIQUE INUYAMA DE LIMA, brasileiro, solteiro, empresário, residente e domiciliado na cidade de Assaí, estado do Paraná, à Rua Presidente Kennedy, 215, Centro, CEP: 86220-000. **inscrito na Cédula de Identidade RG nº 13.307.113-0 e CPF sob nº 111.633.929-36,**

Sócio Unipessoal da Sociedade Empresária Limitada **LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS IBIPORÃ LTDA** com sede e foro na Rua Dezenove de Dezembro, nº 510, Centro, Ibiporã, Estado do Paraná, CEP: 86.200-000, inscrita no **CNPJ sob nº 78.458.387/0001-11**, com seu contrato social registrado na Junta Comercial do Estado do Paraná sob nº **41200581302**, resolve consolidar o presente instrumento que passa a ter a seguinte redação:





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: LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS IBIPORA LTDA
CNPJ: 78.458.387/0001-11

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 16:05:13 do dia 19/03/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 15/09/2024.

Código de controle da certidão: **8528.B86C.5178.6EEB**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS IBIPORA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 78.458.387/0001-11

Certidão nº: 15028509/2024

Expedição: 05/03/2024, às 11:22:23

Validade: 01/09/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS IBIPORA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **78.458.387/0001-11**, **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.

DÉCIMA NONA ALTERAÇÃO CONTRATUAL CONSOLIDADA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS IBIPORÃ LTDA
CNPJ: 78.458.387/0001-11
NIRE 41200581302

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA DENOMINAÇÃO: A sociedade, constituída sob a forma de sociedade limitada unipessoal, possui o nome empresarial de **LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS IBIPORÃ LTDA**.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA SEDE: A sociedade limitada unipessoal tem sua sede na Rua Dezenove de Dezembro, nº 510, Centro, Ibiporã, Estado do Paraná, CEP: 86.200-000.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO OBJETO SOCIAL: A sociedade limitada unipessoal terá por objeto social **LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**.

CLAUSULA QUARTA – DAS FILIAIS: Filial constituída da Sociedade Limitada Unipessoal, estabelecida à Rua Gavião Preto, nº 587, Jardim Petrópolis, Arapongas – PR, CEP: 86.709-160, com os mesmos objetivos da matriz, para o qual se destaca o capital social de R\$5.000,00.

CLAUSULA QUINTA – DAS FILIAIS: Filial constituída da Sociedade Limitada Unipessoal, estabelecida à Rua Neo Alves Martins, nº 3377, Loja 02, Sala 17, Zona 01, Maringá – PR, CEP: 87.013-915, com os mesmos objetivos da matriz, para a qual se destaca o Capital Social de R\$5.000,00.

CLAUSULA SEXTA – DAS FILIAIS: Filial constituída da Sociedade Limitada Unipessoal, estabelecida à Rua Barão do Rio Branco, nº 248, Novo Barro Preto, Ventania – PR, CEP: 84345-000, com os mesmos objetivos da Matriz, para o qual se destaca o Capital Social de R\$ 5.000,00

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS FILIAIS: Filial constituída da Sociedade Limitada Unipessoal, estabelecida na Avenida Paraná, nº 441, sala 01, Centro, Goioerê – PR, CEP: 87360-000, com os mesmos objetivos da Matriz, para o qual se destaca o Capital Social de R\$ 5.000,00

CLÁUSULA OITAVA – DO INÍCIO DE ATIVIDADE E PRAZO DE DURAÇÃO: A sociedade teve início em 24/08/1984 e tem prazo de duração indeterminado.

CLÁUSULA NONA – DO CAPITAL SOCIAL: O Capital Social na importância de **R\$ 100.000,00** (cem mil reais), dividido em **100** (cem) quotas de **R\$ 1.000,00** (mil reais), cada uma, totalmente subscritas e integralizadas pelo sócio único, em moeda corrente do país, fica assim distribuído:

SÓCIO	Percentual (%)	Quotas	Valor
MATHEUS HENRIQUE INUYAMA DE LIMA	100	100	100.000,00
TOTAL	100	100	100.000,00

DÉCIMA NONA ALTERAÇÃO CONTRATUAL CONSOLIDADA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS IBIPORÃ LTDA
CNPJ: 78.458.387/0001-11
NIRE 41200581302

Parágrafo Primeiro – A responsabilidade do sócio único é restrita ao valor de suas quotas, não havendo responsabilidade solidária pelas obrigações sociais, respondendo, no entanto, pela integralização do capital social.

Parágrafo Segundo – Sobre as quotas acima, pesa a cláusula restritiva de incomunicabilidade e impenhorabilidade.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA ADMINISTRAÇÃO: A administração da sociedade limitada unipessoal caberá ao sócio único, **MATHEUS HENRIQUE INUYAMA DE LIMA**, qualificado no preâmbulo deste instrumento, para o que está dispensado da prestação de caução.

Parágrafo Primeiro – Ao administrador da sociedade limitada unipessoal compete o uso da firma e a representação da sociedade, podendo para tanto realizar individualmente todos os atos necessários ou convenientes para gerenciar, dirigir e orientar os negócios da sociedade e os assuntos relacionados à mesma, podendo abrir, encerrar e movimentar contas bancárias, assumir obrigações, assinar e celebrar contratos, firmar compromissos profissionais de âmbito nacional ou internacional, confessar dívidas, fazer acordos, transigir, renunciar, desistir, adquirir, alienar e onerar bens imóveis, representar a sociedade perante terceiros, no Brasil ou no exterior e perante repartições públicas federais, estaduais, e municipais, autarquias, sociedades de economia mista, estabelecimentos bancários, instituições financeiras, caixas econômicas, e respectivas agências, filiais, sucursais ou correspondentes, bem como para representar a sociedade ativa e passivamente, em juízo e fora dele, bem como para representar a sociedade ativa e passivamente, em juízo e fora dele, podendo ainda, constituir mandatários e outorgar procurações com poderes específicos.

Parágrafo Segundo – Faculta-se sócio único administrador, nos limites de seus poderes, constituir procuradores em nome da sociedade, devendo ser especificados no instrumento de mandato, os atos e operações que poderão praticar e a duração do mandato, que, no caso de mandato judicial, poderá ser por prazo indeterminado.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA REMUNERAÇÃO: O sócio único administrador, poderá fixar uma retirada mensal, a título de "pró-labore", observadas as disposições regulamentares pertinentes.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO DESIMPEDIMENTO: O sócio único administrador declara sob as penas da lei, não estar incurso em nenhum dos crimes previstos em lei que o impeça de exercer a administração da sociedade em virtude de condenação criminal, nem está sendo processado nem condenado em crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra o sistema financeiro nacional, contra as normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo e a fé pública ou a propriedade.



DÉCIMA NONA ALTERAÇÃO CONTRATUAL CONSOLIDADA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS IBIPORÃ LTDA
CNPJ: 78.458.387/0001-11
NIRE 41200581302

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: Esta sociedade poderá a qualquer tempo, abrir e encerrar filiais, agências e escritórios, em qualquer parte do território nacional ou no exterior mediante alteração contratual assinada por todos os sócios.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO EXERCÍCIO SOCIAL E BALANÇO PATRIMONIAL:

Ao término de cada exercício social, em 31 de dezembro, será procedido à elaboração do inventário, do balanço patrimonial e do balanço de resultado econômico, cabendo sócio único, os lucros ou perdas apuradas.

Parágrafo Único – Fica a sociedade limitada unipessoal autorizada a levantar balanços ou balancetes intermediários em qualquer período do ano calendário, observadas as disposições legais, podendo inclusive, distribuir os resultados se houver e se for de interesse do titular, inclusive a obrigação da reposição dos lucros, se os mesmos forem distribuídos com prejuízo do capital.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – RESOLUÇÃO DAS QUOTAS DO SÓCIO ÚNICO EM RELAÇÃO À SOCIEDADE:

Falecendo ou interditado o sócio único da sociedade, a empresa continuará suas atividades com os herdeiros, sucessores e/ou sucessores do incapaz. Não sendo possível ou inexistindo interesse destes, o valor de seus haveres será apurado liquidado com base na situação patrimonial da empresa, à data da resolução, verificada em balanço especialmente levantado para esse fim.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA DISSOLUÇÃO E LIQUIDAÇÃO DA SOCIEDADE:

A Sociedade poderá ser dissolvida por iniciativa do sócio único, que, nessa hipótese, realizará diretamente a liquidação ou indicará um liquidante, ditando-lhe a forma de liquidação. Solvidas as dívidas e extintas as obrigações da sociedade, o patrimônio remanescente será integralmente incorporado ao patrimônio do titular.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO FORO: Fica eleito o foro desta Comarca para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes do presente deste contrato, com exclusão de qualquer outro, seja qual for ou vier a ser o futuro domicílio do titular.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DO ENQUADRAMENTO E FORMA DE ATUAÇÃO:

O empresário declara que a atividade se enquadra em 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 123/2006) exercendo suas atividades desenvolvidas fora do estabelecimento.

DÉCIMA NONA ALTERAÇÃO CONTRATUAL CONSOLIDADA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS IBIPORÃ LTDA
CNPJ: 78.458.387/0001-11
NIRE 41200581302

E por estar assim justo e contratado, assinam o presente instrumento particular em uma via de igual teor.

Ibiporã, 05 de Setembro de 2023.



MATHEUS HENRIQUE INUYAMA DE LIMA



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS IBIPORÃ LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
11163392936	MATHEUS HENRIQUE INUYAMA DE LIMA



CERTIFICO O REGISTRO EM 18/09/2023 08:36 SOB Nº 41902145375.
PROTOCOLO: 236352431 DE 08/09/2023.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12313620533. CNPJ DA SEDE: 78458387000111.
NIRE: 41200581302. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 05/09/2023.
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS IBIPORÃ LTDA

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

RG: 13.307.113-0

 POLÍCIA DEBETTO



Matheus H. I. de Lima
ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 13.307.113-0 DATA DE EXPEDIÇÃO: 19/01/2018

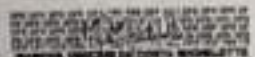
NOME: MATHEUS HENRIQUE INUYAMA DE LIMA

FILIAÇÃO: FERNANDO CORREA DE LIMA
CAMILA INUYAMA DE LIMA

NACIONALIDADE: LOMBRIANA DATA DE NASCIMENTO: 02/04/1996

DOC. ORIGEM: COMARCA-ASSAÍ/PR, DA SEDE
C.NASC=18284, LIVRO=35A, FOLHA=43

CURTIS/PR



IMPRESSO EM PAPEL E PROTEÇÃO PLÁSTICA

ASSINATURA DO DIRETOR

LE Nº 1.118 DE 20/09/03

CÓDIGO DE CONTROLE
D65D.DC73.8200.8437

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

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:55:21 do dia 16/12/2013 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 00



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
111.633.929-36

Nome
MATHEUS HENRIQUE INUYAMA DE LIMA

Nascimento
02/06/1999

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CONTRATO Nº 002/2023/SCMMA DE LOCAÇÃO DE ESPAÇO FÍSICO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS QUE ENTRE SI CELEBRAM A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA MARIA ANTONIETA E A EMPRESA LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS IBIPORÃ LTDA, NA FORMA ABAIXO:

A **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA MARIA ANTONIETA**, associação privada, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 75.887.471/0001-62, com sede na Av. Paraná, nº 441, Bairro Santa Casa, CEP 87.300-000, Goioerê, Estado do Paraná, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representado(a) pelo interventor municipal Tiago Faquineti de Aragão, brasileiro, solteiro, servidor público, residente e domiciliado na Rua Pinus, nº 330, Jardim Canadá, Goioerê, Paraná, inscrito no CPF/MF sob o nº 072.220.559-75 e RG nº 10.834.804-6 SSP-PR e a **LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS IBIPORÃ LTDA**, entidade privada, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 78.458.387/0001-11, com sede na Rua 19 de Dezembro, 510, Centro, CEP 86200-000, Ibiporã, Paraná, aqui denominada **CONTRATADA**, neste ato representada por Matheus Henrique Inuyama de Lima, brasileiro, solteiro, residente e domiciliado na Rua Brasil, 324, Centro, Assaí, Paraná, inscrito no CPF/MF No. 111.633.929-36, RG Nº. 13.307.113-0 SSP-PR, resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE LOCAÇÃO DE ESPAÇO FÍSICO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PARA A REALIZAÇÃO DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS**, de acordo com as normativas previstas na legislação vigente para atendimento das necessidades do Hospital Santa Casa de Misericórdia Maria Antonieta.

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO DO CONTRATO

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O presente instrumento tem por objeto a **LOCAÇÃO DE ESPAÇO FÍSICO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PARA A REALIZAÇÃO DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS**, que constam na lista denominada de **ANEXO I – LISTA DE EXAMES E TABELA DE PREÇO SIGTAP - EXAMES BÁSICOS** e **ANEXO II - LISTA DE EXAMES E TABELA DE PREÇO – NÃO SUS**, parte integrante do presente contrato, bem como outros exames não relacionados que porventura surgirem conforme a necessidade, de acordo com as normativas previstas na legislação vigente para atendimento das necessidades do Hospital Santa Casa de Misericórdia Maria Antonieta.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Os serviços de exames de análises clínicas laboratoriais objeto deste contrato, abrangem as fases pré-analítica, analítica e pós-analítica, com emissão de resultados e encaminhamento aos interessados.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Os serviços objeto deste contrato deverá ser realizado nas instalações do Hospital Santa Casa de Misericórdia Maria Antonieta, nas seguintes condições:

I - O espaço físico objeto que também constitui este contrato constitui-se três espaços localizados na Avenida Paraná, nº 441, bairro Santa Casa, Goioerê, Estado do Paraná, nas dependências do Hospital Santa Casa de Misericórdia Maria Antonieta.

II - A área aproximada da locação é de 60m², compreendendo área de recepção e atendimento, área de coleta e duas áreas internas de laboratório.

III - A CONTRATADA deverá a partir do terceiro mês de contrato, a contar a partir da assinatura, realizar o pagamento a CONTRATANTE do valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais) mensais referente à locação do espaço físico onde a mesma estará instalada.

IV - O pagamento dos aluguéis será feito para a CONTRATANTE, até o 20º dia de cada mês.

V - A CONTRATADA deverá e se responsabilizará por todas as adequações e instalações físicas, estruturais, a disponibilização de mobiliários e equipamentos necessários para a execução do objeto deste contrato, não cabendo a CONTRATANTE nenhum ônus relacionado as adequações e instalações, bem como a disponibilização de mobiliário e equipamentos.

VI - As adequações e instalações deverão estar dentro dos padrões técnicos, científicos e sanitários exigidos pela legislação vigente.

VII - A CONTRATADA poderá realizar benfeitorias e modificações no imóvel, desde que com prévia anuência, por escrito, da CONTRATANTE, não lhe cabendo nenhuma indenização ou retenção em função das mesmas.

VIII - Despesas com água, energia elétrica, telefone, ou outras ligadas ao imóvel área da locação serão por conta da CONTRATADA.

IX - A CONTRATADA se obriga durante o período em que permanecer no imóvel, a zelar pela perfeita conservação e limpeza do mesmo, efetuando reparos necessários e arcando com os custos decorrentes destes, não cabendo ônus a CONTRATANTE.

X - A locação objeto deste contrato destina-se a ocupação de estabelecimento de prestação de serviços de exames laboratoriais de análises clínicas, sendo vedada qualquer alteração desta destinação.

XI - Não é permitido a CONTRATADA emprestar, ceder, sublocar o imóvel sem prévia e expressa autorização da CONTRATANTE.

PARÁGRAFO QUARTO - Os serviços de exames laboratoriais de análises clínicas objeto deste contrato deverá ser executado por profissionais habilitados, podem ser estes: farmacêuticos-bioquímicos e/ou bioquímicos e/ou biomédicos, técnicos em análises clínicas e oficiais de coleta, sendo estes pertencentes ao quadro próprio de pessoal da CONTRATADA, não cabendo a CONTRATANTE a disponibilização de profissionais para a execução de qualquer fase dos serviços.

I – A CONTRATADA deverá assumir toda a responsabilidade pela contratação, manutenção e desligamento dos profissionais, não cabendo a CONTRATANTE nenhuma responsabilidade sob os mesmos.

II – Os profissionais deverão ser em número suficiente e adequado para a execução dos serviços contratados.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA

PARÁGRAFO PRIMEIRO -O período de vigência do presente Contrato será de **36 (trinta e seis) meses**, contados a partir da assinatura do presente instrumento, podendo ser prorrogado por 12 (doze) meses a partir dessa data, por igual e sucessivos períodos, caso haja interesse e conveniência da CONTRATANTE, expressamente demonstrados, com a anuência da CONTRATADA.

PARÁGRAFO SEGUNDO -As partes podem rescindir o presente termo sem qualquer aplicação de multa ou sanções, desde que informado formalmente com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias e estejam de comum acordo.

I – A informação da rescisão deverá ser encaminhada via correios e/ou e-mail, devendo ambas as partes confirmar o recebimento.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Rescindido o presente instrumento, por qualquer que seja o motivo, a CONTRATADA obriga-se a, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da assinatura da rescisão, devolver o espaço cedido pela CONTRATANTE totalmente livre de objetos, mobiliários, equipamentos e pessoas.

I – Cabe a CONTRATADA realizar as adequações necessária do espaço para a devolução, devendo o mesmo estar nas mesmas condições do momento da locação.

II – Os ônus das adequações para a devolução do espaço locado nas mesmas condições do momento da locação cabe a CONTRATADA, não cabendo a CONTRATANTE qualquer dispêndio de ordem financeira ou de pessoal.

III – O imóvel deve ser devolvido a CONTRATANTE, pintado e sem marcas de perfurações nas paredes e pisos.

CLÁUSULA TERCEIRA - CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A CONTRATADA deverá disponibilizar para a CONTRATANTE um Manual Técnico contendo as instruções, normas e fluxos para a coleta e envio do material.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Todo os exames relacionados no ANEXO I – LISTA DE EXAMES E TABELA DE PREÇO SIGTAP - EXAMES BÁSICOS e ANEXO II - LISTA DE EXAMES E TABELA DE PREÇO – NÃO SUS, deverão ser fornecidos pela CONTRATADA.

PARÁGRAFO TERCEIRO – Os serviços objeto deste contrato deverá iniciar as 07h00 e encerrará as 18h00, de segunda-feira a sexta-feira.

I – Atendimentos das 18h00 às 07h00, aos finais de semana (sábado e domingo), recessos e feriados a CONTRATADA funcionará em regime de plantão a distância para atendimento de urgência e emergência. O qual passará a ser incluído como fixo assim que demanda de exames do Hospital Santa Casa de Misericórdia Maria Antonieta forem aumentando, em conjunto com futuras contratualizações, bem como a vinculação a planos de saúde e convênios.

II – A coleta dos exames de urgência e emergência (incluindo P.A. e UTI) coletados s 07h00, devem ter seus resultados liberados até as 10h00. Para as coletas das 13h00 os resultados deverão ser liberados até as 16h30.

PARÁGRAFO ÚNICO – Para o atendimento das 18h00 às 07h00, aos finais de semana (sábado e domingo), recessos e feriados que são cobertos pelos plantões a distância para atendimento de urgência e emergência não acarretarão custos extras a CONTRATANTE.

PARÁGRAFO QUARTO -Para a execução dos serviços a CONTRATADA se responsabilizará pelas condições técnicas, pela aquisição e utilização materiais, equipamentos e reagentes de qualidade, equipamentos de proteção individual para os funcionários da coleta, bem como se utilizar de métodos compatíveis aos padrões de qualidades, obedecendo legislações vigentes.

PARÁGRAFO QUINTO - A coleta das amostras biológicas ficará sob a responsabilidade da CONTRATADA.

I –A CONTRATADA poderá em caso de necessidade ministrar treinamento aos funcionários da CONTRATANTE para a realização de coleta de exames em pacientes internados.

II – A realização da coleta de amostras biológicas pela CONTRATANTE só ocorrerá em situações nas quais houver a necessidade e o comum acordo entre as partes, bem como somente ocorrerá por profissionais com qualificação profissional e formação em conformidade com a legislação vigente.

PARÁGRAFO ÚNICO – A responsabilização pela correta coleta de amostras biológicas por parte da CONTRATANTE, caberá a CONTRATADA, não devendo ser repassado a CONTRATANTE os ônus de recoletas ou reexames.

PARÁGRAFO SEXTO – A coleta e a realização dos exames laboratoriais serão executadas pela CONTRATADA mediante autorização por meio de requisição assinada e carimbada ou solicitação via Sistema de Informação adequado por parte da CONTRATANTE.

PARÁGRAFO SÉTIMO - Os resultados serão disponibilizados por meio eletrônico e fica sob responsabilidade da CONTRATADA.

I – O acesso aos resultados ocorrerá por meio de login e senha pessoal, observando sempre o sigilo profissional. Deverá ser disponibilizado um login e senha de acordo com

cada setor (clínica médica, Pronto Atendimento, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Maternidade, Pediatria, Médicos, bem como para Gerência Geral de Enfermagem e Coordenadores dos setores, Acesso a outros funcionários poderão ser solicitados e deverão passar por anuência da Gerência Geral de Enfermagem.

II – Quando necessário, a CONTRATANTE deverá prestar assistência aos médicos e enfermeiros da CONTRATANTE sobre o acesso e possíveis dúvidas a serem dirimidas e que envolvam os resultados, métodos e procedimentos adotados para a execução do objeto deste contrato.

PARÁGRAFO OITAVO - Fica expressamente pactuado que não se estabelece, por força deste contrato, qualquer relação de emprego entre a **CONTRATANTE** e os funcionários da **CONTRATADA**, que é empresa civil, regularmente constituída, exonerando a **CONTRATANTE** de quaisquer responsabilidades que lhe venham a ser imputadas, decorrente do presente contrato.

CLÁUSULA QUARTA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Além de outras obrigações expressamente previstas neste Instrumento e no ANEXO I – LISTA DE EXAMES E TABELA DE PREÇO SIGTAP - EXAMES BÁSICOS e ANEXO II - LISTA DE EXAMES E TABELA DE PREÇO – NÃO SUS, que o integra, obriga-se a CONTRATADA a:

I - Fornecer profissionais qualificados para a execução dos serviços de acordo com a legislação vigente, bem como disponibilizar outros para a cobertura ou substituição dos mesmos, na hipótese de impedimento daqueles.

II - Obedecer às normas sanitárias, de segurança e de higiene do trabalho e aos regulamentos internos do Hospital Santa Casa de Misericórdia Maria Antonieta, inclusive para que a prestação dos serviços ora contratados não interfira na rotina de trabalho existente dentro da dependência da Unidade de Saúde, quando for o caso, bem como aquelas específicas relacionadas ao advento da Covid-19.

III - Cumprir obrigações decorrentes de portarias dos órgãos fiscalizadores, higiene e manutenção preventiva, corretiva e calibração de equipamentos e utensílios usados na prestação dos serviços objeto deste contrato, bem como a escolha e a cautela exigida aos procedimentos a serem adotados.

IV - Manter em seus quadros profissionais legalmente habilitados e compatíveis com as normas éticas emanadas pelos órgãos competentes, além de, quando aplicável, se responsabilizar, por intermédio de seu responsável técnico, pela atividade prevista na forma deste contrato.

V - Prestar os serviços contratados de acordo com as normas gerais editadas pelo Ministério da Saúde, Conselhos de Classe, bem como observar as normas, rotinas, protocolos clínicos e toda a exigência referente aos processos e fluxos do Hospital Santa Casa de Misericórdia Maria Antonieta.

VI - Fazer com que seus contratados, empregados, subcontratados e prepostos usem uniforme adequado e estejam identificados com crachá no desenvolvimento de suas atividades.

VII - Executar os serviços ora contratados com zelo e eficiência, bem como de acordo com os padrões e recomendações que regem às boas práticas laboratoriais.

VIII - Estar regularizada perante o Conselho de Classe correspondente à sua atividade profissional, bem como com a anuidade devidamente quitada (inclusive dos profissionais alocados na prestação dos serviços).

IX - A CONTRATADA deverá possuir todos os registros, alvarás e/ou licenças necessárias para execução dos serviços contratados.

X - Trabalhar em harmonia com os demais prestadores de serviços e com todo o quadro funcional do Hospital Santa Casa de Misericórdia Maria Antonieta.

XI - Cumprir o recolhimento de todos os encargos trabalhistas, previdenciários e securitários de acordo com as leis vigentes, referentes aos seus contratados, empregados, subcontratados e/ou prepostos alocados na execução dos serviços objeto deste contrato.

XII - Cumprir o recolhimento de todos os impostos, taxas e contribuições concernentes à execução dos serviços objeto deste contrato, bem como aos próprios serviços em si.

XIII - Fiscalizar e fazer com que os profissionais que irão executar os serviços utilizem, quando aplicável, os equipamentos de proteção individual, nos termos da legislação vigente pertinente.

a) Fica a cargo da CONTRATADA o fornecimento de uniformes e equipamentos de proteção individual a todos os seus funcionários, não cabendo a CONTRATANTE este ônus.

XIV - Responsabilizar por destinar de forma adequada e nos termos da legislação vigente os resíduos de saúde oriundos da execução do objeto, não cabendo a CONTRATANTE o ônus da destinação adequada.

CLÁUSULA QUINTA - OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Além de outras obrigações expressamente previstas neste Instrumento Contratual, obriga-se ao Hospital Santa Casa de Misericórdia Maria Antonieta:

I - Efetuar o pagamento das notas fiscais/faturas apresentadas, observando os prazos e condições aqui estabelecidos.

II - Comunicar por escrito e em tempo hábil à CONTRATADA, a ocorrência de fato impeditivo, suspensivo, extintivo ou modificativo à execução dos serviços.

III - Realizar o planejamento e programação de preparo dos pacientes para realização dos procedimentos, quando aplicável.

IV - Assegurar aos contratados, empregados, subcontratados e prepostos da CONTRATADA o acesso às informações, materiais e locais necessários para prestação dos serviços contratados.

V - A CONTRATANTE não poderá contratar os serviços de outras empresas ou manter atividades profissionais próprias, equivalentes à desenvolvida pela CONTRATADA, estabelecendo com esta, exclusividade em função do presente contrato no período vigente.

a) A exceção se dará quando não ocorre a oferta do exame clínico laboratorial por parte da CONTRATADA, prevalecendo a necessidade da CONTRATANTE.

VI - A CONTRATADA poderá prestar serviços a quem quer que seja e desenvolver atividades profissionais próprias, desde que não comprometa a qualidade dos serviços prestados à CONTRATANTE.

a) A prestação de serviços próprios poderá ser executada sob condições específicas, e por acordo próprio e separado do objeto deste contrato.

CLÁUSULA SEXTA - PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Pelos serviços que forem prestados pela CONTRATADA a CONTRATANTE fará o repasse nas seguintes condições:

I - Para a execução dos serviços objeto deste contrato considerando aqui a prestação de serviços de segunda-feira a sexta-feira das 07h00 as 18h00 e das 18h00 as 07h00, sábados, domingos, recessos e feriados, para atender a demanda do Sistema Único de Saúde (SUS), o valor dos serviços constantes no ANEXO I - Lista de Exames e Tabelas de Preços, obedecerá a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS (SIGTAP).

II - Para exames na qual não houver o parâmetro na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS (SIGTAP) (ANEXO II - Lista de Exames e Tabela de Preços - Não SUS), deverá ser utilizado o valor de referência do Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Região de Campo Mourão (CISCOMCAM), seguido de outros consórcios intermunicipais de saúde, Tabelas referenciais a nível Estadual ou Federal, bem como valores obtidos por meio de média ou mediana de cotações em laboratórios.

III - Para pacientes sob responsabilidade de PLANOS DE SAÚDE, os valores a serem pagos para a CONTRATADA obedecerá a tabela atualizada de cada operadora. Para exames que não constarem nestas tabelas, os valores serão acordados previamente entre as PARTES.

IV - Para pacientes PARTICULARES, a CONTRATANTE pagará os valores de acordo com a tabela do ANEXO I - LISTA DE EXAMES E TABELA DE PREÇO SIGTAP - EXAMES BÁSICOS e ANEXO II - LISTA DE EXAMES E TABELA DE PREÇO - NÃO SUS. Exames não relacionados que porventura surgirem, os valores serão acordados previamente entre as PARTES.

V - O relatório mensal de atividades deverá ser enviado digitalizado ao Hospital Santa Casa de Misericórdia Maria Antonieta até o 10º (décimo) dia posterior à finalização da execução dos serviços para conferência e auditoria.

VI - Após a conferência e auditoria do relatório mensal de atividades pela Santa Casa de Misericórdia de Goioerê, que deverá ocorrer em até 05 (cinco) dias úteis a contar da data de recebimento, a CONTRATADA deverá entregar para o Hospital Santa Casa de Misericórdia Maria Antonieta o relatório mensal das atividades por meio físico e a respectiva nota fiscal.

VII - O pagamento pelos serviços prestados será efetivado até o 20º (vigésimo) dia do mês, considerando o prazo de envio do relatório, conferência, auditoria e o envio da Nota Fiscal e relatório físico, mediante depósito bancário indicado pela CONTRATADA.

VIII - Todos os pagamentos à CONTRATADA serão realizados por meios eletrônicos para a conta bancária especificada abaixo, ou a qualquer outra conta de sua titularidade que venha a ser posteriormente informada por escrito, servindo o comprovante de transferência bancária como recibo de pagamento:

Nome do laboratório CNPJ: 78.458.387/0001-11 BANCO: CAIXA ECONÔMICA AGÊNCIA: 1127 C/C: 2146-4

IX - O preço previsto nesta cláusula será reajustado, conforme o reajuste aplicado a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais – OPM do SUS (SIGTAP), a cada período de 12 meses se assim ocorrer.

X - O atraso no pagamento de quaisquer das mensalidades por um prazo superior a 60 (sessenta) dias ensejara à CONTRATADA o direito de suspender a realização dos exames laboratoriais até a data da efetiva quitação.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A CONTRATADA se obriga, por si, seus diretores, empregados ou pessoal contratado, a manter o mais completo e absoluto sigilo em relação a toda e qualquer informação relacionada às atividades da CONTRATANTE, das quais venha a ter conhecimento ou acesso em razão do cumprimento do contrato, não podendo, sob qualquer pretexto, utilizá-las para si, divulgar, revelar ou reproduzir.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Aplica-se a este contrato os princípios da LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados – Lei nº 13.709/2018).

CLÁUSULA OITAVA – DA FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Cabe a CONTRATANTE realizar a fiscalização dos serviços executados pela CONTRATADA por meio de sua Auditoria.

CLÁUSULA NONA – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

PARÁGRAFO PRIMEIRO – São passíveis de sanções administrativas:

I – Inexecução total ou parcial de qualquer das obrigações assumidas em decorrência desta contratação.

II – Falhar ou fraudar a execução do contrato.

III – Cometer fraude fiscal.

IV – Apresentar documentação falsa.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Poderão ser aplicadas as seguintes sanções:

I – Advertência por faltas leves, ou seja, aquelas que não acarretam em prejuízos significativos a CONTRATANTE.

II – Multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre a proporção inadimplida do contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO

PARÁGRAFO PRIMEIRO -Fica eleito o foro da Comarca de Goioerê, Estado do Paraná para dirimir quaisquer dúvidas ou questões decorrentes do presente Contrato. E, por estarem justas e contratadas, as partes firmam o presente termo contratual, por si e seus sucessores, em 03 (três) vias iguais, para todos os fins de direito, na presença de duas testemunhas.

Goioerê, PR, 03 de Novembro de 2023

gov.br
Documento assinado digitalmente
TÍAGO FAQUINI DE ARAÚJO
Data: 09/11/2023 07:43:21-0100
Verificar em <https://validar.dfu.gov.br>

**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
MARIA ANTONIETA**
CNPJ Nº 75.887.471/0001-62
Contratante

Assinado de forma digital
por LABORATORIO DE
ANALISES CLINICAS
IBIPORA
LTDA:78458387000111
Data: 2023.11.07 10:44:10
+03'00'

**LABORATÓRIO DE ANÁLISES
CLÍNICAS IBIPORÃ LTDA**
CNPJ Nº 78.458.387/0001-11
Contratada

Testemunhas

Nome: _____
RG nº _____

Nome: _____
RG nº _____

ANEXO 1

LISTA DE EXAMES E TABELA DE PREÇO SIGTAP - EXAMES BÁSICOS

ÁREAS	EXAME	CÓDIGO	VALOR TABELA SIGTAP (R\$)
BIOQUÍMICA	GLICOSE	02.02.01.047-3	1,85
	URÉIA	02.02.01.069-4	1,85
	CREATININA	02.02.01.031-7	1,85
	ÁCIDO ÚRICO	02.02.01.012-0	1,85
	SÓDIO	02.02.01.063-5	1,85
	POTÁSSIO	02.02.01.060-0	1,85
	CLORO	02.02.01.026-0	1,85
	LÍTIO	02.02.07.025-5	2,25
	CÁLCIO	02.02.01.021-0	1,85
	CÁLCIO IÔNICO	02.02.01.022-8	3,51
	FÓSFORO	02.02.01.043-0	1,85
	MAGNÉSIO	02.02.01.056-2	2,01
	FOSFATASE ALCALINA	02.02.01.042-2	2,01
	COLESTEROL TOTAL	02.02.01.029-5	1,85
	COLESTEROL HDL	02.02.01.027-9	3,51
	COLESTEROL LDL	02.02.01.028-7	3,51
	TRIGLICÉRÍDEO	02.02.01.067-8	3,51
	TRANSFERRINA	02.02.01.066-0	4,12
	FERRO	02.02.01.039-2	3,51
	CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	02.02.01.002-3	2,01
	PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	02.02.01.062-7	1,85
	AMILASE	02.02.01.018-0	2,25
	LIPASE	02.02.01.055-4	2,25
	DESIDROGENASE LÁTICA (LDH)	02.02.01.036-6	3,68
	CPK	02.02.01.032-5	3,68
	CKMB	02.02.01.033-3	4,12
	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE	02.02.01.046-5	3,51
	AST/TGO	02.02.01.054-3	2,01
	ALT/TGP	02.02.01.065-1	2,01
	BIURRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	02.02.01.020-1	2,01

HEMATOLOGIA	PROTEÍNA C REATIVA (QUANTITATIVA)	02.02.03.008-3	9,25
	HEMOGLOBINA GLICADA	02.02.01.050-3	7,86
	ELETOFORESE DE PROTEÍNA	02.02.01.072-4	4,42
	ELETOFORESE DE HEMOGLOBINA	02.02.02.035-5	5,41
	HEMOGRAMA COM PLAQUETA	02.02.02.038-0	4,11
	RETICULÓCITO	02.02.02.003-7	2,73
	VHS	02.02.02.015-0	2,73
	TP/TAP	02.02.02.014-2	2,73
	TPP ₉₀ /KPTT	02.02.02.013-4	5,77
	FIBRINOGENIO	02.02.02.029-0	4,60
	GRUPO ABO	02.02.12.002-3	1,37
	FATOR RH (D FRACO)	02.02.12.008-2	1,37
	COOMBS DIRETO	02.02.02.054-1	2,73
	COOMBS INDIRETO	02.02.12.009-0	2,73
	TROPONINA	02.02.03.120-9	9,00
	PRO-BNP	02.02.01.079-1	27,00
	FERRITINA	02.02.01.038-4	15,59
	FOLATO	02.02.01.040-6	15,65
	VITAMINA B12	02.02.01.070-8	15,24
IMUNOLOGIA	VITAMINA D	02.02.01.076-7	15,24
	Anti-TPO	02.02.03.055-5	17,16
	ANTI-TIREOGLOBULINA	02.02.03.062-8	17,16
	FATOR REUMATÓIDE	02.02.03.007-5	2,83
	FATOR ANTINÚCLEO (FAN)	02.02.03.059-8	17,16
	ANTI-ESTREPTOLISINA O (ASLO)	02.02.03.047-4	2,83
	TOXOPLASMOSE IGG	02.02.03.076-8	16,97
	TOXOPLASMOSE IGM	02.02.03.087-3	18,55
	CITOMEGALOVIRUS IGG	02.02.03.074-1	11,00
	CITOMEGALOVIRUS IGM	02.02.03.085-7	11,61
	RUBÉOLA IGG	02.02.03.081-4	17,16
	RUBÉOLA IGM	02.02.03.092-0	17,16
	SIFILIS (VDRL)	02.02.03.111-0	2,83
	SIFILIS CONFIRMATÓRIO FTA-ABS (IGG OU TOTAL)	02.02.03.112-8	10,00

	SÍFILIS CONFIRMATÓRIO FTA-ABS (IGM OU TOTAL)	02.02.03.113-6	10,00
	HIV 1/2 - TRIAGEM	02.02.03.030-0	10,00
	HIV CONFIRMATÓRIO(WESTERN BLOT)	02.02.03.029-6	85,00
	HEPATITE C	02.02.03.067-9	18,55
	HEPATITE B - HBSAG	02.02.03.097-0	18,55
	HEPATITE B - HBC TOTAL	02.02.03.078-4	18,55
	HEPATITE B - HBC IGM	02.02.03.089-0	18,55
	HEPATITE B - ANTI-HBS	02.02.03.063-6	18,55
	HEPATITE A IGG	02.02.03.080-6	18,55
	HEPATITE A IGM	02.02.03.091-1	18,55
URGÊNCIA	GASOMETRIA	02.02.01.073-2	15,55
	BETA HCG	02.02.06.021-7	7,85
	PSA TOTAL	02.02.03.010-5	16,42
MARCADORES TUMORAIS	ANTIGENO CARCINOEMBRIONÁRIO (CEA)	02.02.03.096-2	13,35
	ALFAFETOPROTEÍNA	02.02.03.009-1	15,06
	CA 125	02.02.03.121-7	13,35
	ESTRADIOL	02.02.06.016-0	10,15
	HORMÔNIO FOLICULO ESTIMULANTE (FSH)	02.02.06.023-3	7,89
	HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	02.02.06.024-1	8,97
	PROLACTINA	02.02.06.030-6	10,15
	PROGESTERONA	02.02.06.029-2	10,22
	HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	02.02.06.025-0	8,96
	T4 LIVRE	02.02.06.038-1	11,60
	T4 TOTAL	02.02.06.037-3	8,76
	T3 TOTAL	02.02.06.039-0	8,71
	TESTOSTERONA TOTAL	02.02.06.034-9	10,43
	TESTOSTERONA LIVRE	02.02.06.035-7	13,11
	DOSAGEM DE PROTEÍNAS NA URINA	02.02.05.011-4	2,04
	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	02.02.05.009-2	8,12
URINA	ROTINA DE URINA	02.02.05.001-7	3,70
	UROCULTURA	02.02.08.008-0	5,62
	ANTIBIOGRAMA	02.02.08.001-3	4,98
MICROBIOLOGIA	CULTURA DE BACTÉRIA (GERAL)	02.02.08.008-0	5,62
	CULTURA DE BAAR	02.02.08.011-0	5,63

	BACILOSCOPIA BAAR	02 02 08 004-8	4,20
	CULTURA DE BACTÉRIAS ANAERÓBICAS	02 02 08 012-9	10,25
	CULTURA DE FUNGOS	02 02 08 013-7	4,19
	HEMOCULTURA ANAERÓBICA	02 02 08 012-9	11,49
	HEMOCULTURA AERÓBICA	02 02 08 012-9	11,49
	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	02 02 08 007-2	2,80
	PESQUISA DE OVOS E CISTOS	02 02 04 012-7	1,65
	ROTAVÍRUS	02 02 04 013-5	10,25
	PESQUISA DE SANGUE OCULTO	02 02 04 014-3	1,65
	COPROLOGIA		

ANEXO 2
LISTA DE EXAMES E TABELA DE PREÇO – NÃO SUS

ÁREA	EXAME	VALOR (R\$)
BIOQUÍMICA	COLESTEROL VLDL	3,71
	D-DIMERO	45,00
	PROCALCITONINA	54,14
	HOMOCISTEÍNA	13,50
IMUNOLOGIA	DENGUE NS1	30,00
	DENGUE IGM	20,00
	DENGUE IGG	30,00
	COPROCULTURA	4,33
COPROLOGIA	CULTURA DE VIGILÂNCIA MRSA	15,00
	CULTURA DE VIGILÂNCIA VRE	15,00
	CULTURA DE VIGILÂNCIA CARBAPENEMASE	15,00
	CULTURA DE VIGILÂNCIA ESBL	15,00
MICROBIOLOGIA	ANTIBIOGRAMA MRSA	25,00
	ANTIBIOGRAMA VRE	25,00
	ANTIBIOGRAMA CARBAPENEMASE	25,00
	ANTIBIOGRAMA ESBL	25,00
HEMATOLOGIA	COAGULOGRAMA	6,90



CERTIDÃO SIMPLIFICADA

Sistema Nacional de Registro de Empresas Mercantis - SINREM

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

Nome Empresarial: LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS IBIPORÃ LTDA NIRE : 41200581302 Natureza Jurídica: Sociedade Empresária Limitada			Protocolo: PRC2419796876		
NIRE (Sede) 41200581302	CNPJ 78.458.387/0001-11	Data de Ato Constitutivo 24/08/1984	Início de Atividade 01/09/1984		
Endereço Completo Avenida 19 DE DEZEMBRO, Nº 510, CENTRO - Ibiporã/PR - CEP 86200-000					
Objeto Social LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS					
Capital Social R\$ 100.000,00 (cem mil reais) Capital Integralizado R\$ 100.000,00 (cem mil reais)		Porte ME (Microempresa)	Prazo de Duração Indeterminado		
Dados do Sócio					
Nome MATHEUS HENRIQUE INUYAMA DE LIMA	CPF/CNPJ 111.633.929-36	Participação no capital R\$ 100.000,00	Espécie de sócio Sócio	Administrador S	Término do mandato Indeterminado
Dados do Administrador					
Nome MATHEUS HENRIQUE INUYAMA DE LIMA	CPF 111.633.929-36	Término do mandato Indeterminado			
Último Arquivamento			Situação		
Data 23/02/2024	Número 41902165040	Ato/eventos 002 / 023 - ABERTURA DE FILIAL NA UF DA SEDE	ATIVA Status SEM STATUS		
Filial(ais) nesta Unidade da Federação ou fora dela					
1 - NIRE: 41902091496		CNPJ: 78.458.387/0005-45			
Endereço Completo RUA NEO ALVES MARTINS, Nº 3377, LOJA 2 SALA 17, ZONA 01, Maringá, PR, CEP: 87013915					
2 - NIRE: 41902149133		CNPJ: 78.458.387/0008-98			
Endereço Completo RUA BANDEIRANTES, Nº 27, SALA 01, CENTRO, Andará, PR, CEP: 86380000					
3 - NIRE: 41902145375		CNPJ: 78.458.387/0007-07			
Endereço Completo AVENIDA PARANA, Nº 441, SALA 01, CENTRO, Goioerê, PR, CEP: 87360000					
4 - NIRE: 41902165040		CNPJ: 78.458.387/0009-79			
Endereço Completo RUA DOM FERNANDO TADDEY, Nº 1042, CENTRO, Jacarezinho, PR, CEP: 86400000					
5 - NIRE: 41901958593		CNPJ: 78.458.387/0004-64			
Endereço Completo RUA HARPIA, Nº 340, CENTRO, Arapongas, PR, CEP: 86700275					
6 - NIRE: 41902134411		CNPJ: 78.458.387/0006-26			
Endereço Completo RUA BARAO DO RIO BRANCO, Nº 248, NOVO BARRO PRETO, Ventania, PR, CEP: 84345000					

Esta certidão foi emitida automaticamente em 05/03/2024, às 13:53:13 (horário de Brasília).
Se impressa, verificar sua autenticidade no <https://www.empresafacil.pr.gov.br>, com o código GKUKNBGC.



PRC2419796876

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA
Secretário(a) Geral

Identificação do Contribuinte - CNPJ Matriz

CNPJ: **78.458.387/0001-11**
A opção pelo Simples Nacional e/ou SIMEI abrange todos os estabelecimentos da empresa

Nome Empresarial: **LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS IBIPORA LTDA**

Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **Optante pelo Simples Nacional desde 01/01/2013**
Situação no SIMEI: **NÃO enquadrado no SIMEI**

+ Mais informações

Voltar Gerar PDF

CPF 052.540.609-16

RG / Ordem Emissão 553064702775-SP-SP

TÍTULO DE ELEIÇÃO 0000004103701700

SEÇÃO 0017

ZONA 0180

ORGANIZAÇÃO 0000004103701700

NATURALIDADE LONDREIRA-PR

LOCAL DE NASCIMENTO LONDREIRA-PR

CURRÍCULO RESUMIDO

0116375

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO COM

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

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DO PARANÁ

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO



NOTA:

ESTADO DE PARANÁ
Cidade de Curitiba

CRM nº
022957/PR



Affiliação
FREDERICO AROUCHE DA
CÂMARA LOPES
VERA LUCIA DE OLIVEIRA

DATA DE INSCRIÇÃO
07/04/2014

VA

Frederico Arouche da Câmara Lopes

ASSINATURA DO PORTADOR





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão Negativa de Conduta Ético-Profissional

Certificamos, a pedido da parte interessada, que junto aos arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, **nada consta**, na presente data, que desabone a conduta ética-profissional do DR.(A) **GEORGE AROUCHE DA CÂMARA LOPES**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **32957** conforme períodos abaixo:

Períodos

07/04/2014	a	27/09/2016
27/09/2016	a	presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. **9550c4c1123e341877c593a3959b944b4ed71a1f**

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

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

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



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria de Ensino Superior

Faculdade de Medicina de Marília

Famema

O Diretor da Faculdade de Medicina de Marília, no uso de suas atribuições e tendo em vista a colação de grau do Curso de Medicina em 31 de outubro de 2008, confere o título de
Médico a

George Arouche da Câmara Lopes

brasileiro, natural do Estado de Paraná, nascido a 11 de novembro de 1984.

RG n.º 1.880.700-1 PR

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.
Marília, 31 de outubro de 2008.

Albino

Prof. Rômulo Alves Perri de Brito
Secretaria Geral

João Savi

Prof. Dr. Erisachil de Souza
Diretor de Graduação

Willysach H.

Prof. Dr. César Emílio Bonfatti
Diretor Geral

Capitão de 1ª
Engenheiro

FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA
reconhecida pelo Decreto Federal
71.644, D.O.U. de 28/12/1972.
Estatuto nº 8.898 de 27/09/1994

Faculdade de Medicina de Marília
Reconhecimento do Curso de Medicina
Portaria CEE/RP 475, de 04/10/2007
DOE de 05/10/2007

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
Registro de Diplomas
Neste ato, o Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, GEORGE ARIOSI DE CARVALHO LOPES, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pelo Decreto-Lei nº 17.041, de 17 de setembro de 1967, resolveu o seguinte:
São Paulo, 06/02/2008
123.581
[Assinatura]

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU
Seção de Registro de Diplomas
Diploma registrado sob nº 424104
Processo nº 2008.1.1895.25.8
nos termos do Artigo 46 da Lei 9394/96.
Bauru, 05 de Novembro de 2008
[Assinatura]
REGINA MARIA FERREIRA ARIOSI
Técnica Acadêmica
De acordo:
[Assinatura]
PROF. DR. JOSE CARLOS PEREIRA
Vice-Diretor, em Exercício

Faculdade de Medicina de Marília
Reg. nº 461108
Livro 27 Folha 47
Matrícula 11.112.158

CRM-PR
Conselho Regional de Medicina do Paraná
Registro de Diploma
Neste ato, o Presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná, GEORGE ARIOSI DE CARVALHO LOPES, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pelo Decreto-Lei nº 17.041, de 17 de setembro de 1967, resolveu o seguinte:
São Paulo, 06/02/2008
123.581
[Assinatura]
MAYCELINO MACHADO RIBAS
Presidente
000352
CRM-PR

Prof. Renato Alves Pires de Brito
Secretaria Geral - FAMEMA
UFPA - 66.075-900 - 61.777

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

Nome e Sobrenome: GEORGE AROUCHE DA CAMARA LOPES

Data de Nascimento: 15/11/1984, Localidade: LOMEDINA, PR

Data de Emissão: 31/05/2024, Validade: 31/05/2034, Categoria: D

Nome Completo: GEORGE AROUCHE DA CAMARA LOPES

Data de Validade: 02/2027 CRM PR

CPF: 052.546.699-18, RG: 044.258.9652, Categoria: E

Nacionalidade: BRASILEIRO

Assinatura: FREDERICO AROUCHE DA CAMARA LOPES

VERA LÍZIA DE OLIVEIRA

	01	02	03	04
AC				
A				
AI				
B				
BI				
C				
CI				

	05	06	07	08
D				
DI				
DE				
DF				
EF				
FI				
FO				

11. ASSINTELA

ASSOCIO RESPONSÁVEL

IDENTIFICAÇÃO FISCAL DO TITULAR

NOME COMPLETO

PERCEPÇÃO ANUAL

LOCAL

PARANÁ

I<BRA044256196<522<<<<<<<<<<<<<
8411110M3405318BRA<<<<<<<<<<<<<6
GEORGE<<AROUCH<DA<CAMARA<LOPES

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



Comprovante de Conta Corrente

Agência: 0001 - SEDE

Nro. Conta Corrente: 555096

Data Abertura: 30/05/2018

Instituição: 084 - UNIPRIME NORTE DO PARANÁ

Nome / Razão Social: DAP - DIAGNOSTICO EM ANATOMIA PATOLOGICA E BIOLOGIA MOLECULAR LTD

Endereço: AV CARLOS BORGES 400 JD PETROPOLIS

Complemento:

Cidade: LONDRINA

UF: PR

CEP: 86015-400

Telefone:

Fax: 3322-1400

Celular: 9915-85404

Tipo de Pessoa: Jurídica

CPF/CNPJ: 19.653.081/0001-57

	Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER BANCO			
	Beneficiário Condomínio Royal Maison Residence & Resort Emitido por Partner Bank Pagamentos S/A. - RUA			CPF/CNPJ 22.747.899/0001-43
	Data do Documento 03/01/2024	Nr. Documento 000068307468	Espécie DM	Data Processamento 03/01/2024

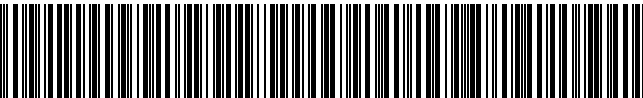
COMPOSIÇÃO DE ARRECADAÇÃO		Identificador 2701.5284.6399
Fundo de Melhorias - - 05/18	177,00	
Fundo de Melhorias - - 08/12	100,00	Vencimento 10/01/2024
IPTU Parcelamento - Área Comum - 11/11	19,96	
Taxa de Condomínio	759,04	Agência / Código do Beneficiário 1246 / 55010-8
Água/Esgoto 80%	284,89	
Fundo de Reserva	75,90	Nosso Número 000068307468
		(=) Valor Documento 1416,79
		(-) Descontos
		(-) Outras/Deduções/Abat
		(+) Mora/Multa/Juros
		(+) Outros Acrescimos
		(=) Valor Cobrado:

Pagador: George Arouche de Camara Lopes Avenida Gil de Abreu e Souza 2000 - Jardim Esperança - Londrina/PR - 86058-100			CPF: 052.546.699-18	Condomínio Royal Maison 0813
---	--	--	----------------------------	--

	237-2	23791.24601 90000.683079 46005.501005 5 95910000141679			
--	--------------	--	--	--	--

Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER BANCO					Vencimento 10/01/2024
Beneficiário Condomínio Royal Maison Residence & Resort Emitido por Partner Bank Pagamentos S/A. - RUA PAIS LEME					CPF/CNPJ 22.747.899/0001-43
Data do Documento 03/01/2024					Agência / Código do Beneficiário 1246 / 55010-8
Nr. Documento 000068307468		Espécie DOC DM	Aceite N	Data Processamento 03/01/2024	Nosso Número 000068307468
Uso Banco	Carteira	Espécie DM	Qtde moeda	Valor X	(=) Valor Documento 1416,79
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário): AAPÓS O VENCIMENTO MULTA DE 2% E JUROS DE 1% A.M. *** NÃO RECEBER APÓS 30 DIAS *** ***Após o vencimento a atualização do boleto dentro do prazo da carência (30 dias) é somente no site do banco -					(-) Descontos
					(-) Outras/Deduções/Abat
					(+) Mora/Multa/Juros
					(+) Outros Acrescimos
					(=) Valor Cobrado:

Pagador: George Arouche de Camara Lopes Avenida Gil de Abreu e Souza 2000 - Jardim Esperança - Londrina/PR - 86058-100			CPF: 052.546.699-18	Condomínio Royal Maison Residence & 0813
---	--	--	----------------------------	--





George Arouche da Câmara Lopes

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7633930020641819>

ID Lattes: **7633930020641819**

Última atualização do currículo em 13/07/2015

Graduado pela Faculdade de Medicina de Marília, residência médica em Anatomia Patológica no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Realizou estágio eletivo no Johns Hopkins Hospital em Baltimore, MD, no Brigham and Women's and Health Hospital em Boston, no Beth Israel Deaconess Medical Center em Boston, MA, no NIH em Bethesda, MD e no MD Anderson Cancer Center em Houston durante o ano de 2013. Tem profundo interesse nas áreas de patologia do trato gastrointestinal, urológica, mamária e biologia molecular. Atualmente é médico patologista assistente do Laboratório LPC em Londrina, atuando com foco em patologia do trato gastrointestinal e urinário. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

George Arouche da Câmara Lopes

Nome em citações bibliográficas

CÂMARA LOPES, G. A.; CÂMARA-LOPES, G. A.; CÂMARA-LOPES, G.; DA CÂMARA LOPES, GEORGE AROUCHE; CÂMARA-LOPES, G.; CÂMARA-LOPES, GEORGE

Lattes iD



<http://lattes.cnpq.br/7633930020641819>

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2010 - 2013

Especialização - Residência médica.
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Residência médica em: Anatomia Patológica
Número do registro: .
Palavras-chave: Patologia.
Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Anatomia Patológica e Patologia Clínica.
Grande Área: Ciências Biológicas / Área: Morfologia / Subárea: Anatomia / Especialidade: Anatomia Humana.
Grande Área: Ciências Biológicas / Área:

2003 - 2008

Graduação em medicina.
Faculdade de Medicina de Marília,
FAMEMA, Brasil.

2008 - 2008

Epidemiologia e Saúde Coletiva. (Carga horária: 120h).
Faculdade de Medicina de Marília,
FAMEMA, Brasil.

2008 - 2008

Nefrologia. (Carga horária: 240h).
Faculdade de Medicina de Marília,
FAMEMA, Brasil.

2005 - 2005

Radiologia. (Carga horária: 120h).
Faculdade de Medicina de Marília,
FAMEMA, Brasil.

2005 - 2005

Moléstias Infecciosas. (Carga horária: 120h).
Faculdade de Medicina de Marília,
FAMEMA, Brasil.

2004 - 2005

Biologia Molecular. (Carga horária: 1000h).
Faculdade de Medicina de Marília,
FAMEMA, Brasil.

2004 - 2004

Biologia Molecular. (Carga horária: 240h).
Faculdade de Medicina de Marília,
FAMEMA, Brasil.

Atuação Profissional

National Institutes of Health, NIH, Estados Unidos.

Vínculo institucional

2013 - 2013

Vínculo: Estágio Optativo, Enquadramento
Funcional: Estagiário, Carga horária: 160,

Regime: Dedicação exclusiva.

The University of Texas MD Anderson Cancer Center, MDACC, Estados Unidos.

Vínculo institucional

2013 - 2013

Vínculo: Estágio Optativo, Enquadramento
Funcional: Estagiário, Carga horária: 160,
Regime: Dedicação exclusiva.

Havard Medical School Brigham and Women´s hospital, BWH, Estados Unidos.

Vínculo institucional

2012 - 2013

Vínculo: Estágio Optativo, Enquadramento
Funcional: Estagiário, Carga horária: 480,
Regime: Dedicação exclusiva.

Johns Hopkins Hospital, JHU, Estados Unidos.

Vínculo institucional

2012 - 2012

Vínculo: Estágio Optativo, Enquadramento
Funcional: Estagiário, Carga horária: 160,
Regime: Dedicação exclusiva.

Policlinico GiamBatisti Rossi, PGBR, Itália.

Vínculo institucional

2006 - 2006

Vínculo: Estágio Optativo, Enquadramento
Funcional: Estagiário, Carga horária: 160

Faculdade de Medicina de Marília, FAMEMA, Brasil.

Vínculo institucional

2005 - 2007

Vínculo: , Enquadramento Funcional:

Vínculo institucional

2015 - Atual

Vínculo: Celetista, Enquadramento
Funcional: Professor de Anatomia
Patológica, Carga horária: 10

Projetos de pesquisa

2005 - 2007

Desenvolvimento de método de diagnóstico molecular para a detecção de mutações envolvidas na resistência da bactéria *Helicobacter pylori* à claritromicina

Situação: Concluído; Natureza: Pesquisa.
Alunos envolvidos: Graduação: (1) /
Mestrado acadêmico: (1) / Doutorado: (1)
.

Integrantes: George Arouche da Câmara
Lopes - Integrante / SUZUKI, RODRIGO
BUZINARO - Integrante / SPERANÇA,
MARCIA APARECIDA - Coordenador.
Financiador(es): Fundação de Amparo à
Pesquisa do Estado de São Paulo - Bolsa.

Revisor de periódico

2013 - Atual

Periódico: International Brazilian Journal
of Urology (Impresso)

Áreas de atuação

1.

Grande área: Ciências da Saúde / Área:
Medicina.

2.

Grande área: Ciências da Saúde / Área:
Medicina / Subárea: Anatomia Patológica
e Patologia Clínica.

3.

Idiomas

Português

Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem,
Escreve Bem.

Inglês

Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem,
Escreve Bem.

Espanhol

Compreende Razoavelmente, Fala
Razoavelmente, Lê Bem, Escreve
Razoavelmente.

Prêmios e títulos

2011

Melhor Poster na Área de Urologia - THE
HISTOLOGY OF PROSTATE TISSUE
FOLLOWING ARTERY EMBOLIZATION
FOR THE TREATMENT OF BENIGN
PROSTATIC HYPERPLASIA, XXVIII
Congresso Brasileiro de Patologia -
Maceió.

2006

Melhor Trabalho na Área Básica -
Desenvolvimento de método de
diagnóstico molecular para a detecção de
mutações envolvidas na resistência da
bactéria HP à claritromicina., IV
Congresso Médico Acadêmico da Famema.

2006

Melhor Tema Livre na Área HP.
Development of a molecular method to
diagnose HP and to detect mutations in
clarithromycin resistant strains., VII
Semana Brasileira do Aparelho Digestivo.

Produções

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódicos

1.

CAMARA-LOPES, GEORGE; MARTA, GUSTAVO NADER ; LEITE, ELTON TRIGO TEIXEIRA ; SIQUEIRA, GABRIELA SILVA MOREIRA DE ; HANNA, SAMIR ABDALLAH ; SILVA, JOÃO LUIS FERNANDES DA ; CAMARA-LOPES, L. H. ; LEITE, KATIA R. M. . Change in the risk stratification of prostate cancer after Slide Review by a uropathologist: the experience of a reference center for the treatment of prostate cancer. International Brazilian Journal of Urology (Impresso) **JCR**, v. 40, p. 454-462, 2014. **Citações:** **WEB OF SCIENCE** 1

2.

CAMARA LOPES, G. A.; MATTEDI, R. L. ; ANTUNES, A. A. ; CARNEVALLE, F. ; SROUGI, M. ; CERRI, G. ; ALVES, V.A. ; LETIE, K. R. M. . The histology of prostate tissue following prostatic artery embolization for the treatment of benign prostatic hyperplasia.. International Braz J Urol (Online) **JCR**, v. 39, p. 222-227, 2013. **Citações:** **SCOPUS** 37

3.

SUZUKI, RODRIGO BUZINARO ; LOPES, RODRIGO AUGUSTO ; **DA CÂMARA LOPES, GEORGE AROUCHE** ; HUNG HO, TIN ; SPERANÇA, MARCIA APARECIDA . Low Helicobacter pylori primary resistance to clarithromycin in gastric biopsy specimens from dyspeptic patients of a city in the interior of Sao Paulo, Brazil. BMC Gastroenterology (Online) **JCR**, v. 13, p. 164, 2013. **Citações:** **WEB OF SCIENCE** 15 | **SCOPUS** 19

Resumos publicados em anais de congressos

1.

CAMARA-LOPES, G.A.; CAMARA-LOPES, L. ; CANAVEZ, J. ; CANAVEZ, F. ; MITTELDORF, C. ; SOUSA, R. S. E. ; KATZ, B. ; REIS, S. T. ; LEITE, K. R. M. . Detection of Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR) Gene Mutation in Brazilian Patients With Non-Small Cell Lung Cancer. In: XVIII Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica, 2013, Brasília. Anais do XVII Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica, 2013.

Apresentações de Trabalho

1.

LEITE, K. R. M. ; MARTA, G. N. ; LEITE, E. T. ; SIQUEIRA, G. S. ; HANNA, S. A. ; SILVA, J. L. ; **CAMARA-LOPES, G. A.** . Change in the risk stratification of prostate cancer after slide review by uropathologist: the experience of a reference center for the treatment of prostate cancer. 2013. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

2.

CAMARA LOPES, G. A.. Desenvolvimento de método diagnóstico molecular para a detecção de mutações envolvidas na resistência da bactéria HP a claritromicina. 2006. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

3.

★ **CAMARA LOPES, G. A.**. Desenvolvimento de método diagnóstico molecular para a detecção de mutações envolvidas na resistência da bactéria HP a claritromicina. 2006. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1.

XVIII Jornada de Patologia: Patologia Urológica. 2015. (Simpósio).

2.

102nd USCAP Annual Meeting The United States and Canadian Academy of Pathology. Vascular ectasia/congestion as an early manifestation of gastrointestinal histopathology in Behçet's disease: a study of 184 biopsies from 24 patients. 2013. (Congresso).

3.

2013 Breast Cancer Research Program Spring Annual Retreat Translational Research in Hormone Dependent Breast Cancer. 2013. (Congresso).

4.

40 curso de atualização em cirurgia do aparelho digestivo, coloproctologia, transplantes dos órgãos do aparelho digestivo.. 2013. (Congresso).

5.

XVIII Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica. Detection of Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR) Gene Mutation in Brazilian Patients With Non-Small Cell Lung Cancer. 2013. (Congresso).

6.

XXXIV Congresso Brasileiro de Urologia. Change in the risk stratification of prostate cancer after slide review by a uropathologist: the experience of a referencer center for treatment of prostate cancer. 2013. (Congresso).

7.

XXVIII Congresso Brasileiro de Patologia. THE HISTOLOGY OF PROSTATE TISSUE FOLLOWING PROSTATIC ARTERY EMBOLIZATION FOR THE TREATMENT OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA. 2011. (Congresso).

8.

XXVIII International Congress of the International Academy of Pathology (IAP). 2010. (Congresso).

9.

Curso de Atualização em Hepatologia. 2006. (Seminário).

10.

Curso dos novos integrantes do SOCION.Oncogênese e Câncer de Próstata. 2006. (Seminário).

11.

II Simpósio de Urgências Clínico-Cirúrgicas. 2006. (Simpósio).

12.

VII Semana Brasileira do Aparelho Digestivo. Development of a molecular method to diagnose ho and to detect mutations involved in clarithromycin resistant strains. 2006. (Congresso).

13.

14.

II Reunião Internacional de Gastroenterologia Pediátrica, Nutrição e Biologia Molecular da Faculdade de Medicina de Marília. 2005. (Congresso).

15.

VII Jornada de Gastroenterologia Pediátrica, Nutrição e Hepatologia da Sociedade Paulista de Gastroenterologia Pediátrica e Nutrição. 2005. (Congresso).

16.

VII Jornada de Gastroenterologia Pediátrica e II Reunião Científica em Gastroenterologia Pediátrica, Nutrição e Biologia Molecular. 2005. (Simpósio).

17.

Curso da Sociedade Científica de Oncologia. Curso da Sociedade Científica de Oncologia da Faculdade de Medicina de Marília. 2004. (Simpósio).

18.

Curso da Sociedade Científica de Pneumologia. 2004. (Simpósio).

19.

II Curso de Oncologia da FAMEMA. 2004. (Seminário).

20.

I Workshop de Pneumologia da SOCIP. 2004. (Seminário).

21.

Curso de Anatomia da Faculdade de Medicina do ABC. 2003. (Outra).

22.

23.

Curso do Projeto Alfa Famema. 2003. (Oficina).

24.

I Curso de Oncologia da FAMEMA. 2003. (Seminário).

25.

XI Curso de Pronto Socorrismo. 2003. (Simpósio).

Inovação

Projetos de pesquisa

2005 - 2007

Desenvolvimento de método de diagnóstico molecular para a detecção de mutações envolvidas na resistência da bactéria *Helicobacter pylori* à claritromicina

Situação: Concluído; Natureza: Pesquisa.
Alunos envolvidos: Graduação: (1) /
Mestrado acadêmico: (1) / Doutorado: (1)
.

Integrantes: George Arouche da Câmara Lopes - Integrante / SUZUKI, RODRIGO BUZINARO - Integrante / SPERANÇA, MARCIA APARECIDA - Coordenador.
Financiador(es): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - Bolsa.

Todas

LIMPAR

Área de Atuação:

Todas

BUSCAR



GEORGE AROUCHE DA CÂMARA LOPES

CRM: 32957-PR
Data de Inscrição: 07/04/2014
Primeira inscrição na UF: 07/04/2014
Inscrição: Principal
Situação: Regular
Inscrições em outro estado: SP/134900 (Transferido)
Especialidades/Áreas de Atuação:
PATOLOGIA - RQE Nº: 18499
Endereço: Exibição não autorizada pelo médico.
Telefone: Exibição não autorizada pelo médico.

Pág. 1

1 registros encontrados



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
JUSTIÇA ELEITORAL
TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR
KARLA MAYARA DOMINGUES VIEIRA

DATA DE NASCIMENTO **04/03/1996** INSCRIÇÃO **103973570655** ZONA **092** SEÇÃO **0049**

MUNICÍPIO / UF **GOIOERÊ / PR** DATA DE EMISSÃO **02/05/2022**

FILIAÇÃO

CLEUZA DE FATIMA DOMINGUES VIEIRA
JOSE CARLOS VIEIRA

CÓDIGO DE VALIDAÇÃO

CUFT.AKZ+.3PSP.SUJ+



Título Eleitoral emitido às 14:57 de
02/05/2022 com identificação biométrica

A autenticidade deste documento poderá ser confirmada na página do
Tribunal Superior Eleitoral na internet, no endereço: www.tse.jus.br
por meio do código de validação ou QR Code



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

NOME **KARLA MAYARA DOMINGUES VIEIRA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / US **10625594-6 SESP PR**

CPF **074.810.159-38** DATA NASCIMENTO **04/03/1996**

FILIAÇÃO **JOSE CARLOS VIEIRA**

CLEUZA DE FATIMA DOMINGUES VIEIRA

PERMISSÃO **ACC** CAT. HAB **AB**

REGISTRO **06265947311** DATA EMISSÃO **07/08/2024** 1ª HABILITAÇÃO **19/12/2014**

LOCAL **GOIOERE, PR** DATA EMISSÃO **07/08/2019**

ASSINATURA DO PORTADOR

ASSINATURA DO EMISSOR

PARANÁ

28483207145
PR916554936

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1889103298

PROIBIDO PLASTIFICAR 1889103298

Sistema Único de Saúde

KARLA MAYARA DOMINGUES VIEIRA

Data Nasc. : 04/03/1996

Sexo : F

702 5053 9373 0930



DISQUE SAÚDE 136

Recallado e de uso pessoal e intransferível.

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

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.



Responsável pela Iluminação Pública: Município (44) 3521-8600

Classificação:
B1 Residencial / Residencial

Tipo de Fornecedor:
Básico / 60A

DATAS DE
LEITURAS

Leitura anterior
12/12/2023

Leitura atual
11/01/2024

Nº de dias
30

Próxima Leitura
09/02/2024

Nome: RICARDO ARRABAL LUCAS

Endereço: R Angelim, 26 - Canada Jd

CEP: 87360-000

Cidade: Goioere - Estado: PR

CPF: 031.231.999-16

UNIDADE CONSUMIDORA

106660756



NOTA FISCAL Nº. 60185966 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 13/01/2024

Consulte Chave de Acesso em:

<https://nfe.fazenda.gov.br/nfe/verConsulta/verChaveAcesso>

Chave de Acesso

4124 9164 3689 9590 9164 6690 3090 1858 6810 9182 3811

Protocolo de Autenticação: 1412480882399376 - 15/01/2024 às 09:31:48+00:00

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
01/2024	10/02/2024	R\$230,03

Items de fatura	Unid.	Quant.	Preço unit. (R\$) sem tributos	Valor (R\$)	PS/ (00%)	ICMS	Tarifa unit. (R\$)	Unid.	Preço unit. (R\$)	Valor (R\$)
ENERGIA ELET CONSUMO	WWh	228	0,368066	84,90	3,77	15,80	8,302180	WWh	154,89	23,23
ENERGIA ELET USO SISTEMA	WWh	228	0,422205	96,29	4,16	17,33	8,328370	WWh	111,61	1,47
CONT. ILUMIN. PÚBLICA MUNICIPAL	Un	1	45,140000	45,14						
TOTAL				230,03	7,93	33,26				

HISTÓRICO DE CONSUMO / MÊS		
CONSUMO FATURADO	Nº DIAS FAT.	
JAN/24	228	30
DEZ/23	218	32
NOV/23	158	30
OUT/23	198	28
SET/23	131	32
AUG/23	104	30
JUL/23	96	30
JUN/23	106	32
MAY/23	106	29
ABR/23	148	30
MAR/23	176	32
FEV/23	158	29
JAN/23	157	30

Descrição	Quantidade	Preço unit. (R\$)	Valor (R\$)	Unid.	Preço unit. (R\$)	Valor (R\$)
8402148972	CONSUMO WWh	TP	4045	4876	1	228

Reservado ao Fisco

PERÍODO FISCAL: 13/01/2024

A4DA.6069.82D1.7817.33F1.480C.15A6.A041

REAVISO DE VENCIMENTO

INCLUIDO NA FATURA PIS R\$140 E COFINS R\$647 CONFORME RES. ANEXO 13/2008, FATURA DO MÊS 12/2023 ARRECADADA POR DÉBITO AUTOMÁTICO
DOE SANGUE. Para informações: 0800 645 4955 ou www.fatmaper.pr.gov.br.
A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados à prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações.
Período Emissão: 13/02/2024

UNIDADE CONSUMIDORA	MÊS REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
106660756	01/2024	10/02/2024	R\$230,03

Número da fatura: FAT-01-20245679103561-11

836800000025 300301110007 001010202453 679103561115

NÃO RECEBER - DÉBITO AUTOMÁTICO - BANCO - 104 - AGÊNCIA - 0966

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA
CARTÃO DE IDENTIDADE



Nome

Dra. KARLA MAYARA DOMINGUES VIEIRA

Categoria Profissional

BIOMÉDICA

CRBM/6 nº

2131

RG

10.625.594-6

Órgão Expedidor

SSP/PR

CPF

074.819.159-38

Data de Nascimento

04/03/1996

Naturalidade

ENGENHEIRO BELTRÃO / PR



G-PR-05413

Assinatura do Portador

Karla Mayara Domingues Vieira





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Departamento de Vigilância Sanitária - Goioerê. De acordo com a Lei 13.331 de 23/11/2001 e Decreto 5.711 de 05/05/2002, concede a presente:

LICENÇA SANITÁRIA Nº. 66 / 2024



RAZÃO SOCIAL

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS IBIPORA LTDA

Carimbo e Licenciamento

C.N.P.J.

78.458.387/0007-07

ENDEREÇO

AVENIDA PARANÁ 441

BAIRRO

CENTRO

CNAE

PRINCIPAL: 8640202 LABORATÓRIOS CLÍNICOS

RESPONSÁVEL TÉCNICO

KARLA MAYARA DOMINGUES VIEIRA

DATA DE VENCIMENTO

01/03/2025

Este documento deve ser Afixado em local visível ao público (art.166 - Código de Saúde do Paraná)


ANA FLÁVIA DE SOUZA COSTA
Diretora de Vigilância Sanitária e
Epidemiológica
RG nº 6.201.799-6 SSP/PR
Portaria nº 025/2021

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



ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO E/OU FUNCIONAMENTO - PROVISÓRIO

C. M. C 246988181

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

NOME / RAZÃO SOCIAL

246988181 LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS IBIPORÁ LTDA
CNPJ: 78.458.387/0007-07

ENDEREÇO

Logradouro: Avenida PARANA-37
Número: 441
Complemento:
Bairro: CENTRO
Cidade: Goioeré
UF: PR

ATIVIDADE

Atividade: 8640202 - Laboratórios clínicos

Emitido em: 27/02/2024

VÁLIDO ATE 31/03/2024

PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIOERÉ
SECRETARIA DA FAZENDA
DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO
AV. AMARZONI, 280 - JD. LINDOIA
MUNICÍPIO DE GOIOERÉ - PR
CEP 87360-000

Departamento de Tributação

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



Centro Universitário Integrado

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

BIOMEDICINA

no dia 09/12/2017 e outorga de grau em 07/02/2018,
confere o título de BACHARELA EM BIOMEDICINA a

KARLA MAYARA DOMINGUES VIEIRA,

brasileira, natural do Estado do Paraná,
nascida a 04/03/1996, RG 10.625.594-6 SESP/PR,
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos
e prerrogativas legais.

Campo Mourão - PR, 7 de fevereiro de 2018.

Luciana Pontes
Superintendente de Acompanhamento Acadêmico

Karla Mayara Domingues Vieira
Diplomada

Marlene da Conceição Montanari 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: BIOMEDICINA

Inovação 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 125, Livro 01, Fls. 32, Processo 125, de 28/05/2018.

Campo Mourão-PR, 05 de junho de 2018.

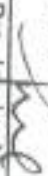

Profª Simone Jurema Ruggieri Chichetta Colli
Pró-Reitora Acadêmica

CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA

6º REGIÃO

Diploma registrado sob nº 594
às fls. 23 do livro nº 201 de acordo
com a lei nº 6.684 de 03/09/1979.

Curitiba, 20 / 11 / 19


Dra. Japaine Naumann
CRBMB - 0001
Presidente

Certificado

A Faculdade Unyleya, com base na legislação em vigor, no seu Estatuto e no seu Regimento, certifica que

KARLA MAYARA DOMINGUES VIEIRA

Identificação: 10.625.594-6 - SESP/PR

concluiu com aproveitamento o Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*,
Especialização, com 420 horas, em

ANÁLISES CLÍNICAS

Área de conhecimento: Saúde

Rio de Janeiro, 20 de fevereiro de 2020

Karla Mayara Domingues Vieira

KARLA MAYARA DOMINGUES VIEIRA

Pós-Graduanda(a)

Marcos Izidro Gonçalves

MARCOS IZIDRO GONÇALVES

Diretor Acadêmico

FACULDADE UNIVLEYA - HISTÓRICO ESCOLAR

KARLA MAYARA DOMINGUES VIEIRA

Pós-Graduação Lato Sensu em ANÁLISES CLÍNICAS

Período de Realização (W5168): 29 de janeiro de 2018 a 18 de novembro de 2019 - Carga Horária: 420 horas

Disciplina	Carga Horária	Conceito	Nome e Titulação do Corpo Docente
URINÁLISE E FLUIDOS BIOLÓGICOS	40	Ótimo	REBECA CONFOLCNIERI - ESPECIALISTA
PARASITOLOGIA CLÍNICA	60	Ótimo	VITOR HUGO BALASSO SERRÃO - MESTRE
HEMATOLOGIA CLÍNICA: SÉRIE VERMELHA	40	Ótimo	CLAUDIA FERIOTTI - DOUTOR
HEMATOLOGIA CLÍNICA: SÉRIE BRANCA	40	Ótimo	CLAUDIA FERIOTTI - DOUTOR
MICROBIOLOGIA CLÍNICA	60	Ótimo	ANA PAULA ERETTA SUEIT - DOUTOR
IMUNO-HEMATOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA	40	Ótimo	ELISEU FRANK DE ARAUJO - DOUTOR
BIQUÍMICA CLÍNICA E CONTROLE DE QUALIDADE NO LABORATÓRIO CLÍNICO	40	Ótimo	REBECA CONFOLCNIERI - ESPECIALISTA
METODOLOGIA DA PESQUISA E DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA	40	Excelente	MARCIA GONZAGA NESPEREIRA ANDELO - ESPECIALISTA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	60	Ótimo	ANA ISABEL DE CAMARGO - DOUTOR

Título do TCC SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA

O presente certificado de Pós-graduação está em conformidade com os preceitos da Resolução CNE-CES nº7, de 6 de abril de 2018.

A FACULDADE UNIVLEYA é credenciada pelo MEC através da Portaria Ministerial nº 1.663 de 05/10/2008, Portaria SEU nº 727 de 31/03/2011 e reconhecida pela Portaria Ministerial Nº 721 de 20/07/2016.

Registrado sob nº 74962 - 520646 / UNIV-20

NOME: LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS IBIPORA LTDA
CNPJ: 78.458.387/0001-11

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Municipal: 1262
Data Emissão: 2024-08-06
Data Vencimento: 2024-09-20
Certidao Municipal: 1263
Data Emissão: 2024-08-06
Data Vencimento: 2024-09-20
Certidao Estadual: 1268
Data Emissão: 2024-08-06
Data Vencimento: 2024-12-04
Certidao Federal: 1269
Data Emissão: 2024-03-19
Data Vencimento: 2024-09-15
Certidao Trabalhista: 1270
Data Emissão: 2024-03-05
Data Vencimento: 2024-09-01
Certidao FGTS: 1271
Data Emissão: 2024-08-06
Data Vencimento: 2024-08-29

Capacidade Tecnica

Proposta

Categoria: PATOLOGIA
Procedimento: ANÁLISE DE MATERIAL (ANATOMO PATOLOGICO)
Valor: R\$ 23.87
Qtd: Un. 5000
Categoria: PATOLOGIA
Procedimento: EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-
RASTREAMENTO
Valor: R\$ 10.1
Qtd: Un. 100
Categoria: PATOLOGIA
Procedimento: EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL
Valor: R\$ 10.1
Qtd: Un. 100
Categoria: PATOLOGIA
Procedimento: EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA
Valor: R\$ 9
Qtd: Un. 300
Categoria: PATOLOGIA
Procedimento: EXAME CITOPATOLÓGICO PARA RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO
UTERINO
Valor: R\$ 10.1
Qtd: Un. 100
Categoria: PATOLOGIA
Procedimento: RETIRADA DE MATERIAL PARA ANATOMO-PATOLOGICO
Valor: R\$ 17.86
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: 07.423.776/0001-63
Razão Social: MARQUES & SALLES LTDA
E-mail: narcizolobomariana@gmail.com
Telefone: 4499953-7858
Banco: BANCO DO BRASIL
Conta: 18142-9
Agência: 0406-5
Tipo Conta: 1

Credenciamento:

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

Níveis cadastrados:

I - Credenciamento

II - Habilitação Jurídica

Cartao CNPJ: doc.pdf

Ato constitutivo: doc1.pdf

Documento dos sócios: doc1.pdf

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

Licença Sanitária: doc1.pdf

Cartao CNPJ: doc1.pdf

III - Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidão Municipal: 1256 - Data Emissão: 2024-07-30 - Data Vencimento: 2024-08-29

Certidão Estadual: 1257 - Data Emissão: 2024-07-30 - Data Vencimento: 2024-11-27

Certidão Federal: 1258 - Data Emissão: 2024-07-24 - Data Vencimento: 2025-01-20

Certidão Trabalhista: 1259 - Data Emissão: 2024-02-22 - Data Vencimento: 2024-08-20

Certidão FGTS: 1260 - Data Emissão: 2024-07-30 - Data Vencimento: 2024-08-19

IV - Capacidade Técnica

V - Proposta

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 200

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 200

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQUÊLAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS) - Valor: R\$ 18 - Qtd: 180

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA - Valor: R\$ 18 - Qtd: 200

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR - Valor: R\$ 18 - Qtd: 200

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 200

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 200

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 150

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 200

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA - Valor: R\$ 18 - Qtd: 150

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 150

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA - Valor: R\$ 18 - Qtd: 200

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO LÍNICO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 150

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CRURGIA CARDIOVASCULAR - Valor: R\$ 18 - Qtd: 200

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DIFUSÕES UROGINECOLÓGICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 150

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 150

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 150

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 180

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 180

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 200

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTEMICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 200

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 200

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR - Valor: R\$ 18 - Qtd: 180

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 180

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPICO POR SESSÃO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 200

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - Valor: R\$ 30 - Qtd: 100

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: CONSULTA EM FISIOTERAPIA - Valor: R\$ 30 - Qtd: 100

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: SESSÃO DE ELETROESTIMULAÇÃO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 200

VI - Profissionais

Nome: ANNABEL FOGAÇA ALVES PEREIRA - Especialidade : FISIOTERAPEUTA - CPF: 031.201.779-03

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 02/08/2024 14:12:28

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____



CIS-COMCAM

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

ANEXO I

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA

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

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

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

Razão Social: Marques e Salles LTDA

Nome Fantasia: Inspire – Clínica de Especialidades

CNPJ nº: 07.423.776/0001-63

Inscrição Estadual: Não Possui

Micro Empresa: () Não (X) Sim

Optante Simples: () Não (X) Sim

Número do CNAE Nacional: Descrição: 7220375

Endereço: Avenida Goioere, nº 1850 Centro

Município: Campo Mourão **UF:** PR

CEP: 87.303-110

Telefone Comercial: (44) 3523-4397

Telefone Celular: (44) 3523-4397

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: Banco do Brasil	CÓDIGO DO BANCO: 001	AGÊNCIA: 0406-5
TIPO DE CONTA: Corrente	OPERAÇÃO:	Nº DA CONTA: 18.742-9
CIDADE E UF DA AGENCIA: Campo Mourão / PR		

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF
Vania Marques Salles	2.266.516	414.210.359-87



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
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	200
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	200
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQÜELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	180
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	200
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	200
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	200
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	200
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	150
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	200
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	150
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	150
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	200
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO LÍNICO	150
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CRURGIA CARDIOVASCULAR	200
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DIFUÇÕES UROGINECOLÓGICAS	150
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	180



CIS-COMCAM

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

Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	150
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	180
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	180
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	200
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	200
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	200
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	180
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	180
Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO POR SESSÃO	200
Fisioterapia	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	100
Fisioterapia	CONSULTA EM FISIOTERAPIA	100
Fisioterapia	SESSÃO DE ELETROESTIMULAÇÃO	200

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
Annabel Fogaça Alves Pereira	031.201.779-03	7.515.898-0	90380-F	44999150056

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140
Campo Mourão - Paraná - CNPJ: 05.540.222/0001-04



CIS-COMCAM

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

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

ESPECIALIDADES

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
Annabel Fogaça Alves Pereira	Fisioterapia

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

INSPIRE – CLINICA DE ESPECIALIDADES	Avenida Goioere, 1850, Centro, Campo Mourão-PR
-------------------------------------	---

Campo Mourão – PR, 01, Agosto de 2024.



MARQUES E SALLES LTDA
Nº CNPJ: 07.423.776/0001-63
VANIA MARQUES SALLES
CPF: 414.210.359-87
RG: 2.266.516



CIS-COMCAM

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

ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

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

A empresa **MARQUES E SALLES LTDA**, inscrita no CNPJ sob nº 07.423.776/0001-63, sediada na Avenida Goioerê, nº 1850, Centro na cidade de Campo Mourão-PR, através representante legal, Vania Marques Salles, portadora do CPF nº 414.210.359-87 e RG: 2.266.516, declara, sob as penas da Lei, que: não foi declarada inidônea por ato do Poder Público; não está impedido de transacionar com a Administração Pública; não foi apenada com rescisão de contrato, quer por deficiência dos serviços, quer por outro motivo igualmente grave, no transcorrer dos últimos 5 (cinco) anos; não incorre nas demais condições impeditivas previstas na Lei Federal nº 14.133/21 e alterações posteriores. Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Campo Mourão – PR, 01, Agosto de 2024.

07.423.776/0001-63

Marques e Salles

MARQUES E SALLES LTDA
Nº CNPJ: 07.423.776/0001-63
VANIA MARQUES SALLES
CPF: 414.210.359-87
RG: 2.266.516



CIS-COMCAM

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

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

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

Eu, Vania Marques Salles, carteira de identidade nº 2.266.516 expedida pela SESP-PR, inscrita no CPF sob nº 414.210.359-87, Representante legal da MARQUES E SALLES LTDA inscrita no CNPJ sob o nº 07.423.776/0001-63, 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, 01, Agosto de 2024.

07 423 776/0001-63

Vania Marques Salles

MARQUES E SALLES LTDA
Nº CNPJ: 07.423.776/0001-63
VANIA MARQUES SALLES
CPF: 414.210.359-87
RG: 2.266.516



CIS-COMCAM

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

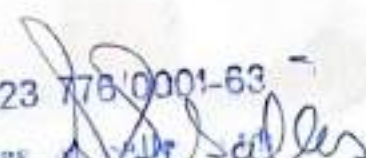
ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE

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

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

Campo Mourão – PR, 01, Agosto de 2024.

07 423 776/0001-63


MARQUES E SALLES LTDA
Nº CNPJ: 07.423.776/0001-63
VANIA MARQUES SALLES
CPF: 414.210.359-87
RG: 2.266.516



CIS-COMCAM

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

ANEXO III

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE
FATO IMPEDITIVO**

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

MARQUES E SALLES LTDA, estabelecida na Avenida Goioerê, nº 1850, Centro na cidade de Campo Mourão-PR, inscrita no CNPJ sob nº 07.423.776/0001-63, neste ato representada pela sua representante Vania Marques Salles, 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, 01, Agosto de 2024.

07.423.776/0001-63
Marques & Salles

MARQUES E SALLES LTDA
Nº CNPJ: 07.423.776/0001-63
VANIA MARQUES SALLES
CPF: 414.210.359-87
RG: 2.266.516



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 07.423.776/0001-63 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 09/06/2005
--	---	--

NOME EMPRESARIAL
MARQUES & SALLES LTDA

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) INSPIRE - CLÍNICA DE ESPECIALIDADES	PORTE ME
---	-------------------------

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
86.50-0-04 - Atividades de fisioterapia

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
86.50-0-02 - Atividades de profissionais da nutrição
86.50-0-03 - Atividades de psicologia e psicanálise
86.50-0-06 - Atividades de fonoaudiologia

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

LOGRADOURO AV GOIOERE	NÚMERO 1850	COMPLEMENTO *****
--------------------------------------	----------------------------	----------------------------------

CEP 87.303-110	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO CAMPO MOURAO	UF PR
-------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	----------------------

ENDEREÇO ELETRÔNICO TALIFISIO@GMAIL.COM	TELEFONE (44) 3523-4397
--	--

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)

SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 09/06/2005
---	--

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 22/02/2024 às 16:18:42 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL

Consulta Quadro de Sócios e Administradores - QSA

CNPJ:
07.423.776/0001-63
NOME EMPRESARIAL:
MARQUES & SALLES LTDA
CAPITAL SOCIAL:
R\$20.000,00 (Vinte mil reais)

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

Nome/Nome Empresarial:
TALITA MARQUES SALLES
Qualificação:
49-Sócio-Administrador

Nome/Nome Empresarial:
VANIA MARQUES SALLES
Qualificação:
49-Sócio-Administrador

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

Emitido no dia 22/02/2024 às 16:35 (data e hora de Brasília).

 VOLTAR

 IMPRIMIR

[Passo a passo para o CNPJ](#)

[Consultas CNPJ](#)

[Estatísticas](#)

[Parceiros](#)

[Serviços CNPJ](#)



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

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

CMC 14293	NÚMERO DO ALVARÁ 430/2009
EXERCÍCIO 2024	DATA DE VALIDADE 08/03/2025

ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO

NOME / RAZÃO SOCIAL
5992184 - MARQUES & SALLES LTDA

NOME FANTASIA / SOBRENOME
INSPIRE - CLINICA DE ESPECIALIDADES

LOGRADOURO
AVENIDA GOIOERE

NÚMERO
1850

COMPLEMENTO

CEP
87.303-110

BAIRRO
CENTRO

MUNICÍPIO
Campo Mourão

ESTADO
PR

CPF / CNPJ
07.423.776/0001-63

RG / INSCRIÇÃO ESTADUAL
isento

DATA INÍCIO ATIVIDADE
07/07/2009

ATIVIDADE(S) PRINCIPAL(IS)
0060.1/60.42 CLINICA DE PSICOLOGIA
0086.5/00.02 Atividades de profissionais da nutrição
0086.5/00.03 Atividades de psicologia e psicanálise
0086.5/00.04 Atividades de fisioterapia
0086.5/00.06 Atividades de fonoaudiologia

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

RESTRIÇÃO COMPLEMENTAR

CONTADOR / CONTABILIDADE RESPONSÁVEL
HELIO MONTE ALTO

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

Restrições

CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO DO CORPO DE BOMBEIROS VÁLIDO ATÉ 08/03/2025.

CAMPO MOURÃO/PR, 20/03/2024

VALIDAÇÃO



MANTER EM LOCAL VISÍVEL AO PÚBLICO

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



Assinado digitalmente por:
ADRIANO DE OLIVEIRA DEL CANALE
039.951.839-80
20/03/2024 11:17:05

ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO CONTRATUAL Nº 01
MARQUES & SALLES LTDA
C.N.P.J.: 07.423.776/0001-63 – NIRE 41209817881

VANIA MARQUES SALLES, brasileira, natural de Mandaguari – Pr., casado sob o regime comunhão universal de bens, nascida em 06/08/1959, empresária, portadora da Cédula de Identidade RG. nº 2.266.516, expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado do Paraná e do CPF nº 414.210.359-87, residente e domiciliado à Rua Luciano Marmontel, 100 – Jardim Araucária – Campo Mourão – Pr., CEP 87.301-420 e **TALITA MARQUES SALLES**, brasileira, casada sob o regime de comunhão parcial de bens, natural da cidade de Campo Mourão – Pr., nascida em 10/05/1986, empresária, portadora da Cédula de Identidade RG. 9.194.286-8, expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado do Paraná e do CPF nº 054.557.139-14, residente e domiciliado na Rua Vereador Aymar Soares Souza Lima, 225 – Jardim Cidade Alta II – Campo Mourão – Pr., Cep 87.307-834, únicos sócios da empresa **MARQUES & SALLES LTDA**, com sede a Av. Goloerê, 1850 – Centro – Campo Mourão – Estado do Paraná – Cep 87.303-110, inscrita no CNPJ nº 07.423.776/0001-63 e na Junta Comercial do Estado do Paraná sob o NIRE 41209817881 resolvem alterar seu Contrato Social mediante as seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO DO OBJETO - O objeto da empresa que era **Atividades de Fisioterapia**, passa a ser **Atividades de Fisioterapia, Psicologia, Nutrição e Fonoaudiologia**.

CLÁUSULA SEGUNDA – Para tanto, passa a transcrever, na íntegra, seu **CONTRATO SOCIAL** da referida empresa com o seguinte teor.

MARQUES & SALLES LTDA
CNPJ 07.423.776/0001-63
CONTRATO SOCIAL

VANIA MARQUES SALLES, brasileira, natural de Mandaguari – Pr., casado sob o regime comunhão universal de bens, nascida em 06/08/1959, empresária, portadora da Cédula de Identidade RG. nº 2.266.516, expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado do Paraná e do CPF nº 414.210.359-87, residente e domiciliado a Rua Luciano Marmontel, 100 – Jardim Araucária – Campo Mourão – Pr., CEP 87.301-420, e **TALITA MARQUES SALLES**, brasileira, casada sob o regime de comunhão parcial de bens, natural da cidade de Campo Mourão – Pr., nascida em 10/05/1986, empresária, portadora da Cédula de Identidade RG. 9.194.286-8, expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado do Paraná e do CPF nº 054.557.139-14, residente e domiciliado na Rua Vereador Aymar Soares Souza Lima, 225 – Jardim Cidade Alta II – Campo Mourão – Pr., Cep 87.307-



ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO CONTRATUAL Nº 01
MARQUES & SALLES LTDA
C.N.P.J.: 07.423.776/0001-63 – NIRE 41209817881

834, resolvem constituir-se como Sociedade Empresária Limitada, mediante as seguintes cláusulas.

CLAUSULA PRIMEIRA – A sociedade adotará o seguinte nome empresarial: **MARQUES & SALLES LTDA** e terá sede e domicílio na Av. Goioerê, 1850 - Centro - Campo Mourão – Pr. – Cep 87.303-110.

CLAUSULA SEGUNDA – O capital social é de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) divididos em 20.000 (vinte mil) quotas no valor nominal de R\$ 1,00 (um real), cada uma já integralizadas em moeda corrente do País, pelos sócios:

- a) – Vania Marques Salles: 2.000 (duas mil) quotas no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma totalizando R\$ 2.000,00 (dois mil reais).
- b) – Talita Marques Salles: 18.000 (dezoito mil) quotas no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma totalizando R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais), assim distribuídos:

Nome	%	Quotas	Valor
Vania Marques Salles	10	2.000	R\$ 2.000,00
Talita Marques Salles	90	18.000	R\$ 18.000,00
TOTAL	100	20.000	R\$ 20.000,00

CLAUSULA TERCEIRA – A sociedade terá por objeto o exercício da seguinte atividade econômica: **ATIVIDADES DE FISIOTERAPIA, PSICOLOGIA, NUTRIÇÃO E FONOAUDIOLOGIA.**

CLAUSULA QUARTA – A Sociedade iniciou suas atividades em 06/06/2005 e seu prazo de duração é indeterminado.

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

ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO CONTRATUAL Nº 01
MARQUES & SALLES LTDA
C.N.P.J.: 07.423.776/0001-63 – NIRE 41209817881

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

CLAUSULA SETIMA – A Administração da Sociedade caberá as sócias Vania Marques Salles e Talita Marques Salles, **individualmente**, com os poderes e atribuições de Sócios Administradores autorizado o uso de nome empresarial, vedado, no entanto, em atividades estranhas ao interesse social ou assumirem obrigações seja em favor de qualquer dos quotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens moveis da sociedade, sem autorização dos outros sócios.

CLAUSULA OITAVA – Ao termino de cada exercício social, em 31 de dezembro, os administradores prestarão contas justificadas de sua administração, procedendo a elaboração do inventario, do balanço patrimonial e do balanço de resultado econômico, cabendo aos sócios, na proporção de suas quotas, os lucros ou perdas apurados.

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

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

CLAUSULA DECIMA PRIMEIRA – Os sócios poderão de comum acordo fixar uma retirada mensal, a título de "Pró-Labore", observadas as disposições regulamentares pertinentes.

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

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

ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO CONTRATUAL Nº 01
MARQUES & SALLES LTDA
C.N.P.J.: 07.423.776/0001-63 – NIRE 41209817881

CLAUSULA DECIMA TERCEIRA – Os administradores declaram, sob as penas da lei, de que não estão impedidos de exercerem a administração da sociedade, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrarem sob 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.

CLAUSULA DECIMA QUARTA – A Sociedade declara, sob as penas da Lei, que se enquadra na condição de MICROEMPRESA, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006, e que não se enquadra em qualquer das hipóteses de exclusão relacionadas no parágrafo 4º do artigo 3º da mencionada lei.

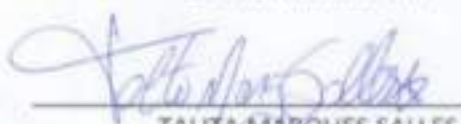
CLAUSULA DECIMA QUINTA – Fica eleito o Foro de Campo Mourão para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato.

E, por estarem assim justos e contratados, lavra, data, e assinam o presente instrumento particular de ato de Transformação do Instrumento de Inscrição de Empresário Individual em Sociedade Empresária Limitada em via única, obrigando-se fielmente por si e seus herdeiros a cumpri-los em todos os seus termos.

Campo Mourão-Pr., 06 de janeiro de 2022.



VANIA MARQUES SALLES
 CPF: 414.210.359-87



TALITA MARQUES SALLES
 CPF: 054.557.139-14



TERMO DE AUTENTICIDADE

Eu, HELIO MONTE ALTO, com inscrição ativa no CRC/PR, sob o nº 034467, inscrito no CPF nº 59043830968, 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
59043830968	034467	HELIO MONTE ALTO



CERTIFICO O REGISTRO EM 12/01/2022 11:15 SOB Nº 20220028338.
PROTOCOLO: 220028338 DE 10/01/2022.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12200296198. CNPJ DA SEDE: 07423776000163.
NIRE: 41209817881. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 06/01/2022.
MARQUES & SALLES LTDA

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

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

LICENÇA SANITÁRIA Nº 143 / 2024

RAZÃO SOCIAL: MARQUES & SALLES LTDA ME

NOME FANTASIA: INSPIRE - CLINICA DE ESPECIALIDADES

CPF/CNPJ: 07.423.776/0001-63

ENDEREÇO: GOIOERÊ DE 1311 A 2630

BAIRRO: CENTRO

NUMERO: 1850

DATA DE EMISSÃO: 04/03/2024

DATA DE VALIDADE: 04/03/2025

Atividades Licenciadas:

- 8650004 - Atividades de fisioterapia
- 8650006 - Atividades de fonoaudiologia
- 8650003 - Atividades de psicologia e psicanálise
- 8650002 - Atividades de profissionais da nutrição

Observações:

ADRIANA LIKES
PEREIRA

CHIROLI:883473119
00

Assinado de forma digital
por ADRIANA LIKES PEREIRA
CHIROLI:88347311900
Dados: 2024.03.04 11:07:40
-03'00'

Autoridade Sanitária

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

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

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 07.423.776/0001-63
Razão Social: MARQUES SALLES LTDA
Endereço: RUA LIBERDADE 367 SALA / CENTRO / CLEVELANDIA / PR / 85530-000

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: 21/07/2024 a 19/08/2024

Certificação Número: 2024072101331314129321

Informação obtida em 30/07/2024 11:24:17

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



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

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Protocolo:	N. Certidão: 35908/2024
Contribuinte: MARQUES & SALLES LTDA	
CPF: 07.423.776/0001-63	RG: isento
Endereço: AVENIDA GOIOERE, nº 1850	
Bairro: CENTRO	
Complemento: *****	Ponto de Referência:
Requerente:	
Cód. Contrib.: 5992184	Validade: 29/08/2024

[FINALIDADE]

PARA FINS DIVERSOS

[OBSERVAÇÕES]

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

CAMPO MOURÃO/PR, 30 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 034164783-60

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **07.423.776/0001-63**

Nome: **VANIA MARQUES SALLES - MODA E ESTETICA**

Estabelecimento baixado ou paralisado 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 27/11/2024 - 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: MARQUES & SALLES LTDA
CNPJ: 07.423.776/0001-63

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>>.

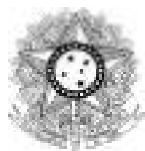
Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.

Emitida às 11:16:28 do dia 24/07/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 20/01/2025.

Código de controle da certidão: **5EE8.28D5.CF0A.DDD5**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: MARQUES & SALLES LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 07.423.776/0001-63

Certidão nº: 12176120/2024

Expedição: 22/02/2024, às 16:44:17

Validade: 20/08/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **MARQUES & SALLES LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **07.423.776/0001-63**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

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

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

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

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

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



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



CLCB - CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO DO CORPO DE BOMBEIROS - CLCB
3.9.01.24.0001397818-84

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

MARQUES E SALLES - LTDA	
Nome Fantasia: INSPIRE - CLINICA DE ESPECIALIDADES CPF/CNPJ: 07.423.776/0001-63 Código da Atividade Econômica (CNAE): 8650/0-06 - ATIVIDADES DE FONOAUDIOLOGIA 8650/0-03 - ATIVIDADES DE PSICOLOGIA E PSICANÁLISE 8650/0-02 - ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA NUTRIÇÃO 8650/0-04 - ATIVIDADES DE FISIOTERAPIA Logradouro: AV GOIO-ERE Número: 1850 Complemento: Bairro: CENTRO Município: CAMPO MOURAO-PR	
PREVENÇÃO E COMBATE A INCÊNDIO E A DESASTRES	
Área Total: 144,18 m ²	Altura Total: 3,00 m
Área Vistoriada: 144,18 m ²	Altura Área Vistoriada: 0,00 m
Ocupação: H-6 - CLÍNICA E CONSULTÓRIO MÉDICO E ODONTOLÓGICO Capacidade de Público: 15 PESSOAS Uso de GLP: Projeto Técnico NIB:	
NOTA:	
OBSERVAÇÕES	
Esta licença perde a validade, a qualquer tempo, caso ocorram alterações que impliquem em inconformidade com a legislação de prevenção e combate a incêndio e a desastres em vigor. O Corpo de Bombeiros Militar poderá fiscalizar a edificação/estabelecimento/área de risco/evento a qualquer tempo.	

LICENÇA VÁLIDA ATÉ: 8 de Março de 2025



Documento emitido eletronicamente pelo Sistema PrevFogo.
A autenticidade deve ser confirmada no endereço www.prevfogo.pr.gov.br através do link "Verificar Autenticidade Documentos."

Identificação do Contribuinte - CNPJ Matriz

CNPJ: **07.423.776/0001-63**

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

Nome Empresarial: **MARQUES & SALLES LTDA**

Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **Optante pelo Simples Nacional desde 01/07/2007**

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

+ Mais informações

Voltar Gerar PDF

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

LICENÇA SANITÁRIA Nº 143 / 2024

RAZÃO SOCIAL: MARQUES & SALLES LTDA ME

NOME FANTASIA: INSPIRE - CLINICA DE ESPECIALIDADES

CPF/CNPJ: 07.423.776/0001-63

ENDEREÇO: GOIOERÊ DE 1311 A 2630

BAIRRO: CENTRO

NUMERO: 1850

DATA DE EMISSÃO: 04/03/2024

DATA DE VALIDADE: 04/03/2025

Atividades Licenciadas:

8650004 - Atividades de fisioterapia

8650006 - Atividades de fonoaudiologia

8650003 - Atividades de psicologia e psicanálise

8650002 - Atividades de profissionais da nutrição

Observações:

ADRIANA LIKES

PEREIRA

CHIROLI:883473119

00

Assinado de forma digital
por ADRIANA LIKES PEREIRA
CHIROLI:88347311900
Dados: 2024.03.04 11:07:40
-03'00'

Autoridade Sanitária

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 7.515.898-0



POLEGAR DIREITO



Annabel Fogaça Alves Pereira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

031.201.779-03

Nome

ANNABEL FOGACA ALVES PEREIRA

Nascimento

25/10/1980



Sistema Único de Saúde

ANNABEL FOGACA ALVES PEREIRA

Data Nasc.: 25/10/1980

Sexo: F

703 4062 3626 8911



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.



**COPEL***Para Sempre*0800 91 00 116 - www.copel.com.br

DANF33 - Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica de Energia Elétrica
 COPEL DISTRIBUIÇÃO S.A.
 RUA W 3038 ZENILMO BIAZZI 110, 180
 CEP: 81200-040 - CURITIBA/PR
 CNPJ: 04.966.990/0001-08 - I.E.: 0023207344

Responsável pela Iluminação Pública: Município 4435263833

Classificação:
 COMERC/ATIV DE FISIOTERAPIA

Tipo de Fornecimento:
 TRIFASICO / 80A

VANIA MARQUES SALLES

AV GOIOERE, 1950 - INSPIRE CLINICA DE ESPECIALIDADES

CEP: 97303110

Cidade: CAMPO MOURAO - PR

CPF: ***.***.59-87



PAGUE COM PIX

UNIDADE CONSUMIDORA

13526740

▲ CODIGO UNICO AUTOMATICO ▲

REF: MÊS / ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

03/2024**10/01/2024****R\$ 741,00**

Nº - FISCAL: 91372134 - SERIE 3 / DATA EMISSÃO: 19/03/2024

Consulte Chave de Acesso em
<https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/NF3eConsulta?wsdl>

Chave de acesso:

41240304366696000106660030913721342000690724

Protocolo de Autorização: - as +00:00

EMITIDA EM CONTINGENCIA - Pendente de Autorização

DÍGITAS
DE LETURAS

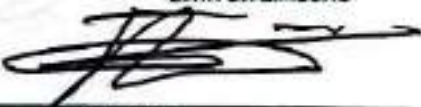
Leitura Anterior
19/02/2024

Leitura Atual
19/03/2024

N. Dias
29

Proxima Leitura
18/04/2024

Itens da Fatura	Unidade	Quantidade	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS / COFINS	ICMS	Taxa
1) CONSUMO	kWh	776	0,388221	301,26	12,57	64,23	0,00
2) CONSUMO	kWh	58	0,392931	22,79	0,94	4,33	0,00
3) USO SISTEMA	kWh	776	0,421920	327,41	13,67	68,93	0,00
4) USO SISTEMA	kWh	58	0,427241	24,78	1,02	4,71	0,00
5) CONT ILUMIN				59,84			
5) FUND PRO-RE				6,00			
TOTAL				741,00			

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO	
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL	
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO	
FISIOTERAPIA	INSCRIÇÃO: GREFITO - 90380-F
NOME ANNABEL FOGAÇA ALVES	
FILIAÇÃO JOSÉ PEREIRA ALVES	
FILIAÇÃO RODNEIA FOGAÇA ALVES	
UBIRATÁ-PR	25/10/80
LOCAL DO NASCIMENTO (Cidade - Estado ou País)	DATA DO NASCIMENTO
CURITIBA - PR	27/07/07
LOCAL DA EMISSÃO	DATA DA EMISSÃO
LEI Nº 6.206-7-575 LEI Nº 6.316-17-1275  PRESIDENTE Dr. Roberto Mattar Cepeda	

IDENTIDADE CIVIL

NÚMERO
IDENTIDADE ELEITORAL

7.515.898-0

NÚMERO
IDENTIDADE ELEITORAL

0676999606-04

OUTRAS QUALIFICAÇÕES PROFISSIONAIS
(Nas áreas de fisioterapia e/ou de Terapia Ocupacional)

DATA DE EMISSÃO

13/06/95

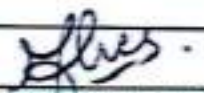
CIRCUNSCRIÇÃO

PR/31*

SSP/PR
ÓRGÃO EMISSOR
IDENTIDADE DO CONTRIBUINTE

031.201.779-03

INSCRIÇÃO NO DO DO MP


ASSINATURA DO PORTADOR





UNIVERSIDADE PARANAENSE

Reconhecida pela Portaria MEC n.º 1580, de 09/11/93. Publicada no D.O.U. de 10/11/93.

Estado do Paraná



O Reitor da Universidade Paranaense, no uso de suas atribuições e tendo em vista a colação de grau do Curso de FISIOTERAPIA, em 26 de janeiro de 2006, confere o título de FISIOTERAPEUTA

a

ANNABEL FOGAÇA ALVES,

brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida a 25 de outubro de 1980, RG 7.515.898-0 PR, e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Umuarama, 27 de janeiro de 2006.

Diplomada

Reitor

UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR
CURSO DE FISIOTERAPIA

Reconhecido pela Portaria Ministerial n.º 767,
de 23/03/06 - D.O.U. de 24/03/06.

CURSO CONCLUÍDO EM: 17 / 12 / 2005

CANDIDO GARCIA
REITOR



UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR

Umuarama - PR.



Departamento Especial de Registro de Diplomas

Diploma registrado sob n.º 018631

Processo n.º 019111/2007.
nos termos do art. 48 da Lei 9.394/96.

Umuarama, 05 de março de 2007.

CANDIDO GARCIA
Reitor

UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR

Registrado sob o n.º 366 às páginas n.º 15-V

do Livro de Registro n.º 001 desta Universidade.

COFFITO

Conselho Federal de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional

Diploma Registrado sob o n.º 90380

No Livro n.º 227 às fls. 17

Em 14 de junho de 2007

Dr. JOSÉ EUCLIDES ROUREL E SILVA
PRESIDENTE

CREFITO - 8

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia
Ocupacional da 8ª Região

Nome: Annabel Fagaca
ALVES

Fisioterapeuta

Inscrição n.º 90380 F

Livro F 18 Fls. 64

Em 28 de julho de 2007

Dr. Roberto Mattar Cepeda
Presidente



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



PR

NOME
TALITA MARQUES SALLES



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
9194296-8 SESP PR

CPF DATA NASCIMENTO
054.557.139-14 10/05/1986

FILIAÇÃO
GUSTAVO SALLES

VANIA MARQUES SALLES

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
03468482848

VALIDADE
12/11/2024

1ª HABILITAÇÃO
30/12/2004

OBSERVAÇÕES

Talita Marques Salles

LOCAL ASSINATURA DO PORTADOR
CAMPO MOURAO, PR

DATA EMISSÃO
12/11/2019

Kg...

ASSINATURA DO EMISSOR

**80346426473
PR917195815**

PARANÁ

O TERRITÓRIO NACIONAL
1959395168



1959395168

REGISTRO GERAL: 7.515.898-0

DATA DE EXPEDIÇÃO: 25/11/2010

NOME: ANNABEL FOGAÇA ALVES PEREIRA

FILIAÇÃO: JOSE PEREIRA ALVES

RODNEIA FOGAÇA ALVES

NATURALIDADE: UBIRATÁ/PR

DATA DE NASCIMENTO: 25/10/1980

DOC. ORIGEM: COMARCA=ICARAIMA/PR, DA SEDE

C.CAS=2763, LIVRO=8B, FOLHA=282

CPF: 031.201.779-03

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

É PROIBIDO PLASTIFICAR

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

031.201.779-03

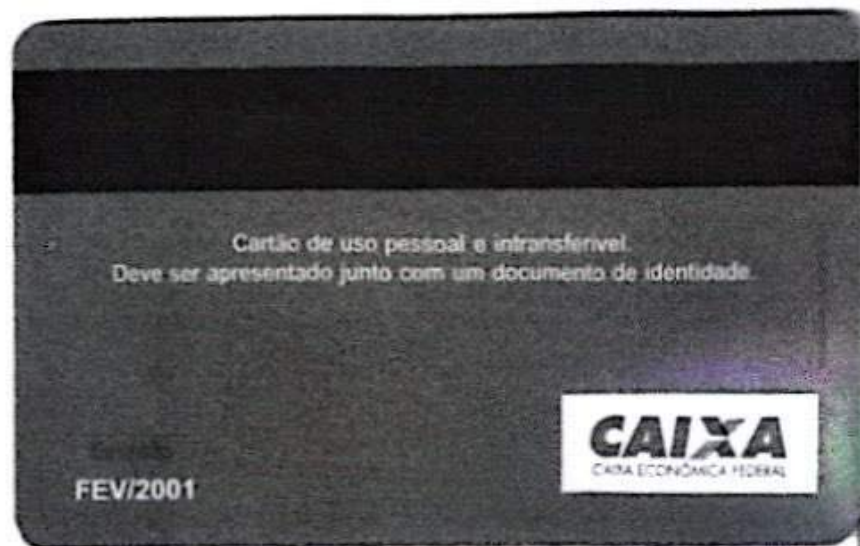
Nome

ANNABEL FOGACA ALVES PEREIRA

Nascimento

25/10/1980





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 7.515.898-0

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

031.201.779-03

Nome

ANNABEL FOGACA ALVES PEREIRA

Nascimento

25/10/1980

Sistema Único de Saúde

ANNABEL FOGACA ALVES PEREIRA

Data Nasc.: 25/10/1980

Sexo: F

703 4062 3626 8911



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.



**COPEL***Para Longo*0800 91 00 116 - www.copel.com.br

DANF33 - Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica de Energia Elétrica
 COPEL DISTRIBUIÇÃO S.A.
 RUA W 3038 ZENILMO BIAZZI 110, 180
 CEP: 81200-240 - CURITIBA/PR
 CNPJ: 04.986.990/0001-09 - I.E.: 0023207349

Responsável pela Iluminação Pública: Município 4435263833

Classificação:
 COMERC/ATIV DE FISIOTERAPIA

Tipo de Fornecimento:
 TRIFASICO / 80A

VANIA MARQUES SALLES

AV GOIOERE, 1950 - INSPIRE CLINICA DE ESPECIALIDADES

CEP: 97303110

Cidade: CAMPO MOURAO - PR

CPF: ***.***.59-87



PAGUE COM PIX

UNIDADE CONSUMIDORA

13526740

▲ CODIGO UNICO AUTOMATICO ▲

REF: MÊS / ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

03/2024**10/01/2024****R\$ 741,00**

NF-e FISCAL 105 91372134 - SERIE 3 / DATA EMISSÃO: 19/03/2024

Consulte Chave de Acesso em
<https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/NF3eConsulta?wsdl>

Chave de acesso:

41240304366698000106660030913721342000690724

Protocolo de Autorização: - as +00:00

EMITIDA EM CONTINGENCIA - Pendente de Autorização

DÍGITAS
DE LETURAS

Leitura Anterior

19/02/2024

Leitura Atual

19/03/2024

N. Dias

29

Proxima Leitura

18/04/2024

Itens da Fatura	Unidade	Quantidade	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS / COFINS	ICMS	Taxa
1) CONSUMO	kWh	776	0,388221	301,26	12,57	64,23	0,00
2) CONSUMO	kWh	58	0,392931	22,79	0,94	4,33	0,00
3) USO SISTEMA	kWh	776	0,421920	327,41	13,67	68,93	0,00
4) USO SISTEMA	kWh	58	0,427241	24,78	1,02	4,71	0,00
5) CONT ILUMIN				59,84			
5) FUND PRO-RE				6,00			
TOTAL				741,00			

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO

FISIOTERAPIA	INSCRIÇÃO: GREFITO - 90380-F
---------------------	-------------------------------------

NOME **ANNABEL FOGAÇA ALVES**

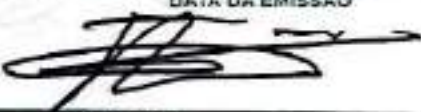
FILIAÇÃO **JOSÉ PEREIRA ALVES**

RODNEIA FOGAÇA ALVES

UBIRATÁ-PR _____ **25/10/80**
LOCAL DO NASCIMENTO (Cidade - Estado ou País) DATA DO NASCIMENTO

CURITIBA - PR _____ **27/07/07**
LOCAL DA EMISSÃO DATA DA EMISSÃO

LEI Nº 6.206-7-5-75
LEI Nº 6.316-17-12-75


 PRESIDENTE
Dr. Roberto Mattar Cepeda

IDENTIDADE CIVIL

7.515.898-0

NÚMERO
IDENTIDADE ELEITORAL

13/06/95

DATA DE EMISSÃO

SSP/PR

ÓRGÃO EMITENTE
IDENTIDADE DO CONTRIBUINTE

0676999606-04

NÚMERO

PR/31*

CIRCUNSCRIÇÃO

031.201.779-03

INSCRIÇÃO NO DO DO MP

OUTRAS QUALIFICAÇÕES PROFISSIONAIS
(Nas áreas de fisioterapia e/ou de Terapia Ocupacional)

[Assinatura]
ASSINATURA DO PORTADOR





UNIVERSIDADE PARANAENSE

Reconhecida pela Portaria MEC n.º 1580, de 09/11/93. Publicada no D.O.U. de 10/11/93.

Estado do Paraná



O Reitor da Universidade Paranaense, no uso de suas atribuições e tendo em vista a colação de grau do Curso de FISIOTERAPIA, em 26 de janeiro de 2006, confere o título de FISIOTERAPEUTA

a

ANNABEL FOGAÇA ALVES,

brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida a 25 de outubro de 1980, RG 7.515.898-0 PR, e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Umuarama, 27 de janeiro de 2006.

Diplomada

Reitor

UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR
CURSO DE FISIOTERAPIA

Reconhecido pela Portaria Ministerial n.º 767,
de 23/03/06 - D.O.U. de 24/03/06.

CURSO CONCLUÍDO EM: 17 / 12 / 2005

CANDIDO GARCIA
REITOR



UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR

Umuarama - PR.



Departamento Especial de Registro de Diplomas

Diploma registrado sob n.º 018631

Processo n.º 019111/2007.
nos termos do art. 48 da Lei 9.394/96.

Umuarama, 05 de março de 2007.

CANDIDO GARCIA
Reitor

UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR

Registrado sob o n.º 366 às páginas n.º 15-V

do Livro de Registro n.º 001 desta Universidade.

COFFITO

Conselho Federal de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional

Diploma Registrado sob o n.º 90380

No Livro n.º 227 às fls. 17

Em 14 de junho de 2007

Dr. JOSÉ EUCLIDES ROUREL E SILVA
PRESIDENTE

CREFITO - 8

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia
Ocupacional da 8ª Região

Nome: Annabel Fagaca
ALVES

Fisioterapeuta

Inscrição n.º 90380 F

Livro F 18 Fls. 64

Em 28 de julho de 2007

Dr. Roberto Mattar Cepeda
Presidente



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



PR

NOME
TALITA MARQUES SALLES



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
9194296-8 SESP PR

CPF DATA NASCIMENTO
054.557.139-14 10/05/1986

FILIAÇÃO
GUSTAVO SALLES

VANIA MARQUES SALLES

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
03468482848

VALIDADE
12/11/2024

1ª HABILITAÇÃO
30/12/2004

OBSERVAÇÕES

Talita Marques Salles

LOCAL ASSINATURA DO PORTADOR
CAMPO MOURAO, PR

DATA EMISSÃO
12/11/2019

Kg...

ASSINATURA DO EMISSOR

**80346426473
PR917195815**

PARANÁ

O TERRITÓRIO NACIONAL
1959395168



1959395168

REGISTRO GERAL: 7.515.898-0

DATA DE EXPEDIÇÃO: 25/11/2010

NOME: ANNABEL FOGAÇA ALVES PEREIRA

FILIAÇÃO: JOSE PEREIRA ALVES

RODNEIA FOGAÇA ALVES

NATURALIDADE: UBIRATÁ/PR

DATA DE NASCIMENTO: 25/10/1980

DOC. ORIGEM: COMARCA=ICARAIMA/PR, DA SEDE
C.CAS=2763, LIVRO=8B, FOLHA=282

CPF: 031.201.779-03

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

É PROIBIDO PLASTIFICAR

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

031.201.779-03

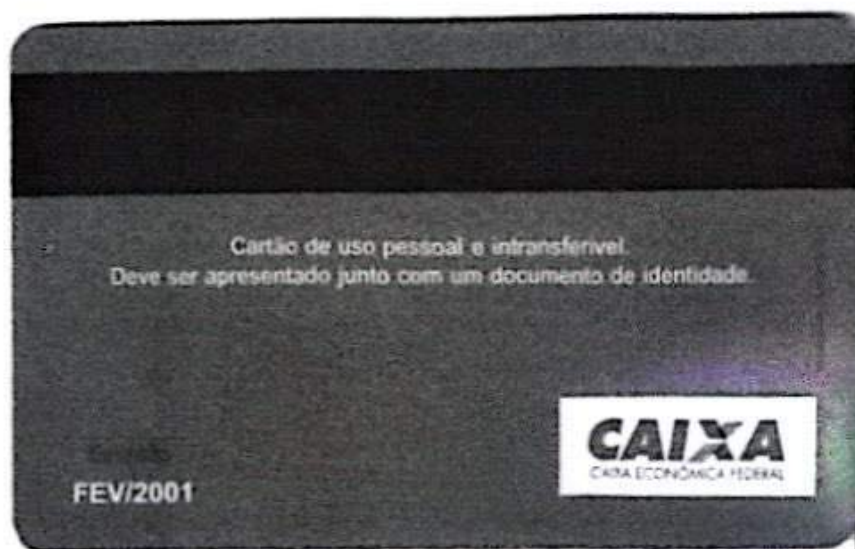
Nome

ANNABEL FOGACA ALVES PEREIRA

Nascimento

25/10/1980





NOME: MARQUES & SALLES LTDA
CNPJ: 07.423.776/0001-63

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Municipal: 1256
Data Emissão: 2024-07-30
Data Vencimento: 2024-08-29
Certidao Estadual: 1257
Data Emissão: 2024-07-30
Data Vencimento: 2024-11-27
Certidao Federal: 1258
Data Emissão: 2024-07-24
Data Vencimento: 2025-01-20
Certidao Trabalhista: 1259
Data Emissão: 2024-02-22
Data Vencimento: 2024-08-20
Certidao FGTS: 1260
Data Emissão: 2024-07-30
Data Vencimento: 2024-08-19

Capacidade Tecnica

Proposta

Categoria: FISIOTERAPIA
Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS
PALIATIVOS
Valor: R\$ 18
Qtd: Un. 200
Categoria: FISIOTERAPIA
Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO
COGNITIVO
Valor: R\$ 18
Qtd: Un. 200
Categoria: FISIOTERAPIA
Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQÜELAS POR
QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)
Valor: R\$ 18
Qtd: Un. 180
Categoria: FISIOTERAPIA
Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME
CORONARIANA AGUDA
Valor: R\$ 18
Qtd: Un. 200
Categoria: FISIOTERAPIA
Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO
CLÍNICO CARDIOVASCULAR
Valor: R\$ 18
Qtd: Un. 200
Categoria: FISIOTERAPIA
Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO
RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
Valor: R\$ 18
Qtd: Un. 200
Categoria: FISIOTERAPIA
Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO
RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
Valor: R\$ 18
Qtd: Un. 200

Categoria: FISIOTERAPIA
Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO
Valor: R\$ 18
Qtd: Un. 150
Categoria: FISIOTERAPIA
Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO
Valor: R\$ 18
Qtd: Un. 200
Categoria: FISIOTERAPIA
Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS
CIRURGIA ONCOLÓGICA
Valor: R\$ 18
Qtd: Un. 150
Categoria: FISIOTERAPIA
Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS
CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS
Valor: R\$ 18
Qtd: Un. 150
Categoria: FISIOTERAPIA
Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-
OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA
Valor: R\$ 18
Qtd: Un. 200
Categoria: FISIOTERAPIA
Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO LÍNICO
Valor: R\$ 18
Qtd: Un. 150
Categoria: FISIOTERAPIA
Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CRURGIA
CARDIOVASCULAR
Valor: R\$ 18
Qtd: Un. 200
Categoria: FISIOTERAPIA
Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DIFUÇÕES
UROGINECOLÓGICAS
Valor: R\$ 18
Qtd: Un. 150
Categoria: FISIOTERAPIA
Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES
OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO
Valor: R\$ 18
Qtd: Un. 150
Categoria: FISIOTERAPIA
Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES
OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS
Valor: R\$ 18
Qtd: Un. 150
Categoria: FISIOTERAPIA
Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS
NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
Valor: R\$ 18
Qtd: Un. 180
Categoria: FISIOTERAPIA
Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS
NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
Valor: R\$ 18
Qtd: Un. 180
Categoria: FISIOTERAPIA

Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-
OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS

Valor: R\$ 18

Qtd: Un. 200

Categoria: FISIOTERAPIA

Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-
OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTEMICAS

Valor: R\$ 18

Qtd: Un. 200

Categoria: FISIOTERAPIA

Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS

Valor: R\$ 18

Qtd: Un. 200

Categoria: FISIOTERAPIA

Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO
DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR

Valor: R\$ 18

Qtd: Un. 180

Categoria: FISIOTERAPIA

Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES
PERIFÉRICAS

Valor: R\$ 18

Qtd: Un. 180

Categoria: FISIOTERAPIA

Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPICO POR SESSÃO

Valor: R\$ 18

Qtd: Un. 200

Categoria: FISIOTERAPIA

Procedimento: CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO
ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

Valor: R\$ 30

Qtd: Un. 100

Categoria: FISIOTERAPIA

Procedimento: CONSULTA EM FISIOTERAPIA

Valor: R\$ 30

Qtd: Un. 100

Categoria: FISIOTERAPIA

Procedimento: SESSÃO DE ELETROESTIMULAÇÃO

Valor: R\$ 18

Qtd: Un. 200

Sistema de Credenciamento

Declaração

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

Dados Fornecedor

CNPJ: 28.157.011/0001-07
Razão Social: PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA
E-mail: FATURAMENTO@CLINICARADCENTER.COM.BR
Telefone: 44984365464
Banco: CAIXA ECONOMICA
Conta: 48962
Agência: 0570
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 Falências: 1222 - Data Emissão: 2024-06-24 - Data Vencimento: 1970-01-01

Certidão Municipal: 1224 - Data Emissão: 2024-06-14 - Data Vencimento: 2024-09-12

Certidão Estadual: 1225 - Data Emissão: 2024-06-14 - Data Vencimento: 2024-10-12

Certidão Federal: 1226 - Data Emissão: 2024-06-14 - Data Vencimento: 2024-12-11

Certidão Trabalhista: 1227 - Data Emissão: 2024-06-14 - Data Vencimento: 2024-12-11

Certidão FGTS: 1228 - Data Emissão: 2024-07-09 - Data Vencimento: 2024-08-07

IV - Capacidade Técnica

V - Proposta

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) - Valor: R\$ 268.75 - Qtd: 10

Categoria: Selecione uma categoria - Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR - Valor: R\$ 268.75 - Qtd: 10

Categoria: Selecione uma categoria - Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR - Valor: R\$ 268.75 - Qtd: 10

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO - Valor: R\$ 268.75 - Qtd: 10

Categoria: Selecione uma categoria - Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA - Valor: R\$ 268.75 - Qtd: 20

Categoria: Selecione uma categoria - Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA - Valor: R\$ 268.75 - Qtd: 20

Categoria: Selecione uma categoria - Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO - Valor: R\$ 268.75 - Qtd: 20

Categoria: Selecione uma categoria - Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE - Valor: R\$ 361.25 - Qtd: 10

Categoria: Selecione uma categoria - Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) - Valor: R\$ 268.75 - Qtd: 10

Categoria: Selecione uma categoria - Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) - Valor: R\$ 268.75 - Qtd: 10

Categoria: Selecione uma categoria - Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA - Valor: R\$ 268.75 - Qtd: 10

Categoria: Selecione uma categoria - Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX - Valor: R\$ 268.75 - Qtd: 10

Categoria: Selecione uma categoria - Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA - Valor: R\$ 268.75 - Qtd: 10

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR - Valor: R\$ 180.22 - Qtd: 20

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL - Valor: R\$ 219.22 - Qtd: 20

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR - Valor: R\$ 112.78 - Qtd: 20

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR - Valor: R\$ 112.78 - Qtd: 20

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE - Valor: R\$ 112.79 - Qtd: 30

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE - Valor: R\$ 131.43 - Qtd: 30

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE - Valor: R\$ 112.79 - Qtd: 30

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES - Valor: R\$ 112.78 - Qtd: 20

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES - Valor: R\$ 112.78 - Qtd: 20

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR - Valor: R\$ 180.22 - Qtd: 20

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRACO, MAO, COXA, PERNA, PE) - Valor: R\$ 112.78 - Qtd: 40

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA - Valor: R\$ 126.67 - Qtd: 20

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX - Valor: R\$ 177.33 - Qtd: 30

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO - Valor: R\$ 126.67 - Qtd: 30

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO - Valor: R\$ 112.78 - Qtd: 20

VI - Profissionais

Nome: MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA - Especialidade : RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM - CPF: 015.743.010-39

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 12/07/2024 20:35:03

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____

ANEXO I
REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA

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

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS ATUANTES DA ÁREA DA SAÚDE divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CISCOMCAM, 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: PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA

Nome Fantasia: PFEIFER DE ALMEIDA E CIA

CNPJ nº: 28.157.011/0001-07

Inscrição Estadual:

Micro Empresa: () Não () Sim **Optante Simples:** (X) Não () Sim

Número do CNAE Nacional: Descrição:

Endereço: Rua Walter Kreiser, 3434, Zona I

Município: Umuarama **UF:** PR

CEP: 87.501-095

Telefone Comercial: (44) 3362-1002



44. 3362-1002



RADCENTER

MEDICINA POR IMAGEM

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: CAIXA ECONOMICA	CÓDIGO DO BANCO: 104	AGÊNCIA: 0570
TIPO DE CONTA: CONTA CORRENTE	OPERAÇÃO: 003	Nº DA CONTA: 4896-2
CIDADE E UF DA AGENCIA: UMUARAMA - PR		

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL - RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF
MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA	7088470641 SJS/II RS	015.743.010-39

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE
RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	400 (MENSAL) 400 (MENSAL)

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA	015.743.010-39	7088470641 SJS/II RS	CRM-38224/PR	(44) 3362-1002

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
CINTIA FERREIRA DA SILVA NOVAK	099.569.429-01	13.351.808/8	FATURAMENTO@CLINICARADCENTER.COM.BR	(44) 3362-1002

44. 3362-1002

Radcenter - Instituto Nossa Senhora Aparecida
Rua Guadiana | nº 4095 | Zona I | CEP: 87501-020 | Umuarama | PR



RADCENTER

MEDICINA POR IMAGEM

ESPECIALIDADES

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA	RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

INSERIR LOCAL DE ATENDIMENTO	INSERIR ENDEREÇO DO LOCAL DE ATENDIMENTO RUA GUADIANA, 4095 – ANEXO AO HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA
------------------------------	--

Campo Mourão – Pr, 11 de Julho de 2024.


Dra. Maira Pfeifer de Almeida
Médica
CRM-PR 38224


28.157.011/0001-07
RADCENTER - CLÍNICA MÉDICA LTDA.
RUA GUADIANA, 4095 - ZONA I
FONE: (44) 3362-1002
87.501-020 - UMUARAMA - PR

ASSINATURA
PFEIFEIR FE ALMEIDA E CIA LTADA
Nº CNPJ 28.157.011/0001-07
MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA
CPF 015.743.010-39
RG 7088470641 SJS/II RS

44.3362-1002

Radcenter - Instituto Nossa Senhora Aparecida
Rua Guadiana | nº 4095 | Zona I | CEP: 87501-020 | Umuarama | PR



RADCENTER

MEDICINA POR IMAGEM

DIAGNOSTICO POR RESSONANCIA MAGNETICA - 20 EXAMES DIA (400 MENSAL)
RESSONÂNCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO- MANDIBULAR (BILATERAL)
RESSONÂNCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL
RESSONÂNCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA
RESSONÂNCIA MAGNETICA DE COLUNA TORÁCICA
RESSONÂNCIA MAGNETICA DE CRÂNIO
RESSONÂNCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA
RESSONÂNCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)
RESSONÂNCIA MAGNETICA DE TÓRAX
RESSONÂNCIA MAGNETICA DE ABDÔMEN SUPERIOR
RESSONÂNCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDÔMEN INFERIOR
RESSONÂNCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)
RESSONÂNCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES
RESSONANCIA DO CORAÇÃO
DIAGNOSTICO POR TOMOGRAFIA - 20 EXAMES DIA (400 MENSAL)
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA C/ OU S/ CONTRASTE
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

44. 3362-1002

Radcenter - Instituto Nossa Senhora Aparecida
Rua Guadiana | nº 4095 | Zona I | CEP: 87501-020 | Umuarama | PR



RADCENTER

MEDICINA POR IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / Bacia / ABDÔMEN INFERIOR

44. 3362-1002

Radcenter - Instituto Nossa Senhora Aparecida
Rua Guadiana | nº 4095 | Zona I | CEP: 87501-020 | Umuarama | PR



RADCENTER

MEDICINA POR IMAGEM

ANEXO II

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

A empresa PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 28.157.011/0001-07, sediada na Rua Walter Kreiser nº 3434, Zona I na cidade de Umuarama/PR, através representante legal, Maira Pfeifer de Almeida, RG 7088470641 SJS/II RS e CPF 015.743.010-39, 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, 08, Julho de 2024

Dra. Maira Pfeifer de Almeida
Médica
CRM-PR 38224

ASSINATURA

PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA
Nº CNPJ 28.157.011/0001-07
MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA
CPF 015.743.010-39
RG 7088470641 SJS/II RS

44. 3362-1002

Radcenter - Instituto Nossa Senhora Aparecida
Rua Guadiana | nº 4095 | Zona I | CEP: 87501-020 | Umuarama | PR



RADCENTER
MEDICINA POR IMAGEM

ANEXO III

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

PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA, estabelecida na Rua Walter Kreiser, 3434,
Zona I, CEP 87.501-095, inscrita no CNPJ sob nº 28.157.011/0001-07, neste ato
representada pelo seu representante MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA, 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, 08, de Julho de 2024.

Dra. Maira Pfeifer de Almeida
Médica
CRM-PR 38224

ASSINATURA

PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA
Nº CNPJ 28.157.011/0001-07
MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA
CPF 015.743.010-39
RG 7088470641 SJS/II RS

44.3362-1002

Radcenter - Instituto Nossa Senhora Aparecida
Rua Guadiana | nº 4095 | Zona I | CEP: 87501-020 | Umuarama | PR



RADCENTER
MEDICINA POR IMAGEM

ANEXO IV

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

Eu, MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA, carteira de identidade nº 7088470641 expedida pela, SJS/II RS inscrito no CPF sob nº 015.743.010-39, Representante legal da inscrita no CNPJ sob o nº 28.157.011/0001-07, 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, 08, de Julho de 2024.

Dra. Maira Pfeifer de Almeida
Médica
CRM-PR 38224

ASSINATURA

PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA
Nº CNPJ 28.157.011/0001-07
MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA
CPF 015.743.010-39
RG 7088470641 SJS/II RS

44. 3362-1002

Radcenter - Instituto Nossa Senhora Aparecida
Rua Guadiana | nº 4095 | Zona I | CEP: 87501-020 | Umuarama | PR



RADCENTER
MEDICINA POR IMAGEM

ANEXO V

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

O representante legal da Empresa **MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA**, 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, 08, de Julho de 2024.

Dra. Maira Pfeifer de Almeida
Médica
CRM-PR 38224

ASSINATURA

PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA
Nº CNPJ 28.157.011/0001-07
MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA
CPF 015.743.010-39
RG 7088470641 SJS/II RS

44. 3362-1002

Radcenter - Instituto Nossa Senhora Aparecida
Rua Guadiana | nº 4095 | Zona I | CEP: 87501-020 | Umuarama | PR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 28.157.011/0001-07 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 11/07/2017
NOME EMPRESARIAL PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) PFEIFER DE ALMEIDA E CIA		PORTE EPP
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.30-5-02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 68.10-2-02 - Aluguel de imóveis próprios (Dispensada *)		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada		
LOGRADOURO R WALTER KREISER	NÚMERO 3434	COMPLEMENTO SALA 01
CEP 87.501-095	BAIRRO/DISTRITO ZONA I	MUNICÍPIO UMUARAMA
UF PR		
ENDEREÇO ELETRÔNICO MARIANA-RADCENTER@OUTLOOK.COM		TELEFONE (44) 3622-1870
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****		
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 11/07/2017	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL		
SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

(*) A dispensa de alvarás e licenças é direito do empreendedor que atende aos requisitos constantes na Resolução CGSIM nº 51, de 11 de junho de 2019, ou da legislação própria encaminhada ao CGSIM pelos entes federativos, não tendo a Receita Federal qualquer responsabilidade quanto às atividades dispensadas.



PREFEITURA MUNICIPAL DE UMUARAMA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Divisão de Vigilância em Saúde

GESTÃO PLENA

LICENÇA SANITÁRIA Nº

1300/ 2023

Contribuinte: PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA

Fantasia: PFEIFER DE ALMEIDA E CIA

Endereço: RUA WALTER KREISER, 3434

Área: 35

Bairro: ZONA 1

CNPJ/CPF: 28.157.011/0001-07

CEP: 87501-095

Código da Atividade:

Cadastro: 34879

6810202,8630502

Data de Expedição: 06/09/2023

Responsável Técnico: MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA CRM-PR 38224

Atividade:

ALUGUEL DE IMÓVEIS PRÓPRIOS, ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

	Responsável da Inspeção <i>Shesli da Silva</i> Fiscal SVS/ANCC - Umuarama - PR Matr. 995381	Diretor(a) <i>Acandora Moura de Moraes</i> Diretora de Vigilância em Saúde Matr. 674661
--	--	--

Observação:

LICENÇA VÁLIDA ATÉ 06/09/2025 ENQUANTO SATISFIZER AS EXIGÊNCIAS DA LEGISLAÇÃO EM VIGOR.

EXERCÍCIO 2023

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

DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Rua Dr. Paulo Pedrosa de Alencar, 4253 - Fone: (44) 3906-1145

CEP 87.501-270 - Umuarama - PR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

SEDE DA COMARCA DE UMUARAMA - PARANÁ

Bel. Elaine Magalhães Souza Vasconcellos

Oficiala

Av. Amargô, 3595, • Centro • Caixa Postal 95 • CEP 87.504-280 • Umuarama • Paraná • Fone: (044)3622-1178 • e-mail: cartarioderegistrocivilumuaruna@hotmail.com

Livro A-024

Folha 143

Termo 027770

CERTIDÃO DE NASCIMENTO Nº 27.770

CERTIFICO que, do livro, folha e termo citados de ASSENTO DE NASCIMENTOS, deste Ofício, consta que foi lavrado no dia 26 de maio de 1988, o assento de Nascimento de *****

**** ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO ****

do sexo masculino, nascido aos quatro dias do mês de março do ano de um mil e novecentos e oitenta e oito (04/03/1988), às oito horas e dez minutos (08:10h), na Centro Médico Materno Infantil, em Umuarama-PR.

Filho de: *****

ANTONIO FRANCISCO RUARO e de SÔNIA REGIANI ARMSTRONG RUARO, brasileiros, médico e assistente, Naturais do Estado de Santa Catarina e Paraná, residentes nesta cidade. *****

São avós paternos LUIZ RUARO; *****

e IRENE ERNESTA RUARO; *****

São avós maternos JOÃO ARMSTRONG; *****

e DALILA DALPRÁ ARMSTRONG; *****

Foi declarante: O Pai. *****

Tendo a mãe, por ocasião do parto, quarenta e dois (42) anos de idade. Com as testemunhas constantes no termo. *****

Observação: Registro feito de acordo com a lei nº 6015 de 31-12-73, artigo 46 paragrafo 1º. *****

Umuarama, 25 de janeiro de 2006.

Elaine Magalhães Souza Vasconcellos
Oficiala





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
TÍTULO ELEITORAL	
IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA	
NOME DO ELEITOR	
ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO	
DATA DE NASCIMENTO	Nº DE REGISTRO
04/03/1968	0911-7792-0680
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VALIDADE
2012	30/05/2017
ASSINATURA DO CANDIDATO	
<i>[Handwritten Signature]</i>	

vivo

Telefônica Brasil S/A
Av. Engenheiro Luiz Carlos Serfati, 1579
CJ. São Paulo
Cidade São Paulo
CEP: 06271-900 - São Paulo - SP
CNPJ: 02.558.127/0001-02
Insc. Est.: 126/97660112
http://www.vivo.com.br

Cadastro do Assinante

Nome: **ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO**
Endereço: **RUA AMARAL 3645 ZONA 1A - 87501-070 - UMUARAMA / PR**
Código do cliente: **8999 8857 1489 CV 0**
Mês de referência: **Abril/2017**
Número da fatura: **0425465258-0** Tipo de cliente: **Residencial**
Número do telefone: **4633952896**
Data de emissão: **03/04/2017**
Estado de instalação: **Paraná**

21/04/2017
116,03

Descrição da sua fatura

SERVIÇO	
VALOR (R\$)	
PRESTADORA TELEFÔNICA	
Plano Contratado / Serviços Mensais	
Internet	
Vivo Fibra 15 Mbps	27,00
Telefone	
Limiteado Fixo e Móvel Brasil - Assinatura Mensal	16,64
Limiteado Fixo e Móvel Brasil - Franquia Mensal	14,32
Pacote de Serviços Vivo Fixo	0,00
TV por Assinatura	
Gravador Digital DTH - Locação Serviço de Decodificação	15,44
Ponto Adicional Promocional - DT-1	0,00
Linha HD	42,54
Total	106,03
Serviços Especiais	
Taxa de Instalação	0,00
Taxa de Instalação Vivo Internet 15 Mbps	0,00
Taxa de Instalação Gravador Digital	0,00
Total	0,00
TOTAL GERAL A PAGAR	106,03

Histórico de consumo

Total utilizado em 17/1992
das faturas com vencimento em:

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC) Telefônica fixa e internet: 102 15. Para TV por assinatura: 108 15. Pessoas com necessidades especiais de telefoniação: 142. Para saber qual o tipo mais perto de você ligue 102 ou acesse www.vivo.com.br. O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/sac/vivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não. Você controla serviços de TV de Banda Larga de Vivo, neste conta.

Mensagem para você

A falta de pagamento desta fatura implicará no cancelamento do serviço. Participe do Conselho de Usuários da Vivo. Mais informações: www.vivo.com.br/conselhodeusuários

Importante: manter-se o pagamento em dia e em dia a suspensão parcial ou total dos serviços e a inclusão recorrente de princípios do usuário. Para pagamento após o vencimento serão cobrados juros de 2% a partir do 15º dia em conta futura. O ressarcimento por impostos não é realizado em conformidade com as Resoluções. Para STFC Artigo 32º da Resolução Anatel nº 426/2005 para SICM Artigo 46º da Resolução Anatel nº 616/2012 e para TV Artigo 6º da Resolução 458/2007. Para maiores informações de longa distância, consulte os Códigos das Prestadoras: 12 Algar - 13 Faser - 14 Oi - 15 SBC - 16 Vozcom - 17 Trans - 18 Spn Telecom - 21 Claro - 23 Italg - 24 Castêlo - 25 ECI - 27 Audiotex - 28 T-Net - 31 Telemar - 32 Carvelis - 34 ERM - 35 Easipone - 36 C&U W - 37 Golden Line - 38 Vivo - 39 Vozcom - 41 TTM - 42 GT Group - 43 Sercomtel - 45 Level 3 - 46 Hqs Telecom - 47 BT Consultoria - 48 Cartridge - 53 Oubro - 54 Espas - 57 Revolve - 58 Voz - 61 Meus - 62 DTH Option - 63 Telecom - 65 Telecom 65 - 71 Voz - 72 L&G - 73 Itubator - 75 Vozcom - 76 SmartVoz - 81 Datar - 85 America Net - 86 Carvelis - 91 IP Corp. Telecom - 92 Arago Telecom - 94 Alpha Habita. Hqs Brasil - 65 Telecom 65 - 71 Voz - 72 L&G - 73 Itubator - 75 Vozcom - 76 SmartVoz - 81 Datar - 85 America Net - 86 Carvelis - 91 IP Corp. Telecom - 92 Arago Telecom - 94 Alpha Habita. Central de Atendimento Anatel: 1571 (Brasil), 1332 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Recurso de atendimento: 1540. Ligue zero e prestatado em mãos para 10215 e 142 para pessoas com necessidades especiais de telefoniação. (007) 0425465258-0 (000) 0425465258-0 (000) 0425465258-0 (000) 0425465258-0 (000) 0425465258-0 (000) 0425465258-0 (000) 0425465258-0 (000) 0425465258-0 (000) 0425465258-0 (000) 0425465258-0

Destaque Aqui		DEBÍTO AUTOMÁTICO EM CONTA CORRENTE		Autenticação Médica	
Banco BRASIL, Agência 0645					
Nome do Cliente		Sr. Caixa, favor não receber pagamento parcial.			
ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO					
Código do cliente	Código para Cadastro de Débito Automático	Número da Fatura	Data de Vencimento	Valor a Pagar (R\$)	
8999 8857 1489	899988571489-0	0425465258-0	21/04/2017	116,03	
84820000001 2 16030082089 3 99885714890 7 42546525899 3					

INSCRIÇÃO.....: 34879
EMPRESA.....: RADCENTER CLINICA MEDICA LTDA ME
ENDEREÇO.....: , WALTER KREISER 3434 SALA 01 ZONA 1 87501095 UMUARAMA PR
IDENTIFICAÇÃO.....: 34879
SENHA.....: 34879FAL15766
EMAIL.....:

[Clique aqui para alterar seu email](#)

[Visualizar Senha](#)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

31/5/2017
DATASUS

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

PROTOCOLO DE GERAÇÃO DE NÚMERO CNES

Dados Preenchidos	
Número CNES	9238158
Estabelecimento:	ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO
Nome Empresarial:	ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO
Município:	412810
CNPJ:	04373767963
Situação:	INDIVIDUAL

ATENÇÃO:

O número gerado somente estará vigorando, quando a referida FCES - Ficha de Cadastramento de Estabelecimento de Saúde, tiver sido recebida pelo DATASUS. Em caso da mesma não ser recebida em até 30 dias, o número estará expirado.

Obs.: As informações lançadas na FCES, deverão ser as mesmas informadas neste cadastro.

Início Módulos

Identificação do Contribuinte -- Dados Cadastrais

?

Dados Cadastrais

NIT: 267.67732.42-5

Nome: ANTONIO FRANCISCO RUARO
FILHO

Endereço: AURORA, 1100 - CASA 150

Bairro: MARECHAL RONDON

Município: CANOAS

UF: RIO GRANDE DO SUL

CEP: 92020-510

RADCENTER - CLÍNICA MÉDICA LTDA
CONTRATO SOCIAL

Folha: 1 de 4

ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO, brasileiro, solteiro, empresário, inscrito no CPF/MF sob nº 043.737.679-63, portador da carteira de identidade RG nº 8.016.813-6/SSP-Pr, portador da carteira nacional de habilitação nº 04175076842/DETRAN-RS, residente e domiciliado na Rua Amambai, 3645, Casa, Zona I-A, Umuarama-PR, CEP: 87.501-070 e **MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA**, brasileira, solteira, empresária, inscrita no CPF/MF sob nº. 015.743.010-39, portadora da carteira de identidade RG nº. 7088470641/SJS/II-RS, portadora da carteira nacional de habilitação nº 03703710534/DETRAN-RS, residente e domiciliada Rua Amambai, 3645, Casa, Zona I-A, Umuarama-PR, CEP: 87.501-070. **RESOLVEM**, por este instrumento particular de contrato e na melhor forma de direito, constituir uma **Sociedade Empresária Limitada** que se regerá pelos artigos 1.052 a 1.087 da Lei nº. 10.406, de 10 de janeiro de 2002, pelas demais disposições legais aplicáveis à espécie e pelas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - NOME EMPRESARIAL, SEDE E DOMICÍLIO: A sociedade girará sob o nome empresarial de **RADCENTER - CLÍNICA MÉDICA LTDA** e terá sede e domicílio na Rua Walter Kreiser, 3434, sala 01, Zona I, CEP: 87.501-095 em Umuarama-PR.

CLÁUSULA SEGUNDA - FILIAIS E OUTRAS DEPENDÊNCIAS: A sociedade poderá a qualquer tempo, abrir ou fechar filial ou outra dependência, no país ou no exterior, mediante alteração contratual assinada por todos os sócios.

CLÁUSULA TERCEIRA- OBJETO SOCIAL: A sociedade terá por objeto a exploração do ramo de: **Clínica Médica com Atividade de Prestação de Serviços Médicos.**

CLÁUSULA QUARTA - INÍCIO DAS ATIVIDADES E PRAZO DE DURAÇÃO DA SOCIEDADE: A sociedade iniciará suas atividades em 01/07/2017 e seu prazo de duração é por tempo indeterminado.

CLÁUSULA QUINTA - CAPITAL SOCIAL: O capital social será de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), dividido em 20.000 (vinte mil) quotas no valor de R\$ 1,00 (um real), cada uma, subscritas e integralizadas, neste ato, em moeda corrente do País, pelos sócios e distribuídas da seguinte forma:

Nome	(%)	Cotas	Valor R\$
ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO	50,00	10.000	10.000,00
MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA	50,00	10.000	10.000,00
Total	100,00	20.000	20.000,00

CLÁUSULA SEXTA - RESPONSABILIDADE DOS SÓCIOS: A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas todos respondem solidariamente pela integralização do capital social, conforme disposto no art. 1.052 da Lei 10.406/2002.



CERTIFICO O REGISTRO EM 11/07/2017 15:14 SOB Nº 41208612096.
PROTOCOLO: 172464293 DE 11/07/2017. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11702621339. NIRE: 41208612096.

RADCENTER - CLÍNICA MÉDICA LTDA

Libertad Bogus
SECRETARIA-GERAL
CURITIBA, 11/07/2017
www.espesafacil.pr.gov.br

RADCENTER - CLÍNICA MÉDICA LTDA
CONTRATO SOCIAL

Folha: 2 de 4

CLÁUSULA SÉTIMA - CESSÃO E TRANSFERÊNCIA DE QUOTAS: As quotas são indivisíveis e não poderão ser cedidas ou transferidas a terceiros sem o consentimento dos outros sócios, a quem fica assegurado, em igualdade de condições e preço, o direito de preferência para a sua aquisição se postas à venda, formalizando, se realizada a cessão delas, a alteração contratual pertinente.

Parágrafo Único: O sócio que pretenda ceder ou transferir toda ou parte de suas quotas deverá notificar por escrito os outros sócios, discriminando a quantidade de quotas postas à venda, o preço, forma e prazo de pagamento, para que estes exerçam ou renunciem ao direito de preferência, que deverão fazer dentro de 30(trinta) dias, contados do recebimento da notificação ou em prazo maior a critério do sócio alienante. Se todos os sócios manifestarem seu direito de preferência, a cessão das quotas se fará na proporção das quotas que então possuírem. Decorrido esse prazo sem que seja exercido o direito de preferência, as quotas poderão ser livremente transferidas.

CLÁUSULA OITAVA - ADMINISTRAÇÃO DA SOCIEDADE E USO DO NOME EMPRESARIAL: A administração da sociedade caberá a **ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO** e a **MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA**, com os poderes e atribuições de gerir e administrar os negócios da sociedade, representá-la ativa e passivamente, judicial e extra judicialmente, perante órgãos públicos, instituições financeiras, entidades privadas e terceiros em geral, bem como praticar todos os demais atos necessários à consecução dos objetivos ou à defesa dos interesses e direitos da sociedade, autorizado o uso do nome empresarial isoladamente.

Parágrafo primeiro - É vedado o uso do nome empresarial em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor de qualquer das quotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da sociedade, sem autorização do outro sócio.

Parágrafo segundo - Faculta-se aos administradores, atuando isoladamente, constituir, em nome da sociedade, procuradores para período determinado, devendo o instrumento de mandato especificar os atos e operações a serem praticados.

CLÁUSULA NONA - RETIRADA PRO-LABORE: Os sócios poderão, de comum acordo, fixar uma retirada mensal, a título de "pró-labore", aos sócios **Antônio Francisco Ruaro Filho** e **Maira Pfeifer de Almeida** observadas as disposições regulamentares pertinentes.

CLÁUSULA DÉCIMA - EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E PARTICIPAÇÃO DOS SÓCIOS NOS RESULTADOS: Ao término de cada exercício social, em 31 de dezembro, os administradores prestarão contas justificadas de sua administração, procedendo à elaboração do inventário, do balanço patrimonial e demais demonstrações contábeis requeridas pela legislação



CERTIFICO O REGISTRO EM 11/07/2017 15:14 SOB Nº 41208612096.
PROTOCOLO: 172464293 DE 11/07/2017. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11702621339. NIRE: 41208612096.
RADCENTER - CLÍNICA MÉDICA LTDA

Libertad Bogus
SECRETARIA-GERAL
CURITIBA, 11/07/2017
www.empresafacil.pr.gov.br

RADCENTER - CLÍNICA MÉDICA LTDA
CONTRATO SOCIAL

Folha: 3 de 4

societária, elaboradas em conformidade com as Normas Brasileiras de Contabilidade, participando todos os sócios dos lucros ou perdas apurados, na mesma proporção das quotas de capital que possuem na sociedade.

Parágrafo único - A sociedade poderá levantar balanços ou balancetes patrimoniais em períodos inferiores a um ano, e o lucro apurado nessas demonstrações intermediárias, poderá ser distribuído mensalmente aos sócios, a título de Antecipação de Lucros, proporcionalmente às quotas de capital de cada um. Nesse caso será observada a reposição dos lucros quando a distribuição afetar o capital social, conforme estabelece o art. 1.059 da Lei n.º 10.406/2002.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - JULGAMENTO DAS CONTAS: Nos quatro meses seguintes ao término do exercício social, os sócios deliberarão sobre as contas e designarão administradores quando for o caso.

Parágrafo único - Até 30(trinta) dias antes da data marcada para a reunião, o balanço patrimonial e o de resultado econômico devem ser postos, por escrito, e com a prova do respectivo recebimento, à disposição dos sócios que não exerçam a administração.

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA - Nas omissões deste contrato a sociedade reger-se-á supletivamente pelas normas da Lei 6.404/76 e demais alterações posteriores.

CLAUSULA DÉCIMA TERCEIRA - A convocação dos sócios será efetuada por meio de correspondência registrada, com antecedência mínima de 03 (três) dias da data da reunião dos sócios.

Parágrafo primeiro: Dispensam-se, as formalidades de convocação, quando todos os sócios comparecerem ou se declararem, por escrito, cientes do local, data, hora e ordem do dia.

Parágrafo segundo: A reunião dos sócios torna-se dispensável quando todos os sócios decidirem, por escrito, sobre a matéria que seria objeto dela.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - FALECIMENTO OU INTERDIÇÃO DE SÓCIA: Falecendo ou interditado qualquer sócio, a sociedade continuará suas atividades com os herdeiros, sucessores e o incapaz. Não sendo possível ou inexistindo interesse destes ou dos sócios remanescentes, o valor de seus haveres será apurado e liquidado com base na situação patrimonial da sociedade, à data da resolução, verificada em balanço especialmente levantado.

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DECLARAÇÃO DE DESIMPEDIMENTO: Os



CERTIFICO O REGISTRO EM 11/07/2017 15:14 SOB Nº 41208612096.
PROTOCOLO: 172464293 DE 11/07/2017. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11702621339. NIRE: 41208612096.
RADCENTER - CLÍNICA MÉDICA LTDA

Libertad Bogas
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 11/07/2017
www.empresafacil.pr.gov.br

RADCENTER - CLÍNICA MÉDICA LTDA
CONTRATO SOCIAL

Folha: 4 de 4

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - FORO: Fica eleito o foro de Umuarama-PR para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato, renunciando-se, expressamente, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim, justos e contratados, datam, lavram e assinam o presente instrumento em via única, obrigando-se fielmente por si e por seus herdeiros a cumpri-lo em todos os seus termos.

Umuarama-PR, 22 de maio de 2017.



Antonio Francisco Ruaro Filho
ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO



Maira Pfeifer de Almeida
MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA



CERTIFICO O REGISTRO EM 11/07/2017 15:14 SOB Nº 41208612096.
PROTOCOLO: 172464293 DE 11/07/2017. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11702621339. NIRE: 41208612096.
RADCENTER - CLÍNICA MÉDICA LTDA

Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 11/07/2017
www.espressofacil.pr.gov.br

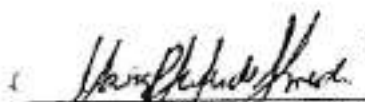
DECLARAÇÃO DE ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA

Ilmo. Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Paraná - JUCEPAR

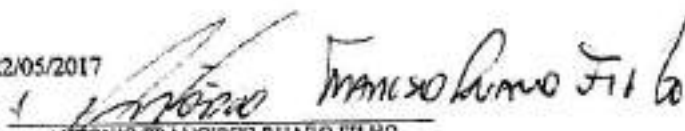
A Sociedade **RADCENTER - CLÍNICA MÉDICA LTDA**, estabelecido(a) na RUA WALTER KREISER, 3434 SALA 01, ZONA I, Umuarama - PR, CEP: 87501-095, requer a Vossa Senhoria o arquivamento do presente instrumento e declara, sob as penas da Lei, que se enquadra na condição de MICROEMPRESA, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006.

Código do ato: 315

Descrição do Ato: ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA


MAIRA PFEIFFER DE ALMEIDA
Sócio/Administrador

Umuarama - PR, 22/05/2017


ANTÔNIO FRANCISCO RUARO FILHO
Sócio/Administrador

* Este documento faz parte do perfil Empresa Fácil Paraná



CERTIFICO O REGISTRO EM 11/07/2017 15:14 SOB Nº 20172464285.
PROTOCOLO: 172464285 DE 11/07/2017. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11702621320. NIRE: 41208612096.
RADCENTER - CLÍNICA MÉDICA LTDA

Libertad Bogus
SECRETARIA-GERAL
CURITIBA, 11/07/2017
www.empresafacil.pr.gov.br

CVE - CERTIFICADO DE VISTORIA EM ESTABELECIMENTO
3.1.01.17.0001076537-13

O Serviço de Prevenção Contra Incêndio e Pânico do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Paraná, vistoriou o estabelecimento ocupado por RADCENTER - CLÍNICA MÉDICA LTDA - ME, certificando que a execução das medidas de segurança contra incêndio e pânico estão de acordo com as normas:

Localização:
WALTER KREISER, 3434 - SALA 01
ZONA UM
87.501-095 UMUARAMA - PR

Inscrição Imobiliária: 7576

Indicação Fiscal:

Ramo Atividade Econômica (de acordo com CNAE)

8630/5-02 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

8640/2-04 - SERVIÇOS DE TOMOGRAFIA

- Este documento não gera direito a liberação para exercício da atividade econômica junto a outros órgãos, cabendo ao interessado cumprir a legislação específica de cada órgão.
- A certificação perde a validade, a qualquer tempo, caso ocorram alterações das condições observadas no momento da vistoria, tais como ampliações, mudanças de ocupação, entre outras.
- O Corpo de Bombeiros poderá fiscalizar o estabelecimento a qualquer tempo.

Área Ocupada: 65,00 m²

Capacidade de Público:

Projeto NIB: 317/2013

Lauda NIB:

Ocupação: H-6 - CLÍNICA E CONSULTÓRIO MÉDICO E ODONTOLÓGICO

Uso de GLP liberado: NÃO PERMITIDO

Medidas de Segurança: EXTINTORES, ILUMINAÇÃO DE EMERGÊNCIA E SINALIZAÇÃO DE EMERGÊNCIA.

Nota:

VALIDADE DO DOCUMENTO: 24 de Julho de 2018

6f75160a.519c2eae.709de50b.b3ae0aff-1

A autenticidade deverá ser confirmada no endereço
www.prevfogo.pr.gov.br

UMUARAMA, PR, 25 de Julho de 2017

IMPORTANTE
A assinatura nos documentos expedidos por meio eletrônico, através do Sistema Prevfogo, fica dispensada nos termos da NPT 001/2011.

SOLDADO GUSTAVO PACHECO PERCINOTO
Serviço de Prevenção

1º TENENTE DIEFERSON SILVA
Chefe do Serviço de Prevenção



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE
UMUARAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE
FAZENDA

Empresa ▶▶ Fácil

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Número 883

Razão Social: RADCENTER - CLÍNICA MÉDICA LTDA - ME

CNPJ: 28.157.011/0001-07

Inscrição Municipal: 34879

Atividade Principal: 8630-5/02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares - Exerce no endereço

Atividade(s) Secundária(s): 8640-2/04 - Serviços de tomografia (Exerce no endereço)

Município: Umuarama **Endereço:** RUA WALTER KREISER, 3434, SALA 01, ZONA I

CEP: 87501095

Local e data: Umuarama, sexta, 15 de setembro de 2017

* Esta licença é válida por tempo indeterminado, ficando sujeita ao pagamento da taxa de fiscalização de funcionamento dos exercícios posteriores

GISLAINE ALVES VIEIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

Observação(ões)

Código de Autenticidade: **17XKMGNSAA**

"EMITIDO PELO FUNCIONÁRIO DEBORA CRISTINA DE PAULO"

Esse documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE
UMUARAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE
FAZENDA

Empresa ►► Fácil

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

Número 34879

Razão Social: RADCENTER - CLÍNICA MÉDICA LTDA - ME

CNPJ: 28.157.011/0001-07

Atividade Principal: 8630-5/02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares

Atividade(s) Secundária(s): 8640-2/04 - Serviços de tomografia

Município: Umuarama **Endereço:** RUA WALTER KREISER, 3434, SALA 01, ZONA I

CEP: 87501095

Local e data: Umuarama, quarta, 12 de julho de 2017

GISLAINE ALVES VIEIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

Código de Autenticidade: **17AKV3XJGY**

EMITIDO ELETRONICAMENTE PELO EMPRESA FÁCIL PARANÁ

EMITIDO PELO FUNCIONÁRIO LEONARDO AFONSO FERREIRA

Esse documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE
UMUARAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Empresa ►► Fácil

ALVARÁ SANITÁRIO

Número 2147

Razão Social: RADCENTER - CLÍNICA MÉDICA LTDA - ME

CNPJ: 28.157.011/0001-07

Inscrição Municipal: 34879

Atividade Principal: 8630-5/02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares

Atividade(s) Secundária(s): 8640-2/04 - Serviços de tomografia

Município: Umuarama **Endereço:** RUA WALTER KREISER, 3434, SALA 01, ZONA I

CEP: 87501095

Local e data: Umuarama, quarta, 16 de agosto de 2017

Validade: quinta, 16 de agosto de 2018, e enquanto satisfazer as exigências da legislação em vigor.

LUIZIM ROSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Observação

A Empresa se localiza em uma sala dentro da clinica de Fraturas que se situa no endereço indicado;será transferida para outro local assim que a construção ficar pronta.A Presente certidão ficará automaticamente cancelada se a atividade e o endereço forem alterados.

Responsavel Técnico pela Clinica; ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO CRM-PR 38019

Código de Autenticidade: **17AMMTQZVK**

EMITIDO PELO FUNCIONÁRIO ANDREIA PANAZZOLO BERTELI

Esse documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE
UMUARAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE
AGRICULTURA E MEIO AMBIENTE

Empresa▶▶Fácil

LICENÇA AMBIENTAL

Número 1893

Razão Social: RADCENTER - CLÍNICA MÉDICA LTDA - ME

CNPJ: 28.157.011/0001-07

Inscrição Municipal: 34879

Atividade Principal: 8630-5/02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares

Atividade(s) Secundária(s): 8640-2/04 - Serviços de tomografia

Responsável Técnico:

Município: Umuarama Endereço: RUA WALTER KREISER, 3434, SALA 01, ZONA I

CEP: 87501095

Local e data: Umuarama, quarta, 12 de julho de 2017

Validade: 365 dias

ELIDIO PAVAN
SECRETARIA MUNICIPAL DE AGRICULTURA E MEIO AMBIENTE

Observação

ASAMA poderá vistoriar ou pedir mais documentos caso seja necessário.

Código de Autenticidade: 17IKAYAFCN

EMITIDO PELO FUNCIONÁRIO FERNANDA PERLARD MANTOVANI

Esse documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial

**SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
RADCENTER – CLÍNICA MÉDICA LTDA
ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL N.º 02
CNPJ: 28.157.011/0001-07
NIRE: 41208612096**

ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO, brasileiro, solteiro, empresário, inscrito no CPF/MF sob nº 043.737.679-63, portador da carteira de identidade RG nº 8.016.813-6 SSP-PR, portador da carteira nacional de habilitação nº 04175076842/DETRAN-RS, residente e domiciliado na Rua Amambai, 3645, Casa, Zona I-A, Umuarama-PR, CEP: 87.501-070;

MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA, brasileira, solteira, empresária, inscrita no CPF/MF sob nº 015.743.010-39, portadora da carteira de identidade RG nº 7088470641/SJS/II-RS, portadora da carteira nacional de habilitação nº 03703710534/DETRAN-RS, residente e domiciliada Rua Amambai, 3645, Casa, Zona I-A, Umuarama-PR, CEP: 87.501.070.

As partes acima identificadas, únicos sócios da sociedade empresária limitada sob nome de **RADCENTER – CLÍNICA MÉDICA LTDA**, com sede e foro em Umuarama, Estado do Paraná, na Rua Walter Kreiser, 3434, sala 01, Zona I, CEP: 87.501-095, sob o NIRE 41208612096 em 11/07/2017, alteração n.º 01 registrada em 24/01/2020 sob n.º 20200465040, inscrita no CNPJ sob o n.º 28.157.011/0001-07, resolvem, assim alterar o contrato social:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DECLARAÇÃO DE EMPRESA DE PEQUENO PORTE

A empresa declara, sob as penas da lei, que se enquadra na condição de EMPRESA DE PEQUENO PORTE, nos termos da Lei Complementar n.º 123, de 14/12/2006.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA CONSOLIDAÇÃO DO CONTRATO

Permanecem inalteradas as demais cláusulas e condições vigentes que não colidirem com as disposições do presente instrumento, e resolvem consolidar o Contrato Social, com a seguinte redação:

**SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
RADCENTER – CLÍNICA MÉDICA LTDA
CONSOLIDAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL**

MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA, brasileira, natural de Porto Alegre-RS, nascida em 19/05/1987, solteira, portadora da cédula de identidade n.º 7088470641 SJS/II RS, CNH 03703710534 Detran/RS, data de emissão 09/06/2015, validade 08/06/2020, inscrita no CPF 015.743.010-39, residente e domiciliada na Rua Amambai, 3645, Zona I-A, Umuarama-PR., CEP 87.501-070;

ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO, brasileiro, natural de Umuarama-PR, nascida em 04/03/1988, solteiro, portador da cédula de identidade n.º 8016813-6 SESP PR, CNH 04175076842 Detran/PR, data de emissão 20/02/2018, validade 19/02/2023, inscrito no

**SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
RADCENTER – CLÍNICA MÉDICA LTDA
ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL N.º 02
CNPJ: 28.157.011/0001-07
NIRE: 41208612096**

CPF 043.737.679-63, residente e domiciliado na Rua Amambai, 3645, Zona I-A, Umuarama-PR, CEP 87.501-070.

As partes acima identificadas, únicos sócios da sociedade empresária limitada sob nome de **RADCENTER – CLÍNICA MÉDICA LTDA**, com sede e foro em Umuarama, Estado do Paraná, na Rua Walter Kreiser, 3434, sala 01, Zona I, CEP: 87.501-095, sob o NIRE 41208612096 em 11/07/2017, alteração n.º 01 registrada em 24/01/2020 sob n.º 20200465040, inscrita no CNPJ sob o n.º 28.157.011/0001-07, resolvem, assim consolidar o contrato social:

CLÁUSULA PRIMEIRA – NOME EMPRESARIAL, SEDE E DOMICÍLIO

A sociedade gira sob o nome empresarial de **RADCENTER – CLÍNICA MÉDICA LTDA** e tem sede e domicílio na Rua Walter Kreiser, 3434, sala 01, Zona I, CEP: 87.501-095, na cidade de Umuarama-PR.

CLÁUSULA SEGUNDA – FILIAIS E OUTRAS DEPENDÊNCIAS

A sociedade poderá a qualquer tempo, abrir ou fechar filial ou outra dependência, no país ou no exterior, mediante alteração contratual assinada por todos os sócios.

CLÁUSULA TERCEIRA – OBJETO SOCIAL

A sociedade tem por objeto a exploração do ramo de: **Clínica Médica com Atividade de Prestação de Serviços Médicos.**

CLÁUSULA QUARTA – INÍCIO DAS ATIVIDADES E PRAZO DE DURAÇÃO DA SOCIEDADE

A sociedade iniciou suas atividades em 01/07/2019 e seu prazo de duração é por tempo indeterminado.

CLÁUSULA QUINTA – CAPITAL SOCIAL

O capital social é de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais), dividido em 150.000 (cento e cinquenta mil) quotas no valor de R\$ 1,00 (um real), cada uma, subscritas e integralizadas, neste ato, em moeda corrente do País, pelos sócios e distribuídas da seguinte forma:

**SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
RADCENTER – CLÍNICA MÉDICA LTDA
ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL N.º 02
CNPJ: 28.157.011/0001-07
NIRE: 41208612096**

Sócio	Participação (%)	Quotas	Valor Total (R\$)
ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO	50,00	10.000	75.000,00
MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA	50,00	10.000	75.000,00
TOTAL	100,00	20.000,00	150.000,00

CLÁUSULA SEXTA – RESPONSABILIDADES DOS SÓCIOS

A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas todos respondem solidariamente pela integralização do capital social, conforme disposto no art. 1.052 da Lei 10.406/2002.

CLÁUSULA SÉTIMA – CESSÃO E TRANSFERÊNCIA DE QUOTAS

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

Parágrafo Único: O sócio que pretenda ceder ou transferir toda ou parte de suas quotas deverá notificar por escrito os outros sócios, discriminando a quantidade de quotas postas à venda, o preço, forma e prazo de pagamento, para que estes exerçam ou renunciem ao direito de preferência, que deverão fazer dentro de 30 (trinta) dias, contados do recebimento da notificação ou em prazo maior a critério do sócio alienante. Se todos os sócios manifestarem seu direito de preferência, a cessão das quotas se fará na promoção das quotas que então possuírem. Decorrido esse prazo sem que seja exercido o direito de preferência, as quotas poderão ser livremente transferidas.

CLÁUSULA OITAVA – ADMINISTRAÇÃO DA SOCIEDADE E USO DO NOME EMPRESARIAL

A administração da sociedade cabe a **MARIA PFEIRER ALMEIDA e ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO**, com os poderes e atribuições de gerir e administrar os negócios da sociedade, representá-la ativa e passivamente, judicial e extra judicialmente, perante órgãos públicos, instituições financeiras, entidades privadas e terceiros em geral, bem como praticar todos os demais atos necessários à consecução dos objetivos ou à defesa dos interesses e direitos da sociedade, autorizado o uso do nome empresarial isoladamente.

**SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
RADCENTER – CLÍNICA MÉDICA LTDA
ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL N.º 02
CNPJ: 28.157.011/0001-07
NIRE: 41208612096**

Parágrafo primeiro – É vedado o uso do nome empresarial em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor de qualquer das quotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da sociedade, sem autorização do outro sócio.

Parágrafo segundo – Faculta-se aos administradores, atuando isoladamente, constituir, em nome da sociedade, procuradores para período determinando, devendo o instrumento de mandato especificar os atos e operações a serem praticados.

CLÁUSULA NONA – RETIRADA PRO-LABORE

Os sócios poderão, de comum acordo, fixar uma retirada mensal, a título de “pró-labore”, aos sócios **Antônio Francisco Ruaro Filho e Maira Pfeifer de Almeida** observadas as disposições regulamentares pertinentes.

CLÁUSULA DÉCIMA – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E PARTICIPAÇÃO DOS SÓCIOS NOS RESULTADOS

Ao término de cada exercício social, em 31 de dezembro, os administradores prestarão contas justificadas de sua administração, procedendo à elaboração do inventário, do balanço patrimonial e demais demonstrações contábeis requeridas pela legislação societária, elaboradas em conformidade com as Normas Brasileiras de Contabilidade, participando todos os sócios dos lucros ou perdas apurados, na mesma proporção das quotas de capital que possuem na sociedade.

Parágrafo único – A sociedade poderá levantar balanços ou balancetes patrimoniais em períodos inferiores a um ano, e o lucro apurado nessas demonstrações intermediárias, poderá ser distribuído mensalmente aos sócios, a título de Antecipação de Lucros, proporcionalmente às quotas de capital de cada um. Nesse caso será observada a reposição dos lucros quando a distribuição afetar o capital social, conforme estabelece o art. 1.059 da Lei nº 10.406/2002.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – JULGAMENTO DAS CONTAS

Nos quatro meses seguintes ao término do exercício social, os sócios deliberarão sobre as contas e designarão administradores quando for o caso.

Parágrafo único – Até 30(trinta) dias antes da data marcada para a reunião, o balanço patrimonial e o de resultado econômico devem ser postos, por escrito, e com a prova do respectivo recebimento, à disposição dos sócios que não exerçam a administração.

**SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
RADCENTER – CLÍNICA MÉDICA LTDA
ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL N.º 02
CNPJ: 28.157.011/0001-07
NIRE: 41208612096**

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

Nas omissões deste contrato a sociedade reger-se-á supletivamente pelas normas da Lei 6.404/76 e demais alterações posteriores.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

A convocação dos sócios será efetuada por meio de correspondência registrada, com antecedência mínima de 03 (três) dias da data da reunião dos sócios.

Parágrafo primeiro: Dispensam-se, as formalidades de convocação, quando todos os sócios comparecem ou se declaram, por escrito, cientes do local, data, hora e ordem do dia.

Parágrafo segundo: A reunião dos sócios torna-se dispensável quando todos os sócios decidirem, por escrito, sobre a matéria que seria objeto dela.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – FALECIMENTO OU INTERDIÇÃO DE SÓCIA

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DECLARAÇÃO DE DESIMPEDIMENTO

Os administradores declaram, sob as penas da lei, que não estão impedidos de exercerem a administração da sociedade, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrar sob os efeitos dela, a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão peculato, ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, fé pública ou a propriedade.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DECLARAÇÃO DE MICRO EMPRESA

A empresa declara, sob as penas da lei, que se enquadra na condição de EMPRESA DE PEQUENO PORTE, nos termos da Lei Complementar n.º 123, de 14/12/2006.

**SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
RADCENTER – CLÍNICA MÉDICA LTDA
ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL N.º 02
CNPJ: 28.157.011/0001-07
NIRE: 41208612096**

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – FORO

Fica eleito o foro de Umuarama-PR para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes desde contrato, renunciando-se, expressamente, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, estando assim justos e contratados assinam este instrumento contratual em uma via.

Umuarama-PR, 27 de abril de 2020.

Assinatura digital.

MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA
C.P.F. n.º 015.743.010-39

Assinatura digital.

ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO
C.P.F. n.º 043.737.679-63



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa RADCENTER - CLÍNICA MÉDICA LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF	Nome
01574301039	MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA
04373767963	ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO



CERTIFICO O REGISTRO EM 18/05/2020 13:57 SOB Nº 20202074757.
PROTOCOLO: 202074757 DE 16/05/2020. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
12001963902. NIRE: 41208612096.
RADCENTER - CLÍNICA MÉDICA LTDA

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA
SECRETÁRIO-GERAL
CURITIBA, 18/05/2020
www.empresafacil.pr.gov.br

[illegible]

Christina Marie Silva Gallardo
Escritora Autorizada
Por: 140/2012



**SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
RUARO E ALMEIDA CLINICA MÉDICA LTDA
ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL N.º 04
CNPJ: 28.157.011/0001-07
NIRE: 41208612096**

ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO, brasileiro, solteiro, empresário, inscrito no CPF/MF sob nº 043.737.679-63, portador da carteira de identidade RG nº 8.016.813-6 SSP-PR, portador da carteira nacional de habilitação nº 04175076842/DETRAN-RS, residente e domiciliado na Rua Amambai, 3645, Casa, Zona I-A, Umuarama-PR, CEP: 87.501-070;

MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA, brasileira, solteira, empresária, inscrita no CPF/MF sob nº 015.743.010-39, portadora da carteira de identidade RG nº 7088470641/SJS/II-RS, portadora da carteira nacional de habilitação nº 03703710534/DETRAN-RS, residente e domiciliada Rua Amambai, 3645, Casa, Zona I-A, Umuarama-PR, CEP: 87.501.070.

As partes acima identificadas, únicos sócios da sociedade empresária limitada sob nome de **RUARO E ALMEIDA CLINICA MÉDICA LTDA**, com sede e foro em Umuarama, Estado do Paraná, na Rua Walter Kreiser, 3434, sala 01, Zona I, CEP: 87.501-095, sob o NIRE 41208612096 em 11/07/2017, alteração n.º 01 registrada em 24/01/2020 sob n.º 20200465040, alteração n.º 02 registrada em 18/05/2020 sob n.º 20202074757, alteração n.º 03 registrada em 23/09/2020 sob n.º 20205707556, inscrita no CNPJ sob o n.º 28.157.011/0001-07, resolvem, assim alterar o contrato social:

CLÁUSULA PRIMEIRA – ALTERAÇÃO DO NOME EMPRESARIAL

Altera-se o nome empresarial para **PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA** e tem sede e domicílio na Rua Walter Kreiser, 3434, sala 01, Zona I, CEP: 87.501-095, na cidade de Umuarama-PR.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA CONSOLIDAÇÃO DO CONTRATO

Permanecem inalteradas as demais cláusulas e condições vigentes que não colidirem com as disposições do presente instrumento, e resolvem consolidar o Contrato Social, com a seguinte redação:

**SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA
CONSOLIDAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL**

MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA, brasileira, natural de Porto Alegre-RS, nascida em 19/05/1987, solteira, portadora da cédula de identidade n.º 7088470641 SJS/II RS, CNH 03703710534 Detran/RS, data de emissão 09/06/2015, validade 08/06/2020, inscrita no CPF 015.743.010-39, residente e domiciliada na Rua Amambai, 3645, Zona I-A, Umuarama-PR., CEP 87.501-070;

**SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
RUARO E ALMEIDA CLINICA MÉDICA LTDA
ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL N.º 04
CNPJ: 28.157.011/0001-07
NIRE: 41208612096**

ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO, brasileiro, natural de Umuarama-PR, nascida em 04/03/1988, solteiro, portador da cédula de identidade n.º 8016813-6 SESP PR, CNH 04175076842 Detran/PR, data de emissão 20/02/2018, validade 19/02/2023, inscrito no CPF 043.737.679-63, residente e domiciliado na Rua Amambai, 3645, Zona I-A, Umuarama-PR, CEP 87.501-070.

As partes acima identificadas, únicos sócios da sociedade empresária limitada sob nome de **PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA**, com sede e foro em Umuarama, Estado do Paraná, na Rua Walter Kreiser, 3434, sala 01, Zona I, CEP: 87.501-095, resolvem, assim consolidar o contrato social:

CLÁUSULA PRIMEIRA – NOME EMPRESARIAL, SEDE E DOMICÍLIO

A sociedade gira sob o nome empresarial de **PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA** e tem sede e domicílio na Rua Walter Kreiser, 3434, sala 01, Zona I, CEP: 87.501-095, na cidade de Umuarama-PR.

CLÁUSULA SEGUNDA – FILIAIS E OUTRAS DEPENDÊNCIAS

A sociedade poderá a qualquer tempo, abrir ou fechar filial ou outra dependência, no país ou no exterior, mediante alteração contratual assinada por todos os sócios.

CLÁUSULA TERCEIRA – OBJETO SOCIAL

A sociedade tem por objeto a exploração do ramo de: **Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares, bem como, alugueis de imóveis próprios.**

CLÁUSULA QUARTA – INÍCIO DAS ATIVIDADES E PRAZO DE DURAÇÃO DA SOCIEDADE

A sociedade iniciou suas atividades em 01/07/2019 e seu prazo de duração é por tempo indeterminado.

CLÁUSULA QUINTA – CAPITAL SOCIAL

O capital social é de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais), dividido em 150.000 (cento e cinquenta mil) quotas no valor de R\$ 1,00 (um real), cada uma, subscritas e integralizadas, neste ato, em moeda corrente do País, pelos sócios e distribuídas da seguinte forma:

**SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
RUARO E ALMEIDA CLINICA MÉDICA LTDA
ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL N.º 04
CNPJ: 28.157.011/0001-07
NIRE: 41208612096**

Sócio	Participação (%)	Quotas	Valor Total (R\$)
ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO	50,00	10.000	75.000,00
MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA	50,00	10.000	75.000,00
TOTAL	100,00	20.000,00	150.000,00

CLÁUSULA SEXTA – RESPONSABILIDADES DOS SÓCIOS

A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas todos respondem solidariamente pela integralização do capital social, conforme disposto no art. 1.052 da Lei 10.406/2002.

CLÁUSULA SÉTIMA – CESSÃO E TRANSFERÊNCIA DE QUOTAS

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

Parágrafo Único: O sócio que pretenda ceder ou transferir toda ou parte de suas quotas deverá notificar por escrito os outros sócios, discriminando a quantidade de quotas postas à venda, o preço, forma e prazo de pagamento, para que estes exerçam ou renunciem ao direito de preferência, que deverão fazer dentro de 30 (trinta) dias, contados do recebimento da notificação ou em prazo maior a critério do sócio alienante. Se todos os sócios manifestarem seu direito de preferência, a cessão das quotas se fará na promoção das quotas que então possuírem. Decorrido esse prazo sem que seja exercido o direito de preferência, as quotas poderão ser livremente transferidas.

CLÁUSULA OITAVA – ADMINISTRAÇÃO DA SOCIEDADE E USO DO NOME EMPRESARIAL

A administração da sociedade cabe a **MARIA PFEIRER ALMEIDA e ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO**, com os poderes e atribuições de gerir e administrar os negócios da sociedade, representá-la ativa e passivamente, judicial e extra judicialmente, perante órgãos públicos, instituições financeiras, entidades privadas e terceiros em geral, bem como praticar todos os demais atos necessários à consecução dos objetivos ou à defesa dos interesses e direitos da sociedade, autorizado o uso do nome empresarial isoladamente.

**SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
RUARO E ALMEIDA CLINICA MÉDICA LTDA
ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL N.º 04
CNPJ: 28.157.011/0001-07
NIRE: 41208612096**

Parágrafo primeiro – É vedado o uso do nome empresarial em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor de qualquer das quotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da sociedade, sem autorização do outro sócio.

Parágrafo segundo – Faculta-se aos administradores, atuando isoladamente, constituir, em nome da sociedade, procuradores para período determinando, devendo o instrumento de mandato especificar os atos e operações a serem praticados.

CLÁUSULA NONA – RETIRADA PRO-LABORE

Os sócios poderão, de comum acordo, fixar uma retirada mensal, a título de “pró-labore”, aos sócios **Antônio Francisco Ruaro Filho e Maira Pfeifer de Almeida** observadas as disposições regulamentares pertinentes.

CLÁUSULA DÉCIMA – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E PARTICIPAÇÃO DOS SÓCIOS NOS RESULTADOS

Ao término de cada exercício social, em 31 de dezembro, os administradores prestarão contas justificadas de sua administração, procedendo à elaboração do inventário, do balanço patrimonial e demais demonstrações contábeis requeridas pela legislação societária, elaboradas em conformidade com as Normas Brasileiras de Contabilidade, participando todos os sócios dos lucros ou perdas apurados, na mesma proporção das quotas de capital que possuem na sociedade.

Parágrafo único – A sociedade poderá levantar balanços ou balancetes patrimoniais em períodos inferiores a um ano, e o lucro apurado nessas demonstrações intermediárias, poderá ser distribuído mensalmente aos sócios, a título de Antecipação de Lucros, proporcionalmente às quotas de capital de cada um. Nesse caso será observada a reposição dos lucros quando a distribuição afetar o capital social, conforme estabelece o art. 1.059 da Lei nº 10.406/2002.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – JULGAMENTO DAS CONTAS

Nos quatro meses seguintes ao término do exercício social, os sócios deliberarão sobre as contas e designarão administradores quando for o caso.

Parágrafo único – Até 30(trinta) dias antes da data marcada para a reunião, o balanço patrimonial e o de resultado econômico devem ser postos, por escrito, e com a prova do respectivo recebimento, à disposição dos sócios que não exerçam a administração.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

Nas omissões deste contrato a sociedade reger-se-á supletivamente pelas normas da Lei 6.404/76 e demais alterações posteriores.

**SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
RUARO E ALMEIDA CLINICA MÉDICA LTDA
ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL N.º 04
CNPJ: 28.157.011/0001-07
NIRE: 41208612096**

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

A convocação dos sócios será efetuada por meio de correspondência registrada, com antecedência mínima de 03 (três) dias da data da reunião dos sócios.

Parágrafo primeiro: Dispensam-se, as formalidades de convocação, quando todos os sócios comparecem ou se declararem, por escrito, cientes do local, data, hora e ordem do dia.

Parágrafo segundo: A reunião dos sócios torna-se dispensável quando todos os sócios decidirem, por escrito, sobre a matéria que seria objeto dela.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – FALECIMENTO OU INTERDIÇÃO DE SÓCIA

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DECLARAÇÃO DE DESIMPEDIMENTO

Os administradores declaram, sob as penas da lei, que não estão impedidos de exercerem a administração da sociedade, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrar sob os efeitos dela, a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão peculato, ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, fé pública ou a propriedade.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DECLARAÇÃO DE EMPRESA DE PEQUENO PORTE

A empresa declara, sob as penas da lei, que se enquadra na condição de EMPRESA DE PEQUENO PORTE, nos termos da Lei Complementar n.º 123, de 14/12/2006.

**SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
RUARO E ALMEIDA CLINICA MÉDICA LTDA
ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL N.º 04
CNPJ: 28.157.011/0001-07
NIRE: 41208612096**

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – FORO

Fica eleito o foro de Umuarama-PR para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes desde contrato, renunciando-se, expressamente, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, estando assim justos e contratados assinam este instrumento contratual em uma via.

Umuarama-PR, 04 de dezembro de 2020.

Assinatura digital.

MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA
C.P.F. n.º 015.743.010-39

Assinatura digital.

ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO
C.P.F. n.º 043.737.679-63



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF	Nome
01574301039	MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA
04373767963	ANTONIO FRANCISCO RUARO FILHO



CERTIFICO O REGISTRO EM 07/12/2020 13:03 SOB Nº 20207349533.
PROTOCOLO: 207349533 DE 04/12/2020.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12006058345. CNPJ DA SEDE: 28157011000107.
NIRE: 41208612096. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 23/11/2020.
PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA

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



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARANÁ
Secretaria do Ofício Distribuidor e Anexos de UMUARAMA

CERTIDÃO DE DISTRIBUIÇÃO – FINS GERAIS – CÍVEIS – FALÊNCIA – NEGATIVA

Certifico que revendo os livros, sistemas e arquivos de distribuição CÍVEIS, especificamente: FALÊNCIA, CONCORDATA, RECUPERAÇÃO JUDICIAL, RECUPERAÇÃO EXTRAJUDICIAL desta Secretaria, verifiquei NÃO CONSTAR nenhum registro em andamento contra:

PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA
CNPJ: 28.157.011/0001-07
Local da Sede: Umuarama - PR

Orientações:

Esta certidão NÃO APONTA ordinariamente os processos em que a pessoa cujo nome pesquisado figura como Autor(a). São apontados os feitos em tramitação cadastrados no Sistema Informatizado referente à comarca de UMUARAMA. Não existe qualquer conexão com qualquer outra base de dados de instituição pública ou com a Receita Federal que verifique a identidade do NOME/RAZÃO SOCIAL com o CPF/CNPJ. A conferência dos dados pessoais fornecidos pelo pesquisado é de responsabilidade exclusiva do destinatário da certidão. A certidão em nome de pessoa jurídica considera os processos referentes à matriz e às filiais. Considera-se NEGATIVA a certidão que aponta somente homônimos não qualificados, nos termos do art. 8º, §2º da Resolução CNJ 121/2010. A presente certidão menciona somente o registro de distribuição, para dados complementares do procedimento, deve-se dirigir até a Secretaria para onde foi distribuído e solicitar uma CERTIDÃO DE OBJETO E PÉ. A Busca de MICROEMPREENDEDOR INDIVIDUAL e EMPRESÁRIO INDIVIDUAL abrange também a pessoa física.



UMUARAMA, 24 de junho de 2024

JADSON DE MATOS COCENSA
Distribuidor





ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE
UMUARAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE
FAZENDA

Empresa ► Fácil

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Número 5491

Razão Social: PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA

CNPJ: 28.157.011/0001-07

Inscrição Municipal: 34879

Atividade Principal: 8630-5/02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares (Exerce no endereço)

Atividade(s) Secundária(s): 6810-2/02 - Aluguel de imóveis próprios (Exerce no endereço)

Município: Umuarama **Endereço:** RUA WALTER KREISER, 3434, SALA 01, ZONA I

CEP: 87501095

Local e data: Umuarama, terça, 09 de fevereiro de 2021

* Esta licença é válida por tempo indeterminado, ficando sujeita ao pagamento da taxa de fiscalização de funcionamento dos exercícios posteriores

GISLAINE ALVES VIEIRA DE MARINS
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

Observação(ões)

Código de Autenticidade: **21ACCZOAI**

"EMITIDO PELO FUNCIONÁRIO DEBORA CRISTINA DE PAULO ORTEGA"

Esse documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial

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

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 28.157.011/0001-07
Razão Social: PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA
Endereço: R WALTER KREISER 3434 SALA 01 / ZONA I / UMUARAMA / PR / 87501-095

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: 09/07/2024 a 07/08/2024

Certificação Número: 2024070909194974805963

Informação obtida em 23/07/2024 08:14:07

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE UMUARAMA
Estado do Paraná
SECRETARIA DE FAZENDA
DIRETORIA DE ARRECADAÇÃO E FISCALIZAÇÃO

Certidão Positiva com efeito de Negativa de Débitos N° 25731 / 2024

CERTIFICAMOS, conforme requerido por **PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA**, CPF/CNPJ nº 28.157.011/0001-07, para fins **SIMPLES VERIFICAÇÃO DE DÉBITOS**, que **EXISTEM DÉBITOS À VENCER** RELATIVOS A TRIBUTOS MUNICIPAIS (impostos, taxas, contribuição de melhoria e dívida ativa dos cadastros Mobiliários e Imobiliários), até a presente data em nome de **PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA** CPF/CNPJ nº **28.157.011/0001-07**, situado(a) na cidade de Umuarama.

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

CÓDIGO DE AUTENTICIDADE: **EBF545871F0A55CB468BD1C72534FB41**

A PRESENTE CERTIDÃO TERÁ VALIDADE ATÉ 12/09/2024

Umuarama, 14 de junho de 2024

FUNCIÓNÁRIO: **WEB**



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

Certidão Negativa

de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual

Nº 033786794-15

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **28.157.011/0001-07**

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 12/10/2024 - Fornecimento Gratuito

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via Internet

www.fazenda.pr.gov.br



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

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

Nome: PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA
CNPJ: 28.157.011/0001-07

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 11:33:21 do dia 14/06/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 11/12/2024.

Código de controle da certidão: **16CE.6B48.D265.A21D**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 28.157.011/0001-07

Certidão nº: 41790528/2024

Expedição: 14/06/2024, às 11:45:17

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

Certifica-se que **PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **28.157.011/0001-07**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

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

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

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

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

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Autenticação de Declaração de Especialidade de Pessoa Física

A Declaração de Especialidade de Pessoa Física de código **753b21897bfba1ac054c99eff09f9f334c5bdcfc** gerada no dia 16/07/2024, às 11:47:31 é válida e consta em nossos sistemas.

A mesma está cadastrada para o seguinte número de CRM-PR: **38224**.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.





UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL

RECONHECIDA PELA PORTARIA MINISTERIAL Nº 681 DE 7/12/89 - D.O.U. DE 11/12/89



O Reitor da Universidade Luterana do Brasil, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de MEDICINA e respectiva colação de Grau no dia 17 de dezembro de 2011, confere o título de

MÉDICO

a

MAÍRA PFEIFFER DE ALMEIDA

brasileira, natural do Estado do Rio Grande do Sul, portadora da Cédula de Identidade Nº 7088470641 SJS/RS, nascida em 19 de maio de 1987, outorga-lhe o presente Diploma, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Canóas, RS, 17 de dezembro de 2011.

RICARDO WILLY RIETH
PRÓ-REITOR DE GRADUAÇÃO

DIPLOMADA

MARCOS FERNANDO ZIEMER
REITOR



CRM-RS

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL
COORDENAÇÃO DE REGISTROS E DOCUMENTAÇÃO

Curso reconhecido Portaria Normativa nº 402/2007 art. 63 D.O.U. de 13/12/2007.

Diploma registrado sob nº 103056, livro nº 79, folha nº 139v, nos termos do art. 48, § 1º da lei nº 9394, de 20 de Dezembro de 1998.

Canas / RS, 20 de dezembro de 2011.

Blanco

ROSÁ LENIR DAS BLANCO
DIRETORA DE LEGISLAÇÃO E REGISTRO

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO R. G. DO SUL

INSCRIÇÃO N.º 36134
EM 04/10/2012

Atyria
SECRETÁRIO

Dr. Rogério Wolf de Aguiar
Primeiro Secretário do CRM-RS



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certificado de Especialista

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, de acordo com a resolução vigente, certifica que registrou, em 17/06/2019, no livro nº. 5, RQE nº. 25655, folha nº. 387, a qualificação do médico(a),

MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA, CRM nº. 38224,

na especialidade de

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Chave de validação **753b21897bfba1ac054c99eff09f9f334c5bdcfc**

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>



PREFEITURA MUNICIPAL DE UMUARAMA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Divisão de Vigilância em Saúde

GESTÃO PLENA

LICENÇA SANITÁRIA Nº

1300/ 2023

Contribuinte: PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA

Fantasia: PFEIFER DE ALMEIDA E CIA

Endereço: RUA WALTER KREISER, 3434

Área: 35

Bairro: ZONA 1

CNPJ/CPF: 28.157.011/0001-07

CEP: 87501-095

Código da Atividade:

Cadastro: 34879

6810202,8630502

Data de Expedição: 06/09/2023

Responsável Técnico: MAIRA PFEIFER DE ALMEIDA CRM-PR 38224

Atividade:

ALUGUEL DE IMÓVEIS PRÓPRIOS, ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

	Responsável da Inspeção <i>Shesli da Silva</i> Fiscal SVS/ANCC - Umuarama - PR Matr. 995381	Diretor(a) <i>Acandora Moura de Moraes</i> Diretora de Vigilância em Saúde Matr. 674661
--	--	--

Observação:

LICENÇA VÁLIDA ATÉ 06/09/2025 ENQUANTO SATISFIZER AS EXIGÊNCIAS DA LEGISLAÇÃO EM VIGOR.

EXERCÍCIO 2023

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

DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Rua Dr. Paulo Pedrosa de Alencar, 4253 - Fone: (44) 3906-1145

CEP 87.501-270 - Umuarama - PR



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE
UMUARAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE
FAZENDA

Empresa ►► Fácil

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Número 5491

Razão Social: PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA

CNPJ: 28.157.011/0001-07

Inscrição Municipal: 34879

Atividade Principal: 8630-5/02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares (Exerce no endereço)

Atividade(s) Secundária(s): 6810-2/02 - Aluguel de imóveis próprios (Exerce no endereço)

Município: Umuarama **Endereço:** RUA WALTER KREISER, 3434, SALA 01, ZONA I

CEP: 87501095

Local e data: Umuarama, terça, 09 de fevereiro de 2021

* Esta licença é válida por tempo indeterminado, ficando sujeita ao pagamento da taxa de fiscalização de funcionamento dos exercícios posteriores

GISLAINE ALVES VIEIRA DE MARINS
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

Observação(ões)

Código de Autenticidade: **21ACCZOAI**

"EMITIDO PELO FUNCIONÁRIO DEBORA CRISTINA DE PAULO ORTEGA"

Esse documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial



NOME: PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA
CNPJ: 28.157.011/0001-07

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Falencias: 1222
Data Emissao: 2024-06-24
Data Vencimento: 1970-01-01
Certidao Municipal: 1224
Data Emissao: 2024-06-14
Data Vencimento: 2024-09-12
Certidao Estadual: 1225
Data Emissao: 2024-06-14
Data Vencimento: 2024-10-12
Certidao Federal: 1226
Data Emissao: 2024-06-14
Data Vencimento: 2024-12-11
Certidao Trabalhista: 1227
Data Emissao: 2024-06-14
Data Vencimento: 2024-12-11
Certidao FGTS: 1228
Data Emissao: 2024-07-09
Data Vencimento: 2024-08-07

Capacidade Tecnica

Proposta

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR
(BILATERAL)

Valor: R\$ 268.75

Qtd: Un. 10

Categoria: Selecione uma categoria

Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR

Valor: R\$ 268.75

Qtd: Un. 10

Categoria: Selecione uma categoria

Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR

Valor: R\$ 268.75

Qtd: Un. 10

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO

Valor: R\$ 268.75

Qtd: Un. 10

Categoria: Selecione uma categoria

Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA

Valor: R\$ 268.75

Qtd: Un. 20

Categoria: Selecione uma categoria

Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA

Valor: R\$ 268.75

Qtd: Un. 20

Categoria: Selecione uma categoria

Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO

Valor: R\$ 268.75

Qtd: Un. 20

Categoria: Selecione uma categoria

Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE

Valor: R\$ 361.25

Qtd: Un. 10
Categoria: Selecione uma categoria
Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)
Valor: R\$ 268.75
Qtd: Un. 10
Categoria: Selecione uma categoria
Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)
Valor: R\$ 268.75
Qtd: Un. 10
Categoria: Selecione uma categoria
Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA
Valor: R\$ 268.75
Qtd: Un. 10
Categoria: Selecione uma categoria
Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX
Valor: R\$ 268.75
Qtd: Un. 10
Categoria: Selecione uma categoria
Procedimento: RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA
Valor: R\$ 268.75
Qtd: Un. 10
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR
Valor: R\$ 180.22
Qtd: Un. 20
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL
Valor: R\$ 219.22
Qtd: Un. 20
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR
Valor: R\$ 112.78
Qtd: Un. 20
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR
Valor: R\$ 112.78
Qtd: Un. 20
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE
Valor: R\$ 112.79
Qtd: Un. 30
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE
Valor: R\$ 131.43
Qtd: Un. 30
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE
Valor: R\$ 112.79
Qtd: Un. 30
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES
Valor: R\$ 112.78

Qtd: Un. 20
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES
Valor: R\$ 112.78

Qtd: Un. 20
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR
Valor: R\$ 180.22

Qtd: Un. 20
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRACO, MAO, COXA, PERNA, PE)
Valor: R\$ 112.78

Qtd: Un. 40
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA
Valor: R\$ 126.67

Qtd: Un. 20
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX
Valor: R\$ 177.33

Qtd: Un. 30
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
Valor: R\$ 126.67

Qtd: Un. 30
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO
Valor: R\$ 112.78

Qtd: Un. 20

Sistema de Credenciamento

Declaração

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

Dados Fornecedor

CNPJ: 14.834.134/0001-12
Razão Social: phcolchon@gmail.com
E-mail: phcolchon@gmail.com
Telefone: 4491194838
Banco: 084 sisprime do brasil
Conta: 837253
Agência: 0009
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 Federal: 1240 - Data Emissão: 1970-01-01 - Data Vencimento: 2024-10-16

Certidão Trabalhista: 1241 - Data Emissão: 1970-01-01 - Data Vencimento: 1970-01-01

Certidão Municipal: 1242 - Data Emissão: 1970-01-01 - Data Vencimento: 1970-01-01

Certidão FGTS: 1243 - Data Emissão: 1970-01-01 - Data Vencimento: 1970-01-01

Certidão Estadual: 1244 - Data Emissão: 1970-01-01 - Data Vencimento: 1970-01-01

IV - Capacidade Técnica

V - Proposta

Categoria: ANESTESIOLOGIA - Procedimento: CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA - Valor: R\$ 50.9 - Qtd: 50

Categoria: TABELA DE INCENTIVOS MÉDICOS - Procedimento: Incremento para cirurgia de Ombro-Manguito Rotador - Serviços de Anestesiologia - Valor: R\$ 120 - Qtd: 50

Categoria: TABELA DE INCENTIVOS MÉDICOS - Procedimento: Incremento para cirurgia de Postectoia (Fimose) - Serviços de Anestesiologia - Valor: R\$ 120 - Qtd: 100

Categoria: TABELA DE INCENTIVOS MÉDICOS - Procedimento: Incremento para cirurgia de RTU de Próstata - Serviços de Anestesiologia - Valor: R\$ 120 - Qtd: 100

Categoria: Selecione uma categoria - Procedimento: Incremento para cirurgia de Ureterorrenolitotripsia rígida/flexível+colocação de duplo J bilateral - Serviços de Anestesiologia - Valor: R\$ 120 - Qtd: 100

Categoria: Selecione uma categoria - Procedimento: Incremento para cirurgia de Ureterorrenolitotripsia rígida/flexível+colocação de duplo J unilateral - Serviços de Anestesiologia - Valor: R\$ 120 - Qtd: 100

Categoria: Selecione uma categoria - Procedimento: Incremento para cirurgia de Ureterorrenolitotripsia rígida/semi-rígida+colocação de duplo J bilateral - Serviços de Anestesiologia - Valor: R\$ 120 - Qtd: 100

Categoria: Selecione uma categoria - Procedimento: Incremento para cirurgia de Ureterorrenolitotripsia rígida/semi-rígida+colocação de duplo J unilateral - Serviços de Anestesiologia - Valor: R\$ 120 - Qtd: 100

Categoria: Selecione uma categoria - Procedimento: Serviço de anestesiologia para cirurgia de coluna - Valor: R\$ 120 - Qtd: 100

Categoria: Selecione uma categoria - Procedimento: Serviço de anestesiologia para cirurgia de joelho - Valor: R\$ 120 - Qtd: 100

Categoria: Selecione uma categoria - Procedimento: Serviço de anestesiologia para cirurgia de varizes - Valor: R\$ 120 - Qtd: 100

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: SEDAÇÃO PARA EXAME DE IMAGEM - Valor: R\$ 360 - Qtd: 50

VI - Profissionais

Nome: PAULO HENRIQUE COLCHON - Especialidade : ANESTESIOLOGISTA - CPF: 058.032.149-57

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 31/07/2024 17:42:52

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____



CIS-COMCAM

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

ANEXO I

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA

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

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

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

Razão Social: P.H COLCHON - SERVICOS MEDICOS LTDA

Nome Fantasia: P.H. COLCHON

CNPJ nº: 14.834.134.0001.12

Inscrição Estadual:

Micro Empresa: () Não () Sim

Optante Simples: (X) Não () Sim

Número do CNAE Nacional: Descrição:

Endereço: RUA ROBERTO BREZEZINSK 2052

Município: CAMPO MOURAO UF:PR

CEP:87302.200

Telefone Comercial: (44)3144 4555 Telefone Celular: (44) 99953-1423

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: SISPRIME	CÓDIGO DO BANCO: 084	AGÊNCIA:0009
TIPO DE CONTA: C/C	OPERAÇÃO:	Nº DA CONTA:83725.3
CIDADE E UF DA AGENCIA: CAMPO MOURAO - PR		

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF
PAULO HENRIQUE COLCHON	8.875.764.5	058.032.149.57

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

Dr. Paulo Colchon
Médico Anestesiologista
CRM-PR: 20447 - RQE: 21914



CIS-COMCAM

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

ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

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

A empresa P. H. COLCHON SERVCOS MEDICOS, inscrita no CNPJ sob nº
14.834.134.0001.12, sediada na Rua Roberto Brzezinsk

_____, nº 2052, centro na cidade de Campo
Mourao, através representante legal, PAULO HENRIQUE COLCHON CPF:
058.032.149.57, declara, sob as penas da Lei, que:

não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;
não está impedido de transacionar com a Administração Pública;
não foi apenada com rescisão de contrato, quer por deficiência dos serviços, quer
por outro motivo igualmente grave, no transcorrer dos últimos 5 (cinco) anos;
não incorre nas demais condições impeditivas previstas na Lei Federal nº 8.666/93 e
alterações posteriores. Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Campo Mourão – Pr, 24 DE 08 DE 2024.

PAULO HENRIQUE COLCHON
CNPJ: 14.834.134.0001.12
CPF: 058.032.149.57
RG: 8.875.764.5

ASSINATURA


Dr. Paulo Colchon,
Médico Anestesiologista
CRM-PR: 29347, RDE: 21914



CIS-COMCAM

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

ANEXO III

MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO

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

P. H COLCHON SERVICOS MEDICOS LTDA, estabelecida na Rua Roberto Brezezinski 2052, inscrita no CNPJ sob nº 14.834.134.0001.12, neste ato representada pelo seu PAULO HENRIQUE COLCHON, 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, 24 DE 07 de 2024

PAULO HENRIQUE COLCHON

CNPJ: 14.834.134.0001.12

CPF: 058.032.149.57

RG: 8.875.764.5

ASSINATURA

Dr. Paulo Colchon
Médico Anestesiologista
CRM-PR 25347 - RQE: 21914



CIS-COMCAM

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

ANEXO IV MODELO DE DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO

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

Eu, PAULO HENRIQUE COLCHON, carteira de identidade nº 8.875.764.5
expedida pela _____, inscrito no CPF sob nº 058.032.149.57, Representante legal
da P. H. COLCHON SERVICOS MEDICOS LTDA,
inscrita no CNPJ sob o nº 14.834.134.0001.12,

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, 24 de 07 de 2024.

Campo Mourão – Pr,

PAULO HENRIQUE COLCHON
CNPJ: 14.834.134.0001.12
CPF: 058.032.149.57
RG: 8.875.764.5

ASSINATURA

Dr. Paulo Colchon
Médico Anestesiologista
CRM-PR/20917 - RQE: 21914



CIS-COMCAM

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

ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE

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

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

Campo Mourão – Pr, 24 de 07 2024.

PAULO HENRIQUE COLCHON

CNPJ: 14.834.134.0001.12

CPF: 058.032.149.57

RG. 8.875.764.5

ASSINATURA


Dr. Paulo Colchon
Médico Anestesiologista
CRM-PR: 29357 - RQE: 21914



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 14.834.134/0001-12 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 03/01/2012
---	---	--------------------------------

NOME EMPRESARIAL P.H.COLCHON - SERVICOS MEDICOS LTDA

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****	PORTE DEMAIS
---	-----------------

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

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 70.20-4-00 - Atividades de consultoria em gestão empresarial, exceto consultoria técnica específica 73.19-0-04 - Consultoria em publicidade 85.50-3-02 - Atividades de apoio à educação, exceto caixas escolares 85.99-6-04 - Treinamento em desenvolvimento profissional e gerencial 86.30-5-01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos 86.30-5-02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares 86.60-7-00 - Atividades de apoio à gestão de saúde

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

LOGRADOURO R PREFEITO ROBERTO BRZEZINSKI	NÚMERO 2052	COMPLEMENTO SALA 01
---	----------------	------------------------

CEP 87.302-200	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO CAMPO MOURAO	UF PR
-------------------	---------------------------	---------------------------	----------

ENDEREÇO ELETRÔNICO PHCOLCHON@GMAIL.COM	TELEFONE (44) 9119-4838
--	----------------------------

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****
--

SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 03/01/2012
-----------------------------	--

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 11:32:50 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

TERCEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE
P.H.COLCHON - SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
CNPJ/MF: nº 14.834.134/0001-12
NIRE: 412.0769642-3

Folha: 1 de 7

Os abaixo identificados e qualificados:

1) PAULO HENRIQUE COLCHON, Brasileiro, maior, casado sob o regime de separação de bens, nascido em 19/11/1987, natural de Campo Mourão-PR, médico, inscrito no CPF/MF sob nº. 058.032.149-57, portador da carteira de identidade RG nº. 8.875.764-5/SSPPR-PR, expedida em 22/11/1999, residente e domiciliado na Rua Jardineira, 522, Un a, Jardim Maria Barlet, Campo Mourão-PR, CEP: 87305-230.

2) ROSILENE RIBEIRO COLCHON, Brasileira, maior, casada sob o regime de separação de bens, nascida em 17/11/1976, natural de Campina da Lagoa-PR, empresária, inscrita no CPF/MF sob nº. 021.381.499-43, portadora da carteira de identidade RG nº. 6.639.772-6/SSP-PR, expedida em 20/10/1992, residente e domiciliada na Rua Jardineira, 522, Un a, Jardim Maria Marlet, Campo Mourão-PR, CEP: 87305-230.

Únicos sócios componentes da sociedade empresária limitada que gira nesta praça sob o nome de **P.H.COLCHON - SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, com sede na Rua Prefeito Roberto Brzezinski, 2052, Sala 01, Centro, Campo Mourão-PR, CEP 87302-200, e inscrita no CNPJ/MF sob nº. 14.834.134/0001-12, registrada na Junta Comercial do Paraná sob nº 412.0769642-3 em 02/09/2013; resolvem alterar o contrato social mediante as condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DA ALTERAÇÃO DO OBJETO SOCIAL: A sociedade que tem por objeto social a exploração do ramo de: Atividade médica ambulatorial restrita a consultas, atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos, e realização de exames complementares, clínica de residência geriátrica, assistência a deficientes físicos, imunodeprimidos e convalescentes, centro de apoio a pacientes com câncer e AIDS, fornecimento de infraestrutura de apoio e assistência a pacientes no domicílio, centro de assistência psicossocial, assistência psicossocial à saúde e a portadores de distúrbios psíquicos, deficiência mental e dependência química, atividade de enfermagem, atividade de consultoria em gestão empresarial e treinamento em desenvolvimento profissional e gerencial, passa a partir desta data a ter o seguinte objeto: **ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS, ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES, CONSULTORIA E ASSESSORIA NA ÁREA DE SAÚDE, ATIVIDADE DE CONSULTORIA EM GESTÃO EMPRESARIAL, ASSESSORIA E CONSULTORIA EM RECURSOS HUMANOS, CONSULTORIA NA ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS, TREINAMENTO EM DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E GERENCIAL, CONSULTORIA EM MARKETING, E GESTÃO, ASSESSORIA, CONSULTORIA, ORIENTAÇÃO E ASSISTÊNCIA PRESTADOS AO SISTEMA E AO PROCESSO EDUCACIONAL.**

TERCEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE
P.H.COLCHON - SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
CNPJ/MF: nº 14.834.134/0001-12
NIRE: 412.0769642-3

Folha: 2 de 7

CLÁUSULA SEGUNDA - DO AUMENTO DE CAPITAL: O capital social que é de R\$ 1.428,00 (um mil e quatrocentos e vinte e oito reais), divididos em 1.428 (uma mil e quatrocentas e vinte e oito) quotas de capital no valor nominal de R\$ 1.00 (um real) cada uma, totalmente subscrito e integralizado em moeda corrente nacional, é elevado para R\$ 15.000,00 (quinze mil reais), divididos em 15.000 (quinze mil) quotas de capital no valor nominal de R\$ 1.00 (um real) cada uma.

§1.º - FORMA E PRAZO: O aumento de capital acima previsto e consolidado, no valor de R\$ 13.572,00 (treze mil e quinhentos e setenta e dois reais), é inteiramente subscrito e integralizado pelos sócios, em moeda corrente do país, neste ato, proporcionalmente às suas participações no capital da sociedade.

§2.º - NOVA DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL: Em virtude das modificações havidas, o capital social, inteiramente integralizado em moeda nacional, fica assim dividido entre os sócios:

Nome	(%)	Cotas	Valor R\$
PAULO HENRIQUE COLCHON	98.00	14.700	14.700,00
ROSILENE RIBEIRO COLCHON	2.00	300	300,00
TOTAL	100.00	15.000	15.000,00

CLÁUSULA TERCEIRA - ADMINISTRAÇÃO DA SOCIEDADE E USO DO NOME EMPRESARIAL: A administração da sociedade caberá a **ROSILENE RIBEIRO COLCHON**, com os poderes e atribuições de gerir e administrar os negócios da sociedade representá-la ativa e passivamente, judicial e extra judicialmente, perante órgãos públicos, instituições financeiras, entidades privadas e terceiros em geral, bem como praticar todos os demais atos necessários à consecução dos objetivos ou à defesa dos interesses e direitos da sociedade, autorizado o uso do nome empresarial isoladamente.

§1.º - É vedado o uso do nome empresarial em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor de qualquer dos quotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da sociedade, sem autorização do outro sócio.

§2.º - Faculta-se a administradora, atuando isoladamente, constituir, em nome da sociedade, procuradores para período determinado, devendo o instrumento de mandato especificar os atos e operações a serem praticados.

CLÁUSULA QUARTA - DECLARAÇÃO DE DESIMPEDIMENTO: O Administrador declara, sob as penas da lei, que não está impedido de exercer a administração da sociedade, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrar sob os efeitos dela, a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa da

TERCEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE
P.H.COLCHON - SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
CNPJ/MF: nº 14.834.134/0001-12
NIRE: 412.0769642-3

Folha: 3 de 7

concorrência, contra as relações de consumo, fé pública ou a propriedade.

CLÁUSULA QUINTA - RESPONSABILIDADE DOS SÓCIOS: A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas todos respondem solidariamente pela integralização do capital social, conforme dispõe o art. 1.052 da Lei 10.406/2002.

CLÁUSULA SEXTA - EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E PARTICIPAÇÃO DOS SÓCIOS NOS RESULTADOS: Ao término de cada exercício social, em 31 de dezembro, os administradores prestarão contas justificadas de sua administração, procedendo à elaboração do inventário, do balanço patrimonial e demais demonstrações contábeis requeridas pela legislação societária, elaboradas em conformidade com as Normas Brasileiras de Contabilidade, participando todos os sócios dos lucros ou perdas apurados, na mesma proporção ou desproporcionalmente das quotas de capital que possuem na sociedade.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA CONSOLIDAÇÃO DO CONTRATO: À vista da modificação ora ajustada, consolida-se o contrato social, que passa a ter a seguinte redação.

CONTRATO SOCIAL CONSOLIDADO
P.H.COLCHON - SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
CNPJ/MF: 14.834.134/0001-12
NIRE: 412.0769642-3

Os abaixo identificados e qualificados:

1) PAULO HENRIQUE COLCHON, brasileiro, maior, casado sob o regime de separação de bens, nascido em 19/11/1987, natural de Campo Mourão-PR, médico, inscrito no CPF/MF sob nº. 058.032.149-57, portador da carteira de identidade RG nº. 8.875.764-5/SSPPR-PR, expedida em 22/11/1999, residente e domiciliado na Rua Jardineira, 522, Un a, Jardim Maria Barlet, Campo Mourão-PR, CEP: 87305-230.

2) ROSILENE RIBEIRO COLCHON, brasileira, maior, casada sob o regime de separação de bens, nascida em 17/11/1976, natural de Campina da Lagoa-PR, empresária, inscrita no CPF/MF sob nº. 021.381.499-43, portadora da carteira de identidade RG nº. 6.639.772-6/SSP-PR, expedida em 20/10/1992, residente e domiciliada na Rua Jardineira, 522, Un a, Jardim Maria Marlet, Campo Mourão-PR, CEP: 87305-230.

TERCEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE
P.H.COLCHON - SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
CNPJ/MF: nº 14.834.134/0001-12
NIRE: 412.0769642-3

Folha: 4 de 7

Únicos sócios componentes da sociedade empresária limitada que gira nesta praça sob o nome de **P.H.COLCHON - SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, com sede na Rua Prefeito Roberto Brzezinski, 2052, Sala 01, Centro, Campo Mourão-PR, CEP 87302-200, e inscrita no CNPJ/MF sob nº. 14.834.134/0001-12, registrada na Junta Comercial do Paraná sob nº 412.0769642-3 em 02/09/2013; resolvem atualizar o contrato social mediante as condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - NOME EMPRESARIAL, SEDE E DOMICÍLIO: A sociedade gira sob o nome empresarial de **P.H.COLCHON - SERVIÇOS MÉDICOS LTDA** e tem sede e domicílio na Rua Prefeito Roberto Brzezinski, 2052, SALA 01, Centro, Campo Mourão-PR, CEP 87302-200.

CLÁUSULA SEGUNDA - FILIAIS E OUTRAS DEPENDÊNCIAS: A sociedade poderá a qualquer tempo, abrir ou fechar filial ou outra dependência, no país ou no exterior, mediante alteração contratual assinada por todos os sócios.

CLÁUSULA TERCEIRA- INÍCIO DAS ATIVIDADES E PRAZO DE DURAÇÃO DA SOCIEDADE: A sociedade iniciou suas atividades em 28/12/2011 e seu prazo de duração é por tempo indeterminado.

CLÁUSULA QUARTA - OBJETO SOCIAL: A sociedade tem por objeto a exploração no ramo de: **ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS, ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES, CONSULTORIA E ASSESSORIA NA ÁREA DE SAÚDE, ATIVIDADE DE CONSULTORIA EM GESTÃO EMPRESARIAL, ASSESSORIA E CONSULTORIA EM RECURSOS HUMANOS, CONSULTORIA NA ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS, TREINAMENTO EM DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E GERENCIAL, CONSULTORIA EM MARKETING, E GESTÃO, ASSESSORIA, CONSULTORIA, ORIENTAÇÃO E ASSISTÊNCIA PRESTADOS AO SISTEMA E AO PROCESSO EDUCACIONAL.**

CLÁUSULA QUINTA - CAPITAL SOCIAL: O capital social é de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais), divididos em 15.000 (quinze mil) quotas de capital no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, subscritas e já integralizadas, em moeda corrente do País, pelos sócios e distribuídas da seguinte forma:

Nome	(%)	Cotas	Valor R\$
PAULO HENRIQUE COLCHON	98.00	14.700	14.700,00
ROSILENE RIBEIRO COLCHON	2.00	300	300,00
TOTAL	100.00	15.000	15.000,00

TERCEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE
P.H.COLCHON - SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
CNPJ/MF: nº 14.834.134/0001-12
NIRE: 412.0769642-3

Folha: 5 de 7

CLÁUSULA SEXTA - RESPONSABILIDADE DOS SÓCIOS: A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas todos respondem solidariamente pela integralização do capital social, conforme dispõe o art. 1.052 da Lei 10.406/2002.

CLÁUSULA SÉTIMA - CESSÃO E TRANSFERÊNCIA DE QUOTAS: As quotas são indivisíveis e não poderão ser cedidas ou transferidas a terceiros sem o consentimento dos outros sócios, a quem fica assegurado, em igualdade de condições e preço, o direito de preferência para a sua aquisição se postas à venda, formalizando, se realizada a cessão delas, a alteração contratual pertinente.

Parágrafo único: O sócio que pretenda ceder ou transferir todas ou parte de suas quotas deverá notificar por escrito aos outros sócios, discriminando a quantidade de quotas postas à venda, o preço, forma e prazo de pagamento, para que estes exerçam ou renunciem ao direito de preferência, o que deverão fazer dentro de 30 (trinta) dias, contados do recebimento da notificação ou em prazo maior a critério do sócio alienante. Se todos os sócios manifestarem seu direito de preferência, a cessão das quotas se fará na proporção das quotas que então possuírem. Decorrido esse prazo sem que seja exercido o direito de preferência, as quotas poderão ser livremente transferidas.

CLÁUSULA OITAVA - ADMINISTRAÇÃO DA SOCIEDADE E USO DO NOME EMPRESARIAL: A administração da sociedade cabe a **ROSILENE RIBEIRO COLCHON**, a quem compete praticar todos os atos pertinentes à gestão da sociedade com os poderes e atribuições de representá-la ativa e passivamente, judicial e extrajudicialmente, perante órgãos públicos, instituições financeiras, entidades privadas e terceiros em geral, podendo obrigar a sociedade, abrir, movimentar e encerrar contas bancárias, contratar e demitir pessoal, enfim praticar todos os atos necessários à consecução dos objetivos ou à defesa dos interesses e direitos da sociedade, autorizado o uso do nome empresarial isoladamente.

§1.º - É vedado o uso do nome empresarial em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor de qualquer dos quotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da sociedade, sem autorização do outro sócio.

§2.º - Faculta-se aos administradores, atuando isoladamente, constituir, em nome da sociedade, procuradores para período determinado, devendo o instrumento de mandato especificar os atos e operações a serem praticados.

CLÁUSULA NONA - DECLARAÇÃO DE DESIMPEDIMENTO: A Administradora declara, sob as penas da lei, que não está impedida de exercer a administração da sociedade, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrar sob os efeitos dela, a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, ou contra a economia

TERCEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE
P.H.COLCHON - SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
CNPJ/MF: nº 14.834.134/0001-12
NIRE: 412.0769642-3

Folha: 6 de 7

popular, contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, fé pública ou a propriedade.

CLÁUSULA DÉCIMA - RETIRADA PRO-LABORE: Os sócios poderão, de comum acordo, fixar uma retirada mensal, a título de "pró-labore", observadas as disposições regulamentares pertinentes.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E PARTICIPAÇÃO DOS SÓCIOS NOS RESULTADOS: Ao término de cada exercício social, em 31 de dezembro, os administradores prestarão contas justificadas de sua administração, procedendo à elaboração do inventário, do balanço patrimonial e demais demonstrações contábeis requeridas pela legislação societária, elaboradas em conformidade com as Normas Brasileiras de Contabilidade, participando todos os sócios dos lucros ou perdas apurados, na mesma proporção ou desproporcionalmente das quotas de capital que possuem na sociedade.

Parágrafo único - A sociedade poderá levantar balanços ou balancetes patrimoniais em períodos inferiores há um ano, e o lucro apurado nessas demonstrações intermediárias, poderá ser distribuído mensalmente aos sócios, a título de Antecipação de Lucros, proporcional ou desproporcionalmente às quotas de capital de cada um. Nesse caso será observada a reposição dos lucros quando a distribuição afetar o capital social, conforme estabelece o art. 1.059 da Lei n.º 10.406/2002.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - JULGAMENTO DAS CONTAS: Nos quatro meses seguintes ao término do exercício social, os sócios deliberarão sobre as contas e designarão administradores quando for o caso.

Parágrafo único - Até 30 (trinta) dias antes da data marcada para a reunião, o balanço patrimonial e o de resultado econômico devem ser postos, por escrito, e com a prova do respectivo recebimento, à disposição dos sócios que não exerçam a administração.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - FALECIMENTO OU INTERDIÇÃO DE SÓCIO: Falecendo ou interditado qualquer sócio, a sociedade continuará suas atividades com os herdeiros, sucessores e o incapaz. Não sendo possível ou inexistindo interesse destes ou dos sócios remanescentes, o valor de seus haveres será apurado e liquidado com base na situação patrimonial da sociedade, à data da resolução, verificada em balanço especialmente levantado.

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - FORO: Fica eleito o foro da comarca de Campo Mourão-PR para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais especial ou privilegiado que seja ou venha ser.

TERCEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE
P.H.COLCHON - SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
CNPJ/MF: nº 14.834.134/0001-12
NIRE: 412.0769642-3

Folha: 7 de 7

E por estarem assim, justos e contratados, lavram e assinam o presente, em via única, obrigando-se fielmente por si, seus herdeiros e sucessores legais a cumpri-los em todos os seus termos.

Campo Mourão-PR, 20 de fevereiro de 2018.

PAULO HENRIQUE COLCHON

ROSILENE RIBEIRO COLCHON

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MOURÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
LICENÇA SANITÁRIA Nº 938 / 2023

RAZÃO SOCIAL: P. H. COLCHON - SERVICOS MEDICOS LTDA

NOME FANTASIA:

CPF/CNPJ: 14.834.134/0001-12

ENDEREÇO: PREFEITO ROBERTO BRZEZINSKI DE 1421 A 2490

BAIRRO: CENTRO

NUMERO: 2052

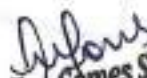
DATA DE EMISSÃO: 05/12/2023

DATA DE VALIDADE: 05/12/2024

Atividades Licenciadas:

Principal: 8630503 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Observações:


Suellen Gomes Santos Fantin
Enfermeira - COREN-PR 268.248
Vigilância Sanitária - Mat. 1126180-01
Secretaria de Saúde
Autoridade Sanitária

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MOURÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
LICENÇA SANITÁRIA Nº 938 / 2023

RAZÃO SOCIAL: P. H. COLCHON - SERVICOS MEDICOS LTDA

NOME FANTASIA:

CPF/CNPJ: 14.834.134/0001-12

ENDEREÇO: PREFEITO ROBERTO BRZEZINSKI DE 1421 A 2490

BAIRRO: CENTRO

NUMERO: 2052

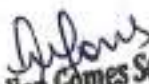
DATA DE EMISSÃO: 05/12/2023

DATA DE VALIDADE: 05/12/2024

Atividades Licenciadas:

Principal: 8630503 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Observações:


Suelien Gomes Santos Fantin
Enfermeira - COREN-PR 268.248
Vigilância Sanitária - Mat. 1126180-01
Secretaria de Saúde
Autoridade Sanitária

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

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 14.834.134/0001-12
Razão Social: PAULO HENRIQUE COLCHON
Endereço: R PREFEITO ROBERTO BRZEZINSKI 2052 SALA 01 / CENTRO / CAMPO MOURAO / PR / 87302-200

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

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

Validade: 16/07/2024 a 14/08/2024

Certificação Número: 2024071619191934330389

Informação obtida em 19/07/2024 17:18:47

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



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

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Protocolo:	N. Certidão: 34459/2024
Contribuinte: P. H. COLCHON - SERVICOS MEDICOS LTDA	
CPF: 14.834.134/0001-12	RG:
Endereço: RUA PREF ROBERTO BRZEZINSKI, nº 2052	
Bairro: CENTRO	
Complemento: SALA 01	Ponto de Referência:
Requerente:	
Cód. Contrib.: 6110819	Validade: 19/08/2024

[FINALIDADE]

PARA FINS DIVERSOS

[OBSERVAÇÕES]

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

CAMPO MOURÃO/PR, 19 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 034094101-90

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **14.834.134/0001-12**

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

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

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

Válida até 16/11/2024 - 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: P.H.COLCHON - SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 14.834.134/0001-12

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 01:07:26 do dia 19/04/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 16/10/2024.

Código de controle da certidão: **4160.1864.9B5F.EA76**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



Poder Judiciário Federal

Tribunal Regional do Trabalho da 9ª Região

Código de verificação: 43.856.933.289

CERTIDÃO ELETRÔNICA DE AÇÕES TRABALHISTAS

Certifica-se, conforme pesquisa no Sistema de Processo Eletrônico da Justiça do Trabalho (PJe) no Tribunal Regional do Trabalho da 9ª Região, que até a presente data **NÃO CONSTAM** ações trabalhistas neste Tribunal Regional, em tramitação ou arquivadas provisoriamente, ajuizadas em face da pessoa jurídica, de direito público ou privado, identificada pelos dados fornecidos pelo solicitante e de sua inteira responsabilidade.

Raiz do CNPJ pesquisado: 14.834.134

Observações:

1. Por problemas técnicos, esta certidão não contempla os débitos registrados no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas (BNDT), que podem ser consultados no site eletrônico do Tribunal Superior do Trabalho (TST) disponível em: <http://www.tst.jus.br/certidao>
2. Esta certidão não contempla processos arquivados definitivamente, nem processos de classes que não estejam discriminadas a seguir.
3. Esta certidão contempla o polo passivo somente nas seguintes ações no 1º grau: alvará judicial (Alvará), alvará judicial - lei 6858/80 (AlvJud), arresto (Arrest), atentado (Atent), ação civil coletiva (ACC), ação civil pública cível (ACPCiv), ação de cumprimento (ACum), ação de exigir contas (AEC), ação trabalhista - rito ordinário (ATOOrd), ação trabalhista - rito sumaríssimo (ATSum), ação trabalhista - rito sumário (alçada) (ATAIc), busca e apreensão (BusApr), carta de ordem cível (CartOrdCiv), carta precatória cível (CartPrecCiv), carta rogatória cível (RogatoCiv), cautelar nominada (Caulnom), caução (Caução), consignação em pagamento (ConPag), cumprimento de sentença (CumSen), cumprimento provisório de sentença (CumPrSe), embargos de declaração cível (EDCiv), embargos de terceiro cível (ETCiv), embargos infringentes na execução fiscal (ElfEFis), embargos à adjudicação (EAdj), embargos à arrematação (EArr), embargos à execução (EE), exceção de incompetência (Exclnc), execução de certidão de crédito judicial (ExCCJ), execução de termo de ajuste de conduta (ExTAC), execução de termo de conciliação de ccp (ExCCP), execução de título extrajudicial (ExTiEx), execução fiscal (ExFis), exibição (Exibic), habeas corpus cível (HCCiv), habeas data (HD), impugnação ao valor da causa cível (IVCCiv), incidente de falsidade (IncFal), incidente de falsidade (IncFal), inquérito para apuração de falta grave (IAFG), interdito proibitório (Interdito), justificação (Justif), mandado de segurança coletivo (MSCol), mandado de segurança cível (MSCiv), monitoria (Monito), oposição (Oposic), petição cível (PetCiv), prestação de contas - oferecidas (PrCoOf), procedimento conciliatório (PCon), produção antecipada da prova (PAP), recurso de julgamento parcial (RJParc), reintegração / manutenção de posse (RtMtPosse), restauração de autos (ResAutCiv), restauração de autos (ResAutCrim), seqüestro (Seques), seqüestro (Seques), tutela antecipada antecedente (TutAntAnt), tutela cautelar antecedente (TutCautAnt)
4. Esta certidão contempla o polo passivo somente nas seguintes ações no 2º grau: ação anulatória de cláusulas convencionais (AACC), ação rescisória (AR), carta precatória cível (CartPrecCiv), cautelar nominada (Caulnom), conflito de competência cível (CCCiv), correção parcial ou reclamação correicional (CorPar), dissídio coletivo (DC), dissídio coletivo de greve (DCG), exceção de impedimento (Exclmp), exceção de impedimento (Exclmpedi), exceção de suspeição (ExcSusp), exceção de suspeição (ExcSuspei), habeas corpus cível (HCCiv), habeas data cível (HDCiv), impugnação ao valor da causa cível (IVCCiv), incidente de assunção de competência (IAC), incidente de resolução de demandas repetitivas (IRDR), incidente de uniformização de jurisprudência (IUJ), incidente de uniformização de jurisprudência (IUJ), mandado de segurança coletivo (MSCol), mandado de segurança cível (MSCiv), outros procedimentos (OutPro), pedido de mediação pré-processual (PMPP), pedido de providências (PP), pedido de revisão do valor da causa (PRVC), petição cível (PetCiv), processo administrativo (PA), processo administrativo disciplinar em face de magistrado (PADMag), processo cautelar (ProcCau), processo de conhecimento (ProcCon), processo de execução (ProcExe), protesto (Protes), reclamação (Rcl), reclamação disciplinar (RD), recurso administrativo (RecAdm), recursos (Rec), recursos (Rec), suspensão de liminar e de sentença (SLS), suspensão de liminar e de sentença (SLS), suspensão de liminar ou antecipação de tutela (SLAT), tutela antecipada antecedente (TutAntAnt), tutela cautelar antecedente (TutCautAnt)
5. Esta pesquisa foi realizada a partir da raiz do CNPJ informado pelo solicitante.
6. Para verificar a autenticidade desta certidão, acesse: <https://pje.trt9.jus.br/certidoes/>

Certidão emitida em 17/05/2024 às 17:14

(VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

Documento de identidade nos termos da Lei nº 6.206/75



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO
ESTADO DO PARANÁ

NOME

PAULO HENRIQUE COLCHON

CRM Nº

29347

DATA DE INSCRIÇÃO

21/12/2011

VIA

1

DATA DE NASCIMENTO

19/11/1987

Paulo Henrique Colchon

ASSINATURA DO PORTADOR

FILIAÇÃO

OROVALDO APARECIDO COLCHON

HELOIZA APARECIDA COLLEDAS COLCHON

NATURALIDADE

CAMPO MOURÃO-PR

RG

88757645/SESP-PR

DATA DE EXPIDTAÇÃO

22/11/1999

TÍTULO DE REGISTRO

069803090698

SEÇÃO

0042

ZONA

0031

CPF

05803214957

LOCAL E DATA DE EXPIDTAÇÃO

CURITIBA-PR, 14/03/2012

[Assinatura]

ASSINATURA DO PRESIDENTE

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

800-22-03665

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ
GOVERNADOR: WALDEMAR FILHO
SECRETÁRIO DE GOVERNANÇA

NOBRE
PAULO HENRIQUE COLCHON

RELACÃO
ORIGINAL DO APARECER DO COLCHON
HELENA APARECIDA COLCHON COLCHON

SANTA MARCELO NATURALIDADE
TERTIUM CAMPO MOURA
CARTÃO DE IDENTIDADE
CPF

Paulo Henrique Colchon
Assinatura do Titular

CARTÃO DE IDENTIDADE

CEL Nº 74166 DE 26 DE AGOSTO DE 1983

CPF 008.002.144-07
REGISTRO CIVIL 6.875.794-6
REGISTRO CIVIL
CRIMINAL-CAMPO MOURA, DA SEDE
CIVIL-08312, LIMPOVA, POLICIA

DATA DE EXPIRAÇÃO 08/08/2022

CPF 04118832000

FOTO DO TITULAR

ASSINATURA DO TITULAR

VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÃO PLASTIQUE



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certificado de Especialista

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, de acordo com a resolução vigente, certifica que registrou, em 27/03/2017, no livro nº. 4, RQE nº. 21914, folha nº. 138, a qualificação do médico(a),

PAULO HENRIQUE COLCHON, CRM nº. 29347,

na especialidade de

ANESTESIOLOGIA

Chave de validação **55af88c3801cbd7e3fa991b561ed4b27316b5a14**

Emitida eletronicamente via internet em **06/03/2024**

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

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



Universidade do Vale do Itajaí

Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 051/89, publicada no D.O.U., em 17.02.1989
Itajaí - Santa Catarina



Diploma de Médico

O Reitor da Universidade do Vale do Itajaí, no uso de suas atribuições, tendo em vista que

Paulo Henrique Colchon,

brasileiro, natural do Estado do Paraná, nascido no dia 19 de novembro de 1987,
portador da Cédula de Identidade nº 8.875.764 5/PR,

concluiu o curso de Medicina reconhecido pelo Decreto Estadual nº 1.048/03, publicado no Diário Oficial do Estado de Santa Catarina em 20 de novembro de 2003, e considerando o Termo de Colação de Grau em 15 de dezembro de 2011, outorga-lhe o presente Diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Itajaí, 15 de dezembro de 2011.

Prof. Mario Cesar dos Santos, Dr.

Reitor

Prof. Marcio Vieira Angelo, MSc.
Coordenador do Curso

Paulo Henrique Colchon
Diplomado

Profa. Arlete Ferreira Besen Soprano, MSc.
Diretora do Centro

Centro de Ciências da Saúde
Campus Itajaí

MEDICINA: Reconhecimento renovado através do Decreto Estadual nº 2.137/09, publicado no Diário Oficial - SC em 20.02.2009.

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

Pró-Reitoria de Ensino
Gerência de Administração Discente

DIPLOMA registrado sob o nº 4076, livro CS-21/11, folha 215. Processo nº 06.1.3067/11, nos termos do §1º do Art. 46, Lei nº 9.394 - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 20/12/1996
Itajaí, 15 de dezembro de 2011.

Prof. Pedro Prancisco Bettoni, MSc.
Área de Documentação e Diplomação
Port nº 420/07 - Responsável

Profa. Cassia Ferri, Dra.
Pró-Reitora de Ensino
Delegação do Reitor-Port nº 079/10

CREMESP

Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina

O(a) requerente foi inscrito(a) sob o nº 17635, às páginas 48, do livro nº 02 FLORIANÓPOLIS-SC 12/12/2011

Ricardo Polli
PRESIDENTE

Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná
Registro de Diploma

Nesta data, o presente diploma do Dr(a) PAULO HENRIQUE COELHO foi registrado sob o número 29347-PR, de acordo com o artigo 17 da Lei Número 3.266 de 09 de setembro de 1957.

Curitiba, 05/01/2012

Dr. Carlos Roberto Goytãcaz Rocha
Presidente

NOME: phcolchon@gmail.com
CNPJ: 14.834.134/0001-12

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Federal: 1240
Data Emissão: 1970-01-01
Data Vencimento: 2024-10-16
Certidao Trabalhista: 1241
Data Emissão: 1970-01-01
Data Vencimento: 1970-01-01
Certidao Municipal: 1242
Data Emissão: 1970-01-01
Data Vencimento: 1970-01-01
Certidao FGTS: 1243
Data Emissão: 1970-01-01
Data Vencimento: 1970-01-01
Certidao Estadual: 1244
Data Emissão: 1970-01-01
Data Vencimento: 1970-01-01

Capacidade Tecnica

Proposta

Categoria: ANESTESIOLOGIA
Procedimento: CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
Valor: R\$ 50.9
Qtd: Un. 50
Categoria: TABELA DE INCENTIVOS MÉDICOS
Procedimento: Incremento para cirurgia de Ombro-Manguito Rotador -
Serviços de Anestesiologia
Valor: R\$ 120
Qtd: Un. 50
Categoria: TABELA DE INCENTIVOS MÉDICOS
Procedimento: Incremento para cirurgia de Postectoia (Fimose) - Serviços
de Anestesiologia
Valor: R\$ 120
Qtd: Un. 100
Categoria: TABELA DE INCENTIVOS MÉDICOS
Procedimento: Incremento para cirurgia de RTU de Próstata - Serviços de
Anestesiologia
Valor: R\$ 120
Qtd: Un. 100
Categoria: Selecione uma categoria
Procedimento: Incremento para cirurgia de Ureterorrenolitotripsia
rígida/flexível+colocação de duplo J bilateral - Serviços de
Anestesiologia
Valor: R\$ 120
Qtd: Un. 100
Categoria: Selecione uma categoria
Procedimento: Incremento para cirurgia de Ureterorrenolitotripsia
rígida/flexível+colocação de duplo J unilateral - Serviços de
Anestesiologia
Valor: R\$ 120
Qtd: Un. 100
Categoria: Selecione uma categoria
Procedimento: Incremento para cirurgia de Ureterorrenolitotripsia
rígida/semi-rígida+colocação de duplo J bilateral - Serviços de
Anestesiologia

Valor: R\$ 120

Qtd: Un. 100

Categoria: Selecione uma categoria

Procedimento: Incremento para cirurgia de Ureterorrenolitotripsia rígida/semi-rígida+colocação de duplo J unilateral - Serviços de Anestesiologia

Valor: R\$ 120

Qtd: Un. 100

Categoria: Selecione uma categoria

Procedimento: Serviço de anestesiologia para cirurgia de coluna

Valor: R\$ 120

Qtd: Un. 100

Categoria: Selecione uma categoria

Procedimento: Serviço de anestesiologia para cirurgia de joelho

Valor: R\$ 120

Qtd: Un. 100

Categoria: Selecione uma categoria

Procedimento: Serviço de anestesiologia para cirurgia de varizes

Valor: R\$ 120

Qtd: Un. 100

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Procedimento: SEDAÇÃO PARA EXAME DE IMAGEM

Valor: R\$ 360

Qtd: Un. 50

Santo Cristo Serviços Médicos LTDA.

ANEXO I

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA

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

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

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

Razão Social: Santo Cristo Serviços Médicos

Nome Fantasia: Clínica Santo Cristo

CNPJ nº: 52.081.219/0001-66

Inscrição Estadual:

Micro Empresa: () Não (x) Sim

Optante Simples: () Não (x) Sim

Número do CNAE Nacional: 8630/5-99 **Descrição:** ATIVIDADES DE ATENÇÃO AMBULATORIAL NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE

Endereço: Avenida Cantu, nº 748, Centro

Município: Nova Cantu **UF:** PR

CEP: 87330-000

Telefone Comercial: () **Telefone Celular:** (x) (21) 993996955

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: NuBank	CÓDIGO DO BANCO: 0260	AGÊNCIA: 0001
TIPO DE CONTA: PJ	OPERAÇÃO:	Nº DA CONTA: 59787982-7
CIDADE E UF DA AGENCIA: Roncador - Paraná		

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF
Lucas Cristo Medeiros	275352797	146.885.367-80

Avenida Cantu, nº 748, Centro, Nova Cantu - PR – CEP 87330-000
CNPJ: 52.081.219/0001-66 – E-mail: Lucasmedeirosxp2@hotmail.com

Santo Cristo Serviços Médicos LTDA.

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE
Clinico Geral	Plantão Médico por Hora	1728

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
Lucas Cristo Medeiros	146.885.367-80	275352797 – Detran-RJ	CRM-PR: 53727	21993996955

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
Lucas Cristo Medeiros	146.885.367-80	275352797 – Detran-RJ	Lucasmedeirosxp2@hotmail.com	21993996955

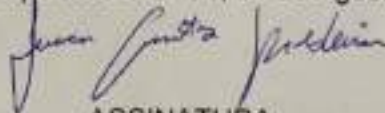
ESPECIALIDADES

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, 01 de Agosto de 2024.



ASSINATURA

Santo Cristo Serviços Médicos CNPJ nº52.081.219/0001-66

Lucas Cristo Medeiros

CPF: 14688536780

RG: 275352797

Avenida Cantu, nº 748, Centro, Nova Cantu - PR – CEP 87330-000

CNPJ: 52.081.219/0001-66 – E-mail: Lucasmedeirosxp2@hotmail.com

Santo Cristo Serviços Médicos LTDA.

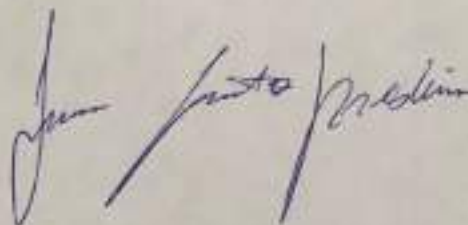
ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE

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

O representante legal da Empresa **Santo Cristo Serviços Médicos**, 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, 01 de Agosto de 2024.



ASSINATURA

Santo Cristo Serviços Médicos CNPJ nº 52.081.219/0001-66

Lucas Cristo Medeiros

CPF: 14688536780

RG: 275352797

Avenida Cantu, nº 748, Centro, Nova Cantu - PR – CEP 87330-000

CNPJ: 52.081.219/0001-66 – E-mail: Lucasmedeirosxp2@hotmail.com

Santo Cristo Serviços Médicos LTDA.

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO

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

Eu, Lucas Cristo Medeiros, carteira de identidade nº 275352797 expedida pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF sob nº 146.885.367-80, Representante legal da Santo Cristo Serviços Médicos LTDA. inscrita no CNPJ sob o nº 52.081.219/0001-66, 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, 01 Agosto de 2024.



Santo Cristo Serviços Médicos CNPJ nº 52.081.219/0001-66
Lucas Cristo Medeiros
CPF: 14688536780
RG: 275352797

Avenida Cantu, nº 748, Centro, Nova Cantu - PR – CEP 87330-000

CNPJ: 52.081.219/0001-66 – E-mail: Lucasmedeirosxp2@hotmail.com

Santo Cristo Serviços Médicos LTDA.

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

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

A empresa Santo Cristo Serviços Médicos LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 52.081.219/0001-66, sediada na Avenida Cantu, nº 748, Centro, na cidade de Nova Cantu, através representante legal, Lucas Cristo Medeiros, CPF: 146.885.367-80 e RG: 275352797, declara, sob as penas da Lei, que:

não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;

não está impedido de transacionar com a Administração Pública;

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

não incorre nas demais condições impeditivas previstas na Lei Federal nº 14.133/21 e alterações posteriores. Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Campo Mourão – Pr, 01, Agosto de 2024.



Santo Cristo Serviços Médicos CNPJ nº 52.081.219/0001-66

Lucas Cristo Medeiros

CPF: 14688536780

RG: 275352797

Avenida Cantu, nº 748, Centro, Nova Cantu - PR - CEP 87330-000

CNPJ: 52.081.219/0001-66 - E-mail: Lucasmedeirosxp2@hotmail.com

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA

SANTO CRISTO SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

Pelo presente instrumento particular de Contrato Social:

LUCAS CRISTO MEDEIROS, BRASILEIRO, SOLTEIRO, MÉDICO, nascido(a) em 11/02/1995, nº do CPF 146.885.367-80, residente e domiciliado na cidade de Maringá - PR, na RUA Antônio Marin, nº 289, APT 111; ANDAR 01; Vila Santo Antônio, CEP: 87020-370;

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: **SANTO CRISTO SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**.

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

A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: RUA ANTÔNIO MARIN, nº 289, APT 111; ANDAR 01; VILA ESPERANÇA I PARTE, Maringá - PR, CEP: 87020370.

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

A sociedade terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômica: AS ATIVIDADES PRESTADAS POR MÉDICOS AUTÔNOMOS OU CONSTITUÍDOS COMO EMPRESAS INDIVIDUAIS E QUE EXERCEM A PROFISSÃO EM CONSULTÓRIOS DE TERCEIROS OU EM UNIDADES HOSPITALARES, INCLUSIVE OS ANESTESISTAS

Parágrafo único. Em estabelecimento eleito como Sede (Matriz) será(ão) exercida(s) a(s) atividade(s) de MÉDICO GENERALISTA..

E exercerá as seguintes atividades:

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

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

A sociedade iniciará suas atividades em 04/09/2023 e seu prazo de duração será por tempo indeterminado.

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

O capital será de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), dividido em 10000 quotas, no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, formado por R\$ 10.000,00 (dez 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\$	%
LUCAS CRISTO MEDEIROS	10000	10.000,00	100,00
TOTAL:	10000	10.000,00	100,00

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

A administração da sociedade será exercida pelo sócio **LUCAS CRISTO MEDEIROS** 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

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA

SANTO CRISTO SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

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 Maringá - 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.

Maringá - PR, 04 de setembro de 2023

LUCAS CRISTO MEDEIROS
Sócio/Administrador



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa SANTO CRISTO SERVIÇOS MÉDICOS LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
14688536780	LUCAS CRISTO MEDEIROS



Governo Municipal de
NOVA CANTU
— **PARANÁ** —



Secretaria Municipal da Fazenda, Departamento de Tributação
Alvará de Licença para Localização, Verificação e Funcionamento

Exercício de 2024

Processo: 1296 / 2024

CNPJ/CPF: 52.081.219/0001-66

Nome / Razão Social: **SANTO CRISTO SERVICOS MEDICOS LTDA**

Localização:

AVENIDA - CANTU, 748

Atividade Principal

8630599 Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente

Ressalva:

MANTER AFIXADO EM LUGAR VISÍVEL

Perderá a validade, quando modificarem quaisquer dos elementos essenciais neles inscritos. Este Alvará foi concedido em conformidade com a Lei 253/2008.

Paço Municipal Martin Krupek, aos 17 de junho de 2024

CNPJ: 77.845.394/0001-03


Ailton Antonio Agnolin
Prefeito Municipal


Daniela da Costa de Souza
Setor de Tributação

"Orgulho de viver aqui!"

Rua Bahia, 660 - CEP: 87330-000 - Nova Cantu - Paraná

CNPJ: 77.845.394/0001-03 | Fones: (44) 3527-1280 - (44) 3527-1281 | www.novacantu.pr.gov.br

Responsável pela Iluminação Pública: Município 4435751222

Classificação:
B1 Residencial / Residencial

Tipo de Fornecimento:
Bifasico /50A

**DATAS DE
LEITURAS**

Leitura anterior
07/06/2024

Leitura atual
09/07/2024

Nº de dias
32

Próxima Leitura
08/08/2024

Nome: LUCAS CRISTO MEDEIROS

Endereço: R Ponta Grossa - R007 156000 Qd25
Lt5r - Roncador
CEP: 87320-000
Cidade: Roncador - Estado: PR
CPF: ***.***.67-80

UNIDADE CONSUMIDORA

76174514



NOTA FISCAL No. 110367079 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 12/07/2024

Consulte Chave de Acesso em:

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

Chave de Acesso

4124 0704 3688 9800 0106 6600 3110 3670 7910 6211 9436

Protocolo de Autorização: 1412400034227997 - 12/07/2024 às 08:15:59America/Sao_Paulo

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
07/2024	27/07/2024	R\$216,09

Item de fatura	Unid.	Quant.	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	RS/ COFINS	ICMS	Tarifa util. (R\$)	Tributo	Taxa de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ENERGIA ELET CONSUMO	kWh	210	0,386619	81,19	3,58	15,42	0,296165	ICMS	174,21	19%	33,09
ENERGIA ELET USO SISTEMA	kWh	210	0,436095	91,58	4,03	17,40	0,334095	COFINS	141,10	4,4644%	6,30
ENERGIA CONS. B.AMARELA	kWh	59,0625	0,024381	1,44	0,06	0,27	0,018850	PIS	141,10	0,9659%	1,37
CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPIO	UN	1	41,880000	41,88							
TOTAL				216,09	7,67	33,09					

HISTÓRICO DE CONSUMO / kWh

CONSUMO FATURADO

Nº DIAS FAT.

JUL24	210	32
JUN24		
MAI24		
ABR24		
MAR24		
FEV24		
JAN24		
DEZ23		
NOV23		
OUT23		
SET23		
AGO23		
JUL23		

Módulo	Combustível	Parâmetro	Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo	Consumo Médio
0273131134	CONSUMO kWh	TP	46561	46771	1	210

Reservado ao Fisco

PERÍODO FISCAL: 12/07/2024

E671.586C.57AD.4546.58B9.A68A.5766.C691

REAVISO DE VENCIMENTO

INCLUSO NA FATURA PIS R\$1,37 E COFINS R\$6,30 CONFORME RES. ANEEL 130/2005.
REAJUSTE TARIFARIO: EFEITO MEDIO 0% A PARTIR DE 24/06 RES.ANEEL 3336/2024
A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados à prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações.
Períodos Band.Tarif.: Verde:08/06-30/06 Amarela:01/07-09/07

UNIDADE CONSUMIDORA	MÊS REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
76174514	07/2024	27/07/2024	R\$216,09



Número da fatura: FAT-01-20246766211943-38

PIX

836600000027 160901110009 001010202461 766211943382

NÃO RECEBER - FATURA ARRECADADA



TERMO DE DEFERIMENTO DA OPÇÃO PELO SIMPLES NACIONAL

(Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006)

DADOS DA MATRIZ

NOME EMPRESARIAL: **SANTO CRISTO SERVICOS MEDICOS LTDA**
CNPJ: **52.081.219/0001-66**
DATA DA SOLICITAÇÃO: **29/01/2024**
DATA DA ABERTURA DA EMPRESA: **05/09/2023**

Sua opção pelo Simples Nacional está confirmada com efeitos a partir de 01/01/2024.

A confirmação desta opção não exclui a responsabilidade do contribuinte quanto ao atendimento dos requisitos exigidos para o ingresso no Simples Nacional previstos na Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro 2006. Resguarda-se às Administrações Tributárias o direito de anular esta opção na hipótese de declaração falsa por parte da pessoa jurídica.

Sua opção pelo Simples Nacional implica aceitação obrigatória de sistema de comunicação eletrônica (DTE-SN), destinado, dentre outras finalidades, a:

- I – identificar o sujeito passivo de quaisquer tipos de atos administrativos, incluídos os relativos ao indeferimento de opção pelo Simples Nacional, à exclusão desse Regime e a ações fiscais;
- II – encaminhar notificações e intimações; e
- III – expedir avisos em geral.

O DTE-SN não exclui outras formas de notificação, intimação ou avisos previstos nas legislações dos entes federados, incluídas as eletrônicas.

O sistema de comunicação eletrônica implicará o seguinte:

- I – as comunicações serão feitas, por meio eletrônico, em portal próprio, dispensando-se a sua publicação no Diário Oficial e o envio por via postal;
- II – a comunicação será considerada pessoal para todos os efeitos legais;
- III – a ciência com utilização de certificação digital ou de código de acesso possui os requisitos de validade;
- IV – considerar-se-á realizada a ciência da comunicação na data em que o sujeito passivo efetivar a consulta eletrônica ao teor da comunicação;
- V – na hipótese do item anterior, nos casos em que a consulta se dê em dia não útil, a comunicação será considerada como realizada no primeiro dia útil seguinte;
- VI – a consulta às comunicações do sistema deverá ser feita em até 45 (quarenta e cinco) dias contados da data da disponibilização da comunicação no portal, sob pena de ser considerada, automaticamente, realizada na data do término desse prazo.

NÚMERO DO RECIBO

2452081219102354792

CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO

7D12F8383DF75BDEB78F71CB17DD16924779E0DC



CERTIDÃO SIMPLIFICADA

Sistema Nacional de Registro de Empresas Mercantis - SINREM

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

Nome Empresarial: SANTO CRISTO SERVIÇOS MÉDICOS LTDA NIRE : 41211936522 Natureza Jurídica: Sociedade Empresária Limitada			Protocolo: PRC2421958770		
NIRE (Sede) 41211936522	CNPJ 52.081.219/0001-66	Data de Ato Constitutivo 05/09/2023	Início de Atividade 04/09/2023		
Endereço Completo Avenida CANTU, Nº 748, APT 1, CENTRO - Nova Cantu/PR - CEP 87330-000					
Objeto Social MÉDICO GENERALISTA.					
Capital Social R\$ 10.000,00 (dez mil reais) Capital Integralizado R\$ 10.000,00 (dez mil reais)		Porte ME (Microempresa)		Prazo de Duração Indeterminado	
Dados do Sócio					
Nome	CPF/CNPJ	Participação no capital	Espécie de sócio	Administrador	Término do mandato
LUCAS CRISTO MEDEIROS	146.885.367-80	R\$ 10.000,00	Sócio	S	Indeterminado
Dados do Administrador					
Nome	CPF	Término do mandato			
LUCAS CRISTO MEDEIROS	146.885.367-80	Indeterminado			
Último Arquivamento			Situação		
Data	Número	Ato/eventos	ATIVA		
10/11/2023	20237916436	002 / 051 - CONSOLIDAÇÃO DE CONTRATO/ESTATUTO	Status XXXXX		

Esta certidão foi emitida automaticamente em 29/07/2024, às 14:22:16 (horário de Brasília).

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

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

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA
Secretário(a) Geral

Secretaria Municipal da Fazenda, Departamento de Tributação
Alvará de Licença para Localização, Verificação e Funcionamento
Exercício de 2023

Processo: **1296 / 2023**

CNPJ/CPF: **52.081.219\0001-66**

Nome / Razão Social: **SANTO CRISTO SERVICOS MEDICOS LTDA**

Localização:

AVENIDA - CANTU, 748

Atividade Principal

8630599 Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente

Ressalva:

MANTER AFIXADO EM LUGAR VISÍVEL

Perderá a validade, quando modificarem quaisquer dos elementos essenciais neles inscritos. Este Alvará foi concedido em conformidade com a Lei 253/2008.

Paço Municipal Martim Krupek, aos 23 de outubro de 2023

CNPJ: 77.845.394/0001-03

Airton Antonio Agnolin
Prefeito Municipal

Daniela da Costa de Souza
Setor de Tributação



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



CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO DO CORPO DE BOMBEIROS - CLCB
3.1.03.23.0001623655-89

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

SANTO CRISTO SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	
Nome Fantasia: SANTO CRISTO SERVIÇOS MÉDICOS LTDA CPF/CNPJ: 52.081.219/0001-66 Código da Atividade Econômica (CNAE): 8630/5-99 - ATIVIDADES DE ATENÇÃO AMBULATORIAL NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE Logradouro: AV. CANTU Número: 456 Complemento: APT 111 ANDAR 01 Bairro: CENTRO Município: NOVA CANTU-PR	
PREVENÇÃO E COMBATE A INCÊNDIO E A DESASTRES	
Área Total: 60,00 m ² Área Vistoriada: 60,00 m ² Ocupação: A-1 - HABITAÇÃO UNIFAMILIAR Capacidade de Público: 5 PESSOAS Uso de GLP: NÃO PERMITIDO Medidas de prevenção e combate a incêndios e a desastres: EXTINTORES DE INCÊNDIO Projeto Técnico NIB:	Altura Total: 0,00 m Altura Área Vistoriada: 0,00 m
OBSERVAÇÕES	
Esta licença perde a validade, a qualquer tempo, caso ocorram alterações que impliquem em inconformidade com a legislação de prevenção e combate a incêndio e a desastres em vigor. O Corpo de Bombeiros Militar poderá fiscalizar a edificação/estabelecimento/área de risco/evento a qualquer tempo.	

LICENÇA VÁLIDA ATÉ: 8 de Maio de 2025



Documento emitido eletronicamente pelo Sistema PrevFogo.
A autenticidade deve ser confirmada no endereço www.prevfogo.pr.gov.br através do link "Verificar Autenticidade Documentos."



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA CANTU
Estado do Paraná
Exercício: 2024

Situação Cadastral

Empresa/Autônomo

ATIVO

Cadastro: 1296

Nome: SANTO CRISTO SERVICOS MEDICOS LTDA

Endereço: AV CANTU, 748 -

Bairro: CENTRO

Cidade: Nova Cantu - PR

Data Abertura: 23/10/23

Data Encerramento:

Número do Alvará: 194/2024

Data Validade Alvará:

Atividade: MÉDICO GENERALISTA.

Observação do Alvará:

Nº do CNPJ

52.081.219/0001-66

CONSULTAR

Avulso
Cadastro Geral : 1104
Nome: SANTO CRISTO SERVICOS MEDICOS LTDA
CPF/CNPJ: 52.***.***/0001-**
Endereço: AVENIDA CANTU, 748 - CENTRO - APT 1
Cidade: Nova Cantu/PR

Empresa/Autônomo
Cadastro Geral : 1296
Situação Cadastro : ATIVO
Nome: SANTO CRISTO SERVICOS MEDICOS LTDA
CPF/CNPJ: 52.***.***/0001-**
Endereço: AVENIDA CANTU, 748 - CENTRO -
Cidade: Nova Cantu/PR
CEP: 87330-000
Data Abertura: 23/10/2023
Data Encerramento:
Número Alvara: 194 / 2024
Data Última Fiscalização:
Data Validade Alvará:
Atividade Principal: MÉDICO GENERALISTA.
Observação Alvará:



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

AREA OCUPADA

PROTOCOLO

059/2024

LIVRO

FOLHA

INÍCIO DA ATIVIDADE

19/06/1992 .

CNAE

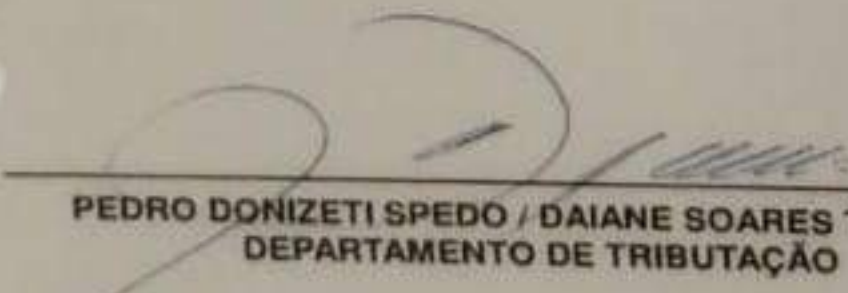
8411600 - ADMINISTRACAO PUBLICA EM GERAL

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



LICENÇA SANITÁRIA Nº 20240000000000000000000000000022

VENCIMENTO: 04 / 06 / 2025

Razão Social: Fundo Municipal de Saúde de Iretama
Nome Fantasia: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE IRETAMA
CNPJ: 84.782.952/0001-02
Endereço: R Ceres, 72 - Centro - Iretama/PR - 87280-000

UNIDADES:

- Hospital Municipal Santa Rosa de Lima:
R. Geraldo Gomes Viêira, 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 Mourao, 04 de Junho de 2024

CRISTIANE MICHALSKI GRADELLA
Gestor da Vigilância Sanitária

Código de Autenticidade: 99DB13199C3290949BB1D1A1F45D597D
Endereço para Validação: <https://www.sievisa.sesa.pr.gov.br/sievisa/validarLicenca>

11ª Regional de Saúde de Campo Mourão Rua Mambore, 1500, Centro, 87302-140, Campo Mourão, Paraná, Brasil, Fone: (44)3523-1944 www.saude.pr.gov.br

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL
ESTE DOCUMENTO DEVE SER FIXADO EM LOCAL VISÍVEL AO PÚBLICO (ART.166 – LEI 13.331/2001)

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 52.081.219/0001-66
Razão Social: SANTO CRISTO SERVICOS MEDICOS
Endereço: AV AVENIDA CANTU 748 AP 1 / CENTRO / NOVA CANTU / PR / 87330-000

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: 27/06/2024 a 26/07/2024

Certificação Número: 2024062722286275182110

Informação obtida em 28/06/2024 12:13:29

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

Certificado de Regularidade do FGTS - CRI

Inscrição:
Razão Social:
Endereço:

S2.081.219/0001-86
SAOJO CASTRO SERVICOS MEDICOS
AV. ALEXANDRA CAMILO 348 AP 1 / CENTRO / MOVA CAMITU / PR / 87330-000

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: 05/08/2024 a 03/09/2024

Certificação Número: 2024080500446275182165

Informação obtida em 05/08/2024 12:18:59

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

Certificado de Regularidade do FGTS - CRI

Inscrição:
Razão Social:
Endereço:

S2.081.219/0001-86
SAOJO CASTRO SERVICOS MEDICOS
AV. ALEXANDRA CAMILO 348 AP 1 / CENTRO / MOVA CAMITU / PR / 87330-000

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: 05/08/2024 a 03/09/2024

Certificação Número: 2024080500446275182165

Informação obtida em 05/08/2024 12:18:59

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA CANTU- PR
Secretaria Municipal de Fazenda
Departamento de Tributos

Rua: Bahia, 85 - CEP: 87.330-000 - Nova Cantu - Pr - Tel (44) 3527-1280

Certidão Negativa de Débitos N° 569 / 2024

CADASTRO 2 - 1296	CERTIDÃO Número: 569 Ano: 2024	ALVARÁ N° 194	CNPJ/CPF 52.081.219/0001-66
RAZÃO SOCIAL/NOME SANTO CRISTO SERVICOS MEDICOS LTDA			
SITUADO À: AV CANTU, N° 748, CENTRO - CEP: 87330-000 Complemento:			
NOME FANTASIA:			
SITUAÇÃO DO CADASTRO: ATIVO	INÍCIO DA ATIVIDADE: 23/10/2023	ENCERRAMENTO DA ATIVIDADE:	
RAMO DA ATIVIDADE PRINCIPAL: Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente			
CÓDIGO DE AUTENTICIDADE 4D4C16590E832B860A6F3239D6A2C			

CERTIFICAMOS, em cumprimento ao requerimento datado em 29/07/2024 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 Nova Cantu - Estado do Paraná aos 29 de julho de 2024

A PRESENTE CERTIDÃO TERÁ VALIDADE ATÉ 28/08/2024

Daniela da Costa de Souza

Nova Cantu, 29 de julho de 2024



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

Certidão Negativa

de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual

Nº 033867754-00

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **52.081.219/0001-66**

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 22/10/2024 - Fornecimento Gratuito

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via Internet

www.fazenda.pr.gov.br



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

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

Nome: SANTO CRISTO SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 52.081.219/0001-66

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 19:50:39 do dia 19/06/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 16/12/2024.

Código de controle da certidão: **B8B2.DD18.B5FC.0F29**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: SANTO CRISTO SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 52.081.219/0001-66

Certidão nº: 44590491/2024

Expedição: 24/06/2024, às 19:25:08

Validade: 21/12/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **SANTO CRISTO SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **52.081.219/0001-66**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

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

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

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

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

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

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



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de inscrição

146.885.367-80

Nome

LUCAS CRISTO MEDEIROS

Nascimento

11/02/1995



UNIVERSIDADE IGUAÇU – 0330
ASSOCIAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE NOVA IGUAÇU
CNPJ: 30.834.196/0001-80

Recredenciamento: Portaria nº 1318 de 16/09/1993, publicada no DOU em 20/09/1993,
Seção 1, p. 14017

Curso: Medicina - 7414

Título: Médico

Reconhecimento: Portaria nº 435 de 30/07/2014, DOU de 31/07/2014, seção 1, p. 31

UNIVERSIDADE IGUAÇU – 0330
ASSOCIAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE NOVA IGUAÇU
CNPJ: 30.834.196/0001-80

Recredenciamento: Portaria nº 1318 de 16/09/1993, publicada no DOU em 20/09/1993,
Seção 1, p. 14017.

Diploma registrado sob nº 50138 no Livro 52, na folha 50, por delegação de competência do
Ministério da Educação, nos termos da Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e do
Decreto nº 9.235, de 15 de dezembro de 2017.

Processo nº 50138/51579-2022/02

Nova Iguaçu, RJ, 31/08/2022.

Nathalia de Oliveira Jorge
Secretária Geral – Portaria GR nº 72/2022

APOSTILA DE SEQUENCIAMENTO
LUIZ G. AMARAL
CPF: 136.885.157-90
RG: 275202197 RJ
Residência: Rua Celso de Faria, 100
Data de emissão: 07/09/2022
Registro profissional: 16418851





CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - PARANÁ
CÉDULA DE IDENTIDADE DO MÉDICO

NOME
LUCAS CRISTO MEDEIROS

CNM/UF
53727/PR



FILIAÇÃO
ROSILENE CRISTO MEDEIROS
ALCIDES DA SILVA MEDEIROS
FILHO

DATA DE INSCRIÇÃO VIA
24/08/2023 RJ



ASSINATURA DO PORTADOR

CPF 146.885.367-89	IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR ZT5252797 / SECC-RJ	
TÍTULO DE ELEITOR 155122848161	SEÇÃO 8805	ZONA 242
DATA DE NASCIMENTO 11/02/1996	NATURALIDADE RIO DE JANEIRO-RJ	
LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO CURITIBA-PR 28/06/2023		
718334		

ASSINATURA DO REPRESENTANTE DO CAD

VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER
EFETUO DE ACESSO COM A LEI 6.206/73



UNIVERSIDADE IGUAÇU

Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 1.318 de 16/09/1993.
D.O.U. de 20/09/1993, Seção 1, p. 14017

UNIG
UNIVERSIDADE IGUAÇU

O Reitor da Universidade Iguaçu, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina, em 27 de dezembro de 2022 e colação de grau em 01 de julho de 2022, confere o título de

Médico a

Lucas Cristo Medeiros,

nacionalidade Brasileira, natural do Estado do Rio de Janeiro, nascido em 11 de fevereiro de 1995, portador do documento de identificação 275352797 RJ, e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Nova Iguaçu, RJ, 01 de julho de 2022

Marcelo Gomes da Rosa
Reitor

Validação em: <https://sistema.alunodigital.com.br/validarDiploma.aspx> com o código: 336.330.187516e76f195939343be1361bd1e4742ad5

UNIVERSIDADE IGUAÇU - 0330
ASSOCIAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE NOVA IGUAÇU
CNPJ: 30.834.196/0001-80

Recredenciamento: Portaria nº 1.318 de 16/09/1993, publicada no DOU em 20/09/1993, Seção 1, p. 14017.

Curso: Medicina - 7414
Título: Médico

Reconhecimento: Portaria nº 475 de 30/07/2014, DOU de 31/07/2014, seção 1, p. 31.

UNIVERSIDADE IGUAÇU - 0330
ASSOCIAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE NOVA IGUAÇU
CNPJ: 30.834.196/0001-80

Recredenciamento: Portaria nº 1.318 de 16/09/1993, publicada no DOU em 20/09/1993, Seção 1, p. 14017.

Diploma registrado sob nº 48857 no Livro 47, na folha 59, por delegação de competência do Ministério da Educação, nos termos da Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e do Decreto nº 9.235, de 15 de dezembro de 2017.

Processo nº 48857/50298-2022/01

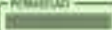
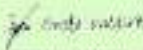
Nova Iguaçu, RJ, 01/07/2022.

Andréa Mendes Evangelho
Secretária Geral - Portaria GR nº 66/2020

APÓSTILA DE SEGURANÇA

Lucas Cristo Medeiros
CPF: 999.999.999-99
RG: 275352797 RJ
Natural - do Estado do Rio de Janeiro
Tempo em Cartão: 27.12.2022
Número Autenticação: 38028553



		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME LUCAS CRISTO MEDeiros		DOC. IDENTIFICADOR/ORGANISMO 375352799 CEBRAS RJ			
		DT 146.895.367-80		DATA NASCIMENTO 11/02/1995	
FUNÇÃO ALCIDES DA SILVA MEdeiros F. FILHO GOSTIENE CRISTO MEdeiros					
PERMISSÃO 		REC 		CAT. HBR AB	
Nº REGISTRO 00998439217		VALIDADE 14/12/2028		HABILITAÇÃO 11/02/2014	
ORIENTAÇÃO 					
 ASSINATURA DO PORTANTE					
LOCAL RIO DE JANEIRO, RJ		DATA EMISSÃO 06/02/2028			
REGISTRO DIGITALMENTE DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO					
84322030090 RJ691243664					
RIO DE JANEIRO					
DENATRAN		CONTRAN			

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:
< <http://www.serpro.gov.br/assinador-digital> >, opção Validar Assinatura.

SERPRO / DENATRAN

(21) 99399 6955

RUG2medkimXP2@hotmail.com

Cartão Nacional de Saúde - CNS

Sr. LUCAS CRISTO MEDEIROS,

Parabéns! Seus dados já constam no Sistema Único de Saúde - SUS.

Informe, seu número de CNS quando usar a rede do Sistema Único de Saúde – SUS.

Recorte o Cartão abaixo e use-o normalmente. Ele vale em todo o território nacional.



NOME: Santo Cristo serviços médicos LTDA
CNPJ: 52.081.219/0001-66

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Municipal: 1250
Data Emissão: 2024-07-29
Data Vencimento: 2024-08-28
Certidao Estadual: 1251
Data Emissão: 2024-06-24
Data Vencimento: 2024-10-22
Certidao Federal: 1252
Data Emissão: 2024-06-19
Data Vencimento: 2024-12-16
Certidao Trabalhista: 1253
Data Emissão: 2024-06-24
Data Vencimento: 2024-12-21
Certidao FGTS: 1254
Data Emissão: 2024-07-17
Data Vencimento: 2024-08-15

Capacidade Tecnica

Proposta

Categoria: SERVIÇOS DE PLANTÃO POR HORA
Procedimento: PLANTÃO MÉDICO POR HORA
Valor: R\$ 115
Qtd: Un. 1278

Edital de Chamamento Público nº 37/2024

Última atualização 08/08/2024

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

Unidade compradora: 95640322000101 - Unidade administrativa

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

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

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

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

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

Id contratação PNCP: 95640322000101-1-000050/2024 **Fonte:** Elotech Gestão Pública Ltda

Objeto:

Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de cirurgia vascular, fonoaudiologia, fisioterapia, radiologia e diagnóstico por imagem, anestesista, laboratório de patologia e plantão pelo Ciscomcam.

Informação complementar:

endo em vista a necessidade de manter os serviços de atendimento médico nas especialidades disponiveis na tabela de valores do Ciscomcam torna-se nessário abertura de processo de credenciamento dos prestadores que encaminharam documentação mediante o Edital de Chamamento Público 05/2023.

VALOR TOTAL ESTIMADO DA COMPRA

R\$ 1.504.621,45

Itens

Arquivos

Histórico

Número ↕	Descrição ↕	Quantidade ↕	Valor unitário estimado ↕	Valor total estimado ↕	Detalhar
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - (VAZIO ASSISTENCIAL)	400	R\$ 70,00	R\$ 28.000,00	
2	90.04.01.028 CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA (CLINICA)	200	R\$ 35,00	R\$ 7.000,00	
3	03.02.02.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	15	R\$ 18,00	R\$ 270,00	
4	02.07.01.002 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) (CLINICA)	10	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50	
5	90.04.01.043 ANALISE DE MATERIAL (ANATOMO PATOLÓGICO) (CLINICA)	5000	R\$ 23,87	R\$ 119.350,00	

Exibir:

1-5 de 83 itens

Página

Voltar



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

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

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

A adequação, fidedignidade e correitude 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 : 95/2024
b) Licitação Nº : 37/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : 07/08/2024
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de cirurgia vascular, fonoaudiologia, fisioterapia, radiologia e diagnóstico por imagem, anestesista, laboratório de patologia e plantão 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: BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA - CNPJ: 26.581.437/0001-50

Valor Total do Fornecedor: 394.480,00 (trezentos e noventa e quatro mil, quatrocentos e oitenta reais).

LOTE 1 CIRURGIA VASCULAR

Valor Total do Lote: 394.480,00 (trezentos e noventa e quatro mil, quatrocentos e oitenta reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - (VAZIO ASSISTENCIAL)	Unidad	400	R\$ 70,00	R\$ 28.000,00
2	03.09.07.001-5 TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS (UNILATERAL)	Unidad	200	R\$ 500,00	R\$ 100.000,00
3	04.01.01.001 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO - CLÍNICA	Unidad	200	R\$ 32,40	R\$ 6.480,00
4	02.05.01.004 - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	Unidad	2.000	R\$ 130,00	R\$ 260.000,00

FORNECEDOR: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA LUIZA PAZIAN LTDA - CNPJ: 55.537.033/0001-67

Valor Total do Fornecedor: 90.260,80 (noventa mil, duzentos e sessenta reais e oitenta centavos).

LOTE 2 FONOAUDIOLOGIA

Valor Total do Lote: 90.260,80 (noventa mil, duzentos e sessenta reais e oitenta centavos).



CIS-COMCAM

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

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.04.01.028 CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA (CLINICA)	Unidad	200	R\$ 35,00	R\$ 7.000,00
2	02.11.07.004 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	Unidad	200	R\$ 28,80	R\$ 5.760,00
3	90.04.01.073 AUDIOMETRIA VOCAL (CLINICA)	Unidad	20	R\$ 25,04	R\$ 500,80
4	07.01.03.005 APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C	Unidad	70	R\$ 1.100,00	R\$ 77.000,00

FORNECEDOR: LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS IBIPORA LTDA - CNPJ: 78.458.387/0001-11
Valor Total do Fornecedor: 126.866,00 (cento e vinte e seis mil, oitocentos e sessenta e seis reais).

LOTE 5 LABORATÓRIO DE PATOLOGIA

Valor Total do Lote: 126.866,00 (cento e vinte e seis mil, oitocentos e sessenta e seis reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.04.01.043 ANALISE DE MATERIAL (ANATOMO PATOLÓGICO) (CLINICA)	Unidad	5.000	R\$ 23,87	R\$ 119.350,00
2	02.03.01.008 EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA- RASTREAMENTO (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 10,10	R\$ 1.010,00
3	90.04.01.072 EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 10,10	R\$ 1.010,00
4	02.03.01.001 EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA (CLINICA)	Unidad	300	R\$ 9,00	R\$ 2.700,00
5	90.04.01.223 EXAME CITOPATOLOGICO PARA RASTREAMENTO DE CANCER DO COLO UTERINO	Unidad	100	R\$ 10,10	R\$ 1.010,00
6	90.04.01.050 RETIRADA DE MATERIAL PARA ANATOMO-PATOLOGICO - CLÍNICA	Unidad	100	R\$ 17,86	R\$ 1.786,00

FORNECEDOR: MARQUES & SALLES LTDA - CNPJ: 07.423.776/0001-63
Valor Total do Fornecedor: 411.750,00 (quatrocentos e onze mil, setecentos e cinquenta reais).

LOTE 3 FISIOTERAPIA

Valor Total do Lote: 411.750,00 (quatrocentos e onze mil, setecentos e cinquenta reais).



CIS-COMCAM

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

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.02.02.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	Unidad	15	R\$ 18,00	R\$ 270,00
2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	Unidad	15	R\$ 18,00	R\$ 270,00
3	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	Unidad	15	R\$ 18,00	R\$ 270,00
4	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	Unidad	15	R\$ 18,00	R\$ 270,00
5	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	Unidad	15	R\$ 18,00	R\$ 270,00
6	03.02.04.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	Unidad	20	R\$ 18,00	R\$ 360,00
7	03.02.04.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	15	R\$ 18,00	R\$ 270,00
8	03.02.04.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE SEM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	15	R\$ 18,00	R\$ 270,00
9	03.02.07.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
10	03.02.01.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
11	03.02.02.003-9 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
12	03.02.01.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00



CIS-COMCAM

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

13	03.02.06.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
14	03.02.02.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO LÍNICO	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
15	03.02.04.004 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CRURGIA CARDIOVASCULAR	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
16	03.02.01.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DIFUÇÕES UROGINECOLÓGICAS	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
17	03.02.03.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
18	03.02.06.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
19	03.02.03.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
20	03.02.04.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
21	03.02.06.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
22	03.02.05.001- ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	Unidad	12.000	R\$ 18,00	R\$ 216.000,00



CIS-COMCAM

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

23	03.02.05.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	30	R\$ 18,00	R\$ 540,00
24	03.02.05.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	Unidad	200	R\$ 18,00	R\$ 3.600,00
25	03.02.06.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
26	03.02.04.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
27	90.04.01.007 - ATENDIMENTO FISIOTERAPICO POR SESSÃO	Unidad	20	R\$ 18,00	R\$ 360,00
28	03.01.01.004 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	Unidad	10	R\$ 30,00	R\$ 300,00
29	90.04.01.080 - CONSULTA EM FISIOTERAPIA	Unidad	800	R\$ 30,00	R\$ 24.000,00
30	03.09.05.003 - SESSÃO DE ELETROESTIMULAÇÃO	Unidad	9.000	R\$ 18,00	R\$ 162.000,00

FORNECEDOR: P.H. COLCHON SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - CNPJ: 14.834.134/0001-12

Valor Total do Fornecedor: 126.597,00 (cento e vinte e seis mil, quinhentos e noventa e sete reais).

LOTE 6 ANESTESISTA

Valor Total do Lote: 126.597,00 (cento e vinte e seis mil, quinhentos e noventa e sete reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLÍNICA)	Unidad	1.100	R\$ 57,27	R\$ 62.997,00
2	90.10.01.020 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE OMBRO-MANGUITO ROTADOR - ANESTESIOLOGIA	Unidad	15	R\$ 120,00	R\$ 1.800,00
3	90.10.01.017 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE POSTECTOMIA (FIMOSE) - ANESTESIOLOGIA	Unidad	10	R\$ 120,00	R\$ 1.200,00



CIS-COMCAM

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

4	90.10.01.018 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE RTU DE PRÓSTATA - ANESTESIOLOGIA	Unidad	10	R\$ 120,00	R\$ 1.200,00
5	90.10.01.016 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RIGIDA/FLEXÍVEL+COLOCAÇÃO DE DUPLO J BILATERAL - ANESTESIOLOGIA	Unidad	15	R\$ 120,00	R\$ 1.800,00
6	90.10.01.014 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RIGIDA/SEMI-RIGIDA+COLOCAÇÃO DE DUPLO J BILATERAL - ANESTESIOLOGIA	Unidad	15	R\$ 120,00	R\$ 1.800,00
7	90.10.01.013 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RIGIDA/SEMI-RIGIDA+COLOCAÇÃO DE DUPLO J UNILATERAL - ANESTESIOLOGIA	Unidad	15	R\$ 120,00	R\$ 1.800,00
8	90.04.01.228 - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA PARA CIRURGIA DE COLUNA	Unidad	100	R\$ 120,00	R\$ 12.000,00
9	90.04.01.227 - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA PARA CIRURGIA DE JOELHO	Unidad	100	R\$ 120,00	R\$ 12.000,00
10	90.04.01.226 - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA PARA CIRURGIA DE VARIZES	Unidad	100	R\$ 120,00	R\$ 12.000,00
11	90.04.01.105 SEDAÇÃO PARA EXAME DE IMAGEM	Unidad	50	R\$ 360,00	R\$ 18.000,00

FORNECEDOR: PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA - CNPJ: 28.157.011/0001-07

Valor Total do Fornecedor: 155.947,65 (cento e cinquenta e cinco mil, novecentos e quarenta e sete reais e sessenta e cinco centavos).

LOTE 4 RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Valor Total do Lote: 155.947,65 (cento e cinquenta e cinco mil, novecentos e quarenta e sete reais e sessenta e cinco centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
------	-----------	---------	--------	-------------	-------------



CIS-COMCAM

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

1	02.07.01.002 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50
2	02.07.03.001 RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50
3	02.07.03.002 RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR (CLINICA)	Unidad	25	R\$ 268,75	R\$ 6.718,75
4	02.07.01.003 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL (CLINICA)	Unidad	25	R\$ 268,75	R\$ 6.718,75
5	02.07.01.004 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO- SACRA (CLINICA)	Unidad	55	R\$ 268,75	R\$ 14.781,25
6	02.07.01.005 - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	Unidad	10	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50
7	02.07.01.006 RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO (CLINICA)	Unidad	50	R\$ 268,75	R\$ 13.437,50
8	02.07.02.001 RESSONANCIA MARGETICA DE CORACAO/AORTA C/CINE (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 361,25	R\$ 3.612,50
9	02.07.03.003 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) (CLINICA)	Unidad	70	R\$ 268,75	R\$ 18.812,50
10	02.07.02.002 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) (CLINICA)	Unidad	30	R\$ 268,75	R\$ 8.062,50
11	02.07.01.007 RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50
12	02.07.02.003 RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50
13	02.07.03.004 RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50
14	02.06.03.001 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 138,63	R\$ 13.863,00



CIS-COMCAM

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

15	90.04.01.010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 168,63	R\$ 1.686,30
16	02.06.03.002 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 86,75	R\$ 867,50
17	02.06.02.001 TOMOGRAFIA COMPUTADORIAZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 86,75	R\$ 867,50
18	02.06.01.001 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE (CLINICA)	Unidad	15	R\$ 86,75	R\$ 1.301,25
19	02.06.01.002 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRATSTE (CLINICA)	Unidad	40	R\$ 101,10	R\$ 4.044,00
20	02.06.01.003 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 86,75	R\$ 867,50
21	02.06.01.004 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/SEIOS DA FACE/ART TEMPORO - MANDIBULAR (CLINICA)	Unidad	20	R\$ 86,75	R\$ 1.735,00
22	02.06.03.003 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 138,63	R\$ 13.863,00
23	02.06.02.002 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRACO, MAO..) (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 86,75	R\$ 867,50
24	02.06.01.006 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURSICA (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 97,44	R\$ 974,40
25	02.06.02.003 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 136,41	R\$ 13.641,00
26	02.06.01.007 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (CLINICA)	Unidad	130	R\$ 97,44	R\$ 12.667,20



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

27	02.06.01.005 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO (CLINICA)	Unidade	5	R\$ 86,75	R\$ 433,75
----	--	---------	---	-----------	------------

FORNECEDOR: SANTO CRISTO SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 52.081.219/0001-66
Valor Total do Fornecedor: 198.720,00 (cento e noventa e oito mil, setecentos e vinte reais).

LOTE 7

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\$ 1.504.621,45 (um milhão, quinhentos e quatro mil, seiscentos e vinte e um reais e quarenta e cinco centavos)

Valor Total Homologado- R\$ 1.504.621,45

Campo Mourão, 07 de agosto 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

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| 08 ago 2024
13:55:06 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br) |
| 08 ago 2024
13:56:35 |  | Ivani Fiore Dal Molin (Email: vani_fiore@hotmail.com, CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |
| 08 ago 2024
13:56:35 |  | Ivani Fiore Dal Molin (Email: vani_fiore@hotmail.com, CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |





CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - COMCAM

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 : 95/2024
b) Licitação Nº : 37/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : 07/08/2024
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de cirurgia vascular, fonoaudiologia, fisioterapia, radiologia e diagnóstico por imagem, anestesiista, laboratório de patologia e plantão 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: BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA - CNPJ: 26.581.437/0001-50

Valor Total do Fornecedor: 394.480,00 (trezentos e noventa e quatro mil, quatrocentos e oitenta reais).

LOTE 1 CIRURGIA VASCULAR

Valor Total do Lote: 394.480,00 (trezentos e noventa e quatro mil, quatrocentos e oitenta reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - (VAZIO ASSISTENCIAL)	Unidad	400	R\$ 70,00	R\$ 28.000,00
2	03.09.07.001-5 TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS (UNILATERAL)	Unidad	200	R\$ 500,00	R\$ 100.000,00
3	04.01.01.001 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO - CLÍNICA	Unidad	200	R\$ 32,40	R\$ 6.480,00
4	02.05.01.004 - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	Unidad	2.000	R\$ 130,00	R\$ 260.000,00

FORNECEDOR: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA LUIZA PAZIAN LTDA - CNPJ: 55.537.033/0001-67

Valor Total do Fornecedor: 90.260,80 (noventa mil, duzentos e sessenta reais e oitenta centavos).

LOTE 2 FONOAUDIOLOGIA

Valor Total do Lote: 90.260,80 (noventa mil, duzentos e sessenta reais e oitenta centavos).

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.08.08 11:29:57 -03'00'

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.



CIS-COMCAM

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

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.04.01.028 CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA (CLINICA)	Unidad	200	R\$ 35,00	R\$ 7.000,00
2	02.11.07.004 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	Unidad	200	R\$ 28,80	R\$ 5.760,00
3	90.04.01.073 AUDIOMETRIA VOCAL (CLINICA)	Unidad	20	R\$ 25,04	R\$ 500,80
4	07.01.03.005 APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C	Unidad	70	R\$ 1.100,00	R\$ 77.000,00

FORNECEDOR: LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS IBIPORA LTDA - CNPJ: 78.458.387/0001-11
Valor Total do Fornecedor: 126.866,00 (cento e vinte e seis mil, oitocentos e sessenta e seis reais).

LOTE 5 LABORATÓRIO DE PATOLOGIA

Valor Total do Lote: 126.866,00 (cento e vinte e seis mil, oitocentos e sessenta e seis reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.04.01.043 ANALISE DE MATERIAL (ANATOMO PATOLÓGICO) (CLINICA)	Unidad	5.000	R\$ 23,87	R\$ 119.350,00
2	02.03.01.008 EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA- RASTREAMENTO (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 10,10	R\$ 1.010,00
3	90.04.01.072 EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 10,10	R\$ 1.010,00
4	02.03.01.001 EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA (CLINICA)	Unidad	300	R\$ 9,00	R\$ 2.700,00
5	90.04.01.223 EXAME CITOPATOLOGICO PARA RASTREAMENTO DE CANCER DO COLO UTERINO	Unidad	100	R\$ 10,10	R\$ 1.010,00
6	90.04.01.050 RETIRADA DE MATERIAL PARA ANATOMO-PATOLOGICO - CLÍNICA	Unidad	100	R\$ 17,86	R\$ 1.786,00

FORNECEDOR: MARQUES & SALLES LTDA - CNPJ: 07.423.776/0001-63
Valor Total do Fornecedor: 411.750,00 (quatrocentos e onze mil, setecentos e cinquenta reais).

LOTE 3 FISIOTERAPIA

Valor Total do Lote: 411.750,00 (quatrocentos e onze mil, setecentos e cinquenta reais).

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.08.08 11:30:14 -03'00'



CIS-COMCAM

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

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.02.02.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	Unidad	15	R\$ 18,00	R\$ 270,00
2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	Unidad	15	R\$ 18,00	R\$ 270,00
3	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	Unidad	15	R\$ 18,00	R\$ 270,00
4	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	Unidad	15	R\$ 18,00	R\$ 270,00
5	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	Unidad	15	R\$ 18,00	R\$ 270,00
6	03.02.04.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	Unidad	20	R\$ 18,00	R\$ 360,00
7	03.02.04.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	15	R\$ 18,00	R\$ 270,00
8	03.02.04.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE SEM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	15	R\$ 18,00	R\$ 270,00
9	03.02.07.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
10	03.02.01.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
11	03.02.02.003-9 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
12	03.02.01.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.08.08 11:30:26 -03'00'



CIS-COMCAM

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

13	03.02.06.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
14	03.02.02.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO LÍNICO	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
15	03.02.04.004 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CRURGIA CARDIOVASCULAR	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
16	03.02.01.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DIFUÇÕES UROGINECOLÓGICAS	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
17	03.02.03.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
18	03.02.06.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
19	03.02.03.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
20	03.02.04.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
21	03.02.06.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
22	03.02.05.001- ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	Unidad	12.000	R\$ 18,00	R\$ 216.000,00

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.08.08 11:30:38 -03'00'



CIS-COMCAM

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

23	03.02.05.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	30	R\$ 18,00	R\$ 540,00
24	03.02.05.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	Unidad	200	R\$ 18,00	R\$ 3.600,00
25	03.02.06.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
26	03.02.04.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
27	90.04.01.007 - ATENDIMENTO FISIOTERAPICO POR SESSÃO	Unidad	20	R\$ 18,00	R\$ 360,00
28	03.01.01.004 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	Unidad	10	R\$ 30,00	R\$ 300,00
29	90.04.01.080 - CONSULTA EM FISIOTERAPIA	Unidad	800	R\$ 30,00	R\$ 24.000,00
30	03.09.05.003 - SESSÃO DE ELETROESTOESTIMULAÇÃO	Unidad	9.000	R\$ 18,00	R\$ 162.000,00

FORNECEDOR: P.H. COLCHON SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - CNPJ: 14.834.134/0001-12

Valor Total do Fornecedor: 126.597,00 (cento e vinte e seis mil, quinhentos e noventa e sete reais).

LOTE 6 ANESTESISTA

Valor Total do Lote: 126.597,00 (cento e vinte e seis mil, quinhentos e noventa e sete reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLÍNICA)	Unidad	1.100	R\$ 57,27	R\$ 62.997,00
2	90.10.01.020 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE OMBRO-MANGUITO ROTADOR - ANESTESIOLOGIA	Unidad	15	R\$ 120,00	R\$ 1.800,00
3	90.10.01.017 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE POSTECTOMIA (FIMOSE) - ANESTESIOLOGIA	Unidad	10	R\$ 120,00	R\$ 1.200,00

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:0493341595

1

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.08.08 11:30:50 -03'00'



CIS-COMCAM

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

4	90.10.01.018 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE RTU DE PRÓSTATA - ANESTESIOLOGIA	Unidad	10	R\$ 120,00	R\$ 1.200,00
5	90.10.01.016 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RIGIDA/FLEXÍVEL+COLOCAÇÃO DE DUPLO J BILATERAL - ANESTESIOLOGIA	Unidad	15	R\$ 120,00	R\$ 1.800,00
6	90.10.01.014 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RIGIDA/SEMI-RIGIDA+COLOCAÇÃO DE DUPLO J BILATERAL - ANESTESIOLOGIA	Unidad	15	R\$ 120,00	R\$ 1.800,00
7	90.10.01.013 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RIGIDA/SEMI-RIGIDA+COLOCAÇÃO DE DUPLO J UNILATERAL - ANESTESIOLOGIA	Unidad	15	R\$ 120,00	R\$ 1.800,00
8	90.04.01.228 - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA PARA CIRURGIA DE COLUNA	Unidad	100	R\$ 120,00	R\$ 12.000,00
9	90.04.01.227 - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA PARA CIRURGIA DE JOELHO	Unidad	100	R\$ 120,00	R\$ 12.000,00
10	90.04.01.226 - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA PARA CIRURGIA DE VARIZES	Unidad	100	R\$ 120,00	R\$ 12.000,00
11	90.04.01.105 SEDAÇÃO PARA EXAME DE IMAGEM	Unidad	50	R\$ 360,00	R\$ 18.000,00

FORNECEDOR: PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA - CNPJ: 28.157.011/0001-07

Valor Total do Fornecedor: 155.947,65 (cento e cinquenta e cinco mil, novecentos e quarenta e sete reais e sessenta e cinco centavos).

LOTE 4 RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Valor Total do Lote: 155.947,65 (cento e cinquenta e cinco mil, novecentos e quarenta e sete reais e sessenta e cinco centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
------	-----------	---------	--------	-------------	-------------

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.08.08 11:31:03 -03'00'



CIS-COMCAM

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

1	02.07.01.002 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50
2	02.07.03.001 RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50
3	02.07.03.002 RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR (CLINICA)	Unidad	25	R\$ 268,75	R\$ 6.718,75
4	02.07.01.003 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL (CLINICA)	Unidad	25	R\$ 268,75	R\$ 6.718,75
5	02.07.01.004 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO- SACRA (CLINICA)	Unidad	55	R\$ 268,75	R\$ 14.781,25
6	02.07.01.005 - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	Unidad	10	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50
7	02.07.01.006 RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO (CLINICA)	Unidad	50	R\$ 268,75	R\$ 13.437,50
8	02.07.02.001 RESSONANCIA MARGETICA DE CORACAO/AORTA C/CINE (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 361,25	R\$ 3.612,50
9	02.07.03.003 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) (CLINICA)	Unidad	70	R\$ 268,75	R\$ 18.812,50
10	02.07.02.002 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) (CLINICA)	Unidad	30	R\$ 268,75	R\$ 8.062,50
11	02.07.01.007 RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50
12	02.07.02.003 RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50
13	02.07.03.004 RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50
14	02.06.03.001 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 138,63	R\$ 13.863,00

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.08.08 11:31:16 -03'00'



CIS-COMCAM

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

15	90.04.01.010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 168,63	R\$ 1.686,30
16	02.06.03.002 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 86,75	R\$ 867,50
17	02.06.02.001 TOMOGRAFIA COMPUTADORIAZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 86,75	R\$ 867,50
18	02.06.01.001 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE (CLINICA)	Unidad	15	R\$ 86,75	R\$ 1.301,25
19	02.06.01.002 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRATSTE (CLINICA)	Unidad	40	R\$ 101,10	R\$ 4.044,00
20	02.06.01.003 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 86,75	R\$ 867,50
21	02.06.01.004 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/SEIOS DA FACE/ART TEMPORO - MANDIBULAR (CLINICA)	Unidad	20	R\$ 86,75	R\$ 1.735,00
22	02.06.03.003 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 138,63	R\$ 13.863,00
23	02.06.02.002 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRACO, MAO..) (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 86,75	R\$ 867,50
24	02.06.01.006 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURSICA (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 97,44	R\$ 974,40
25	02.06.02.003 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 136,41	R\$ 13.641,00
26	02.06.01.007 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (CLINICA)	Unidad	130	R\$ 97,44	R\$ 12.667,20

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.08.08 11:31:36 -03'00'



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

27	02.06.01.005 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO (CLINICA)	Unidad	5	R\$ 86,75	R\$ 433,75
----	--	--------	---	-----------	------------

FORNECEDOR: SANTO CRISTO SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 52.081.219/0001-66
Valor Total do Fornecedor: 198.720,00 (cento e noventa e oito mil, setecentos e vinte reais).

LOTE 7

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\$ 1.504.621,45 (um milhão, quinhentos e quatro mil, seiscentos e vinte e um reais e quarenta e cinco centavos)

Valor Total Homologado- R\$ 1.504.621,45

Campo Mourão, 07 de agosto de 2024.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por RAFAEL
BRITO DO PRADO:04933415951
Dados: 2024.08.08 11:31:48 -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 : 95/2024
b) Licitação Nº : 37/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : 07/08/2024
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de cirurgia vascular, fonoaudiologia, fisioterapia, radiologia e diagnóstico por imagem, anestesia, laboratório de patologia e plantão 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: BELENTANI CLINICA MEDICA LTDA - CNPJ: 26.581.437/0001-50

Valor Total do Fornecedor: 394.480,00 (trezentos e noventa e quatro mil, quatrocentos e oitenta reais).

LOTE 1 CIRURGIA VASCULAR

Valor Total do Lote: 394.480,00 (trezentos e noventa e quatro mil, quatrocentos e oitenta reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - (VAZIO ASSISTENCIAL)	Unidad	400	R\$ 70,00	R\$ 28.000,00
2	03.09.07.001-5 TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS (UNILATERAL)	Unidad	200	R\$ 500,00	R\$ 100.000,00
3	04.01.01.001 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO - CLÍNICA	Unidad	200	R\$ 32,40	R\$ 6.480,00
4	02.05.01.004 - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	Unidad	2.000	R\$ 130,00	R\$ 260.000,00

FORNECEDOR: CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA LUIZA PAZIAN LTDA - CNPJ: 55.537.033/0001-67

Valor Total do Fornecedor: 90.260,80 (noventa mil, duzentos e sessenta reais e oitenta centavos).

LOTE 2 FONOAUDIOLOGIA

Valor Total do Lote: 90.260,80 (noventa mil, duzentos e sessenta reais e oitenta centavos).

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**

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.04.01.028 CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA (CLINICA)	Unidad	200	R\$ 35,00	R\$ 7.000,00
2	02.11.07.004 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	Unidad	200	R\$ 28,80	R\$ 5.760,00
3	90.04.01.073 AUDIOMETRIA VOCAL (CLINICA)	Unidad	20	R\$ 25,04	R\$ 500,80
4	07.01.03.005 APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C	Unidad	70	R\$ 1.100,00	R\$ 77.000,00

FORNECEDOR: LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS IBIPORA LTDA - CNPJ: 78.458.387/0001-11
Valor Total do Fornecedor: 126.866,00 (cento e vinte e seis mil, oitocentos e sessenta e seis reais).

LOTE 5 LABORATÓRIO DE PATOLOGIA

Valor Total do Lote: 126.866,00 (cento e vinte e seis mil, oitocentos e sessenta e seis reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.04.01.043 ANALISE DE MATERIAL (ANATOMO PATOLÓGICO) (CLINICA)	Unidad	5.000	R\$ 23,87	R\$ 119.350,00
2	02.03.01.008 EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA- RASTREAMENTO (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 10,10	R\$ 1.010,00
3	90.04.01.072 EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 10,10	R\$ 1.010,00
4	02.03.01.001 EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO- VAGINAL/MICROFLORA (CLINICA)	Unidad	300	R\$ 9,00	R\$ 2.700,00
5	90.04.01.223 EXAME CITOPATOLOGICO PARA RASTREAMENTO DE CANCER DO COLO UTERINO	Unidad	100	R\$ 10,10	R\$ 1.010,00
6	90.04.01.050 RETIRADA DE MATERIAL PARA ANATOMO- PATOLOGICO - CLÍNICA	Unidad	100	R\$ 17,86	R\$ 1.786,00

FORNECEDOR: MARQUES & SALLES LTDA - CNPJ: 07.423.776/0001-63

Valor Total do Fornecedor: 411.750,00 (quatrocentos e onze mil, setecentos e cinquenta reais).

LOTE 3 FISIOTERAPIA

Valor Total do Lote: 411.750,00 (quatrocentos e onze mil, setecentos e cinquenta reais).

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**

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.02.02.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	Unidad	15	R\$ 18,00	R\$ 270,00
2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	Unidad	15	R\$ 18,00	R\$ 270,00
3	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	Unidad	15	R\$ 18,00	R\$ 270,00
4	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	Unidad	15	R\$ 18,00	R\$ 270,00
5	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	Unidad	15	R\$ 18,00	R\$ 270,00
6	03.02.04.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	Unidad	20	R\$ 18,00	R\$ 360,00
7	03.02.04.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	15	R\$ 18,00	R\$ 270,00
8	03.02.04.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE SEM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	15	R\$ 18,00	R\$ 270,00
9	03.02.07.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
10	03.02.01.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
11	03.02.02.003-9 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
12	03.02.01.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.



CIS-COMCAM

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

13	03.02.06.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
14	03.02.02.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO LÍNICO	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
15	03.02.04.004 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CRURGIA CARDIOVASCULAR	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
16	03.02.01.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DIFUSÕES UROGINECOLÓGICAS	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
17	03.02.03.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
18	03.02.06.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
19	03.02.03.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
20	03.02.04.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
21	03.02.06.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
22	03.02.05.001- ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	Unidad	12.000	R\$ 18,00	R\$ 216.000,00

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.



CIS-COMCAM

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

23	03.02.05.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	30	R\$ 18,00	R\$ 540,00
24	03.02.05.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	Unidad	200	R\$ 18,00	R\$ 3.600,00
25	03.02.06.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
26	03.02.04.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	Unidad	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00
27	90.04.01.007 - ATENDIMENTO FISIOTERAPIA POR SESSÃO	Unidad	20	R\$ 18,00	R\$ 360,00
28	03.01.01.004 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	Unidad	10	R\$ 30,00	R\$ 300,00
29	90.04.01.080 - CONSULTA EM FISIOTERAPIA	Unidad	800	R\$ 30,00	R\$ 24.000,00
30	03.09.05.003 - SESSÃO DE ELETROESTIMULAÇÃO	Unidad	9.000	R\$ 18,00	R\$ 162.000,00

FORNECEDOR: P.H. COLCHON SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - CNPJ: 14.834.134/0001-12
Valor Total do Fornecedor: 126.597,00 (cento e vinte e seis mil, quinhentos e noventa e sete reais).

LOTE 6 ANESTESISTA

Valor Total do Lote: 126.597,00 (cento e vinte e seis mil, quinhentos e noventa e sete reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLÍNICA)	Unidad	1.100	R\$ 57,27	R\$ 62.997,00
2	90.10.01.020 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE OMBRO-MANGUITO ROTADOR - ANESTESIOLOGIA	Unidad	15	R\$ 120,00	R\$ 1.800,00
3	90.10.01.017 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE POSTECTOMIA (FIMOSE) - ANESTESIOLOGIA	Unidad	10	R\$ 120,00	R\$ 1.200,00

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.



CIS-COMCAM

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

4	90.10.01.018 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE RTU DE PRÓSTATA - ANESTESIOLOGIA	Unidad	10	R\$ 120,00	R\$ 1.200,00
5	90.10.01.016 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RIGIDA/FLEXÍVEL+COLOCAÇÃO DE DUPLO J BILATERAL - ANESTESIOLOGIA	Unidad	15	R\$ 120,00	R\$ 1.800,00
6	90.10.01.014 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RIGIDA/SEMI-RIGIDA+COLOCAÇÃO DE DUPLO J BILATERAL - ANESTESIOLOGIA	Unidad	15	R\$ 120,00	R\$ 1.800,00
7	90.10.01.013 INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RIGIDA/SEMI-RIGIDA+COLOCAÇÃO DE DUPLO J UNILATERAL - ANESTESIOLOGIA	Unidad	15	R\$ 120,00	R\$ 1.800,00
8	90.04.01.228 - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA PARA CIRURGIA DE COLUNA	Unidad	100	R\$ 120,00	R\$ 12.000,00
9	90.04.01.227 - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA PARA CIRURGIA DE JOELHO	Unidad	100	R\$ 120,00	R\$ 12.000,00
10	90.04.01.226 - SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA PARA CIRURGIA DE VARIZES	Unidad	100	R\$ 120,00	R\$ 12.000,00
11	90.04.01.105 SEDAÇÃO PARA EXAME DE IMAGEM	Unidad	50	R\$ 360,00	R\$ 18.000,00

FORNECEDOR: PFEIFER DE ALMEIDA E CIA LTDA - CNPJ: 28.157.011/0001-07

Valor Total do Fornecedor: 155.947,65 (cento e cinquenta e cinco mil, novecentos e quarenta e sete reais e sessenta e cinco centavos).

LOTE 4 RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Valor Total do Lote: 155.947,65 (cento e cinquenta e cinco mil, novecentos e quarenta e sete reais e sessenta e cinco centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
------	-----------	---------	--------	-------------	-------------

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**

1	02.07.01.002 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50
2	02.07.03.001 RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50
3	02.07.03.002 RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR (CLINICA)	Unidad	25	R\$ 268,75	R\$ 6.718,75
4	02.07.01.003 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL (CLINICA)	Unidad	25	R\$ 268,75	R\$ 6.718,75
5	02.07.01.004 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO- SACRA (CLINICA)	Unidad	55	R\$ 268,75	R\$ 14.781,25
6	02.07.01.005 - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	Unidad	10	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50
7	02.07.01.006 RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO (CLINICA)	Unidad	50	R\$ 268,75	R\$ 13.437,50
8	02.07.02.001 RESSONANCIA MARGETICA DE CORACAO/AORTA C/CINE (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 361,25	R\$ 3.612,50
9	02.07.03.003 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) (CLINICA)	Unidad	70	R\$ 268,75	R\$ 18.812,50
10	02.07.02.002 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) (CLINICA)	Unidad	30	R\$ 268,75	R\$ 8.062,50
11	02.07.01.007 RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50
12	02.07.02.003 RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50
13	02.07.03.004 RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 268,75	R\$ 2.687,50
14	02.06.03.001 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 138,63	R\$ 13.863,00

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.



CIS-COMCAM

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

15	90.04.01.010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 168,63	R\$ 1.686,30
16	02.06.03.002 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 86,75	R\$ 867,50
17	02.06.02.001 TOMOGRAFIA COMPUTADORIAZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 86,75	R\$ 867,50
18	02.06.01.001 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE (CLINICA)	Unidad	15	R\$ 86,75	R\$ 1.301,25
19	02.06.01.002 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRATSTE (CLINICA)	Unidad	40	R\$ 101,10	R\$ 4.044,00
20	02.06.01.003 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 86,75	R\$ 867,50
21	02.06.01.004 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/SEIOS DA FACE/ART TEMPORO - MANDIBULAR (CLINICA)	Unidad	20	R\$ 86,75	R\$ 1.735,00
22	02.06.03.003 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 138,63	R\$ 13.863,00
23	02.06.02.002 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRACO, MAO..) (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 86,75	R\$ 867,50
24	02.06.01.006 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURSICA (CLINICA)	Unidad	10	R\$ 97,44	R\$ 974,40
25	02.06.02.003 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 136,41	R\$ 13.641,00
26	02.06.01.007 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (CLINICA)	Unidad	130	R\$ 97,44	R\$ 12.667,20

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**

27	02.06.01.005 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO (CLINICA)	Unidad	5	R\$ 86,75	R\$ 433,75
----	--	--------	---	-----------	------------

FORNECEDOR: SANTO CRISTO SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 52.081.219/0001-66
Valor Total do Fornecedor: 198.720,00 (cento e noventa e oito mil, setecentos e vinte reais).

LOTE 7

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	Serviç	1.728	R\$ 115,00	R\$ 198.720,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 1.504.621,45 (um milhão, quinhentos e quatro mil, seiscentos e vinte e um reais e quarenta e cinco centavos)

Valor Total Homologado- R\$ 1.504.621,45

Campo Mourão, 07 de agosto 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 |

