



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: 139/2024

ASSUNTO: CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO E PSICOLOGIA

MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE

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

CAMPO MOURÃO/PR, 09 DE DEZEMBO DE 2024

NOME: JARDEL ALEXANDRE LISBOA

ASSINTURA: _____

Página de assinaturas



Jardel Lisboa
733.780.031-20
Signatário

HISTÓRICO

- 09 dez 2024**
14:42:07  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30)
- 09 dez 2024**
14:51:46  **Jardel Alexandre Lisboa** (Email: jardellis@gmail.com, CPF: 733.780.031-20) visualizou este documento por meio do IP 138.186.111.105 localizado em Maringá - Paraná - Brazil
- 09 dez 2024**
14:51:46  **Jardel Alexandre Lisboa** (Email: jardellis@gmail.com, CPF: 733.780.031-20) assinou este documento por meio do IP 138.186.111.105 localizado em Maringá - Paraná - Brazil





PEDIDO DE COMPRA DE PRODUTOS/SERVIÇO

Ao
Setor de Compras/Licitações/Contratos
Ivani Fiore Dal Molin

Campo Mourão, 09 de dezembro 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 serviços de plantão médico e psicologia

Justificativa: Tendo em vista a necessidade de manter os serviços de atendimento médico nas especialidades disponíveis na tabela de valores do Ciscam 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 A

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

- 09 dez 2024**
14:43:15  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30)
- 09 dez 2024**
15:26:18  **Adriano Roque Avila** (Email: adrianoqueavila@gmail.com, CPF: 058.375.919-07) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil
- 09 dez 2024**
15:26:18  **Adriano Roque Avila** (Email: adrianoqueavila@gmail.com, CPF: 058.375.919-07) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil





SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

Excelentíssimo Sr. Presidente e
Sr. Coordenador

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

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de serviços de plantão médico e psicologia pelo Ciscomcam

Processo Administrativo nº 139

Modalidade: Inexigibilidade

Prazo de Entrega: 365

Local de Entrega: CISCOMCAM

Dotação Orçamentária:

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

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

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

Campo Mourão, 09 de dezembro 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

- 09 dez 2024**
14:44:17  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30)
- 10 dez 2024**
11:26:09  **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
- 10 dez 2024**
11:26:09  **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





PARECER CONTÁBIL

Processo Administrativo nº 139

Data do Processo Administrativo: 09/12/2024

Modalidade: Inexigibilidade

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de serviços de plantão médico e psicologia pelo Ciscomcam

Dotação Orçamentária:

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

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

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

Campo Mourão, 09 de dezembro de 2024

Alexandro Sebastião dos Santos
Contador

Página de assinaturas



Alexandro Santos
019.886.109-58
Signatário

HISTÓRICO

- 10 dez 2024**
11:39:42  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@cisco.com.br, CPF: 517.896.809-30)
- 12 dez 2024**
10:24:50  **Alexandro Sebastião Dos Santos** (Email: alexandro_s_s@hotmail.com, CPF: 019.886.109-58) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil
- 12 dez 2024**
10:24:50  **Alexandro Sebastião Dos Santos** (Email: alexandro_s_s@hotmail.com, CPF: 019.886.109-58) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil





AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de serviços de plantão médico e psicologia pelo Ciscamcam

Processo Administrativo nº 139

Modalidade: Inexigibilidade

Prazo de Entrega: 365

Local de Entrega: CISCOMCAM

Item	Descrição do Produto / Serviço	Qtd.	QUANT. MESES	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Natureza da Despesa	Desdobramento da Despesa
PSICOLOGIA							
6218	90.04.01.151-0 - TERAPIA ABA (2 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	10	12	R\$ 400,00	R\$ 4.000,00	3.390.39.00.	50.30
6219	90.04.01.152-0 - TERAPIA ABA (3 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	8	12	R\$ 600,00	R\$ 4.800,00	3.390.39.00.	50.30
6220	90.04.01.153-0 - TERAPIA ABA (4 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	6	12	R\$ 800,00	R\$ 4.800,00	3.390.39.00.	50.30
6221	90.04.01.154-0 - TERAPIA ABA (5 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	4	12	R\$ 1.000,00	R\$ 4.000,00	3.390.39.00.	50.30
5947	90.04.01.134 NÍVEL 1 - PACOTE 10 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO COM PSICOPEDAGOGA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE (PSICOLOGIA)	12	12	R\$ 440,00	R\$ 5.280,00	3.390.39.00.	50.30
5945	90.04.01.132 NÍVEL 1 - PACOTE 8 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA (PSICOLOGIA)	6	12	R\$ 640,00	R\$ 3.840,00	3.390.39.00.	50.30
5944	90.04.01.131 NÍVEL 1 - PACOTE 7 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE + 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA (PSICOLOGIA)	6	12	R\$ 600,00	R\$ 3.600,00	3.390.39.00.	50.30
5943	90.04.01.130 NÍVEL 1 - PACOTE 6 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO T.O + 1 SESSÃO PSICOPEDAGOGIA (PSICOLOGIA)	4	12	R\$ 760,00	R\$ 3.040,00	3.390.39.00.	50.30
5942	90.04.01.129 NÍVEL 1 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (2 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA) (PSICOLOGIA)	15	12	R\$ 600,00	R\$ 9.000,00	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

5941	90.04.01.128 NÍVEL 1 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (2 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA) (PSICOLOGIA)	6	12	R\$ 640,00	R\$ 3.840,00	3.390.39.00.	50.30
5940	90.04.01.127 NÍVEL 1 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	10	12	R\$ 880,00	R\$ 8.800,00	3.390.39.00.	50.30
5939	90.04.01.126 NÍVEL 1 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO) (PSICOLOGIA)	6	12	R\$ 840,00	R\$ 5.040,00	3.390.39.00.	50.30
5938	90.04.01.125 NÍVEL 1 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X NA SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	4	12	R\$ 1.120,00	R\$ 4.480,00	3.390.39.00.	50.30
5931	90.04.01.118 NÍVEL 2 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 3 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	2	12	R\$ 1.760,00	R\$ 3.520,00	3.390.39.00.	50.30
5937	90.04.01.124 NÍVEL 2 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA) (PSICOLOGIA)	2	12	R\$ 1.480,00	R\$ 2.960,00	3.390.39.00.	50.30
5935	90.04.01.122 NÍVEL 2 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA) (PSICOLOGIA)	4	12	R\$ 1.440,00	R\$ 5.760,00	3.390.39.00.	50.30
5934	90.04.01.121 NÍVEL 2 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE) (PSICOLOGIA)	4	12	R\$ 1.400,00	R\$ 5.600,00	3.390.39.00.	50.30
5933	90.04.01.120 NÍVEL 2 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO - 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	2	12	R\$ 1.520,00	R\$ 3.040,00	3.390.39.00.	50.30
5932	90.04.01.119 NÍVEL 2 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 3 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	2	12	R\$ 1.720,00	R\$ 3.440,00	3.390.39.00.	50.30
5929	90.04.01.116 NÍVEL 3 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 6 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	2	12	R\$ 2.440,00	R\$ 4.880,00	3.390.39.00.	50.30
5928	90.04.01.115 NÍVEL 3 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA+8 TERAPIAS COMPLEMENTARES ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	2	12	R\$ 2.840,00	R\$ 5.680,00	3.390.39.00.	50.30
5930	90.04.01.117 NÍVEL 3 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 4 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	2	12	R\$ 2.040,00	R\$ 4.080,00	3.390.39.00.	50.30
5948	90.04.01.135 NÍVEL 1 - PACOTE 11 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA + 1 SESSÃO COM PSICOPEDAGOGA (PSICOLOGIA)	10	12	R\$ 440,00	R\$ 4.400,00	3.390.39.00.	50.30
5928	90.04.01.115 NÍVEL 3 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA+8 TERAPIAS COMPLEMENTARES ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	2	12	R\$ 2.840,00	R\$ 5.680,00	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

SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO							
5381	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	6912	12	R\$ 115,00	R\$ 794.880,00	3.390.39.00.	50.30
TOTAL					R\$	908.440,00	

Campo Mourão, 09 de dezembro de 2024



Leandro Roque Avila
Coordenador do CISCOMCAM

Página de assinaturas



Leandro Avila

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE D...

Signatário

HISTÓRICO

- 09 dez 2024**
14:45:48  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30)
- 09 dez 2024**
15:21:27  **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
- 09 dez 2024**
15:21:27  **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 serviços de plantão médico e psicologia pelo Ciscomcam

Processo Administrativo nº 139

Modalidade: Inexigibilidade

Prazo de Entrega: 365

Local de Entrega: CISCOMCAM

Item	Descrição do Produto / Serviço	Qtd.	QUANT. MESES	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Natureza da Despesa	Desdobramento da Despesa
PSICOLOGIA							
6218	90.04.01.151-0 - TERAPIA ABA (2 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	10	12	R\$ 400,00	R\$ 4.000,00	3.390.39.00.	50.30
6219	90.04.01.152-0 - TERAPIA ABA (3 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	8	12	R\$ 600,00	R\$ 4.800,00	3.390.39.00.	50.30
6220	90.04.01.153-0 - TERAPIA ABA (4 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	6	12	R\$ 800,00	R\$ 4.800,00	3.390.39.00.	50.30
6221	90.04.01.154-0 - TERAPIA ABA (5 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	4	12	R\$ 1.000,00	R\$ 4.000,00	3.390.39.00.	50.30
5947	90.04.01.134 NÍVEL 1 - PACOTE 10 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO COM PSICOPEDAGOGA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE (PSICOLOGIA)	12	12	R\$ 440,00	R\$ 5.280,00	3.390.39.00.	50.30
5945	90.04.01.132 NÍVEL 1 - PACOTE 8 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA (PSICOLOGIA)	6	12	R\$ 640,00	R\$ 3.840,00	3.390.39.00.	50.30
5944	90.04.01.131 NÍVEL 1 - PACOTE 7 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE + 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA (PSICOLOGIA)	6	12	R\$ 600,00	R\$ 3.600,00	3.390.39.00.	50.30
5943	90.04.01.130 NÍVEL 1 - PACOTE 6 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO T.O + 1 SESSÃO PSICOPEDAGOGIA (PSICOLOGIA)	4	12	R\$ 760,00	R\$ 3.040,00	3.390.39.00.	50.30
5942	90.04.01.129 NÍVEL 1 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (2 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA) (PSICOLOGIA)	15	12	R\$ 600,00	R\$ 9.000,00	3.390.39.00.	50.30

RAFAEL BRITO DO PRADO:04933415951
Assinado de forma digital por RAFAEL BRITO DO PRADO:04933415951
Dados: 2024.12.09 16:07:21 -03'00'



CIS-COMCAM

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

5941	90.04.01.128 NÍVEL 1 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (2 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA) (PSICOLOGIA)	6	12	R\$ 640,00	R\$ 3.840,00	3.390.39.00.	50.30
5940	90.04.01.127 NÍVEL 1 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	10	12	R\$ 880,00	R\$ 8.800,00	3.390.39.00.	50.30
5939	90.04.01.126 NÍVEL 1 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO) (PSICOLOGIA)	6	12	R\$ 840,00	R\$ 5.040,00	3.390.39.00.	50.30
5938	90.04.01.125 NÍVEL 1 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X NA SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	4	12	R\$ 1.120,00	R\$ 4.480,00	3.390.39.00.	50.30
5931	90.04.01.118 NÍVEL 2 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 3 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	2	12	R\$ 1.760,00	R\$ 3.520,00	3.390.39.00.	50.30
5937	90.04.01.124 NÍVEL 2 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA) (PSICOLOGIA)	2	12	R\$ 1.480,00	R\$ 2.960,00	3.390.39.00.	50.30
5935	90.04.01.122 NÍVEL 2 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA) (PSICOLOGIA)	4	12	R\$ 1.440,00	R\$ 5.760,00	3.390.39.00.	50.30
5934	90.04.01.121 NÍVEL 2 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE) (PSICOLOGIA)	4	12	R\$ 1.400,00	R\$ 5.600,00	3.390.39.00.	50.30
5933	90.04.01.120 NÍVEL 2 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO - 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	2	12	R\$ 1.520,00	R\$ 3.040,00	3.390.39.00.	50.30
5932	90.04.01.119 NÍVEL 2 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 3 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	2	12	R\$ 1.720,00	R\$ 3.440,00	3.390.39.00.	50.30
5929	90.04.01.116 NÍVEL 3 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 6 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	2	12	R\$ 2.440,00	R\$ 4.880,00	3.390.39.00.	50.30
5928	90.04.01.115 NÍVEL 3 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA+8 TERAPIAS COMPLEMENTARES ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	2	12	R\$ 2.840,00	R\$ 5.680,00	3.390.39.00.	50.30
5930	90.04.01.117 NÍVEL 3 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 4 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	2	12	R\$ 2.040,00	R\$ 4.080,00	3.390.39.00.	50.30
5948	90.04.01.135 NÍVEL 1 - PACOTE 11 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA + 1 SESSÃO COM PSICOPEDAGOGA (PSICOLOGIA)	10	12	R\$ 440,00	R\$ 4.400,00	3.390.39.00.	50.30
5928	90.04.01.115 NÍVEL 3 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA+8 TERAPIAS COMPLEMENTARES ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	2	12	R\$ 2.840,00	R\$ 5.680,00	3.390.39.00.	50.30

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por RAFAEL
BRITO DO PRADO:04933415951
Dados: 2024.12.09 16:08:12 -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

SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO							
5381	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	6912	12	R\$ 115,00	R\$ 794.880,00	3.390.39.00.	50.30
TOTAL					R\$	908.440,00	

Campo Mourão, 09 de dezembro de 2024

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por RAFAEL
BRITO DO PRADO:04933415951
Dados: 2024.12.09 16:08:47 -03'00'

Rafael Brito do Prado
Presidente do CISCOMCAM

[Voltar](#)

Detalhes processo licitatório

Informações Gerais

Entidade Executora	CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE COMUNIDADE DOS MUNIC DA REGIÃO I		
Ano*	2024		
Nº licitação/dispensa/inexigibilidade*	59		
Modalidade*	Processo Inexigibilidade		
Número edital/processo*	139		
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 serviços de plantão médico e psicologia pelo Ciscomcam		
Dotação Orçamentária*	0101510302001520233390390000		
Preço máximo/Referência de preço - R\$*	908.440,00		
A entidade optou pelo sigilo do valor estimado do objeto da licitação			
Data Publicação Termo ratificação	09/10/2024		
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 Ciscamcam.

1. PREÂMBULO.

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

2. DO OBJETO.

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

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

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

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

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



CIS-COMCAM

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

endereço

eletrônico:

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

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

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

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

3. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO.

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

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

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

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

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

4. DA FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO.

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

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

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

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

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

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

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

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

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

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 compartilhá-la com quem preferir bem como qualquer pessoa poderá entregar a documentação para a empresa interessada (por meio físico), devendo se dirigir ao departamento de compras e licitações ao funcionário responsável pelo credenciamento, conforme item 4.7;

4.11Os 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.

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



CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2022

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

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

5. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

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

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

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

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

6. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

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

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

6.3 Registro comercial, no caso de empresa individual;

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

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



CIS-COMCAM

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

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



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

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

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

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

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

6.26 Documentos dos Profissionais.

6.26.1 Cópia do RG;

6.26.2 Cópia do CPF;

6.26.3 Cópia do cartão SUS;

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

6.26.5 Cópia da Carteira Profissional do respectivo conselho da classe;

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

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

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

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

6.26.10 Número do telefone celular e e-mail.

6.27 Documentos do responsável pelo faturamento:

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

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

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



CIS-COMCAM

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

6.27.1 Número do telefone celular e e-mail

6.27.2 Cópia do RG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. DO PROCEDIMENTO DO CREDENCIAMENTO

7.1 O credenciamento será amplamente divulgado, com sua publicação no Jornal Tribuna do Interior, no site do Ciscomcam (www.ciscomcam.com.br), 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



CIS-COMCAM

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

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



CIS-COMCAM

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

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

10. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



CIS-COMCAM

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

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

11. DO CRITÉRIO DE REAJUSTE

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

12. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14.3.1 - Advertência.

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

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

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

15. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

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

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15.11

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

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

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

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

16. DA DIVISÃO DOS ATENDIMENTOS.

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

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

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

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

www.ciscomcam.com.br / 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

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 Ciscamcam ficara por conta de cada Município.

16.4Os Municípios integrantes do Ciscamcam 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 Ciscamcam (www.ciscamcam.com.br), estará disponível também nas dependências do Ciscamcam com qualquer membro da comissão permanente de licitação.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



CIS-COMCAM

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

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

Campo Mourão, 01 de agosto de 2023

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

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

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

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



ANEXO I

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO
PESSOA JURÍDICA

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

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

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ nº:

Inscrição Estadual:

Micro Empresa: () Não () Sim

Optante Simples: () Não () Sim

Número do CNAE Nacional: **Descrição:**

Endereço:

Município: **UF:**

CEP:

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

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

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



CIS-COMCAM

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

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

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

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

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

ESPECIALIDADES

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

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA N° CNPJ

NOME REPRESENTANTE LEGAL

CPF REPRESENTANTE LEGAL

RG REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO III
MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE
FATO IMPEDITIVO

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

ANEXO IV

MODELO DE DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA Nº CNPJ

NOME REPRESENTANTE LEGAL

CPF REPRESENTANTE LEGAL

RG REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO V

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

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



ANEXO VI
LISTA DE DOCUMENTOS

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

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

RAZÃO SOCIAL: _____ CNPJ: _____
RESPONSÁVEL DO CNPJ: _____
RESPONSÁVEL _____ DO _____ DOCUMENTAÇÃO: _____
CONTATO: _____

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



CIS-COMCAM

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

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

DOCUMENTAÇÃO DO PROFISSIONAL

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



CIS-COMCAM

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

	pertinente, desde que, devidamente atualizada		
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



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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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

Página de assinaturas



Adriano Avila
058.375.919-07
Signatário



Ivani Molin
517.896.809-30
Signatário



Joana Silva
058.222.369-52
Signatário



Alexandro Santos
019.886.109-58
Signatário

HISTÓRICO

- 24 jul 2023** 15:09:06  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: compras@ciscomcam.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





CIS-COMCAM

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

ATESTADO DE REGULARIDADE

Considerando:

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

Ivani M

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

- 18 dez 2024** 11:55:38  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscocomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30)
- 18 dez 2024** 11:56:29  **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
- 18 dez 2024** 11:56:29  **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



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: DB MEDICAL LTDA

Nome Fantasia: *****

CNPJ nº: 57.926.125/0001-64

Inscrição Estadual: ISENTO

Micro Empresa: () Não (X) Sim

Optante Simples:() Não (X) Sim

Número do CNAE Nacional: 8630-5/03 Descrição: Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Endereço: R ROCHA POMBO 1602 APT 202 SALA 02

Município: CAMPO MOURAO UF: PR

CEP: 87303-220

Telefone Comercial: () Telefone Celular: (44) 99998-0324

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: SICOOB	CÓDIGO DO BANCO: 756	AGÊNCIA: 4340
TIPO DE CONTA: FÍSICA	OPERAÇÃO:	Nº DA CONTA: 376.385-4
CIDADE E UF DA AGENCIA: CAMPO MOURÃO – PR		

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF
DEBORA DE MELO BEHRENS	9.073.474-1 IIPR	100.116.139-47

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE
CLÍNICA GERAL		

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
DEBORA DE MELO BEHRENS	100.116.139-47	CRM-PR	57.701	(44) 99998-0324

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
DEBORA DE MELO BEHRENS	100.116.139-47	IIPR	debora.m.behrens@gmail.com	(44) 99998-0324

ESPECIALIDADES

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
DEBORA DE MELO BEHRENS	CLÍNICA GERAL

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

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

Campo Mourão – PR, 04 de Dezembro de 2024.

**DB MEDICAL
LTDA:
57926125000164**

Assinado digitalmente por DB MEDICAL LTDA:
57926125000164
DN: C=BR, S=PR, L=CAMPO MOURAO, O=ICP-Brasil,
OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB,
OU=RFB e-CNPJ A1, OU=AR SENHA DIGITAL,
OU=Presencial, OU=19520630000115, CN=DB MEDICAL
LTDA:57926125000164
Razão: Eu estou aprovando este documento com minha
assinatura de vinculação legal
Localização: sua localização de assinatura aqui
Data: 2024.12.06 09:23:21 -03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 11.2.2

ASSINATURA
DB MEDICAL LTDA Nº CNPJ 57.926.125/0001-64
DEBORA DE MELO BEHRENS
CPF 100.116.139-47
RG 9.073.474-1

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 DB MEDICAL LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 57.926.125/0001-64, sediada na Rua Rocha Pombo, nº 1602, APT 202, Sala 02, Centro na cidade de Campo Mourão-PR, através representante legal, DEBORA DE MELO BEHRENS, CPF 100.116.139-47 e RG 9.073.474-1 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, 04 de dezembro de 2024.

**DB MEDICAL
LTDA:
57926125000164**

Assinado digitalmente por DB MEDICAL LTDA:
57926125000164
DN: C=BR, S=PR, L=CAMPO MOURAO, O=ICP-Brasil,
OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB,
OU=RFB e-CNPJ A1, OU=AR SENHA DIGITAL,
OU=Presencial, OU=19520630000115, CN=DB MEDICAL
LTDA:57926125000164
Razão: Eu estou aprovando este documento com minha
assinatura de vinculação legal
Localização: sua localização de assinatura aqui
Data: 2024.12.06 09:23:50-03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 11.2.2

ASSINATURA
DB MEDICAL LTDA N° CNPJ 57.926.125/0001-64
DEBORA DE MELO BEHRENS
CPF 100.116.139-47
RG 9.073.474-1

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

DB MEDICAL LTDA, estabelecida na R ROCHA POMBO 1602 APT 202 SALA 02, CENTRO, CAMPO MOURÃO-PR, inscrita no CNPJ sob nº 57.926.125/0001-64, neste ato representada pela sua Sócia Administradora DEBORA DE MELO BEHRENS, CPF 100.116.139-47, 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, 04 de dezembro de 2024.

DB MEDICAL
LTDA:
57926125000164

Assinado digitalmente por DB MEDICAL LTDA:57926125000164
DN: C=BR, S=PR, L=CAMPO MOURAO, O=ICP-Brasil,
OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB
e-CNPJ A1, OU=AR SENHA DIGITAL, OU=Presencial,
OU=19520630000115, CN=DB MEDICAL LTDA:
57926125000164
Razão: Eu estou aprovando este documento com minha
assinatura de vinculação legal
Localização: sua localização de assinatura aqui
Data: 2024.12.06 09:24:07-03'00"
Foxit PDF Reader Versão: 11.2.2

ASSINATURA
DB MEDICAL LTDA N° CNPJ 57.926.125/0001-64
DEBORA DE MELO BEHRENS
CPF 100.116.139-47
RG 9.073.474-1

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, DEBORA DE MELO BEHRENS, carteira de identidade nº 9.073.474-1 expedida pela IIPR, inscrito no CPF sob nº 100.116.139-47, Representante legal da DB MEDICAL LTDA inscrita no CNPJ sob o nº 57.926.125/0001-64, 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, 04 de dezembro de 2024.

DB MEDICAL
LTDA:
57926125000164

Assinado digitalmente por DB MEDICAL LTDA:
57926125000164
DN: C=BR, S=PR, L=CAMPO MOURAO, O=ICP-Brasil,
OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB,
OU=RFB e-CNPJ A1, OU=AR SENHA DIGITAL,
OU=Presencial, OU=19520630000115, CN=DB MEDICAL
LTDA:57926125000164
Razão: Eu estou aprovando este documento com minha
assinatura de vinculação legal
Localização: sua localização de assinatura aqui
Data: 2024.12.06 09:22:59-03'00"
Foxit PDF Reader Versão: 11.2.2

ASSINATURA
DB MEDICAL LTDA N° CNPJ 57.926.125/0001-64
DEBORA DE MELO BEHRENS
CPF 100.116.139-47
RG 9.073.474-1

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 **DB MEDICAL 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, 04 de dezembro de 2024.

DB MEDICAL
LTDA:
5792612500016
4

Assinado digitalmente por DB MEDICAL LTDA:
57926125000164
DN: C=BR, S=PR, L=CAMPO MOURAO,
O=ICP-Brasil, OU=Secretaria da Receita Federal do
Brasil - RFB, OU=RFB e-CNPJ A1, OU=AR SENHA
DIGITAL, OU=Presencial, OU=19520630000115,
CN=DB MEDICAL LTDA:57926125000164
Razão: Eu estou aprovando este documento com
minha assinatura de vinculação legal
Localização: sua localização de assinatura aqui
Data: 2024.12.06 09:24:23-03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 11.2.2

ASSINATURA
DB MEDICAL LTDA N° CNPJ 57.926.125/0001-64
DEBORA DE MELO BEHRENS
CPF 100.116.139-47
RG 9.073.474-1

Consulta Quadro de Sócios e Administradores - QSA

CNPJ:

57.926.125/0001-64

NOME EMPRESARIAL:

DB MEDICAL LTDA

CAPITAL SOCIAL:

R\$15.000,00 (Quinze 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:

DEBORA DE MELO BEHRENS

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 03/12/2024 às 17:54 (data e hora de Brasília).



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 28296	NÚMERO DO ALVARÁ 511/2024
EXERCÍCIO 2024	DATA DE VALIDADE 31/12/2024

ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO

NOME / RAZÃO SOCIAL
25471 - DB MEDICAL LTDA

NOME FANTASIA / SOBRENOME

LOGRADOURO
RUA ROCHA POMBO

NÚMERO
1602

COMPLEMENTO
APT 202 SALA 02

CEP
87.303-220

BAIRRO
CENTRO

MUNICÍPIO
Campo Mourão

ESTADO
PR

CFP / CNPJ
57.926.125/0001-64

RG / INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA INÍCIO ATIVIDADE
31/10/2024

ATIVIDADE(S) PRINCIPAL(IS)

0082.1/13.00 Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

0086.1/01.02 Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

0086.3/05.01 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos

0086.3/05.02 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares

0086.3/05.03 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

RESTRIÇÃO COMPLEMENTAR

CONTADOR / CONTABILIDADE RESPONSÁVEL
RENOME CONTABILIDADE E PROCESSAMENTO DE DADOS LTDA

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

ALVARÁ SOMENTE COMO PONTO DE REFERÊNCIA.



Assinado digitalmente por:
MARIZA FORMENTINI BUENO
007.686.919-90
26/11/2024 08:38:06

CAMPO MOURÃO/PR, 26/11/2024

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.



C A R T Ã O N A C I O N A L D E S A Ú D E

SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

20004429413

00000

1

DEBORA DE MELLO BEHRENS

21/12/1997

CAMP0 MOURAO - PR

Valido em todo o territorio nacional.

Este cartão

é de uso pessoal.

Não o entregue

a outras pessoas.

Em caso de

perda ou roubo,

comunicar ao

Disque-Saúde.

Fone 0800 61 1997

(ligação gratuita)

00000

EL4PS440005

2M39H3B 0JEM 3Q AROB3Q

TOORVSPVPS

Todos têm
direito a um
atendimento
digno e respeitoso.

Inteligência  Camatel - 30460701

SECRETARIA ESTADUAL
E MUNICIPAL DE SAÚDE



MINISTÉRIO
DA SAÚDE



GOVERNO
FEDERAL

DEBORA DE MELO BEHRENS

- TELEFONE CELULAR: (44) 99998-0324
- E-MAIL: debora.m.behrens@gmail.com



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **DEBORA DE MELO BEHRENS**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **57701** desde **29/11/2024**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Certidão tem validade até o dia 28/02/2025.

Chave de validação **912b4f67c65eba697d6a1968bc8ca1cf8896f507**

Emitida eletronicamente via internet em **29/11/2024**.

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

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



JUSTIÇA ELEITORAL
TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL
CERTIDÃO

Certifico que, de acordo com os assentamentos do Cadastro Eleitoral e com o que dispõe a Res.TSE numero 21.823/2004, o(a) eleitor(a) abaixo qualificado(a) esta QUITE com a Justiça Eleitoral na presente data .

Eleitor(a): **DEBORA DE MELO BEHRENS**

Inscrição: **1080 2003 0671**

Zona: 031 Seção: 0032

Município: 74837 - CAMPO MOURAO

UF: PR

Data de nascimento: 21/12/1997

Domicílio desde: 07/05/2014

Filiação: - MARISTELA DE MELO BEHRENS
- ANTONIO CARLOS BEHRENS

Ocupação declarada pelo(a) eleitor(a): ESTUDANTE, BOLSISTA,
ESTAGIÁRIA/ESTAGIÁRIO E ASSEMELHADOS

Certidão emitida às 11:32 em 25/11/2024

Res.-TSE nº 21.823/2004:

O conceito de quitação eleitoral reúne a plenitude do gozo dos direitos políticos, o regular exercício do voto, salvo quando facultativo, o atendimento a convocações da Justiça Eleitoral para auxiliar os trabalhos relativos ao pleito, a inexistência de multas aplicadas, em caráter definitivo, pela Justiça eleitoral e não remetidas, excetuadas as anistias legais, e a regular prestação de contas de campanha eleitoral, quando se tratar de candidatos.

A plenitude do gozo de direitos políticos decorre da inoccorrência de perda de nacionalidade; cancelamento de naturalização por sentença transitada em julgado; interdição por incapacidade civil absoluta; condenação criminal transitada em julgado, enquanto durarem seus efeitos; recusa de cumprir obrigação a todos imposta ou prestação alternativa; condenação por improbidade administrativa; conscrição; e opção, em Portugal, pelo estatuto da igualdade.



Esta **certidão de quitação eleitoral** é expedida gratuitamente.
Sua autenticidade poderá ser confirmada na página do Tribunal Superior Eleitoral na Internet, no endereço: <http://www.tse.jus.br> ou pelo aplicativo e-Título, por meio do código:

RK3K.ZBP5.RMJN.3S6R

Responsável pela Iluminação Pública: Município 4435253833

Classificação:
B1 Residencial / Residencial

Tipo de Fornecedor:
Bifasico /50A

DATAS DE
LEITURAS

Leitura anterior
22/10/2024

Leitura atual
22/11/2024

Nº de dias
31

Próxima Leitura
20/12/2024

Nome: **TEUTO BRASIL COMERCIO DE
MAQUINAS E FERRAMENTAS LTDA**
Endereço: R Rocha Pombo, 1602 - Ap 202 Edif
Nelson Behrens - Centro
CEP: 87303-220
Cidade: Campo Mourao - Estado: PR
CNPJ: 81200016/0001-40
I.E.:8010460299

UNIDADE CONSUMIDORA

93203594



NOTA FISCAL No. 134963096 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 23/11/2024

Consulte Chave de Acesso em:
<https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/NF3eConsulta?wsdl>

Chave de Acesso

4124 1104 3688 9800 0106 6600 3134 9630 9610 9855 2133

Protocolo de Autorização: 1412400057858235 - 23/11/2024 às 03:15:59America/Sao_Paulo

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11/2024	13/12/2024	R\$313,63

Itens de fatura	Unid.	Quant.	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS/COFINS	ICMS	Tarifa unit. (R\$)	Tributo	Saldo (Líquido PIS)	Regra (%)	Valor (R\$)
ENERGIA ELET CONSUMO	kWh	496	0,382056	189,50	9,57	36,00	0,290190	ICMS	435,06	19%	82,65
ENERGIA ELET USO SISTEMA	kWh	496	0,447399	221,91	11,20	42,16	0,339820	COFINS	159,19	5,1177%	8,15
ENERGIA INJ. OUC MPT TE 10/2024 GDI-I	kWh	-17	0,309412	-5,26	-0,33	0,00	0,290190	PIS	159,19	1,1110%	1,77
ENERGIA INJ. OUC MPT TUSD 10/2024 GDI-I	kWh	-17	0,361765	-6,15	-0,38	0,00	0,339820				
ENERGIA INJ. OUC MPT TE 11/2024 GDI-I	kWh	-255	0,309451	-78,91	-4,92	0,00	0,290190				
ENERGIA INJ. OUC MPT TUSD 11/2024 GDI-I	kWh	-255	0,362392	-92,41	-5,76	0,00	0,339820				
ENERGIA CONS. B.VERMELHA P2	kWh	144	0,103611	14,92	0,75	2,83	0,078770				
ENERGIA CONS. B.AMARELA	kWh	352	0,024801	8,73	0,44	1,66	0,018850				
ENERGIA INJ. BAND. AMARELA TE	kWh	-193,032258	0,020048	-3,87	-0,24	0,00	0,018850				
ENERGIA INJ. BAND. VERMELHA TE P2	kWh	-78,967742	0,083958	-6,63	-0,41	0,00	0,078770				
CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPIO	UN	1	71,800000	71,80							
TOTAL				313,63	9,92	82,65					

HISTÓRICO DE CONSUMO / kWh		
CONSUMO FATURADO	Nº DIAS FAT.	
NOV24	496	31
OUT24	517	31
SET24	441	31
AGO24	379	29
JUL24	353	32
JUN24	376	31
MAI24	426	29
ABR24	495	32
MAR24	659	29
FEV24	526	32
JAN24	594	31
DEZ23	448	28
NOV23	490	30

Métrica	Descrição	Período	Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo kWh	
0324532224	CONSUMO kWh	TP	41297	41793	1	496

Reservado ao Fisco

PERÍODO FISCAL: 23/11/2024

3648.A1FA.8013.E29C.8344.FCB3.9D96.5481

REAVISO DE VENCIMENTO

UC beneficiária SCEE - Sistema de Compensação de Energia. Geradora: UC 13544241.
Demonstrativo de saldos SCEE desta Unidade Consumidora. Saldo Mês no (TP) Todos os Períodos 0, Saldo Acumulado no (TP) Todos os Períodos 0, Saldo a Expirar Próximo Mês no (TP) Todos os Períodos 0. INCLUSO NA FATURA PIS R\$1,77 E COFINS R\$8,15 CONFORME RES. ANEEL 130/2005.
A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados à prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações.
Períodos Band.Tarif.: Vermelha P2:23/10-31/10 Amarela:01/11-22/11

93203594

11/2024

13/12/2024

R\$313,63



Número da fatura: FAT-01-20247839855213-14

PIX

836500000036 136301110005 001010202479 839855213147



LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 100.116.139-47

REGISTRO GERAL 9.073.474-1

REGISTRO CML

COMARCA=CAMPO MOURÃO/PR, DA SEDE
C.NASC=45422, LVRO=109A, FOLHA=144

DATA DE EXPEDIÇÃO 01/09/2023

MARCUS VINICIUS DA COSTA MICHELOTTO
DIRETOR

ASSINATURA DO DIRETOR

POLEGAR DIREITO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÃO PLASTIFIQUE



Centro Universitário Integrado

A Reitora do Centro Universitário Integrado,

no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de

Medicina

no dia 17 de novembro de 2024 e outorga de grau em 21 de novembro de 2024,

confere o título de Médica a

Débora de Melo Behrens

de nacionalidade brasileira, natural do estado do Paraná,

nascida em 21 de dezembro de 1997, RG 9.073.474-1, SESP/PR

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

Campo Mourão - PR, 21 de novembro de 2024.

Heber Amílcar Martins
Diretor da Escola de Medicina

Assinatura manuscrita de Heber Amílcar Martins.

Maria da Conceição Montan-Baer
Reitora

Assinatura manuscrita de Maria da Conceição Montan-Baer.



CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO

Mantenedora: Centro Educacional Integrado Ltda.

CNPJ 79.264.628/0001-54

Credenciamento: Portaria MEC Nº 1.368 de 27/10/2017,
publicada no D.O.U. Nº 208,
Seção 1, pág. 27, 30/10/2017.

Processo de Recredenciamento e-MEC Nº 2021 18663.

Curso: **MEDICINA**

Curso Autorizado pela Portaria Nº 807, de 01/08/2017,

D.O.U nº 147, Sec. 1 Pág. 18, 02/08/2017.

Processo de Reconhecimento e-MEC 202120954.

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO

RVDD- Representação visual do Diploma digital.

Este documento não é válido para fins de comprovação de grau.

Campo Mourão-PR, 21 de novembro de 2024.


Maria Danieli Menegassi de Castro

Secretária Acadêmica

Por delegação de competência, nos termos da Portaria nº 083/2019, de
18 de dezembro de 2019.



800-23-04598

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO PARANÁ

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

NOME

DÉBORA DE MELO BEHRENS

FILIAÇÃO

ANTONIO CARLOS BEHRENS

MARISTELA DE MELO BEHRENS

DATA NASCIMENTO **NATURALIDADE**

21/12/1997

RONCADOR/PR

ORGÃO EXPEDIDOR

IIPR



Debora de Melo Behrens

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 100.116.139-47

REGISTRO GERAL 9.073.474-1

REGISTRO CIVIL

COMARCA=CAMPO MOURÃO/PR, DA SEDE
C.NASC=45422, LVRO=109A, FOLHA=144

DATA DE EXPEDIÇÃO 01/09/2023



Marcus Vinicius da Costa Michelotto
MARCUS VINICIUS DA COSTA MICHELOTTO
DIRETOR

ASSINATURA DO DIRETOR



POLEGAR DIREITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÃO PLASTIFIQUE

21. 205. 194-0

8002304598



21. 205. 194-0





TERMO DE DEFERIMENTO DA OPÇÃO PELO SIMPLES NACIONAL

(Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006)

DADOS DA MATRIZ

NOME EMPRESARIAL: **DB MEDICAL LTDA**
CNPJ: **57.926.125/0001-64**
DATA DA SOLICITAÇÃO: **26/11/2024**
DATA DA ABERTURA DA EMPRESA: **31/10/2024**

Sua opção pelo Simples Nacional está confirmada com efeitos a partir de 31/10/2024.

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** – cientificar 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

2457926125103280256

CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO

E08A5A95258242B479F5E8FE55A8CBA19E80503D



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 28296	NÚMERO DO ALVARÁ 511/2024
EXERCÍCIO 2024	DATA DE VALIDADE 31/12/2024

ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO

NOME / RAZÃO SOCIAL
25471 - DB MEDICAL LTDA

NOME FANTASIA / SOBRENOME

LOGRADOURO
RUA ROCHA POMBO

NÚMERO
1602

COMPLEMENTO
APT 202 SALA 02

CEP
87.303-220

BAIRRO
CENTRO

MUNICÍPIO
Campo Mourão

ESTADO
PR

CFP / CNPJ
57.926.125/0001-64

RG / INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA INÍCIO ATIVIDADE
31/10/2024

ATIVIDADE(S) PRINCIPAL(IS)

0082.1/13.00 Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

0086.1/01.02 Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

0086.3/05.01 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos

0086.3/05.02 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares

0086.3/05.03 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

RESTRIÇÃO COMPLEMENTAR

CONTADOR / CONTABILIDADE RESPONSÁVEL
RENOME CONTABILIDADE E PROCESSAMENTO DE DADOS LTDA

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

ALVARÁ SOMENTE COMO PONTO DE REFERÊNCIA.



Assinado digitalmente por:
MARIZA FORMENTINI BUENO
007.686.919-90
26/11/2024 08:38:06

CAMPO MOURÃO/PR, 26/11/2024

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.



C A R T Ã O N A C I O N A L D E S A Ú D E

SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

20004429413

00000

1

DEBORA DE MELLO BEHRENS

21/12/1997

CAMP0 MOURAO - PR

Valido em todo o territorio nacional.

Este cartão

é de uso pessoal.

Não o entregue

a outras pessoas.

Em caso de

perda ou roubo,

comunicar ao

Disque-Saúde.

Fone 0800 61 1997

(ligação gratuita)

00000

EL4PS440005

2M39H3B 0JEM 3Q AROB3Q

TOORVSPVPS

Todos têm
direito a um
atendimento
digno e respeitoso.

Inteligência  Camatel - 30460701

SECRETARIA ESTADUAL
E MUNICIPAL DE SAÚDE



MINISTÉRIO
DA SAÚDE



GOVERNO
FEDERAL

DEBORA DE MELO BEHRENS

- TELEFONE CELULAR: (44) 99998-0324
- E-MAIL: debora.m.behrens@gmail.com



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **DEBORA DE MELO BEHRENS**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **57701** desde **29/11/2024**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Certidão tem validade até o dia 28/02/2025.

Chave de validação **912b4f67c65eba697d6a1968bc8ca1cf8896f507**

Emitida eletronicamente via internet em **29/11/2024**.

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

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



JUSTIÇA ELEITORAL
TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL
CERTIDÃO

Certifico que, de acordo com os assentamentos do Cadastro Eleitoral e com o que dispõe a Res.TSE numero 21.823/2004, o(a) eleitor(a) abaixo qualificado(a) esta QUITO com a Justiça Eleitoral na presente data .

Eleitor(a): **DEBORA DE MELO BEHRENS**

Inscrição: **1080 2003 0671**

Zona: 031 Seção: 0032

Município: 74837 - CAMPO MOURAO

UF: PR

Data de nascimento: 21/12/1997

Domicílio desde: 07/05/2014

Filiação: - MARISTELA DE MELO BEHRENS
- ANTONIO CARLOS BEHRENS

Ocupação declarada pelo(a) eleitor(a): ESTUDANTE, BOLSISTA,
ESTAGIÁRIA/ESTAGIÁRIO E ASSEMELHADOS

Certidão emitida às 11:32 em 25/11/2024

Res.-TSE nº 21.823/2004:

O conceito de quitação eleitoral reúne a plenitude do gozo dos direitos políticos, o regular exercício do voto, salvo quando facultativo, o atendimento a convocações da Justiça Eleitoral para auxiliar os trabalhos relativos ao pleito, a inexistência de multas aplicadas, em caráter definitivo, pela Justiça eleitoral e não remetidas, excetuadas as anistias legais, e a regular prestação de contas de campanha eleitoral, quando se tratar de candidatos.

A plenitude do gozo de direitos políticos decorre da inoccorrência de perda de nacionalidade; cancelamento de naturalização por sentença transitada em julgado; interdição por incapacidade civil absoluta; condenação criminal transitada em julgado, enquanto durarem seus efeitos; recusa de cumprir obrigação a todos imposta ou prestação alternativa; condenação por improbidade administrativa; conscrição; e opção, em Portugal, pelo estatuto da igualdade.



Esta **certidão de quitação eleitoral** é expedida gratuitamente.
Sua autenticidade poderá ser confirmada na página do Tribunal Superior Eleitoral na Internet, no endereço: <http://www.tse.jus.br> ou pelo aplicativo e-Título, por meio do código:

RK3K.ZBP5.RMJN.3S6R

Responsável pela Iluminação Pública: Município 4435253833

Classificação:
B1 Residencial / Residencial

Tipo de Fornecimento:
Bifasico /50A

DATAS DE
LEITURAS

Leitura anterior
22/10/2024

Leitura atual
22/11/2024

Nº de dias
31

Próxima Leitura
20/12/2024

Nome: **TEUTO BRASIL COMERCIO DE
MAQUINAS E FERRAMENTAS LTDA**
Endereço: R Rocha Pombo, 1602 - Ap 202 Edif
Nelson Behrens - Centro
CEP: 87303-220
Cidade: Campo Mourao - Estado: PR
CNPJ: 81200016/0001-40
I.E.:8010460299

UNIDADE CONSUMIDORA

93203594



NOTA FISCAL No. 134963096 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 23/11/2024

Consulte Chave de Acesso em:

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

Chave de Acesso

4124 1104 3688 9800 0106 6600 3134 9630 9610 9855 2133

Protocolo de Autorização: 1412400057858235 - 23/11/2024 às 03:15:59America/Sao_Paulo

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11/2024	13/12/2024	R\$313,63

Itens de fatura	Unid.	Quant.	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS/COFINS	ICMS	Tarifa unif. (R\$)	Tributo	Saldo (Lado PIS)	Regra (%)	Valor (R\$)
ENERGIA ELET CONSUMO	kWh	496	0,382056	189,50	9,57	36,00	0,290190	ICMS	435,06	19%	82,65
ENERGIA ELET USO SISTEMA	kWh	496	0,447399	221,91	11,20	42,16	0,339820	COFINS	159,19	5,1177%	8,15
ENERGIA INJ. OUC MPT TE 10/2024 GDI-I	kWh	-17	0,309412	-5,26	-0,33	0,00	0,290190	PIS	159,19	1,1110%	1,77
ENERGIA INJ. OUC MPT TUSD 10/2024 GDI-I	kWh	-17	0,361765	-6,15	-0,38	0,00	0,339820				
ENERGIA INJ. OUC MPT TE 11/2024 GDI-I	kWh	-255	0,309451	-78,91	-4,92	0,00	0,290190				
ENERGIA INJ. OUC MPT TUSD 11/2024 GDI-I	kWh	-255	0,362392	-92,41	-5,76	0,00	0,339820				
ENERGIA CONS. B.VERMELHA P2	kWh	144	0,103611	14,92	0,75	2,83	0,078770				
ENERGIA CONS. B.AMARELA	kWh	352	0,024801	8,73	0,44	1,66	0,018850				
ENERGIA INJ. BAND. AMARELA TE	kWh	-193,032258	0,020048	-3,87	-0,24	0,00	0,018850				
ENERGIA INJ. BAND. VERMELHA TE P2	kWh	-78,967742	0,083958	-6,63	-0,41	0,00	0,078770				
CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPIO	UN	1	71,800000	71,80							
TOTAL				313,63	9,92	82,65					

HISTÓRICO DE CONSUMO / kWh

CONSUMO FATURADO

Mês	Consumo (kWh)	Nº DIAS FAT.
NOV24	496	31
OUT24	517	31
SET24	441	31
AGO24	379	29
JUL24	353	32
JUN24	376	31
MAI24	426	29
ABR24	495	32
MAR24	659	29
FEV24	526	32
JAN24	594	31
DEZ23	448	28
NOV23	490	30

Métrica	Descrição	Período	Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo kWh	
0324532224	CONSUMO kWh	TP	41297	41793	1	496

Reservado ao Fisco

PERÍODO FISCAL: 23/11/2024

3648.A1FA.8013.E29C.8344.FCB3.9D96.5481

REAVISO DE VENCIMENTO

UC beneficiária SCEE - Sistema de Compensação de Energia. Geradora: UC 13544241.
Demonstrativo de saldos SCEE desta Unidade Consumidora. Saldo Mês no (TP) Todos os Períodos 0, Saldo Acumulado no (TP) Todos os Períodos 0, Saldo a Expirar Próximo Mês no (TP) Todos os Períodos 0. INCLUSO NA FATURA PIS R\$1,77 E COFINS R\$8,15 CONFORME RES. ANEEL 130/2005.
A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados à prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações.
Períodos Band.Tarif.: Vermelha P2:23/10-31/10 Amarela:01/11-22/11

93203594

11/2024

13/12/2024

R\$313,63



Número da fatura: FAT-01-20247839855213-14

PIX

836500000036 136301110005 001010202479 839855213147



LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 100.116.139-47

REGISTRO GERAL 9.073.474-1

REGISTRO CML

COMARCA=CAMPO MOURÃO/PR, DA SEDE
C.NASC=45422, LVRO=109A, FOLHA=144

DATA DE EXPEDIÇÃO 01/09/2023

Marcus Vinicius da Costa Michelotto
MARCUS VINICIUS DA COSTA MICHELOTTO
DIRETOR

ASSINATURA DO DIRETOR

POLEGAR DIREITO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÃO PLASTIFIQUE



Centro Universitário Integrado

A Reitora do Centro Universitário Integrado,

no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de

Medicina

no dia 17 de novembro de 2024 e outorga de grau em 21 de novembro de 2024,

confere o título de Médica a

Débora de Melo Behrens

de nacionalidade brasileira, natural do estado do Paraná,

nascida em 21 de dezembro de 1997, RG 9.073.474-1, SESP/PR

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

Campo Mourão - PR, 21 de novembro de 2024.



Assinatura manuscrita de Heber Amilcar Martins.

Heber Amilcar Martins
Diretor da Escola de Medicina

Assinatura manuscrita de Maria da Conceição Montan-Baer.

Maria da Conceição Montan-Baer
Reitora

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO

Mantenedora: Centro Educacional Integrado Ltda.

CNPJ 79.264.628/0001-54

Credenciamento: Portaria MEC Nº 1.368 de 27/10/2017,
publicada no D.O.U. Nº 208,
Seção 1, pág. 27, 30/10/2017.

Processo de Recredenciamento e-MEC Nº 202118663.

Curso: **MEDICINA**

Curso Autorizado pela Portaria Nº 807, de 01/08/2017,

D.O.U nº 147, Sec.1 Pág. 18, 02/08/2017.

Processo de Reconhecimento e-MEC 202120954.

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO

RVDD- Representação visual do Diploma digital.

Este documento não é válido para fins de comprovação de grau.

Campo Mourão-PR, 21 de novembro de 2024.


Maria Danieli Menegassi de Castro
Secretária Acadêmica

**Por delegação de competência, nos termos da Portaria nº 083/2019, de
18 de dezembro de 2019.**



800-23-04598

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO PARANÁ

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

NOME

DÉBORA DE MELO BEHRENS

FILIAÇÃO

ANTONIO CARLOS BEHRENS

MARISTELA DE MELO BEHRENS

DATA NASCIMENTO **NATURALIDADE**

21/12/1997

RONCADOR/PR

ORGÃO EXPEDIDOR

IIPR



Débora de Melo Behrens

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 100.116.139-47

REGISTRO GERAL 9.073.474-1

REGISTRO CIVIL

COMARCA=CAMPO MOURÃO/PR, DA SEDE
C.NASC=45422, LVRO=109A, FOLHA=144

DATA DE EXPEDIÇÃO 01/09/2023



Marcus Vinicius da Costa Michelotto
MARCUS VINICIUS DA COSTA MICHELOTTO
DIRETOR

ASSINATURA DO DIRETOR



POLEGAR DIREITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÃO PLASTIFIQUE

21. 205. 194-0

8002304598



21. 205. 194-0





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

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Protocolo:	N. Certidão: 59238/2024
Contribuinte: DB MEDICAL LTDA	RG:
CPF: 57.926.125/0001-64	Ponto de Referência:
Endereço: RUA ROCHA POMBO, nº 1602	Validade: 03/01/2025
Bairro: CENTRO	
Complemento: APT 202 SALA 02	
Requerente:	
Cód. Contrib.: 25471	

[FINALIDADE]

PARA FINS DIVERSOS

[OBSERVAÇÕES]

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

CAMPO MOURÃO/PR, 4 de dezembro 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 035467241-37

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **57.926.125/0001-64**

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 02/04/2025 - 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: DB MEDICAL LTDA
CNPJ: 57.926.125/0001-64

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 17:56:59 do dia 03/12/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 01/06/2025.

Código de controle da certidão: **EAA2.263E.0032.2642**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: DB MEDICAL LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 57.926.125/0001-64

Certidão n°: 83754313/2024

Expedição: 04/12/2024, às 08:25:36

Validade: 02/06/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **DB MEDICAL LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o n° **57.926.125/0001-64**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022. Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.

**Certificado de Regularidade do FGTS - CRF**

Inscrição : 57926125/0001-64
Razão Social : DB MEDICAL LTDA
Nome Fantasia : DB MEDICAL LTDA
Endereço : R ROCHA POMBO 1602 APT 202 SALA 02 / CENTRO / CAMPO MOURAO / PR / 87303-220

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.

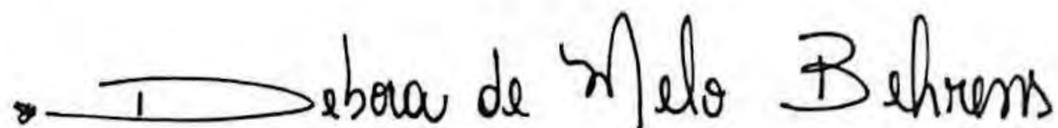
O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 04/12/2024 a 02/01/2025

Certificação Número: 2024120414216342271892

Informação obtida em 04/12/2024, às 14:21:23.

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 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 28296	NÚMERO DO ALVARÁ 511/2024
EXERCÍCIO 2024	DATA DE VALIDADE 31/12/2024

ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO

NOME / RAZÃO SOCIAL
25471 - DB MEDICAL LTDA

NOME FANTASIA / SOBRENOME

LOGRADOURO
RUA ROCHA POMBO

NÚMERO
1602

COMPLEMENTO
APT 202 SALA 02

CEP
87.303-220

BAIRRO
CENTRO

MUNICÍPIO
Campo Mourão

ESTADO
PR

CFP / CNPJ
57.926.125/0001-64

RG / INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA INÍCIO ATIVIDADE
31/10/2024

ATIVIDADE(S) PRINCIPAL(IS)

0082.1/13.00 Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

0086.1/01.02 Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

0086.3/05.01 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos

0086.3/05.02 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares

0086.3/05.03 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

RESTRIÇÃO COMPLEMENTAR

CONTADOR / CONTABILIDADE RESPONSÁVEL
RENOME CONTABILIDADE E PROCESSAMENTO DE DADOS LTDA

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

ALVARÁ SOMENTE COMO PONTO DE REFERÊNCIA.



Assinado digitalmente por:
MARIZA FORMENTINI BUENO
007.686.919-90
26/11/2024 08:38:06

CAMPO MOURÃO/PR, 26/11/2024

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.



	REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 57.926.125/0001-64 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 31/10/2024	
NOME EMPRESARIAL DB MEDICAL 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 82.11-3-00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo 86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências 86.30-5-01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos 86.30-5-02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada			
LOGRADOURO R ROCHA POMBO	NÚMERO 1602	COMPLEMENTO APT 202 SALA 02	
CEP 87.303-220	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO CAMPO MOURAO	UF PR
ENDEREÇO ELETRÔNICO DEBORA.M.BEHRENS@GMAIL.COM		TELEFONE (44) 9998-0324/ (0000) 0000-0000	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 31/10/2024	
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 **01/11/2024** às **07:50:36** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

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: 57.926.125/0001-64
Razão Social: DB MEDICAL LTDA
E-mail: debora.m.behrens@gmail.com
Telefone: 44999980324
Banco: 756
Conta: 4340
Agência: 376.385-4 CAMPO MOURÃO
Tipo Conta: 1

Credenciamento:

Data Inicio: 01/08/2024 08:00
Data Encerramento: 01/08/2025 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: 1632 - Data Emissão: 2024-12-04 - Data Vencimento: 2025-01-03

Certidão Estadual: 1633 - Data Emissão: 2024-12-03 - Data Vencimento: 2025-04-02

Certidão Federal: 1634 - Data Emissão: 2024-12-03 - Data Vencimento: 2025-06-01

Certidão Trabalhista: 1635 - Data Emissão: 2024-12-04 - Data Vencimento: 2025-06-02

Certidão FGTS: 1636 - Data Emissão: 2024-12-04 - Data Vencimento: 2025-01-02

IV - Capacidade Técnica

V - Proposta

Categoria: SERVIÇOS DE PLANTÃO POR HORA - Procedimento: PLANTÃO MÉDICO POR HORA - Valor: R\$ 115 - Qtd: 1728

VI - Profissionais

Nome: DEBORA DE MELO BEHRENS - Especialidade : MÉDICA GENERALISTA - CPF: 100.116.139-47

Nome: DEBORA DE MELO BEHRENS - Especialidade : MÉDICA GENERALISTA - CPF: 100.116.139-47

Nome: DEBORA DE MELO BEHRENS - Especialidade : MÉDICA GENERALISTA - CPF: 100.116.139-47

Nome: DEBORA DE MELO BEHRENS - Especialidade : MÉDICA GENERALISTA - CPF: 100.116.139-47

Nome: DEBORA DE MELO BEHRENS - Especialidade : MÉDICA GENERALISTA - CPF: 100.116.139-47

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 06/12/2024 18:46:05

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____

INSTRUMENTO DE CONSTITUIÇÃO DA SOCIEDADE LIMITADA UNIPESSOAL
DB MEDICAL LTDA

Por este instrumento particular, **DEBORA DE MELO BEHRENS**, brasileira, maior, natural de Roncador-PR, solteira, nascida em 21/12/1997, médica, inscrita no CPF/MF sob nº 100.116.139-47, portadora da carteira nacional de habilitação sob nº 07133619644/Detran-PR, expedida em 06/02/2023, residente e domiciliada na Rua Rocha Pombo, 1602, Apto 202, Centro, CEP: 87303-220, Campo Mourão-PR., ajusta constituir uma **SOCIEDADE LIMITADA UNIPESSOAL**, que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

DENOMINAÇÃO, SEDE, PRAZO DE DURAÇÃO E OBJETO SOCIAL

CLÁUSULA PRIMEIRA: - A sociedade limitada unipessoal girará sob o nome empresarial de **DB MEDICAL LTDA**, e será regida por este instrumento constitutivo e considerando a disposição constante do art. 1.052 do Código Civil e em obediência ao contido na **INSTRUÇÃO NORMATIVA DREI Nº 112, DE 20 DE JANEIRO DE 2022**.

CLÁUSULA SEGUNDA : - A sociedade limitada unipessoal terá a sua sede na Rua Rocha Pombo, 1602, Apto 202, Sala 02, Centro, CEP: 87303-220, Campo Mourão-PR, podendo abrir e encerrar filiais, agências e escritórios, em qualquer parte do território nacional.

CLÁUSULA TERCEIRA : - O prazo de duração da sociedade limitada unipessoal é por tempo indeterminado, iniciando suas atividades em 29/10/2024.

CLÁUSULA QUARTA: - A sociedade limitada unipessoal terá como objeto social o ramo de atividades a seguir: ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E EXAMES COMPLEMENTARES, ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS, ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS, SERVIÇOS COMBINADOS DE ESCRITÓRIO E APOIO ADMINISTRATIVO.

CAPITAL SOCIAL E QUOTAS

CLÁUSULA QUINTA: - O capital da sociedade limitada unipessoal será de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais), dividido em 15.000 (quinze mil) quotas de capital, pelo valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, totalmente subscritas e integralizadas pelo titular, em moeda corrente do país, no presente ato a seguir:

Nome	(%)	Cotas	Valor R\$
Debora de Melo Behrens	100,00	15.000	15.000,00
Total	100,00	15.000	15.000,00

Parágrafo Único: - A responsabilidade da sócia única é solidária e limitada à importância total do capital social integralizado, nos termos do artigo 1.052, da Lei nº

INSTRUMENTO DE CONSTITUIÇÃO DA SOCIEDADE LIMITADA UNIPESSOAL
DB MEDICAL LTDA

10.406 de 10 de janeiro de 2002, respondendo solidariamente pela integralização do capital social da sociedade limitada unipessoal.

ADMINISTRAÇÃO

CLÁUSULA SEXTA: Fica investida na função de administradora da sociedade limitada unipessoal a sócia única **DEBORA DE MELO BEHRENS**, com os poderes e atribuições de gerir e administrar os negócios da sociedade, representá-la ativa e passivamente, judicial e extrajudicialmente, 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 individualmente, vedado, no entanto, em atividades estranhas ao objeto social como fiança, aval, endosso.

Parágrafo Primeiro: - Faculta-se a sócia única administradora, 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.

Parágrafo Segundo: - Poderão ser designados administradores não sócios, na forma prevista no artigo 1.061 da lei nº 10.406/2002.

Parágrafo Terceiro: - O uso da denominação social é privativo do administrador, a qual responde solidária e ilimitadamente por culpa ou dolo, pelos atos praticados contra este ato constitutivo ou determinações da Lei.

CLÁUSULA SÉTIMA: - A sócia única 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.

CLÁUSULA OITAVA: - A sócia única, fixará uma retirada mensal, a título de "pró-labore", observadas as disposições regulamentares pertinentes.

CLÁUSULA NONA: - Designação de administradores não sócios:

I: Poderão ser designados administradores não sócios, em cláusula específica ou em ato separado.

II: A investidura de administrador designado em ato separado deverá obedecer às formalidades da legislação vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA - DESIMPEDIMENTO - A sócia única declara para todos os efeitos legais, que não está impedida, nos termos da lei e da cláusula sétima deste contrato, de exercer a atividade que lhes competem neste instrumento, em virtude de condenação criminal ou qualquer tipo de impedimento legal.

INSTRUMENTO DE CONSTITUIÇÃO DA SOCIEDADE LIMITADA UNIPESSOAL
DB MEDICAL LTDA

RESOLUÇÃO DAS QUOTAS DO SÓCIO ÚNICO EM RELAÇÃO À SOCIEDADE

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: Falecendo ou interditado a sócia única 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.

Parágrafo Único: O mesmo procedimento será adotado em outros casos em que a sociedade se resolva em relação ao sócio único.

DA DISSOLUÇÃO E LIQUIDAÇÃO DA SOCIEDADE

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: - A Sociedade poderá ser dissolvida por iniciativa da sócia única, 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.

DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS, CONTÁBEIS E SOCIAIS

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - 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 a sócia única, os lucros ou perdas apuradas.

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

ENQUADRAMENTO

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - A sócia única 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.

DISPOSIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - Fica eleito o foro da Comarca de Campo Mourão-PR, para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste instrumento de constituição.

Lavrado em 01 (uma) via, lido, compreendido, conferido e elaborado de conformidade

INSTRUMENTO DE CONSTITUIÇÃO DA SOCIEDADE LIMITADA UNIPESSOAL
DB MEDICAL LTDA

com a intenção da sócia única ora presente e que a mesma assine e rubrique todas as suas folhas, obrigando-se fielmente por si, seus herdeiros e sucessores legais a cumpri-lo em todos os seus termos.

Campo Mourão-PR, 29 de outubro de 2024.

DEBORA DE MELO BEHRENS



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa DB MEDICAL LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
10011613947	DEBORA DE MELO BEHRENS



CERTIFICO O REGISTRO EM 31/10/2024 18:48 SOB Nº 41212972514.
PROTOCOLO: 248111280 DE 31/10/2024.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12415570436. CNPJ DA SEDE: 57926125000164.
NIRE: 41212972514. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 29/10/2024.
DB MEDICAL LTDA

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

DB MEDICAL LTDA
CNPJ: 57.926.125/0001-64
RUA ROCHA POMBO, 1602, CENTRO
CAMPO MOURÃO/PR
CEP: 87303-220

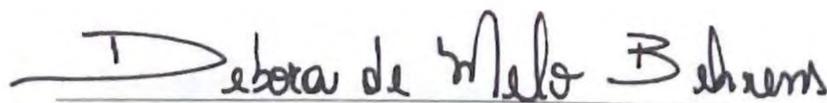
DECLARAÇÃO DE DISPENSA DE LICENÇA SANITÁRIA

Eu **DEBORA DE MELO BEHRENS**, na qualidade de representante legal da empresa **DB MEDICAL LTDA**, inscrita no **CNPJ sob o nº 57.926.125/0001-64**, venho por meio desta declarar que o estabelecimento da empresa não presta serviços em local fixo, conforme estabelece nos termos da legislação sanitária em vigor.

De acordo com as normativas e regulamentos sanitários, informamos que nossas atividades operacionais não estão de acordo com a concessão de licença sanitária, uma vez que não operamos em um local fixo onde preparam a manipulação, produção, armazenamento ou distribuição de produtos sujeitos à vigilância sanitária.

Reiteramos que estamos cientes da importância da saúde pública e da necessidade de cumprir todas as regulamentações pertinentes às nossas atividades comerciais.

CAMPO MOURÃO, 05 DE DEZEMBRO DE 2024.



DEBORA DE MELO BEHRENS
CPF nº 100.116.139-47

800-23-04598

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO PARANÁ

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

NOME

DÉBORA DE MELO BEHRENS

FILIAÇÃO

ANTONIO CARLOS BEHRENS

MARISTELA DE MELO BEHRENS

DATA NASCIMENTO **NATURALIDADE**

21/12/1997

RONCADOR/PR

ORGÃO EXPEDIDOR

IIPR



Debora de Melo Behrens

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 100.116.139-47

REGISTRO GERAL 9.073.474-1

REGISTRO CIVIL

COMARCA=CAMPO MOURÃO/PR, DA SEDE
C.NASC=45422, LVRO=109A, FOLHA=144

DATA DE EXPEDIÇÃO 01/09/2023



Marcus Vinicius da Costa Michelotto
MARCUS VINICIUS DA COSTA MICHELOTTO
DIRETOR

ASSINATURA DO DIRETOR



POLEGAR DIREITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÃO PLASTIFIQUE

21. 205. 194-0

8002304598



21. 205. 194-0



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

DB MEDICAL LTDA, estabelecida na R ROCHA POMBO 1602 APT 202 SALA 02, CENTRO, CAMPO MOURÃO-PR, inscrita no CNPJ sob nº 57.926.125/0001-64, neste ato representada pela sua Sócia Administradora DEBORA DE MELO BEHRENS, CPF 100.116.139-47, 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, 04 de dezembro de 2024.

DB MEDICAL
LTDA:
57926125000164

Assinado digitalmente por DB MEDICAL LTDA:57926125000164
DN: C=BR, S=PR, L=CAMPO MOURAO, O=ICP-Brasil,
OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB
e-CNPJ A1, OU=AR SENHA DIGITAL, OU=Presencial,
OU=19520630000115, CN=DB MEDICAL LTDA:
57926125000164
Razão: Eu estou aprovando este documento com minha
assinatura de vinculação legal
Localização: sua localização de assinatura aqui
Data: 2024.12.06 09:24:07-03'00"
Foxit PDF Reader Versão: 11.2.2

ASSINATURA
DB MEDICAL LTDA N° CNPJ 57.926.125/0001-64
DEBORA DE MELO BEHRENS
CPF 100.116.139-47
RG 9.073.474-1



Clínica Psicopedagógica Francine Lima

CNPJ: 55.238.595/0001-00

Telefone: (44) – 999211620 – Email: frann.fhl@gmail.com

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: FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA

Nome Fantasia: CLÍNICA PSICOPEDAGÓGICA FRANCINE LIMA

CNPJ nº: 55.238.595/0001-00

Inscrição Estadual:

Micro Empresa: () Não (x) Sim

Optante Simples:() Não (x) Sim

Número do CNAE Nacional: 85.50-3-02 e 86.50-0-99.

Descrição: 85.50-3-02 - Atividades de apoio à educação, exceto caixas escolares;

86.50-0-99 -atividades de profissionais da área de saúde não especificadas anteriormente.

Endereço:Rua Juvenal Portela, 714, sala D.

Município: Peabiru **UF:** Paraná

CEP: 87.250-000

Telefone Celular: (44) 99921-1620

Rua Juvenal Portela, 714, sala D, CEP: 87.250-000, Peabiru, Paraná



Clinica Psicopedagógica Francine Lima

CNPJ: 55.238.595/0001-00

Telefone: (44) – 999211620 – Email: frann.fhl@gmail.com

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: Banco do Brasil	CÓDIGO DO BANCO: 001	AGÊNCIA: 2421 X
TIPO DE CONTA: Conta Corrente	OPERAÇÃO: Transferência	Nº DA CONTA: 16.825-4
CIDADE E UF DA AGENCIA: Peabiru/Pr		

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF
Francine Hilena de Lima Cabreira	9.806.799-0 SSPPR	009.996.889-44

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE
Pedagogia	Psicopedagoga - Terapia ABA	100

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
Francine Hilena de Lima Cabreira	009.996.889-44	9.806.799-0 SSPPR	Não obrigatório	(44)99921-1620
Selma Aparecida da costa Afonso	031.641.089-66	6862614-5 SSPPR	25405	(44)99804-6243
Milena Aparecida Ferreira Barbosa	111.951.559-99	14.038.647-2 SSPPR	08/34444	(44)99998-3020
Adriano Martins Guirro	064.797.809-14	88512456 SSPPR	369405-F	(44)99821-0277
Denise Rodrigues Fonseca Marçal	056.407.529.98	9.187.018-5	12377	(44)99819-5539
Marlene da Silva	040.490.319.30	8.414.257.3		(44)99921-162

Rua Juvenal Portela, 714, sala D, CEP: 87.250-000, Peabiru, Paraná



Clinica Psicopedagógica Francine Lima

CNPJ: 55.238.595/0001-00

Telefone: (44) – 999211620 – Email: frann.fhl@gmail.com

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
Francine Hilena de Lima Cabreira	009.996.889-44	9.806.799-0 SSPPR	frann.fhl@gmail.com	(44) 99921-1620

ESPECIALIDADES

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
Francine Hilena de Lima Cabreira	Psicopedagoga - Terapia ABA
Selma Aparecida da costa Afonso	Terapeuta ocupacional
Milena Aparecida Ferreira Barbosa	Psicologa/ Terapia ABA
Adriano Martins Guirro	Fisioterapeuta – Psicomotricista
Denise Rodrigues Fonseca Marçal	Fonaudiologa -Terapia ABA
Marlene da Silva	Musicoterapeuta

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

Rua Juvenal Portela, 714, sala D, Peabiru, Pr, CEP 87250-000	(anexar alvará ou licença sanitária do local, junto a esse anexo).
--	--

Peabiru – Pr, 05 de dezembro de 2024.

Rua Juvenal Portela, 714, sala D, CEP: 87.250-000, Peabiru, Paraná



Clinica Psicopedagogica Francine Lima

CNPJ: 55.238.595/0001-00

Telefone: (44) – 999211620 – Email: frann.fhl@gmail.com

ASSINATURA

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA

CNPJ: 55.238.595/0001-00

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA

CPF 009.996.889-44

RG 9.806.799-0 SSPPR



Clínica Psicopedagógica Francine Lima

CNPJ: 55.238.595/0001-00

Telefone: (44) – 999211620 – Email: frann.fhl@gmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEABIRU - PR

Secretaria Municipal de Fazenda
Departamento de Tributos

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

REGIME FISCAL: Simples Nacional

Nome / Razão Social: FRANCINE HELENA LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA
CNPJ/CPF: 55.238.595/0001-00

Contribuinte	Data Abertura	Inscrição Municipal
24231	22/05/2024	63822

Localização:
RUA - JUVENAL PORTELA, 714 SALA D
CENTRO Peabiru

Ramo de Atividade Principal:
8550302 ATIVIDADES DE APOIO À EDUCAÇÃO, EXCETO CAIXAS ESCOLARES
8650099 ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA AREA DE SAUDE NAO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE

Restrições:
Alvará liberado nos termos do Código Tributário Municipal Lei nº 473/2005.

ALVARÁ DE LICENÇA COM VALIDADE ATÉ 31/12/2024



Peabiru, 17 de junho de 2024

Observações:
Nos casos de Encerramento, alteração, inclusão ou exclusão de ramo, mudança de endereço, inclusão ou exclusão de sócio e alteração de razão social, o contribuinte deverá imediatamente requerer tais alterações à Prefeitura.

NOME: DB MEDICAL LTDA
CNPJ: 57.926.125/0001-64

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Municipal: 1632
Data Emissão: 2024-12-04
Data Vencimento: 2025-01-03
Certidao Estadual: 1633
Data Emissão: 2024-12-03
Data Vencimento: 2025-04-02
Certidao Federal: 1634
Data Emissão: 2024-12-03
Data Vencimento: 2025-06-01
Certidao Trabalhista: 1635
Data Emissão: 2024-12-04
Data Vencimento: 2025-06-02
Certidao FGTS: 1636
Data Emissão: 2024-12-04
Data Vencimento: 2025-01-02

Capacidade Tecnica

Proposta

Categoria: SERVIÇOS DE PLANTÃO POR HORA
Procedimento: PLANTÃO MÉDICO POR HORA
Valor: R\$ 115
Qtd: Un. 1728



Clinica Psicopedagógica Francine Lima

CNPJ: 55.238.595/0001-00

Telefone: (44) – 999211620 – Email: frann.fhl@gmail.com

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 FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA, inscrita no CNPJ sob nº 55.238.595/0001-00, sediada na Rua Juvenal Portela, 714, sala D, Centro na cidade de Peabiru, Pr, através representante legal, Francine Hilena de Lima Cabreira, RG 9.806.799-0 SSPPR e CPF 009.996.889-44, 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.

Peabiru/Pr, 05 de dezembro de 2024.

ASSINATURA

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA

CNPJ: 55.238.595/0001-00

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA

CPF 009.996.889-44

RG 9.806.799-0 SSPPR

Rua Juvenal Portela, 714, sala D, CEP: 87.250-000, Peabiru, Paraná



Clínica Psicopedagógica Francine Lima

CNPJ: 55.238.595/0001-00

Telefone: (44) – 999211620 – Email: frann.fhl@gmail.com

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

A empresa FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA, estabelecida na Rua Juvenal Portela, 714, sala D. Peabiru, Pr, CEP 87250-000, inscrita no CNPJ sob nº 55.238.595/0001-00, neste ato representada pelo seu representante Francine Hilena de Lima Cabreira, 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.

Peabiru – Pr, 05 de dezembro de 2024.

ASSINATURA

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA

CNPJ: 55.238.595/0001-00

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA

CPF 009.996.889-44

RG 9.806.799-0 SSPPR

Rua Juvenal Portela, 714, sala D, CEP: 87.250-000, Peabiru, Paraná



Clinica Psicopedagógica Francine Lima

CNPJ: 55.238.595/0001-00

Telefone: (44) – 999211620 – Email: frann.fhl@gmail.com

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 FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA, 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.

Peabiru/Pr, 05 de dezembro de 2024.

ASSINATURA

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA

CNPJ: 55.238.595/0001-00

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA

CPF 009.996.889-44

RG 9.806.799-0 SSPPR

Adriano

44 - 99821-0277

amartinsguirro@outlook.com

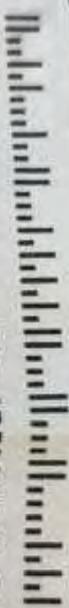


CAIXA

A vida pede mais que um banco



30746966



CTOE CURITIBA RR PL9

DATA DE POSTAGEM: 28/05/2021

ADRIANO MARTINS GUIRRO
RUA SAO PAULO, 750
CENTRO
87325-000 FAROL PR



7411307021212764804473552530280521



FACULDADE UNIÃO DE CAMPO MOURÃO

O Diretor geral da FACULDADE UNIÃO DE CAMPO MOURÃO, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Fisioterapia em 20 de dezembro de 2022 e a colação de grau em 20 de dezembro de 2022, confere o título de

Bacharel em Fisioterapia a

Adriano Martins Guirro

brasileiro, natural do Estado do Paraná, nascido a 28 de abril de 1988,
RG nº 8.851.245-6 - SSP PR e outorga-lhe o presente Diploma
a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Campo Mourão, 23 de maio de 2023

Renato Pacholek
Diretor(a)

Original em XML assinado digitalmente, conforme
Portaria MEC nº 554/2019

Giselly Aparecida Salvador Tonet
Secretária Acadêmica

Original em XML assinado digitalmente, conforme
Portaria MEC nº 554/2019

Dados da Instituição Emissora**FACULDADE UNIÃO DE CAMPO MOURÃO**

Recredenciada através da Portaria nº 80 de 18 de janeiro de 2017, publicada no DOU nº 14, seção 1, pág. 16, de 19 de janeiro de 2017.

Dados da Instituição Mantenedora:

Instituto Makro União Pós Graduação e Extensão Ltda.

CNPJ(MF) nº 09.221.952/0001-00

Curso: Fisioterapia

Grau Conferido: BACHARELADO

Reconhecimento: Portaria nº 60, de 06 de abril de 2023, publicado no DOU nº 11, seção 1, pág 32, de 10 de abril de 2023.

Dados da Instituição Registradora
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ - UEM
CNPJ: 79.151.312/0001-56

Recredenciamento Renovado através de Decreto nº 4225 de 12 de março de 2020, publicada no DOE, Seção 10654, pág. 3, de 24 de março de 2020

DIPLOMA REGISTRADO sob:

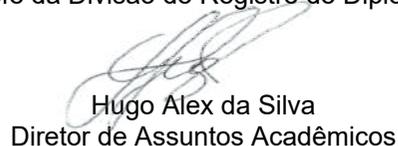
Livro Registro nº RDF-84 Sequência nº 509/2023
folha n.º 66 Processo n.º 2023/506

Em 31 de agosto de 2023, de acordo com o disposto no artigo 48, §1º, da Lei nº 9.394, de 20/12/1996.

Maringá/PR, 31 de agosto de 2023.



Wilson Franciscon Jacob
Chefe da Divisão de Registro de Diplomas



Hugo Alex da Silva
Diretor de Assuntos Acadêmicos

**Por delegação de competência, de acordo com a Portaria nº 1338-
GRE/UEM, de 13/11/2006.**



CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL DA 1ª REGIÃO

FISIOTERAPEUTA

INSCRIÇÃO CREDITO - 369405-F

DR. ADRIANO MARTINS GUIRRO

VICINE

MÁRIO APARECIDO GUIRRO

FILIAÇÃO

ORICÉLIA FIDELIS MARTINS GUIRRO

CAMPÓ MOURÃO - PR

28/04/1988

LOCAL DO NASCIMENTO (CIDADE - ESTADO OU PAÍS)

DATA DO NASCIMENTO

CURITIBA-PR

02/02/2023

LOCAL DA EMISSÃO

DATA DE EMISSÃO

LEI Nº 6.206 - 07.05.75

LEI Nº 6.316 - 17.12.75

Mário Aparecido Guirro
PRESIDENTE

IDENTIDADE CIVIL

8.851.245-6

NÚMERO

IDENTIDADE ELEITORAL

13/10/1999

DATA DE EMISSÃO

088484970612

NÚMERO QUALIFICAÇÕES PROFISSIONAIS

(fluxo anual de Focografagem e ou Focografagem Ocupacional)

PR/183

ORIENTAÇÃO SEXUAL

IPR

ORÇÃO EMITENTE

IDENTIDADE DO CONTRIBUINTE

06479780914

CNPJ

Adriano M. Guirro

ASSINATURA DO PORTADOR



POLEGAR DIREITO

CERTIDÃO DE CONCLUSÃO

Certificamos para os devidos fins e a quem interessar possa que, **ADRIANO MARTINS GUIRRO**, portador do R.G. nº 8851245-6 SSP PR, concluiu no ano de 2022 o Curso de **FISIOTERAPIA**, nesta instituição de Ensino Superior, com uma carga horária de 4040 horas.

Certificamos ainda que referido acadêmico recebeu outorga de colação de grau no dia 20 de Dezembro de 2022.

Por ser expressão da verdade, firmamos o presente.

Campo Mourão, 20 de dezembro de 2022.



Renata Pacholek
Diretor Geral

CERTIFICADO DE CONCLUSÃO

Adriano Guirro

Certificamos que o(a) aluno(a) Adriano Martins Guirro

concluiu com êxito o curso de Fotobiomodulação - Laserterapia de Baixa Potência

no período de 10 de Dezembro a 11 de Dezembro

totalizando 20 horas / aula

Aluno
2022

Dra. Nathali Cordeiro Pinto & Dra. Jaqueline Baiocchi

Ministrantes

HISTÓRICO ESCOLAR

ADRIANO MARTINS GUIRRO R.G.: 8.851.245-6/PR CPF: 064.797.809-14

Curso de Pós-Graduação LATO SENSTI, em nível de especialização: **Psicomotricidade**

DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA	DOCENTE	TITULAÇÃO	NOTA
Psicologia da Aprendizagem	24	Fabíola Bariana Furtado	Mestre	7,0
Contribuição do Conhecimento e o Contribuição da didática na Educação	24	Nírcia Venturini	Mestre	8,0
Transtornos, Dificuldades e Distúrbios de Aprendizagem	24	Fabíola Bariana Furtado	Mestre	7,0
Tendências Atuais de Educação e educação inclusiva	24	Deilton Felipe	Mestre	10,0
Organização de Trabalho Pedagógico	12	Ademilson Cavalcanti	Mestre	9,8
Metodologia Científica I	12	Marcio Sampaio Martins	Mestre	8,5
Fundamentos da Psicomotricidade	12	Jose Eduardo Segala	Mestre	8,0
Desenvolvimento Psicomotor	12	Jose Eduardo Segala	Mestre	9,0
Psicologia da Aprendizagem e do Desenvolvimento	24	Paulo Ricci	Mestre	10,0
Distúrbios Psicomotores e Abordagens Neuropsicológicas	24	Vanildo Rodrigues Pereira	Pos-Graduando	9,0
Metodologia Científica II	12	Valdecir Kippel	Doutora	9,5
Ciência de Intervenção Psicomotora	12	Maria Teresa	Doutora	10,0
Psicomotricidade na 1ª e 2ª Infância	12	Morgana Cláudia da Silva	Mestre	9,5
Psicomotricidade na Adolescência	12	Andressa Taysam Barbosa	Mestre	10,0
Fisiologia do Movimento	12	Leandro Parussio	Mestre	10,0
Psicomotricidade na Terceira Idade	12	Morgana Cláudia da Silva	Mestre	10,0
Psicomotricidade por Meio de Jogos	12	Anderson Honório	Especialista	10,0
Educação e Reabilitação Psicomotora (RPM)	24	Rosani Bortol	Mestre	9,5
O papel do Intérprete de LIBRAS	12	Ruth Miriam Pacheco	Especialista	10,0
Libras-Língua Brasileira de Sinais-Nível Básico	12	Clovis Bariana de Souza	Especialista	7,0
Clínica Psicomotora	12	Livia V. Breccanin	Mestre	9,0
Procedimentos e Instrumentos de Avaliação Psicomotora	12	Lilian Alves Pereira	Mestre	9,5
Psiquisa e Projeto Científico	12	Ademilson Cavalcanti	Mestre	7,5
E.A. EDUCAÇÃO FÍSICA NA EDUCAÇÃO INFANTIL	48	(Orientadora): Jose Eduardo Segala	Mestre	9,0

Carga Horária Total do Curso **408**

Área do Conhecimento: **Ciências da Saúde**

Período Letivo: Abril/2013 a Outubro/2016

Faculdade: Unio de Campo Mourão – (UNICAMP)

Resolução/CNE/CEES nº 63 de 22/01/2010

Resolução/CNE/CEES nº 01 de 08/06/2007

Declaramos que foram cumpridas todas as disposições da

Resolução nº 1970/Livro 01/Folha 10

Campo Mourão, 19 de Outubro de 2016.

Secretaria Acadêmica

Adriano Martini Guirro



FACULDADE UNIÃO DE CAMPO MOURÃO
ESTADO DO PARANÁ

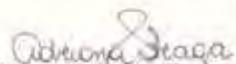


Mantenedora: Instituto Makro União de Pós-Graduação e Extensão Ltda
Credenciamento: Portaria MEC N.º 63 de 22/01/2010, publicada no D.O.U 26/01/2010.

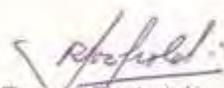
Certificado

Certificamos que *Adriano Martins Guirro*,
concluiu o Curso de Pós-graduação *Lato Sensu*, em nível de especialização:
Psicomotricidade,
realizado por esta Instituição de Ensino Superior no período de Abril de 2013 a Outubro de 2016.

Campo Mourão, 19 de Outubro de 2016.


Adriana Cristina Perçaro Braga
Secretária Acadêmica

Adriano Martins Guirro
Especialista


Renato Pacholek
Diretor Geral

Faculdade Integrado de Campo Mourão - PR

Curso: **EDUCAÇÃO FÍSICA**

- Licenciatura -

Reconhecido pela Portaria Nº 286 de 21/12/12
D.O.U. 27/12/12

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE
UNICENTRO

Diploma registrado sob n.º 46.574, Livro 021, Fls. 030,
Processo 2.121 de 20/02/2013, de acordo com o disposto no
artigo 48, § 1º da Lei 9.394, de 20/12/1996, e nos termos do
artigo 2º da Portaria n.º 71-DAU/MEC, de 21/10/1977.

Guarapuava, 18 de abril de 2013.

Prof.ª Márcia Teresinha Tebbil,

Pró Reitora de Ensino.

Por delegação de competência, nos termos da Resolução
n.º 177/2001-CAD/UNICENTRO, de 09 de outubro de 2001.



FACULDADE INTEGRADO DE CAMPO MOURÃO
ESTADO DO PARANÁ



A Diretora Geral da Faculdade Integrado de Campo Mourão,
no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de
Graduação em Educação Física - Licenciatura
no dia 15 de dezembro de 2012 e outorga de grau em 30 de janeiro de 2013,
confere o título de LICENCIADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA a

Adriano Martins Guirro,

brasileiro, natural do Estado do Paraná,
nascido a 28 de abril de 1988, RG 8.851.245-6 SESP/PR,
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos
e prerrogativas legais.

Campo Mourão - PR, 30 de janeiro de 2013.

Luciana Pontes
Secretaria Acadêmica

Adriano Martins Guirro
Diplomado

Maria da Conceição Montans Baer
Diretora Geral



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEABIRU - PR

Secretaria Municipal de Fazenda
Departamento de Tributos

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

REGIME FISCAL: Simples Nacional

Nome / Razão Social

CNPJ/CPF: **55.238.595/0001-00**

FRANCINE HILENA LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA

Contribuinte

24231

Data Abertura

22/05/2024

Inscrição Municipal

63822

Localização:

**RUA - JUVENAL PORTELA, 714 SALA D
CENTRO**

Peabiru

Ramo de Atividade Principal:

8550302 ATIVIDADES DE APOIO À EDUCACAO, EXCETO CAIXAS ESCOLARES

8650099 ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA AREA DE SAUDE NAO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE

Restrições

Alvará liberado nos termos do Código Tributário Municipal Lei nº 473/2005.

ALVARÁ DE LICENÇA COM VALIDADE ATÉ 31/12/2024



Peabiru, 03 de dezembro de 2024

Orientações

Nos casos de: Encerramento, alteração, inclusão ou exclusão de ramo, mudança de endereço, inclusão ou exclusão de sócio e alteração de razão social, o contribuinte deverá imediatamente requerer tais alterações à Prefeitura.

Milena

44999983020

afbmilenamea@gmail.com



CONTA

FONE SANEPAR: 0800-200-0115

NOME DO CLIENTE		MATRÍCULA
JOSE RODRIGUES FERREIRA		0626.5510
ENDEREÇO	NÚMERO	Nº LADO - Nº FRENTE
R. PROF. PAULINO LONGO 015 D02	29	

CEP	LOCAL	
87.288-000	IRETAMA	
ROTEIRO DE LEITURA	HIDRÔMETRO	CAT - RES - COM - IND - UTP - POP
125-16-08-036-16850	V19AA0195660-5-1	011 001 - - - -

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA	Turbid.	Cor	Oxig.	Fósfo.	Calc. Total	Qualidade (0 a 100)
Nº Mínimo de Amostras Englobas	10	10	10	0	10	
Nº Amostras Realizadas	12	12	12	16	12	
Nº Amostras que Atenderam à Legislação	12	12	12	16	12	

Conclusão: Todas as amostras atenderam à legislação.

HISTÓRICO DE PAGAMENTOS - CONDICIONADO AS OBSERVAÇÕES CONSTANTES NO VERSO

Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
2023	PAGO											
2024	PAGO	X										

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS LANÇADOS	PREFEITURA (R\$)	SANEPAR (R\$)
MULTA TAXA DE LIXO	0,31	
TAXA DE LIXO	15,32	
MULTA AGUA		1,51
JUROS MORATORIOS		0,79

FAIXAS DE CONSUMO	VOLUME	VALOR M3/R\$ AGUA	AGUA	ESGOTO	TOTAIS
RES Mínimo	5		50,42		
De 6 a 10m3	5	1,66	7,99		

HISTÓRICO DE CONSUMOS

Data	10/23	11/23	12/23	01/24	02/24	03/24	04/24	05/24	06/24	07/24	08/24	
Consumo (m³)	13	12	13	20	9	12	13	9	9	12	11	
DATA DE CONSUMO - DATA LEITURA	32		24/09/2024		462		472		10		08/2024	
MOTIVO DA DIFERENÇA DE LEITURA									10		08/10/2024	
PREVISÃO PROXIMA LEITURA AGUA	24/10/2024		59,22		ESGOTO		SERVIÇOS		TOTAL		76,15	

6 EM 6 MESES! CAIXA-D'ÁGUA LIMPA. SAÚDE GARANTIDA!
COMBATE AO MOSQUITO DA DENGUE: DEVER DE TODOS.

TRIBUTOS FEDERAIS - LEI 12.741 - VALOR APROXIMADO R\$ 8,36

AUTENTICAÇÃO NO VERSO OBSERVAÇÕES NO VERSO COMPROMISSO CLIENTE

82660000000-2 76150109202-4 41008062655-0 10092024819-0

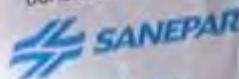


CTRL 0626 5510 0924 8150

ROTEIRO: 125-16-08-036-16850

08A6E180DBBEC7CC1020C4E38FB051F3C886EDA7B01CA40EED02C3E91E5042EE

0626.5510 08/2024 8 1 08/10/2024 76,15



AUTENTICAÇÃO NO VERSO
COMPROMISSO SANEPAR

PAGUE COM PIX





FACULDADE UNIÃO DE CAMPO MOURÃO
ESTADO DO PARANÁ



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

Psicóloga

Milena Aparecida Ferreira Barbosa

brasileira, natural do estado do Paraná, nascida em 23 de janeiro de 1998, portadora da cédula de Identidade RG 14.038.647-2 SSP/PR, e considerando o termo de Colação de Grau lavrado no dia 07 de Fevereiro de 2020, outorga o presente Diploma, além de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Campo Mourão, 31 de Agosto de 2020.

Caetano Silva de Souza
Caetano Silva de Souza
Secretaria Acadêmica

Milena Aparecida Ferreira Barbosa
Diplomada

Rafael Picholski
Rafael Picholski
Diretor Geral

FACULDADE UNIÃO DE CAMPO MOURÃO

Mantenedora: Instituto Máximo União de Pós-Graduação e Extensão Ltda.
Reconhecimento: Portaria MEC Nº: 80 de 18/01/2017, publicada no D.O.U. 19/01/2017, Seção 1, pag. 16. CNPJ: 09221952/0001-00

Curso de Graduação em Psicologia – Bacharelado
Formação de Psicólogo

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

FACULDADE UNIÃO DE CAMPO MOURÃO

Credenciada pela Portaria nº 80/MEC, publicada no Diário Oficial da União, em 19 de janeiro de 2017.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ
PRO-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO
Diretoria de Registro de Diplomas

Diploma registrado sob nº **9567**, Livro **47**.

Folha **067**, Processo nº **102/20**, por delegação de competência do Ministério da Educação, nos termos da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e do Decreto nº 9.235, de 15 de dezembro de 2017.

Paraná-PR, 02 de outubro de 2020.

Rafael Picholski
Rafael Picholski
Diretor de Registro de Diplomas

Por delegação de competência, nos termos do Atos Externos nº 86/2014-REITORIA, de 20/07/2014.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA

IDENTIDADE PROFISSIONAL DE PSICÓLOGO

CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL
LEI Nº 5766/71

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA

REGIÃO 8ª	INSCRIÇÃO CRP-08/34444	DATA DE INSCRIÇÃO 25/09/2021
--------------	---------------------------	---------------------------------

JURISDIÇÃO ESTADO DO PARANÁ	VIA 1ª
--------------------------------	-----------

NOME
MILENA APARECIDA FERREIRA BARBOSA

FILIAÇÃO
AÍLSON FLORENCIO BARBOSA
MÔNICA APARECIDA FERREIRA BARBOSA

NATURALIDADE
IRETAMA/PR

NACIONALIDADE BRASILEIRA(O)	DATA NASCIMENTO 23/01/1998
--------------------------------	-------------------------------

LOCAL DE EXPEDIÇÃO CURITIBA - PR	DATA DE EXPEDIÇÃO 25/09/2021
-------------------------------------	---------------------------------

ASSINATURA OU CHANCELA MECÂNICA DO CRP
Célia Mazza de Souza
Psic. Célia Mazza de Souza
Conselheira Presidente



CPF
111.951.559-99

RG 14.038.647-2/IIPR	DATA EXPEDIÇÃO 24/01/2014	UF PR
-------------------------	------------------------------	----------

OBSERVAÇÃO

Milena A.F. Barbosa

ASSINATURA DO PSICÓLOGO

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 14.038.647-2



POLEGAR DIREITO



Milena Ap. S. Barbosa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 14.038.647-2 DATA DE EXPEDIÇÃO: 24/01/2014

NOME: **MILENA APARECIDA FERREIRA BARBOSA**

FILIAÇÃO: AILSON FLORENCIO BARBOSA
MONICA APARECIDA FERREIRA BARBOSA

NATURALIDADE: IRETAMA/PR DATA DE NASCIMENTO: 23/01/1998

DOC. ORIGEM: COMARCA=CAMPO MOURÃO/PR, IRETAMA
C.NASC=16390, LIVRO=42A, FOLHA=261

CPF: 111.951.559-99

CURITIBA/PR

Newton Tadeu Rocha
NEWTON TADEU ROCHA

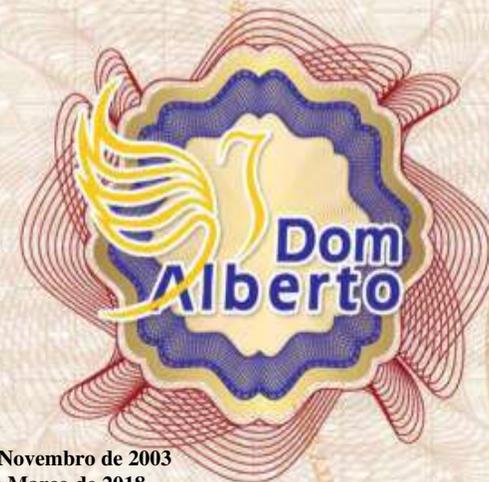
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

É PROIBIDO PLASTIFICAR



Certificado



Credenciamento: Portaria MEC nº 3.201, de 31 de Outubro de 2003, publicado no D.O.U, 05 de Novembro de 2003
Recredenciamento: Portaria MEC nº 248, de 22 de Março de 2018, publicado no D.O.U, 23 de Março de 2018
Credenciamento EAD: Portaria MEC nº 247, de 22 de Março de 2018, publicado no D.O.U, 23 de Março de 2018

A **FACULDADE DOM ALBERTO**, mantida pelo **CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DOM ALBERTO LTDA**, confere o presente certificado de conclusão do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu:

ABA - ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA 750H

Área de Conhecimento: Saúde e bem-estar

A

MILENA APARECIDA FERREIRA BARBOSA

Nacionalidade: Brasileiro (a), Natural do estado: Paraná,
Nascido(a) em 23 de Janeiro de 1998, RG: 14.038.647-2/PR.

Santa Cruz do Sul - RS, 26 de Setembro de 2022.

SHEILA VALQUÍRIA GOMES TIMÓTEO
Diretora

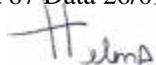
Certificado assinado pela Diretora Sheila Valquíria Gomes Timóteo.

A Pós-Graduação Lato Sensu foi iniciada no dia 02 de Setembro de 2021 e concluída em 23 de Setembro de 2022.

FACULDADE DOM ALBERTO

Registro nº 87 Livro 53/2022

Folha 87 Data 26/09/2022



HELEN APARECIDA DO NASCIMENTO
Secretária Acadêmica



<https://universa.domalberto.com.br/documentos/documento-requerido/consultar-certificado-digital?pesCpf=111.951.559-99&chave=C71DA0E9-B723E0A8-D875A710-975A1DD5>

C71DA0E9-B723E0A8-D875A710-975A1DD5

PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM ABA - ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA 750H

DISCIPLINA	NF	DOCENTE	CH
CARGA HORÁRIA TOTAL			-
O(a) aluno(a) cumpriu a exigência mínima de 75% da frequência em todos os componentes curriculares.			



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEABIRU - PR

Secretaria Municipal de Fazenda
Departamento de Tributos

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

REGIME FISCAL: Simples Nacional

Nome / Razão Social

CNPJ/CPF: 55.238.595/0001-00

FRANCINE HILENA LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA

Contribuinte

24231

Data Abertura

22/05/2024

Inscrição Municipal

63822

Localização:

RUA - JUVENAL PORTELA, 714 SALA D

CENTRO

Peabiru

Ramo de Atividade Principal:

8550302 ATIVIDADES DE APOIO À EDUCACAO, EXCETO CAIXAS ESCOLARES

8650099 ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA AREA DE SAUDE NAO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE

Restrições

Alvará liberado nos termos do Código Tributário Municipal Lei nº 473/2005.

ALVARÁ DE LICENÇA COM VALIDADE ATÉ 31/12/2024



Peabiru, 03 de dezembro de 2024

Orientações

Nos casos de: Encerramento, alteração, inclusão ou exclusão de ramo, mudança de endereço, inclusão ou exclusão de sócio e alteração de razão social, o contribuinte deverá imediatamente requerer tais alterações à Prefeitura.

Selma

44 -99804-6243

selmaafonso.fazenda@hotmail.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
SELMA APARECIDA DA COSTA AFONSO

DATA DE NASCIMENTO 18/04/1978	N.º INSCRIÇÃO 0673 2089 0898	ZONA 141	SEÇÃO 0023
MUNICÍPIO / UF IRETAMA/PR	DATA DE EMISSÃO 27/03/2018		

JUIZ ELEITORAL

Selma A. da C. Afonso
ASSINATURA DO TITULAR

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
031.641.089-66

Nome
SELMA APARECIDA DA COSTA AFONSO

Nascimento
18/04/1978

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

NOME **SELMA APARECIDA DA COSTA AFONSO**

FILIAÇÃO
**SEBASTIÃO ANTONIO DA COSTA
MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA COSTA**

DATA NASCIMENTO **18/04/1978** NATURALIDADE **IRETAMA/PR**
ORGÃO EXPEDIDOR **IPR**

Selma A. da C. Afonso
ASSINATURA DO TITULAR

804-19-00279

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF **031.641.089-66**
REGISTRO GERAL - **8.862.814-8** DATA DE EXPEDIÇÃO **08/08/2019**
REGISTRO CIVIL
COMARCA=IRETAMA/PR, DA SEDE
C.CAB=3281, LIVRO=14B, FOLHA=218

POLGAR DIREITO

Selma A. da C. Afonso
ASSINATURA DO DIRETOR

NÃO PLASTIFIQUE

VALEDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Scanned with CamScanner

Responsável pela Iluminação Pública: Município (44) 3673-1636

Classificação:
 RESIDE/RESIDENCIAL

Tipo de Fornecimento:
 BIFASICO / 50A

ADAILSON AFONSO

HEODORO JOSE DE OLIVEIRA, 296 - R004 162200

CNPJ 87280000
 C. de Imp. de STAM/ - PR
 CPF 06.38883

UNIDADE CONSUMIDORA

15802396

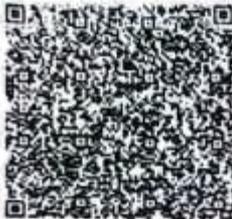
▲ CÓDIGO DÉBITO AUTOMÁTICO ▲

CÓDIGO DO CLIENTE

5962803

AS [1.6.23.10]

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



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

Consulte Chave de Acesso em:
<https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/NF3eConsulta?wsdl>
 Chave de acesso:
 412401136889800113660030823919832033569661
 Processo de Autorização: - as +00.00
 EMISSÃO EM CONTINGENCIA - Pendente de Autorização



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

Itens da Fatura	Unidade	Quantidade	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS / CDFINS	ICMS	Tarifa unit. (R\$)
(01) CONSUMO	kWh	267	0,387677	103,61	4,21	18,63	0,302140
(02) USO SISTEMA	kWh	267	0,421310	112,49	4,57	20,26	0,328370
(03) CONSUMO ILUMINACAO				38,06			
TOTAL				254,06			

DATAS DE LEITURAS		Leitura Anterior	Leitura Atual	N. Dias	Proxima leitura		
		27/12/2023	26/01/2024	30	27/02/2024		
Itens da Fatura	Unidade	Quantidade	Preço unit. (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS / COFINS	ICMS	Tarifa unit. (R\$)
(01) CONSUMO	kWh	267	0,387677	103,51	4,21	16,63	0,302140
(02) USO SISTEMA	kWh	267	0,421310	112,49	4,67	20,28	0,328370
(03) CONSUMO ILUMINAC. TOTAL				38,06			
				264,06			

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

CONSUMO FATURADO		No DIAS FAT		Tributo	Base Calc (R\$)	Alíquota (%)	Valor R\$
HISTÓRICO DE CONSUMO	DEZ 23	441	29	ICMS	216,00	19,00	38,64
	NOV 23	245	32	PIS	177,11	0,99	1,59
	OUT 23	274	30	COFINS	177,11	4,07	7,22
	SET 23	255	30	Reservado ao Fisco			
	AGO 23	238	32	5F7F D990 A269 11F 0305 DC 41 1 DVS D 058			
	JUL 23	192	30				
	JUN 23	243	32				
	MAI 23	224	29				
	ABR 23	418	30				
	MAR 23	498	31				
	FEV 23	280	30				
	JAN 23	268	30				

Medidor	Grandezas	Postos Horarios	Leitura Anterior	Leitura Atual	Cont. Medidor	Consumo kWh
0254030066	kWh	-	55048	55913	1,00	267

REAVISO DE VENCIMENTO

EXCLUSÃO NA FATURA PIS R\$ 1,59 e COFINS R\$ 7,22, CONFORME RES. ANEEL 130/2005. FATURA DO MES 12/2023 ARRECADADA POR DEBITO AUTOMÁTICO DOE SANGUE. Mais informações: 0800 645 4555 ou www.hemepar.pr.gov.br. A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados a prestação do serviço de energia elétrica, como correções e doações. Períodos Band Tarif. Verde 28/12-26/01.

838700000026 540501110006 001010202453 763356966015

Beneficiário	Data do documento: 30/01/2024	Carteira	Especie
Local Pagamento		Ag/Cod. Beneficiário	
Envie o pagamento por débito em seu boleto na próxima fatura			
Nº Documento	Nosso Número	UNIDADE CONSUMIDORA	DATA VENCIMENTO
20245763356966		18802396	19/02/2024
Pagador: ADAILSON AFONSO CPF: 06904199882 - R. THEODORO JOSE DE OLIVEIRA, 296 - R004 182200 - IRETAMA - IRETAMA - PR - 87260000			VALOR DO DOCUMENTO
			264,09

NÃO RECEBER - DEBITO AUTOMÁTICO - BANCO: 001 - AGENCIA: 4744 - Nº 11 0 00 111
Número da fatura: 01-20245763356966-36

CASO NÃO OCORRA O DEBITO, UTILIZE O CODIGO ABAIXO PARA PAGAMENTO
838700000026 540501110006 001010202453 763356966015

CREFITO 8

Página 2

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

Contém 20 folhas numeradas sucessivamente e autenticadas por rúbrica.

Data de emissão: 01/03/2024

Patrícia Rossafa Branco

Patrícia Rossafa Branco
Presidente CREFITO 8

CREFITO 8

CREFITO-8

Página 3

INSCRIÇÃO Nº 25405-TO

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

SELMA APARECIDA DA COSTA AFONSO

Filiação:

SEBASTIÃO ANTÔNIO DA COSTA
MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA DA
COSTA

Nacionalidade: Brasil

Natural de: Iretama - PR

Nascimento: 18/04/1978

Data de emissão: 01/03/2024

CREFITO-8

Página 4

Registros do título de **TERAPEUTA
OCUPACIONAL**

Repartição: **CENTRO UNIVERSITÁRIO INGÁ -
UNINGÁ**

nº 4 Livro/Folha: 74/8

Emitido em 17/01/2024

Concluído em 15/01/2024

Repartição COFFITO nº 25405-TO

Livro/Folha: 903/382

Em 16/02/2024

INSCRIÇÃO CREFITO-8

Data: 01/03/2024

CREFITO-8

CREFITO-8

Página 5

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

Data de emissão no CREFITO: 01/03/2024

CREFITO-8



POLEGAR DIREITO



Selma Aparecida Costa Abano.

ASSINATURA DO PORTADOR

Comprovante de vínculo funcional emitido por
COFFITO

Nome
SELMA A. DA C. AFONSO

Inscrição Crefito
25405-TO

Nome da Mãe
MARIA APARECIDA DA COSTA AFONSO

Nome do Pai
SEBASTIÃO ANTÔNIO DA COSTA

Data de Nascimento
18/04/1978

Naturalidade
Iretama/PR

Data de Emissão
11/05/2024

Nome Civil
SELMA APARECIDA DA COSTA AFONSO

CPF
031.641.089-66

Regional
CREFITO 8



Comprovante emitido em 19/06/2024 08:18
Sujeito a modificações pelo emissor



VERIFIQUE A AUTENTICIDADE DO QR CODE COM O APP VIO

Caso precise verificar o status desse documento, entre em contato diretamente com o órgão emissor.

Sugerimos solicitar a emissão desse documento com a mesma data do dia de sua verificação.

O SERPRO não se responsabiliza por eventuais alterações de status do documento emitido em virtude de futuras necessidades internas do órgão emissor.

Contate o órgão emissor para validação



O Reitor da Uningá - Centro Universitário Ingá,
no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão em 15 de Janeiro de 2024, do Curso de Graduação
em Terapia Ocupacional e a colação de grau em 17 de Janeiro de 2024, confere o título de

Bacharela em Terapia Ocupacional

a

Selma Aparecida da Costa Afonso,

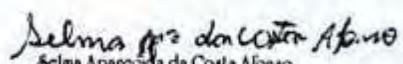
brasileira, natural do Estado do Paraná,
nascida em 18 de Abril de 1978, portadora do RG 6.862.6145 - IIDR

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

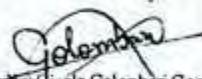
Maringá, 17 de Janeiro de 2024.


Prof. Msc. Roberto Cezar de Oliveira

Reitor


Selma Aparecida da Costa Afonso

Diplomanda


Prof. Msc. Cleide 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: Terapia Ocupacional

Grau Conferido: Bacharelado

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

Dados da Instituição Registradora

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.

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

Processo n.º 00074/2024

MARINGÁ - PR, 17 de janeiro de 2024.

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE PEABIRU - PR

Secretaria Municipal de Fazenda
Departamento de Tributos

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

REGIME FISCAL: Simples Nacional

Nome / Razão Social

CNPJ/CPF: 55.238.595/0001-00

FRANCINE HILENA LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA

Contribuinte

24231

Data Abertura

22/05/2024

Inscrição Municipal

63822

Localização:

RUA - JUVENAL PORTELA, 714 SALA D

CENTRO

Peabiru

Ramo de Atividade Principal:

8550302 ATIVIDADES DE APOIO À EDUCACAO, EXCETO CAIXAS ESCOLARES

8650099 ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA AREA DE SAUDE NAO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE

Restrições

Alvará liberado nos termos do Código Tributário Municipal Lei nº 473/2005.

ALVARÁ DE LICENÇA COM VALIDADE ATÉ 31/12/2024



Peabiru, 03 de dezembro de 2024

Orientações

Nos casos de: Encerramento, alteração, inclusão ou exclusão de ramo, mudança de endereço, inclusão ou exclusão de sócio e alteração de razão social, o contribuinte deverá imediatamente requerer tais alterações à Prefeitura.

CERTIFICADO DE CONCLUSÃO



Certificamos que:

SELMA APARECIDA DA COSTA AFONSO

Concluiu com sucesso as 240 horas do curso

FORMAÇÃO E CERTIFICAÇÃO ABA

RIO DE JANEIRO, 26 DE JUNHO DE 2024

A handwritten signature in black ink that reads 'Eten Thomas'.

TRIUNFAR TREINAMENTOS

CNPJ: 12.123.000/0001 - 68





ProHabilite
Treinamento e Capacitação

Curso de Integração Sensorial em Autismo

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

Certifico que Selma Aparecida da Costa Afonso

CPF: 031.641.089-66

Realizou o Curso de Integração Sensorial em Autismo durante os meses de junho, julho, agosto e setembro de 2024 com carga horária de 58,5 horas.

Maringá, 12 de setembro de 2024.

Silvio C. Castro

ProHabilite

Treinamento e Capacitação

Luciana Sanged Portella

Terapeuta Ocupacional - CREFITO3-4310-TO
Certificação Internacional em Integração Sensorial
4925/1063

Curso de Integração Sensorial em Autismo



ProHabilite
Treinamento e Capacitação

Conteúdo Programático:

Abordagem teórica dos princípios da Integração Sensorial:

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

Abordagem Prática:

- Avaliação da Integração sensorial em indivíduos com Autismo;
- Tratamento de Integração Sensorial em Indivíduos com Autismo;
- Atividades dirigidas em grupo.

Maringá, 12 de setembro de 2024.

Silvio C. Castro

ProHabilite

Treinamento e Capacitação

Luciana Sanged Portella

Terapeuta Ocupacional - CREFITO 3-4310-TO
Certificação Internacional em Integração Sensorial
4925/1063



ProHabilite
Treinamento e Capacitação

Curso de Integração Sensorial e Raciocínio Clínico de acordo com a abordagem de Jeans Ayres - Teoria e Prática

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

Certifico que Selma Aparecida da Costa Afonso

CPF: 031.641.089-66

Realizou o Curso de Integração Sensorial e Raciocínio Clínico de acordo com a abordagem de Jeans Ayres - Teoria e Prática durante os meses de maio, junho e julho de 2024 com carga horária de 58,5 horas.

Maringá, 12 de setembro de 2024.

Silvio C. Castro

ProHabilite

Treinamento e Capacitação

Luciana Sanged Portella

Terapeuta Ocupacional - CREFITO3-4310-TO
Certificação Internacional em Integração Sensorial
4925/1063

Curso de Integração Sensorial e Raciocínio Clínico de acordo com a abordagem de Jeans Ayres - Teoria e Prática



ProHabilite
Treinamento e Capacitação

Conteúdo Programático:

Abordagem teórica dos princípios da Integração Sensorial:

Importância da Integração sensorial nas atividades e relações humanas;

Abordagem da neurociência nos processos sensoriais: Desenvolvimento Evolutivo, Neuroanatomia dos sistemas Sensoriais;

Autorregulação (detecção e registro sensorial) : Compreender os princípios sensório-motores que alteram os comportamentos e as habilidades de aprendizagem nas atividades da vida diária, prática e social;

Integração Sensorial na Neuropediatria; avaliar os processos sensoriais e o desenvolvimento das capacidades neuropsicomotoras.

Abordagem Prática:

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

Experiência Sensorial x Resposta Adaptativa;

Dinâmica do Processo de Integração Sensorial;

Integração Sensorial na casa e na escola.

Maringá, 12 de setembro de 2024.

Silvio C. Castro

ProHabilite

Treinamento e Capacitação

Luciana Sanged Portella

Terapeuta Ocupacional - CREFITO3-4310-TO
Certificação Internacional em Integração Sensorial
4925/1063



ProHabilite
Treinamento e Capacitação

Curso de Seletividade Alimentar e Autorregulação

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

Certifico que Selma Aparecida da Costa Afonso

CPF: 031.641.089-66

Realizou o Curso de Seletividade Alimentar e Autorregulação durante os meses de abril e maio de 2024 com carga horária de 35 horas.

Maringá, 12 de setembro de 2024.

Silvio C. Castro

ProHabilite

Treinamento e Capacitação

Luciana Sanged Portella

Terapeuta Ocupacional - CREFITO3-4310-TO
Certificação Internacional em Integração Sensorial
4925/1063

Curso de Seletividade Alimentar e Autorregulação



ProHabilite
Treinamento e Capacitação

Conteúdo Programático:

Abordagem teórica dos princípios da Integração Sensorial:

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

Maringá, 12 de setembro de 2024.

Silvio C. Castro

ProHabilite

Treinamento e Capacitação

Luciana Sanged Portella

Terapeuta Ocupacional - CREFITO3-4310-TO
Certificação Internacional em Integração Sensorial
4925/1063



FACULDADE INTEGRADO DE CAMPO MOURÃO

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

HISTÓRICO ESCOLAR

Nome: **Selma Aparecida da Costa Afonso**

RA: 03.0405-5

Data de Nascimento: 18/04/1978

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PR

Documento de Identidade: RG 6.862.614-5

Estado: PR

PROCESSO SELETIVO: Concurso Vestibular

Data: 08/12/2002

INSTITUIÇÃO: **Faculdade Integrado de Campo Mourão**

Redação : 8

Classificação: 115º

Total Pontos: 20

Conhecimentos Gerais: 12

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

Curso: **Graduação em Ciências Biológicas**

Habilitação:

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

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

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

OBSERVAÇÕES:

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

Data de Colação de Grau: **/**/****

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

Campo Mourão, 20 de dezembro de 200


Maria Farias
 Secretária Acadêmica
 Portaria 013/06



FACULDADE INTEGRADO DE CAMPO MOURÃO
ESTADO DO PARANÁ



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

Selma Aparecida da Costa Afonso,

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

Campo Mourão, 05 de fevereiro de 2007.

Terles Oliveira Thierbach
Diretora Acadêmico Pedagógica

Selma Ap^{ca} da C. Afonso
Diplomada

Marlyda Conceição Mohndaus Haer
Diretora Geral

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

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA-PR
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

Diploma Registrado sob nº 90585.....

Livro: *126*..... Folha: *194*..... de acordo com o
Art. 48. da Lei nº 9.334. de 20/12/96 e Ato Executivo nº 20/99
de 20/05/99 do Reitor da Universidade Estadual de Londrina.

Londrina. *25/04/2007*.....

D. Cavalli

Profa. Dra. Maria Ap. V. de Carvalho
Pró-Reitora de Graduação
UEUPROGRAD

127

Faculdade de Ensino Superior Dom Bosco

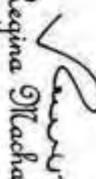
Precedida pela Portaria 2387/MGE de 11/08/2004

Certificação

Certificamos que **Selma Aparecida Da Costa Afonso**, portador (a) do RG n.º 6.862.614-5
SSG/GR, concluiu com aproveitamento o curso de Pós-Graduação "Lata Senau" em **Atualização e
Pacomatricidade**, de acordo com a Resolução do MEC/CEDES n.º 01, de 08 de junho de 2007, promovida pela
Faculdade de Ensino Superior Dom Bosco, no período de 25 de março à 5 de novembro de 2011, perfazendo a total de 420
horas, a fim de que possa gozar de todas as direitos e prerrogativas legais.

Carência Proscópio-GR, 31 de janeiro de 2012.

Aluno(a)


Regina Machado Pereira
Secretária Acadêmica


Jorgina Machado Lopes de Aguiar
Diretora de Ensino

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

Área do conhecimento
7.08.00.00-6

Carga Horária Total
420 horas/aula

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

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

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

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

Certificado registrado sob o número .2733.....Livro 005.....folha015


SETOR DE REGISTRO

Cornélio Procópio,24.../02.../2012

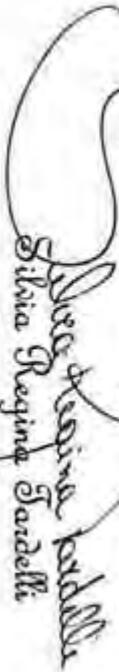
Faculdade de Ensino Superior Dom Bosco
Eredenciada pela Portaria 2387/MEE de 11/08/2004

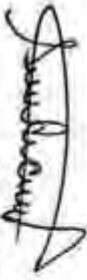
CERTIFICADA

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

Conselho Prócio-pio-PR, 20 de junho de 2011.


Regina Machado Pereira
Secretária Acadêmica


Regina Sardelli
Diretora Geral


Alunista

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

Área do conhecimento
7.09.00.00-6

Carga Horária Total
420 horas/aula

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

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

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

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

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

SETOR DE REGISTRO

Cornélio Procópio, **24** / **06** / **2011**



FACULDADE AVANTIS

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

Certificado

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

AVANTIS

EDUCAÇÃO SUPERIOR

Balneário Camboríu / SC, 07 de junho de 2011.

Selma Aparecida da Costa Afonso

Aluno (a)

Rui Rogério Maschenweng Barbosa

Diretor do Instituto Superior de Educação AVANTIS

Curso de Pós-Graduação *Lato-Sensu* em
Educação Especial e Inclusão

Carga Horária Total
360 horas/aula

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

Título: Educação Precoce e Estimulação Essencial
Conceito: Aprovado

Avaliação:		
<p>Foi considerado aprovado e com direito ao competente certificado, o aluno que obtive nota igual ou superior a 7,0 (sete inteiro) e frequência "Sr" (suficiente) = igual ou superior a 75% (setenta e cinco por cento) em cada uma das disciplinas previstas e que teve o Trabalho de Conclusão de curso considerado aprovado.</p>	<p>Curso realizado conforme a Resolução 002/2006 do Conselho Técnico Pedagógico do Instituto Superior de Educação Avantis.</p>	<p>Certificado registrado sob o nº 011, livro 001, folha 002. Balneario Camaroni 37/26/11 Elizabete Ronconi Secretaria Acadêmica</p>
<p>Coordenadora de Pós-Graduação <i>Fabíola B. Franje</i> Fabíola Lucy Fronza</p>		

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



Universidade Metropolitana de Santos



A Reitora da Universidade Metropolitana de Santos,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Graduação em Pedagogia, Licenciatura,
em 07 de janeiro de 2016, confere o grau de
Licenciada em Pedagogia
a

Selma Aparecida da Costa Afonso

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

R.G. nº 68626145 - PR

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

Santos, 09 de fevereiro de 2016.

Drª Renata Garza de Siqueira Vargas
Reitora

Sônia Maria da Costa
Secretária Geral

Selma Apa da C. Afonso.

Diplomada

UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS
SETOR DE REGISTRO DE DIPLOMAS

Curso de Graduação em Pedagogia, Licenciatura
Reconhecido pela Portaria Normativa nº 40, de 12/12/2007
Consolidada com a Portaria Normativa Nº23 de 01/12/2010, do §1º, Art. 63
Diploma registrado sob o nº 028.690
Processo nº 140.380.349/2.077.028.690
Livro nº 024, página 362, nos termos do §1º, do Artº. 48 da lei federal nº 9394/96.
Santos, 09 de fevereiro de 2016.
Expedido em 02/06/2016.


Bel. Nei Eduardo de Freitas Santos
Encarregado de registros e expedição de diplomas

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


Setor de Registro de Diploma



UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS

Aprovada pela Portaria MEC nº. 150/1996

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

Nome: Selma Aparecida da Costa Afonso RG: 68626145
Nasc: 18/04/1978 Local de Nascimento: Iretama - PR Nacionalidade: Brasileira
Curso: Licenciatura em Pedagogia

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

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

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

* Aproveitamento de estudos nas Disciplinas Assinaladas.

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

Santos, 25 de Abril de 2016.

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



Marlene

44 99921-1620

marlenesilvamiarella@gmail.com

REGISTRO
GERAL

8.414.257 3

DATA DE
EXPEDIÇÃO

08/06/1998

NOME

MARLENE DA SILVA

FILIAÇÃO

JOÃO RODRIGUES DA SILVA

MARIA ROSA DA SILVA

NATURALIDADE

PITANGA/PR

DATA DE NASCIMENTO

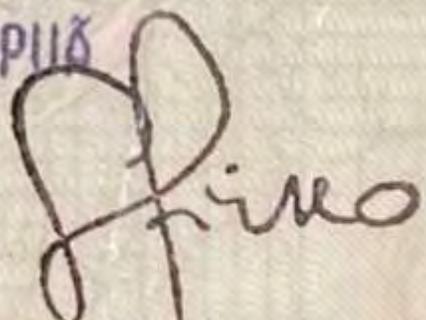
06/02/1977

DOC ORIGEM

COMARCA=IVAIPORÃ/PR, ARAPUÃ

C.NASC 1166, LIVRO=A6, FOLHA=33V

CPF



GERMANO DO NASCIMENTO FILHO

CURITIBA - PR

ASSINATURA DO DIRETOR



SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ



POLEGAR DIREITO



Mardene da Silva

ASSINATURA DO TITULAR



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

040.490.319-30

Nome

MARLENE DA SILVA

Nascimento

06/02/1977



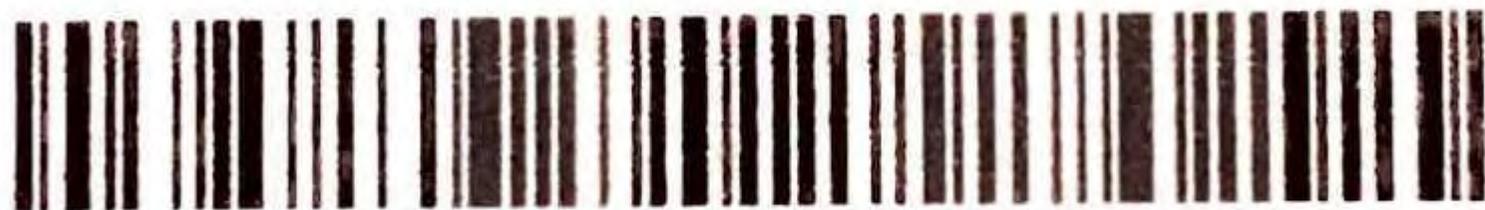
Sistema Único de Saúde

MARLENE DA SILVA

Data Nasc.: 06/02/1977

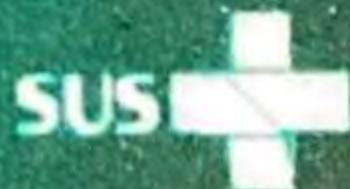
Sexo: F

704 2037 4914 1180



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 (44) 3573-1536

Classificação:
B1 Residencial / Residencial

Tipo de Fornecimento:
Bifasico /50A

DATAS DE
LEITURAS

Leitura anterior
17/09/2024

Leitura atual
17/10/2024

Nº de dias
30

Próxima Leitura
18/11/2024

Nome: ILZO GALVAO JUNIOR

Endereço: R Layde Luppattelli Giraldo, 235 -
R003 248800 - Iretama
CEP: 87280-000
Cidade: Iretama - Estado: PR
CPF: ***.***.***-29

UNIDADE CONSUMIDORA

67886582



NOTA FISCAL No. 128753357 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 18/10/2024

Consulte Chave de Acesso em:
<https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/NF3eConsulta?wsdl>

Chave de Acesso

4124 1004 3688 9800 0106 6600 3128 7533 5710 9044 4948

Protocolo de Autorização: 1412400051577989 - 18/10/2024 às 03:55:00America/Sao_Paulo

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
10/2024	09/11/2024	R\$97,43

Itens de fatura	Unid.	Quant.	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS/COFINS	ICMS	Tarifa unif. (R\$)	Tributo	Saldo (Líquido PIS)	Regra (%)	Valor (R\$)
ENERGIA ELET CONSUMO	kWh	249	0,380040	94,63	4,40	17,98	0,290190	ICMS	134,01	19%	25,46
ENERGIA ELET USO SISTEMA	kWh	249	0,445020	110,81	5,15	21,05	0,339820	COFINS	36,82	4,7137%	1,74
ENERGIA INJETADA TE 10/2024 GDI-I	kWh	-199	0,380050	-75,63	-3,52	-14,37	0,290190	PIS	36,82	1,0270%	0,37
ENERGIA INJETADA TUSD 10/2024 GDI-I	kWh	-199	0,360503	-71,74	-4,12	0,00	0,339820				
ENERGIA CONS. B. VERMELHA	kWh	107,9	0,058387	6,30	0,29	1,20	0,044630				
ENERGIA CONS. B. VERMELHA P2	kWh	141,1	0,103118	14,55	0,68	2,76	0,078770				
ENERGIA INJ. BAND. VERMELHA TE P2	kWh	-112,766667	0,103133	-11,63	-0,54	-2,21	0,078770				
ENERGIA INJ. BAND. VERMELHA TE P1	kWh	-86,233333	0,058214	-5,02	-0,23	-0,95	0,044630				
CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPIO	UN	1	35,160000	35,16							
TOTAL				97,43	2,11	25,46					

HISTÓRICO DE CONSUMO / kWh		
CONSUMO FATURADO	Nº DIAS FAT.	
OUT24	249	30
SET24	274	32
AGO24	261	30
JUL24	267	30
JUN24	271	32
MAI24	252	29
ABR24	304	30
MAR24	403	31
FEV24	373	30
JAN24	326	32
DEZ23	348	29
NOV23	294	30
OUT23	335	30

Módulo	Descrição	Período	Letra	Valor	Unid.	Consumo kWh
0412376073	CONSUMO kWh	TP	8981	9230	1	249
0412376073	GERAC kWh	TP	8177	8423	1	246

Reservado ao Fisco

PERÍODO FISCAL: 18/10/2024

7FA4.2EA8.5493.A60C.72E1.5188.D96C.10A7

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 0, Saldo Acumulado no (TP) Todos os Períodos 235, Saldo a Expirar Próximo Mês no (TP) Todos os Períodos 0.

INCLUSO NA FATURA PIS R\$0,37 E COFINS R\$1,74 CONFORME RES. ANEEL 130/2005.

FATURA DO MÊS 09/2024 ARRECADADA POR DEBITO AUTOMATICO

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.: Vermelha P1:18/09-30/09 Vermelha P2:01/10-17/10

67886582

10/2024

09/11/2024

R\$97,43

Número da fatura: FAT-01-20247549044494-24

836400000003 974301110009 001010202479 549044494249

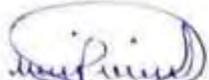
NÃO RECEBER - FATURA ARRECADADA

Certificado



O Diretor Geral da Faculdade FAMART, no uso das suas atribuições regimentais, certifica que, **MARLENE DA SILVA**, RG 8.414.257-3, concluiu o curso de **Pós-Graduação Lato Sensu em MUSICOTERAPIA**, área de conhecimento Saúde e Bem-Estar, realizado no período de 09 de março de 2020 a 07 de março de 2022, totalizando 600 horas, em conformidade com a Resolução nº 1, de 06/04/2018, para que possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais, outorga-lhe o presente certificado.

Itaúna, 24 de março de 2022.


MARLENE DA SILVA
ALUNA


WANDERSON CLAYTON FONTELLA FRANCISCO
DIRETOR GERAL



FACULDADE
famart
GRADUAÇÃO | PÓS-GRADUAÇÃO EAD



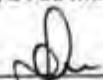
FACULDADE FAMART

Credenciada pela Portaria nº 186
de 05/04/2016 e
Portaria nº 918 de 15/08/2017.

Certificado registrado de acordo
com a Resolução CNE/CES nº 1, de
06 de abril de 2018, tendo validade
em todo território nacional.

Registro nº 18962
Livro nº 022 Folha nº 018

Itaúna/MG, 24 de Março de 2022


Secretária Acadêmica

Nome: Marlene da Silva	Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: Pitanga-PR
Documento de Identidade: 8.414.257-3	Órgão Emissor: SESP-PR	Data de Nascimento: 06/02/1977
Filiação: João Rodrigues da Silva e Maria Rosa da Silva		Carga Horária: 600 horas
Graduado no curso de: Licenciatura em História	Período de Realização: 09/03/2020 a 07/03/2022	

HISTÓRICO ESCOLAR DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MUSICOTERAPIA

(Nos termos da Resolução CNE/CES nº 1, de 06 de abril de 2018.)

Disciplina	CH	Frequência %	Nota	Corpo Docente	Titulação
Didática do Ensino Superior	60	100%	10,00	Karina Leão Melo	Mestre
Metodologia e Pesquisa Científica	60	100%	10,00	Lucas Eustáquio de Paiva Silva	Doutor
Introdução a Educação EaD	60	100%	9,00	Mailson Santos de Queiroz	Mestre
Políticas Públicas em Saúde	60	100%	10,00	Luciano Borges Muniz	Mestre
Relacionamento Interpessoal e Ética Profissional	60	100%	10,00	Gilbert Daniel da Silva	Doutor
Confecção de Instrumentos Musicais Artesanais	60	100%	10,00	Pauliane Aparecida de Moraes	Mestre
Psicofarmacologia	60	100%	10,00	Marília Gonçalves Madureira	Mestre
Avaliação em Musicoterapia	60	100%	10,00	Pauliane Aparecida de Moraes	Mestre
Fundamentos da Musicoterapia	60	100%	10,00	Aracele Maria de Souza	Doutora
Musicoterapia do Desenvolvimento	60	100%	9,00	Bruno Galvão Filho	Doutor

Área de Conhecimento: SAÚDE E
BEM-ESTAR

Data de Emissão: 24 de Março de
2022

Trabalho de conclusão de curso (TCC): A MÚSICA NA EDUCAÇÃO INFANTIL.

Nota: 10,00

A IES declara que o presente curso
cumpriu todas as disposições da
Resolução CNE/CES nº 1, de 6 de
abril de 2018.

Média mínima para aprovação: 7,00

Frequência mínima para aprovação: 75%

Faculdade de Administração, Ciências e Educação
FAMART LTDA
CNPJ: 19.412.507/0001-80
Rua Osório Santos, 207 Nogueira Machado
Itaúna/MG CEP: 35680-229





Universidade Cesumar - Unicesumar

Estado do Paraná



UniCesumar

O Reitor da Universidade Cesumar - Unicesumar,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão em 04 de março de 2020, do
Curso de Graduação em Pedagogia e a colação de grau
em 26 de junho de 2020, confere o título de Licenciada em Pedagogia a

Marlene da Silva,

brasileira, natural do Estado do Paraná,
nascida a 06 de fevereiro de 1977, RG 84142573/SESP-PR

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.
Maringá, 27 de julho de 2020.

Wilson de Matos Silva
Reitor

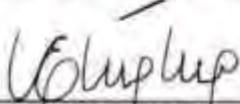
Marlene da Silva
Diplomada

UNIVERSIDADE CESUMAR - UNICESUMAR
Mantenedora: CESUMAR
CNPJ: 79.265.617/0001-99
Credenciada pela Portaria MEC nº 367 de 27/03/2020,
publicada no D.O.U nº 62, Seção 1, Pág. 51 de
31/03/2020

**Curso de GRADUAÇÃO EM PEDAGOGIA -
LICENCIATURA**

**Reconhecimento renovado nos termos da Portaria
MEC nº 913, de 27/12/2018, publicada no D.O.U. nº
249, Seção 1, Pág. 134 de 28/12/2018**

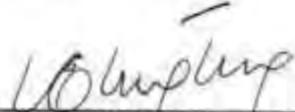
Cumprindo a legislação vigente "(...) destina-se à
formação de professores para exercer funções de
magistério na Educação Infantil e nos anos iniciais do
Ensino Fundamental, nos cursos de Ensino Médio, na
modalidade Normal, de Educação Profissional na área de
serviços e apoio escolar e em outras áreas nas quais
sejam previstos conhecimentos pedagógicos".



ERICA RODRIGUES CARLOTO PEREIRA
Diretora de Serviços Acadêmicos

A assinatura do Reitor da Universidade Cesumar - Unicesumar, no anverso deste
diploma, foi aposta mediante chancela mecânica registrada sob protocolo nº
14002761, do Livro nº 1111-N, às fls. 172 e 173, em 08 de outubro de 2014, no
2º Ofício de Notas da Comarca de Maringá, local em que poderá ser reconhecida a
firma.

Universidade Cesumar - Unicesumar
Maringá - PR
Diretoria de Serviços Acadêmicos
Departamento Especial de Registro de Diplomas
Diploma registrado sob nº 117093.
Processo n.º 117093/2020 nos termos do art. 48 da Lei
9.394/96 e Decreto 9.235/2017.
Maringá, 27 de julho de 2020.



ERICA RODRIGUES CARLOTO PEREIRA
Diretora de Serviços Acadêmicos





PREFEITURA MUNICIPAL DE PEABIRU - PR

Secretaria Municipal de Fazenda
Departamento de Tributos

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

REGIME FISCAL: Simples Nacional

Nome / Razão Social

CNPJ/CPF: **55.238.595/0001-00**

FRANCINE HILENA LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA

Contribuinte

24231

Data Abertura

22/05/2024

Inscrição Municipal

63822

Localização:

**RUA - JUVENAL PORTELA, 714 SALA D
CENTRO**

Peabiru

Ramo de Atividade Principal:

8550302 ATIVIDADES DE APOIO À EDUCACAO, EXCETO CAIXAS ESCOLARES

8650099 ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA AREA DE SAUDE NAO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE

Restrições

Alvará liberado nos termos do Código Tributário Municipal Lei nº 473/2005.

ALVARÁ DE LICENÇA COM VALIDADE ATÉ 31/12/2024



Peabiru, 03 de dezembro de 2024

Orientações

Nos casos de: Encerramento, alteração, inclusão ou exclusão de ramo, mudança de endereço, inclusão ou exclusão de sócio e alteração de razão social, o contribuinte deverá imediatamente requerer tais alterações à Prefeitura.

Denise

44 - 99819-5539

derfonseca@hotmail.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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

NOME

DENISE RODRIGUES FONSECA MARÇAL

FILIAÇÃO

RONALDO FONSECA

JUDITE RIBAS RODRIGUES FONSECA



DATA NASCIMENTO NATURALIDADE

03/11/1986

RONCADOR/PR

TS/FRH

0-

ORGÃO EXPEDIDOR

IPR

Denise Rodrigues Fonseca Marçal
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 056.407.529-98

REGISTRO GERAL 9.187.018-5

REGISTRO CIVIL

C.CAS-081992.01.55.2011.2.00017.192.0004146-14

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/02/2020

T. ELEITOR

CTPS

SÉRIE UF

0852 0468 0647

5564806

1 PR

NIS/PIS/PASEP

129.74790.52-8

CNH

CNS

05335203525

705.6014.1555.6717

MARCUS VINÍCIUS DA COSTA MICHELOTTI
DIRETOR

ASSINATURA DO DIRETOR

POLEGAR DIREITO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÃO PLASTIFIQUE

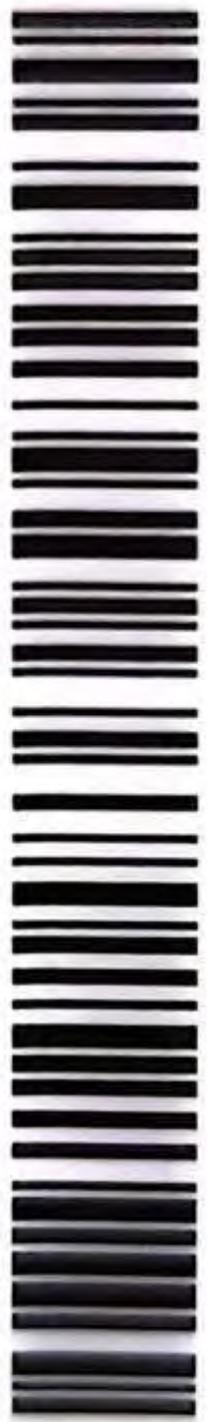
Sistema Único de Saúde

DENISE RODRIGUES FONSECA

Data Nasc. : 03/11/1986

Sexo : F

705 6014 1555 6717



5m 8682

DISQUE SAÚDE 136

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





CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA

CARTÃO DE IDENTIDADE DE PROFISSIONAL

VALE COMO DOCUMENTO DE IDENTIDADE E TEM FÉ PÚBLICA

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



Nome

DENISE RODRIGUES FONSECA MARÇAL



Inscrição Nº

12377

Especida em

19/09/2023

Região

003 - Conselho Regional de Fonoaudiologia 3ª região

CPF

056.407.529-98

Registro Geral - Nº

9.187.018-5

**CRFa
3ª Região**

Denise Rodrigues Fonseca Marçal

Assinatura do Portador



Filiação

Pai

RONALDO FONSECA

Mãe

JUDITE RIBAS RODRIGUES FONSECA

Nacionalidade

BRASILEIRA

Naturalidade

RONCADOR-PR

Data de Nascimento

03/11/1986



CELSO LUIZ G DOS SANTOS JUNIOR
PRESIDENTE



32012-03

PR

CASA DA MOEDA DO BRASIL

NOVEMBRO AZUL

A saúde física e mental do homem importam! Previna-se. Cuide-se!



Endereço: Rua Engenheiro Roberto, nº 1278
 CEP: 80213-900 Curitiba - PR
 CNPJ: 06.940.000/0001-90
 Inscrição Estadual: 191.040104-4
 Site: www.sanepar.com.br
 Telefone: 0800 200 0115
 WhatsApp: 41 99344-0115

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

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

❖ De acordo com o Art. 41 da Lei 12.002/2006, o Histórico de Pagamentos, constante nesta conta, substitui os contos mensais para comprovação de quitação, relativos aos meses nela consignados, não quitando outros débitos anteriores ou posteriores aos indicados na conta, nem aqueles questionados judicialmente. Os meses que se encontram com o campo preenchido com a letra (X) significa que a conta está pendente, cancelada ou não existe conta para a referência e com a anotação "pago" que a conta está quitada.

❖ Autorize o crédito automático da sua conta. Informe-se em sua agência bancária.

❖ Contas pagas após o vencimento há incidência de atualização monetária pela variação do IPCA entre as datas de vencimento e pagamento, multa de 2% e juros de mora de 0,333% ao dia, conforme o Art. 125 da Resolução 035/2020 - AGEPAR. Atualização monetária, multa e juros de mora serão incluídos em conta futura.

❖ O não pagamento da conta poderá ocasionar a suspensão do abastecimento, conforme estabelecido no Decreto Federal 7.217/2010 e implicará em sua inscrição no Cadastro Informativo Estadual - CADIN, conforme o Lei Estadual 18.468/2015.

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

❖ Não há incidência de tributação estadual ou municipal neste conta.

❖ É vedada a instalação de eliminador de ar, bomba de sucção ou elementos estranhos na ligação de água, bem como a derivação de tubulação, conexão cruzada, derivação ou retrada nos locais da ligação, conforme o Art. 10 da Resolução 003/2020 - AGEPAR.

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

❖ Para comunicações, solicitar ou cancelar serviços, informações sobre o bloqueio da cobrança da taxa de fixo, se houver e outras informações ligue para 0800 200 0115 ou acesse www.sanepar.com.br.

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

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

❖ Mantenha seus dados cadastrais atualizados.

❖ Central AGEPAR - telefone: 0800 444 2115.



Mais informações para você ➔

CONTA

NOME DO CLIENTE: DENISE RODRIGUES FONSECA MATRÍCULA: 3734.9410

ENDEREÇO: R CARLOS RIBEIRO Nº 218 Nº DA COPIA - PRENTE

CEP: 87.313-170 LOCAL: CAMPO MOURAO

RÓTULO DE IDENTIFICAÇÃO: H IDRÔMETRO: CAT - RES - COM - IND - UTP - POP

026-14-05-005-24025 Y22AA0130000-4-1 011 001 000 000 000 000

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA	Turbidez	Ca	Cloro	Fluó	Coliformes Totais
RP Amostras de Amostras Frígidas	110	110	110		110
RP Amostras Realizadas	120	120	120	132	124
RP Amostras que Atenderam à Legislação	120	120	120	132	124

Conclusão: Todas as amostras atenderam a legislação.

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS LANÇADOS VALORES

AT. MONET. P/ ATRASO	0,66
MULTA AGUA	1,01
MULTA ESGOTO	0,81
JUROS MORATORIOS	1,59

FAIXAS DE CONSUMO ----- VOLUME ----- VALOR M3/R\$ ----- TOTAIS -----

	AGUA	AGUA	ESGOTO
RES MÍNIMO	5	50,42	40,34
DE 6 A 10M3	5	1,56	7,80
DE 11 A 15M3	1	8,69	8,69

HISTÓRICO DE CONSUMO m³

12/23	01/24	02/24	03/24	04/24	05/24	06/24	07/24	08/24	09/24	10/24
23	R	16	6	5	8	4	5	4	13	13

DIAS DE CONSUMO	DATA LEITURA	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO m³	REFERÊNCIA
30	21/11/2024	385	396	11	11/2024

METODOS DE MEDIÇÃO DE LEITURA	VALOR DE CONSUMO m³ (MÉTODOS DE MEDIÇÃO)	VALOR DE CONSUMO m³ (MÉTODOS DE MEDIÇÃO)
--	7	05/12/2024

PREVISÃO PRÓXIMA LEITURA	ÁGUA	ESGOTO	SERVIÇOS	TOTAL
19/12/2024	66,91	53,53	4,07	124,51

6 EM 6 MESES! CAIXA-D'AGUA LIMPA, SAÚDE GARANTIDA!
 COMBATE AO MOSQUITO DA DENGUE: DEVER DE TODOS.
 TRIBUTOS FEDERAIS - LEI 12.741 - VALOR APROXIMADO R\$ 10,60

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA COMPROMETE CLIENTE

PAGUE COM PIX



CTRL: 3734.9410.1124.9131

82640000001-2 24510109202-2 41205373494-0 10112024919-4



CNPJ SANEPAR: 06.940.000/0001-95

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	VALOR
3734.9410	11/2024	05/12/2024	124,51

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA CONFIRMA O PAGAMENTO

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDILOGIA
CARTÃO DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

VALE COMO DOCUMENTO DE IDENTIDADE E TEM FÉ PÚBLICA

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



Nome

DENISE RODRIGUES FONSECA MARÇAL



Inscrição Nº
12377

Expedida em
19/09/2023

Região

003 - Conselho Regional de Fonoaudiologia 3ª região

CPF

056.407.529-98

Registro Geral - Nº

9.187.018-5

CRFa
3ª Região

Denise Rodrigues Fonseca Marçal

Assinatura do Portador



Filiação

Pai

RONALDO FONSECA

Mãe

JUDITE RIBAS RODRIGUES FONSECA

Nacionalidade

BRASILEIRA

Naturalidade

RONCADOR-PR

Data de Nascimento

03/11/1986

CELSO LUIZ G. DOS SANTOS JUNIOR
PRESIDENTE



32012-03

PR

CASA DA MOEDA DO BRASIL



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

Bacharela em Fonoaudiologia

a

Denise Rodrigues Fonseca Marçal,

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

Maringá, 10 de Agosto de 2023.

Prof. Me. Roberto Cezar de Oliveira

Reitor

Denise Rodrigues Fonseca Marçal

Diplomada

Profa. Me. Gisele Colombari Gomes

Pró-Reitora



UNINGÁ - CENTRO UNIVERSITÁRIO INGÁ

PRÓ-REITORIA

DIVISÃO DE REGISTRO DE DIPLOMAS

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

Curso de Graduação em Fonoaudiologia - Bacharelado

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

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

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

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

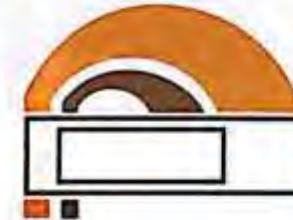
Maria Cristina de Castro Gobbi Marques
Departamento de Documentos Controlados
Portaria nº63 de 03/07/2018



1430.1430.5cfede90a948



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



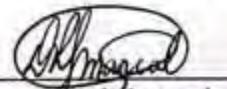
O Diretor da Faculdade Estadual de Ciências e Letras de Campo Mourão,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão em 20 de dezembro de
2012, do Curso de Graduação em Letras e a colação de grau em
06 de fevereiro de 2013, confere o título de
LICENCIADA EM LETRAS a

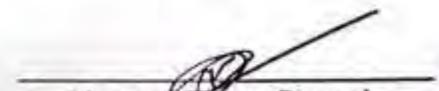
Denise Rodrigues Fonseca Marçal,

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

Campo Mourão, 18 de abril de 2013.


Prof. Eder Rogério Stela
Diretor


Diplomada


Neusa Ariaco Coppola
Diretora de Controle Acadêmico

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

FACULDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS
E LETRAS DE CAMPO MOURÃO

APOSTILA

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

Campo Mourão, 18 / 04 / 2013.


Eder Rogério Stela
Diretor


Neusa Ciriaco Coppola
Diretora de Controle Acadêmico

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

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


Prof. Dr. Ludoviko Camasciali dos Santos
Pró-Reitor de Graduação
UEL/PROGRAD



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEABIRU - PR

Secretaria Municipal de Fazenda
Departamento de Tributos

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

REGIME FISCAL: Simples Nacional

Nome / Razão Social

CNPJ/CPF: **55.238.595/0001-00**

FRANCINE HILENA LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA

Contribuinte

24231

Data Abertura

22/05/2024

Inscrição Municipal

63822

Localização:

**RUA - JUVENAL PORTELA, 714 SALA D
CENTRO**

Peabiru

Ramo de Atividade Principal:

8550302 ATIVIDADES DE APOIO À EDUCACAO, EXCETO CAIXAS ESCOLARES

8650099 ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA AREA DE SAUDE NAO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE

Restrições

Alvará liberado nos termos do Código Tributário Municipal Lei nº 473/2005.

ALVARÁ DE LICENÇA COM VALIDADE ATÉ 31/12/2024



Peabiru, 03 de dezembro de 2024

Orientações

Nos casos de: Encerramento, alteração, inclusão ou exclusão de ramo, mudança de endereço, inclusão ou exclusão de sócio e alteração de razão social, o contribuinte deverá imediatamente requerer tais alterações à Prefeitura.



CERTIDÃO

O Conselho Regional de Fonoaudiologia - 3ª região, na forma da Lei, certifica, a pedido, que o(a) fonoaudiólogo(a) DENISE RODRIGUES FONSECA MARÇAL, CPF 05640752998, inscrito(a) desde 14/08/2023, sob o número CRFa 3 - 12377, está com registro ATIVO e REGULAR perante a Secretaria e a Tesouraria.

Outras informações: Não consta em nosso cadastro nenhum procedimento disciplinar contra o(a) profissional com trânsito em julgado, estando o(a) fonoaudiólogo(a) em pleno gozo de seus direitos profissionais.

Esta certidão foi expedida exclusivamente para fins de comprovação.

Fica resguardado o direito do CREFONO-3 de executar, em qualquer tempo, quaisquer débitos ou processos identificados.

Esta certidão tem validade até o dia 27/10/2024. Declaração Digital número 022705792310012024 emitida eletronicamente via internet às 27/09/2024 11:10:10. Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CREFONO-3 www.crefono3.org.br.

Atenção: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



Certificado

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

Curitiba, 23 de março de 2023



DIRETOR GERAL
VAGNER CAUNETO
03340760993



DENISE RODRIGUES FONSECA MARÇAL

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

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

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

Faculdade Uninia

Certificado Registrado sob o nº 45, no livro nº 646, folha 45 no livro eletrônico de registro de certificados de cursos de Pós-Graduação Lato Sensu, em nível de Especialização da Faculdade Uninia.
Conforme autorização do curso CAS PORTARIA Nº 009/2020 de 21 de Janeiro de 2020

Este documento está assinado digitalmente de acordo com o artigo 10 da medida provisória 2200-2 de 24.08.2014



DIRETOR GERAL
VAGNER CAUNETO
03340760993





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



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

Educação Especial Inclusiva,

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

Indaial, 30 de setembro de 2015.



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



Denise Rodrigues Fonseca
Tulada

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

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

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

CENTRO UNIVERSITÁRIO LEONARDO DA VINCI

Gerência Acadêmica / Registro de Diplomas

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

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

Indaial, 30 de setembro de 2015.


 Gerente Acadêmica



Centro Universitário Barão de Mauá



Certificado

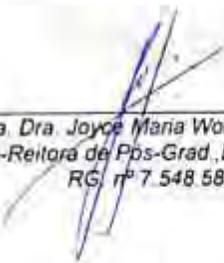
A Reitora do Centro Universitário Barão de Mauá de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, de acordo com Inciso II - artigo 9º do Regimento deste Estabelecimento de Ensino Superior, combinado o Inciso III - artigo 44 da Lei 9394, de 20 de dezembro de 1996 e com a Resolução número 01/2007 do Conselho Nacional de Educação, e demais normas vigentes, Certifica que

Denise Rodrigues Fonseca Marçal

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

Ribeirão Preto, 7 de junho de 2016


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


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


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

Certificado registrado sob nº
2016 0000399263 01

Centro Universitário Barão de Mauá credenciado pela Portaria nº 122 de 20 de janeiro de 2008,
publicada no D.O.U. de 23 de janeiro de 2008.

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

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

Total da Carga Horária do Curso 421

Foram cumpridas todas as disposições da Resolução nº 01 de 08/06/2007 do Conselho Nacional de Educação.

Período de realização do Curso

6 de junho de 2015 à 6 de fevereiro de 2018

DEFICIENTE AUDITIVO NO ENSINO FUNDAMENTAL

Título TCC

Conceito TCC

S (suficiente)

Ribeirão Preto, 7 de junho de 2018

Bel. Omar Anselmo Júnior
Secretário Geral
RG. 13.593.695-SP



Clinica Psicopedagogica Francine Lima

CNPJ: 55.238.595/0001-00

Telefone: (44) – 999211620 – Email: frann.fhl@gmail.com

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA

CPF 009.996.889-44

Email: frann.fhl@gmail.com

Telefone: (44) 99921- 1620

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 9.806.799-0



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Francine H. de L. Cabreira

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 9.806.799-0

DATA DE EXPEDIÇÃO: 05/11/2014

NOME: FRANCINE HELENA DE LIMA CABREIRA

FILIAÇÃO: JOÃO PEREIRA DE LIMA

LUCINEIA DIAS DO PRADO DE LIMA

NATURALIDADE: PEABIRU/PR

DATA DE NASCIMENTO: 09/05/1992

DOC. ORIGEM: COMARCA=PEABIRU/PR, DA SEDE

C. CAS=3889, LVRO=15B, FOLHA=112

CPF: 009.996.899-44

CURTIBA/PR

FOR OBRIGADO, ASSINAR EM TODAS AS PÁGINAS DA CARTEIRA DE IDENTIDADE. A ASSINATURA DEVE SER FEITA EM TINTA AZUL OU PRETA, EM LÍQUIDA, EM UM DOS LADOS DA CARTEIRA. A ASSINATURA DEVE SER FEITA EM UM DOS LADOS DA CARTEIRA. A ASSINATURA DEVE SER FEITA EM UM DOS LADOS DA CARTEIRA.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

E PROIBIDO PLASTIFICAR

**Ministério da Fazenda**
Receita Federal

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

Número
009.996.889-44

Nome
FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA

Nascimento
09/05/1992

CÓDIGO DE CONTROLE
4079.477C.1F5C.CA90



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 19:52:38 do dia 18/06/2024 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CERTIFICADO

CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR GIRASSOL

Certificamos para os devidos fins que:

Francine Hilena de Lima Cabreira

CPF: 009.996.889-44

Participou do curso **Aplicador ABA** com carga horária de **20 horas**, realizado nos dias 29 de fevereiro e 01 de março de 2024 por meio da Clínica Multidisciplinar Girassol, empresa de direito privado inscrita no CNPJ sob o nº 45.174.078/0001-60.

Campo Mourão, 01 de março de 2024.

Daiane Cruz

Daiane Carolina da Cruz
Diretora Técnica
CRP 08/32463

Elizandra Silva

Elizandra Silva de Abreu
Diretora Clínica
CRP 08/33894



Curso Aplicador ABA

Conceitos sobre Autismo e suas particularidades;

Princípios Básicos da Análise do Comportamento;

Manejo de Comportamentos Interferentes;

PEI, Programas de ensino, Coleta de Dados, aplicação de programas;

Ética e Postura Profissional.

Clinica Girassol

Clinica Multidisciplinar Girassol, Rua Prefeito Devete de Paula Xavier, nº 1328, Centro, Campo Mourão - PR
(44) 3068-1389 - clinicagirassol3@gmail.com



FACULDADE UNIÃO DE CAMPO MOURÃO
ESTADO DO PARANÁ



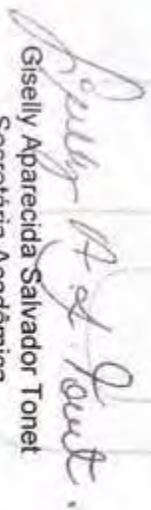
Certificado

Certificamos que *Francine Hilena De Lima Cabreira*,
concluiu o Curso de Pós-Graduação Lato Sensu, em nível de especialização:

Psicopedagogia Clínica e Institucional,

Realizado por esta Instituição de Ensino Superior no período de Fevereiro/2022 a Fevereiro/2024.

Campo Mourão, 15 de Fevereiro de 2024.


Giselly Aparecida Salvador Tonet
Secretária Acadêmica


Francine Hilena de Lima Cabreira
Especialista


Renato Pacholek
Diretor Geral

HISTÓRICO ESCOLAR

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA

R.G.: 9.806.799-0

CPF: 009.996.889-44

Curso de Pós-Graduação LATO SENSU em nível de especialização Psicopedagogia Clínica e Institucional (Resolução CONSEE Nº 17/2016)

DISCIPLINAS	CARGA HORÁRIA	DOCENTE	TITULAÇÃO	NOTA
Análise e interpretação de Desenhos	12	Anna Caroline Sousa de Oliveira	Especialista	10,0
Avaliação e Intervenção em Psicopedagogia Clínica	48	Cristina Cerezueta	Doutora	10,0
Avaliação e Intervenção em Psicopedagogia Institucional	48	Cristina Cerezueta	Doutora	10,0
Dinâmica Familiar e Aprendizagem	12	Frank Duarte	Especialista	10,0
Epistemologia Genética e Psicopedagogia	12	Maria Aparecida de Souza	Especialista	9,0
Estágio Supervisionado em Psicopedagogia Clínica	70	Cristina Cerezueta	Doutora	10,0
Estágio Supervisionado em Psicopedagogia Institucional	70	Cristina Cerezueta	Doutora	10,0
Fundamentos da Psicopedagogia	24	Frank Duarte	Especialista	7,5
Fundamentos Psiconeurológicas da Aprendizagem	24	Frank Duarte	Especialista	9,8
Introdução a LIBRAS e O Papel do Interpret de LIBRAS	12	Ruth Mirian Pacheco	Especialista	9,5
Introdução Estágio Supervisionado em Psicopedagogia Clínica	12	Cristina Cerezueta	Doutora	10,0
Introdução Estágio Supervisionado em Psicopedagogia Institucional	12	Cristina Cerezueta	Doutora	10,0
Lúdico e Literatura Infantil	24	Nilcéia Venturini	Mestre	8,5
Metodologia Científica e Elaboração de Projeto	12	Cristina Cerezueta	Doutora	10,0
Problemas de Aprendizagem da Leitura e da Escrita	12	Cristina Cerezueta	Doutora	10,0
Problemas de Aprendizagem da Matemática	12	Thailia Simone Muraro Brito	Especialista	8,0
Processo de Aprendizagem da Leitura e da Escrita	24	Cristina Cerezueta	Doutora	7,0
Processo de Aprendizagem da Matemática	24	Thailia Simone Muraro Brito	Especialista	10,0
Profissionalismo e Humanização	12	Claudio Rodrigues Cardoso de Melo	Especialista	8,0
Psicanálise e Psicopedagogia	12	Paulo Sérgio Pereira Ricci	Mestre	7,5
Psicologia Sócio-histórica e Psicopedagogia	12	Fabrizio Rodrigues de Moura	Mestre	8,5
Psicopedagogia e Psicomotricidade	12	Sandra Garcia Neves	Doutora	7,5
Relacionamento Interpessoal	12	Carla Michelle Gentilin Manganozi Oselaine	Especialista	7,5
Transitórios do Desenvolvimento Humano	24	Maria Aparecida de Souza	Especialista	9,5
TCC - TCC - Trabalho de Conclusão de Curso: Atuação Psicopedagógica Clínica e Institucional Aplicações Práticas	60	Orientador (a): Cristina Cerezueta	Doutora	10,0
Carga Horária Total	608	Área do conhecimento: Ciências Humanas		
Período Letivo: Fev/2022 a F				
Carga horária total: 608 horas				

Faculdade União de Campo Mourão - UNICAMPPO
Portaria de Recredenciamento MEC nº 80 de 18/01/2017,
D.O.U. 19/01/2017

Declararamos que foram cumpridas todas as disposições da
Resolução CNE/CES nº 01 de 08/06/2007.

Registro nº 0808 Livro nº 01/Folha 015
Campo Mourão, 15 de fevereiro de 2024.

Faculdades Integradas do Vale do Ivaí - UNIVALE

Mantida pela Instituição Cultural e Educacional de Ivaiporã - ICEI
Recredenciada pela Portaria nº 545 - MEC - de 11/05/12 D.O.U. - 14/05/12

ESAP - Instituto de Estudos Avançados e Pós-graduação

Certificada

A Diretora das FACULDADES INTEGRADAS DO VALE DO IVAÍ, no uso de suas atribuições legais, certifica que

FRANCINE HILENA DE LIMA

RG 9.806.799-0

concluiu o Curso de Pós-Graduação Lato Sensu Especialização em EDUCAÇÃO ESPECIAL:
ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES ESPECIAIS, realizado no período de 03/06/2013 a 04/12/2013, com duração de 360 horas, tendo sido atendidas as demais exigências da Resolução nº 01 de 2007 do Conselho Nacional de Educação - Câmara de Educação Superior.

Ivaiporã, 10 de abril de 2014


Coordenadora de Pós-Graduação,
Pesquisa e Extensão


Neila Francisca Estigarribia
Diretora

HISTÓRICO ESCOLAR

Especialização em: **EDUCAÇÃO ESPECIAL ATENDIMENTO AS NECESSIDADES ESPECIAIS**

Período de Realização: 03/06/2013 a 04/12/2013

Duração: 360horas

DISCIPLINA	C.H.	DOCENTES	TITULAÇÃO	NOTA
FUNDAMENTOS E POLITICAS DA EDUCACAO ESPECIAL	30	ELIENE MARIA CHES VAARGOMEL	Mestre	10,0
PSICOLOGIA EVOLUTIVA, DIGNITISMO, PSICANALISE E SOCIOINTERACIONISMO	30	SOLANGE FRANCO RAMUNHO VAEGASHI	Doutor	9,0
ASPECTOS NEUROLOGICOS DOS PROCESSOS DE APRENDIZAGEM	30	SILVANA REGINA DE MELO	Doutor	9,0
O BRINCAR NO CONTEXTO DA EDUCACAO INCLUSIVA	20	PAQUEL MARIA BERAL FACONTI	Mestre	10,0
METODOLOGIA DA AÇÃO DOCENTE - AREA DA SURDEZ	20	MARCELA ENDRESS SANDER	Mestre	9,0
METODOLOGIA DA AÇÃO DOCENTE - AREA DA VISAO	20	SANGRA MARA PERALTA	Especialista	10,0
METODOLOGIA DA AÇÃO DOCENTE - AREA DA DEFICIENCIA FISICA	20	MALTON MURHOZ GOMES	Doutor	9,0
METODOLOGIA DA AÇÃO DOCENTE - AREA DA DEFICIENCIA MENTAL/INTELCTUAL	20	ELSA MADURI SHIMAZAKI	Doutor	9,0
METODOLOGIA DA AÇÃO DOCENTE - ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO	20	FABIANE SILVA OLIVEIRA CIANCA	Especialista	7,5
METODOLOGIA DA AÇÃO DOCENTE - TRANSTORNOS GRAVANS DO DESENVOLVIMENTO	20	ANGELA MARIA PASSA	Especialista	8,7
ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO: SALA DE RECURSOS	30	CAROLINA GUERREIRO LEITE	Especialista	9,0
AVALIACAO E INTERVENÇÃO EDUCACIONAL	20	CELIA REGINA VITALIANO	Doutor	8,0
PROCEDIMENTOS PEDAGOGICOS PARA INCLUSAO	20	CELIA REGINA VITALIANO	Doutor	7,5
TOPICOS ESPECIAS EM EDUCACAO	15	REINALDO RIBEIRO DE CASTRO JUNIOR	Mestre	8,5
METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTIFICA	45	MIRIAN RUFIM GALVÃO	Mestre	8,5

Título do TCC: INCLUSÃO E SURDEZ

Nota: 8,5

Critério de Avaliação

Frequência mínima exigida: 75% da carga horária.
 Média mínima exigida para aprovação nas disciplinas: 7,0 (sete).

Itaiporã, 10 de abril de 2014

Registrado no Livro de Especialidade de Certificados, sob o nº 44
 Livro nº 08, tomo 11

SECRETARIA ACADÊMICO

JOSE CARLOS FERREIRO DOS SANTOS
 SECRETARIO ACADÊMICO



Faculdade Associada Brasil



O Diretor Geral da Faculdade Associada Brasil, no uso de suas atribuições e tendo em vista a colação de grau do Curso de Pedagogia em 23 de julho de 2016 confere o grau de

Licenciado (a) em Pedagogia a

Francine Hilena de Lima Cabreira

Brasileiro (a) natural do Estado do Paraná, nascido (a) em 09 de maio de 1992, portador (a) da cédula de identidade R.G. nº 9.806.799-0-PR

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

São Paulo, 29 de setembro de 2017.

Tânia Maria Calçada

Tânia Maria Calçada
Secretária Geral

Francine Hilena de Lima Cabreira

Diplomado (a)

Eduardo de Jesus

Eduardo de Jesus
Diretor Geral

CURSO DE PEDAGOGIA – LICENCIATURA PLENA
Reconhecido pela Portaria SERES n.º 46 de 22-05-2012,
Publicada no D.O.U. de 24-05-2012 – seção 1, Fls. 14.

<p>MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO Delegação de Competência para Registro de Diplomas Resolução CNE/CES nº 12/2007</p> <p>UNIVERSIDADE VALE DO RIO VERDE DE TRÊS CORAÇÕES Credenciamento: Decreto Estadual SN de 17 de outubro de 2005</p> <p>Diploma registrado sob o Nº <u>00532</u> no Livro <u>501. JAB.</u> Folha <u>316</u> Processo Nº <u>52326/2019</u> de acordo com o disposto no ARTIGO 48, § 1º da Lei 9394/96</p> <p>Em <u>02</u> de <u>março</u> de <u>2019</u></p> <p><u>Delfa B. G. Silva</u> Kodilécide Lourdes Gonçalves Silva Registro de Diplomas Delegação de Competência 02/2009 (22/04/2009)</p>
--

FACULDADE INTEGRADO DE CAMPO MOURÃO
ESTADO DO PARANÁ



A Diretora Geral da Faculdade Integrado de Campo Mourão,
no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de
Graduação em Educação Física - Licenciatura
no dia 15 de dezembro de 2012 e outorga de grau em 30 de janeiro de 2013,
confero o título de LICENCIADA EM EDUCAÇÃO FÍSICA a

Francine Hilena de Lima,

brasileira, natural do Estado do Paraná,
nascida a 9 de maio de 1992, RG 9.806.799 0 SESP/PR,
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos
e prerrogativas legais.

Campo Mourão - PR, 30 de janeiro de 2013.

Luciana Pontes
Secretaria Acadêmica

Francine H. de Lima
Diplomada

Maria da Conceição Montans Baer
Diretora Geral

Faculdade Integrado de Campo Mourão - PR

Curso: **EDUCAÇÃO FÍSICA**

- Licenciatura -

Reconhecido pela Portaria Nº 286 de 21/12/12

D.O.U. 27/12/12

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE
UNICENTRO

Diploma registrado sob n.º 46.579, Livro 021, Fls. 030,
Processo 2.129 de 20/02/2013, de acordo com o disposto no
artigo 48, § 1º da Lei 9.394, de 20/12/1996, e nos termos do
artigo 2º, da Portaria nº 71-DACU/MEC, de 21/10/1977.

Guarapuava, 18 de abril de 2013.

Prof.ª Marcia Terzinha Tembil,

Pró Reitora de Ensino.

Por delegação de competência, nos termos da Resolução
n.º 177/2001-CAD/UNICENTRO, de 09 de outubro de 2001.

LICENÇA SANITÁRIA E DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL Nº023/2024**NOME / RAZÃO SOCIAL:** FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA
PSICOPEDAGOGA**FANTASIA:** CLINICA PSICOPEDAGOGICA FRANCINE LIMA**CNPJ:** 55.238.595/0001-00**ATIVIDADE /CNAE:**

8550-3/02: Atividades de apoio à educação, exceto caixas escolares;

8650-0/99: Atividades de profissionais da área de saúde não especificadas anteriormente.

ENDEREÇO: RUA JUVENAL PORTELA, 714- CENTRO - PEABIRU - PR**CEP:** 87.250-000

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS	SIGLA DO CONS.	Nº DO REGISTRO	UF
NOME: FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA			PR

**LICENÇA VÁLIDA ATÉ: 17/06/2025**

Jossany Alves de Oliveira
Enfermeira - Vigilância Sanitária
COREN-543-547

CARIMBO E ASSINATURA AUTORIDADE SANITÁRIA

Cartão Nacional de Saúde - CNS

Sra. FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA,

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.



Declaração de Conclusão de Curso

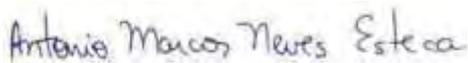
Declaramos para os devidos fins que, **Francine Hilena de Lima cabreira, CPF 009.996.889-44**, concluiu o curso de pós-graduação em “**Intervenção ABA aplicada ao Transtorno do Espectro Autista (TEA)**”, de acordo com a Resolução CES/CNE nº 1 de 06 de abril de 2018, finalizando as horas relacionadas aos 12 módulos abaixo elencados, tendo a primeira aula ocorrido em 20/03/2024 e a última aula em 30/09/2024, tendo sido **APROVADO(A)** em todos os módulos conforme consta abaixo. A instituição está credenciada pela portaria MEC nº 1.956, de 07 de novembro de 2019.

Data	Disciplinas	CH	Nota	Professor	Titulação
06/04/2024	Módulo 1: Contextualização e Critérios Diagnósticos do Autismo	60h	10.0	Ana Cristina Teixeira Assis	Especialista
24/06/2024	Módulo 2: Princípios Básicos	60h	6.0	Ana Carolina Macalli	Mestra
24/06/2024	Módulo 3: O Comportamento Verbal	60h	8.0	Ana Cristina Teixeira Assis	Especialista
25/08/2024	Módulo 4: O processo de avaliação	60h	6.0	Aline Cristina de Souza	Mestra
18/09/2024	Módulo 5: Processo de Ensino	60h	6.0	Michelle Costa Beato	Especialista
18/09/2024	Módulo 6: O manejo de comportamentos indesejados	60h	8.0	Michelle Costa Beato	Especialista
18/09/2024	Módulo 7: Habilidades de Ensino I	60h	8.0	Ana Cristina Teixeira Assis	Especialista
18/09/2024	Módulo 8: Habilidades de Ensino II	60h	8.0	Ana Cristina Teixeira Assis	Especialista
18/09/2024	Módulo 9: Habilidades Sociais e TEA	60h	8.0	Michelle Costa Beato	Especialista
18/09/2024	Módulo 10: O ensino de habilidades funcionais e cognitivas	60h	8.0	Amanda Figueiredo Santos de Almeida	Mestra
18/09/2024	Módulo 11: As habilidades acadêmicas	60h	10.0	Patricia D´Azeredo Orlando Bacciotti	Mestra
23/09/2024	Módulo 12: ABA na Escola e o papel dos pais	60h	6.0	Ana Cristina Teixeira Assis	Especialista
	Carga Horária Total	720			

Ribeirão Preto, 23 de Setembro de 2024

Código de autenticidade: d93245c4977cbe6ba2dfe218214046e3

Site para verificação: <https://www.estudesemfronteiras.com/novo/autenticidade-declaracao>



Antonio Marcos Neves Esteca
Coordenador de Pós-Graduação

CERTIFICADO DE CONCLUSÃO



Certificamos que:

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA

Concluiu com sucesso as 40 horas do curso

Aplicador ABA no Autismo

(Applied Behavior Analysis)

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2024

Aluno

A handwritten signature in black ink that reads 'Etan Thomas'.

Triunfar Treinamentos
CNPJ: 12.123.000/0001 - 68





PREFEITURA MUNICIPAL DE PEABIRU - PR
Secretaria Municipal de Fazenda
Departamento de Tributos

PRAÇA ELEOTÉRIO GALDINO DE ANDRADE, 21- CEP: 87250-000 - Peabiru- Pr - Tel (44) 3531-8100

Certidão Negativa de Débitos N° 2226 / 2024

CADASTRO 2 - 63822	CERTIDÃO Número: 2226 Ano: 2024	ALVARÁ N° 63822	CNPJ/CPF 55.238.595/0001-00
RAZÃO SOCIAL/NOME FRANCINE HILENA LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA			
SITUADO À: RUA JUVENAL PORTELA, Nº 714, CENTRO - CEP: 87250-000 Complemento: SALA D			
NOME FANTASIA: CLINICA PSICOPEDAGOGA FRANCINE LIMA			
SITUAÇÃO DO CADASTRO: Normal	INÍCIO DA ATIVIDADE: 22/05/2024	ENCERRAMENTO DA ATIVIDADE:	
RAMO DA ATIVIDADE: ATIVIDADES DE APOIO À EDUCAÇÃO, EXCETO CAIXAS ESCOLARES.			
CÓDIGO DE AUTENTICIDADE 4BA967E58C00D232339B8961570EB686			

CERTIFICAMOS, em cumprimento ao requerimento datado em 03/12/2024 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 DE DIREITO

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

EDIFÍCIO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PEABIRU - ESTADO DO PARANÁ, AOS 03 de dezembro de 2024.

A PRESENTE CERTIDÃO TERÁ VALIDADE ATÉ 02/01/2025

Peabiru, 03 de dezembro de 2024.

FUNCIONÁRIO:05161532939

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 55.238.595/0001-00
Razão Social: FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA
Endereço: RUA JUVENAL PORTELA 714 SALA D / CENTRO / PEABIRU / PR / 87250-000

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: 17/11/2024 a 16/12/2024

Certificação Número: 2024111701066270665118

Informação obtida em 03/12/2024 14:46:08

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 035463096-06

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **55.238.595/0001-00**

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 02/04/2025 - 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: FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA
CNPJ: 55.238.595/0001-00

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer débitos 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 14:44:31 do dia 03/12/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 01/06/2025.

Código de controle da certidão: **098B.2463.D46D.9D90**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 55.238.595/0001-00

Certidão nº: 83593386/2024

Expedição: 03/12/2024, às 14:45:22

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

Certifica-se que **FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **55.238.595/0001-00**, **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.

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: FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA NIRE : 41109180457 Natureza Jurídica: Empresário (Individual)			Protocolo: PRC2423786605
NIRE (Sede) 41109180457	CNPJ 55.238.595/0001-00	Arquivamento do Ato de Inscrição 22/05/2024	Início de Atividade 22/05/2024
Endereço Completo Rua JUVENAL PORTELA, Nº 714, SALA D, CENTRO-Peabiru/PR- CEP87250-000			
Objeto ATIVIDADE DE PSICOPEDAGOGIA TERAPIA DA CIENCIA ABA E PSICOPEDAGOGICA.			
Capital R\$ 10.000,00 (dez mil reais)			Porte ME (Microempresa)
Último Arquivamento Data 11/06/2024	Número 20244066388	Ato/eventos 002 / 021 - ALTERAÇÃO DE DADOS (EXCETO NOME EMPRESARIAL)	Situação ATIVA Status SEM STATUS
Nome do Empresário: FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA Identidade: 05174809163 Estado civil: CASADO(A) CPF: 009.996.889-44 Regime de bens: NÃO INFORMADO			

Esta certidão foi emitida automaticamente em 03/12/2024, às 14:50:10 (horário de Brasília).

Se impressa, verificar sua autenticidade no <https://www.empresafacil.pr.gov.br>, com o código **NSDM9PA1**.

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



**ALTERAÇÃO DO INSTRUMENTO DE INSCRIÇÃO INDIVIDUAL
FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA
CNPJ: 55.238.595/0001-00
NIRE: 41109180457**

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA, brasileira, casada em união parcial de bens, psicopedagoga, nascida em 09/05/1992, inscrita no C.P.F. sob o n.º 009.996.889-44, e portadora da carteira nacional de habilitação n. 009.996.889-44, DETRAN/PR, emitida em 02/02/2021, residente e domiciliada à Rua João Morales, 110, Leblon, CEP: 87.250-000,00, em Peabiru, Paraná, Empresário Individual sob nome empresarial de **FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA**, com sede nesta cidade de Peabiru, Estado do Paraná, na Rua Casemiro Radominski, 827, Sala 03, Centro, inscrito na Junta Comercial do Paraná sob NIRE n.º 41109180457 em 22/05/2024 e CNPJ 55.238.595/0001-00, resolve assim, alterar o instrumento de inscrição de acordo com as cláusulas seguintes:

CLAUSULA PRIMEIRA – O endereço do empresário individual fica alterado para Juvenal Portela, 714, Sala D, Centro, CEP: 87.250-000, Peabiru-PR.

CLAUSULA SEGUNDA – O Objeto social para a ser Atividades de Psicopedagogia CNAE 85.50-3/02, Terapia da Ciência ABA e Psicopedagógica CNAE 86.50-0/99.

CLAUSULA TERCEIRA – Permanecem inalteradas as demais cláusulas do Instrumento Constitutivo que não colidirem com o disposto no presente instrumento.

E por estarem assim justos e contratados assinam o presente instrumento.

Peabiru -PR., 10 de Junho de 2024.

FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
00999688944	FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA



CERTIFICO O REGISTRO EM 11/06/2024 14:08 SOB N° 20244066388.
PROTOCOLO: 244066388 DE 11/06/2024.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12408123900. CNPJ DA SEDE: 55238595000100.
NIRE: 41109180457. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 10/06/2024.
FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 55.238.595/0001-00 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 22/05/2024	
NOME EMPRESARIAL FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) CLINICA PSICOPEDAGOGICA FRANCINE LIMA		PORTE ME	
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 85.50-3-02 - Atividades de apoio à educação, exceto caixas escolares			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 86.50-0-99 - Atividades de profissionais da área de saúde não especificadas anteriormente			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 213-5 - Empresário (Individual)			
LOGRADOURO R JUVENAL PORTELA	NÚMERO 714	COMPLEMENTO SALA D	
CEP 87.250-000	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO PEABIRU	UF PR
ENDEREÇO ELETRÔNICO FRANN.FHL@GMAIL.COM		TELEFONE (44) 9921-1620	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 22/05/2024	
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 **18/06/2024** às **08:33:27** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEABIRU - PR

Secretaria Municipal de Fazenda
Departamento de Tributos

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

REGIME FISCAL: Simples Nacional

Nome / Razão Social

CNPJ/CPF:55.238.595/0001-00

FRANCINE HILENA LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA

Contribuinte

24231

Data Abertura

22/05/2024

Inscrição Municipal

63822

Localização:

RUA - JUVENAL PORTELA, 714 SALA D

CENTRO

Peabiru

Ramo de Atividade Principal:

8550302 ATIVIDADES DE APOIO À EDUCACAO, EXCETO CAIXAS ESCOLARES

8650099 ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA AREA DE SAUDE NAO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE

Restrições

Alvará liberado nos termos do Código Tributário Municipal Lei nº 473/2005.

ALVARÁ DE LICENÇA COM VALIDADE ATÉ 31/12/2024



Peabiru, 17 de junho de 2024

Orientações

Nos casos de: Encerramento, alteração, inclusão ou exclusão de ramo, mudança de endereço, inclusão ou exclusão de sócio e alteração de razão social, o contribuinte deverá imediatamente requerer tais alterações à Prefeitura.

LICENÇA SANITÁRIA E DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL Nº023/2024**NOME / RAZÃO SOCIAL:** FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA
PSICOPEDAGOGA**FANTASIA:** CLINICA PSICOPEDAGOGICA FRANCINE LIMA**CNPJ:** 55.238.595/0001-00**ATIVIDADE /CNAE:**

8550-3/02: Atividades de apoio à educação, exceto caixas escolares;

8650-0/99: Atividades de profissionais da área de saúde não especificadas anteriormente.

ENDEREÇO: RUA JUVENAL PORTELA, 714- CENTRO - PEABIRU - PR**CEP:** 87.250-000

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS	SIGLA DO CONS.	Nº DO REGISTRO	UF
NOME: FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA			PR

**LICENÇA VÁLIDA ATÉ: 17/06/2025**

Jossany Alves de Oliveira
Enfermeira - Vigilância Sanitária
COREN-543-547

CARIMBO E ASSINATURA AUTORIDADE SANITÁRIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 9.806.799-0



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Francine H. de L. Cabreira

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 9.806.799-0

DATA DE EXPEDIÇÃO: 05/11/2014

NOME: FRANCINE HELENA DE LIMA CABREIRA

FILIAÇÃO: JOÃO PEREIRA DE LIMA

LUCINEIA DIAS DO PRADO DE LIMA

NATURALIDADE: PEABIRU/PR

DATA DE NASCIMENTO: 09/05/1992

DOC. ORIGEM: COMARCA=PEABIRU/PR, DA SEDE

C. CAS=3889, LVRO=15B, FOLHA=112

CPF: 009.996.899-44

CURTIBA/PR

Para obter o RG, preencha o formulário de identificação e apresente-o juntamente com a documentação exigida para a emissão do documento. O RG é emitido em nome do titular e não pode ser vendido, alugado ou emprestado. O titular é responsável por manter atualizado o endereço e o nome. O RG é válido em todo o território nacional. O RG é emitido em nome do titular e não pode ser vendido, alugado ou emprestado. O titular é responsável por manter atualizado o endereço e o nome. O RG é válido em todo o território nacional.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

E PROIBIDO PLASTIFICAR

**Ministério da Fazenda**
Receita Federal

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

Número
009.996.889-44

Nome
FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA

Nascimento
09/05/1992

CÓDIGO DE CONTROLE
4079.477C.1F5C.CA90



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 19:52:38 do dia 18/06/2024 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA
CNPJ: 55.238.595/0001-00

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Municipal: 1601
Data Emissão: 2024-12-03
Data Vencimento: 2025-01-02
Certidao Estadual: 1602
Data Emissão: 2024-12-03
Data Vencimento: 2025-04-02
Certidao Federal: 1603
Data Emissão: 2024-12-03
Data Vencimento: 2025-06-01
Certidao Trabalhista: 1604
Data Emissão: 2024-12-03
Data Vencimento: 2025-06-01
Certidao FGTS: 1605
Data Emissão: 2024-12-03
Data Vencimento: 2024-12-16
Certidao Falencias: 1606
Data Emissão: 2024-12-03
Data Vencimento: 2025-02-03

Capacidade Tecnica

Proposta

Categoria: PSICOLOGIA

Procedimento: NIVEL 3- PACOTE 2 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/
SEMANA + 6 TERAPIAS ASSOCIADAS)

Valor: R\$ 2.44

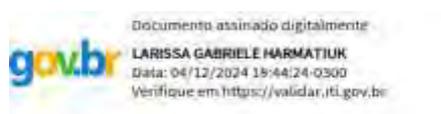
Qtd: Un. 200

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 **HARMATIUK SERVIÇOS MÉDICOS 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, 04, DEZEMBRO e 2024.



ASSINATURA
HARMATIUK SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
58.145.782/0001-37
LARISSA GABRIELE HARMATIUK
116.951.479-01
14.301.335-9

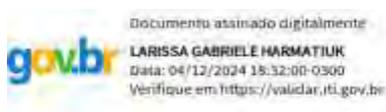
ANEXO IV
MODELO DE DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE
PARENTESCO

(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, LARISSA GABRIELE HARMATIUK, carteira de identidade nº 14.301.335-9 expedida pela SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO PARANÁ inscrito no CPF sob nº 116.951.479-01, Representante legal da HARMATIUK SERVIÇOS MÉDICOS LTDA inscrita no CNPJ sob o nº 58.145.782/0001-37, 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, 04, DEZEMBRO e 2024.



ASSINATURA
HARMATIUK SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
58.145.782/0001-37
LARISSA GABRIELE HARMATIUK
116.951.479-01
14.301.335-9

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 HARMATIUK SERVIÇOS MÉDICOS LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 58.145.782/0001-37 , sediada na Rua União da Vitória, nº101, Centro na cidade de Goioere-Paraná, através representante legal, Larissa Gabriele Harmatiuk, 14.301.335-9 e 116.951.479-01 declara, sob as penas da Lei, que:

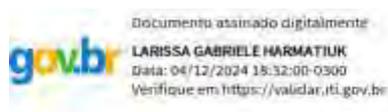
não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;

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, 04, dezembro e 2024.



ASSINATURA
HARMATIUK SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
58.145.782/0001-37
LARISSA GABRIELE HARMATIUK
116.951.479-01
14.301.335-9

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

HARMATIUK SERVIÇOS MÉDICOS LTDA, estabelecida na RUA UNIÃO DA VITÓRIA, 101, CENTRO, GOIOERÊ-PARANÁ, CEP 87360-000, inscrita no CNPJ sob nº 58.145.782/0001-37, neste ato representada pelo seu LARISSA GABRIELE HARMATIUK no uso de suas atribuições legais, vem: DECLARAR, para fins de participação neste procedimento licitatório em pauta, sob as penas da Lei, que inexistem 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, 04, DEZEMBRO e 2024



ASSINATURA
HARMATIUK SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
58.145.782/0001-37
LARISSA GABRIELE HARMATIUK
116.951.479-01
14.301.335-9

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 58.145.782/0001-37

Razão Social: HARMATIUK SERVICOS MEDICOS LTDA

Social:

Endereço: R UNIAO DA VITORIA 101 SALA A / CENTRO / GOIOERE / PR / 87360-000

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

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

Validade: 06/12/2024 a 04/01/2025

Certificação Número: 2024120613546343776516

Informação obtida em 06/12/2024 14:00:06

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



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

116.951.479-01

Nome

LARISSA GABRIELE HARMATIUK

Nascimento

22/08/1998

CÓDIGO DE CONTROLE

7D30.45BD.B7F6.F78F



**Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 20:38:02 do dia 24/11/2024 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Sistema Único de Saúde

LARISSA GABRIELE HARMATIUK

Data Nasc.: 22/08/1998

Sexo: F

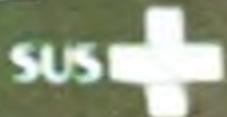
700 4004 7031 6447



7921

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 (44) 3521-8900

Classificação:
B1 Residencial / Residencial

Tipo de Fornecedor:
Trifásico /30A

DATAS DE
LEITURAS

Leitura anterior
26/09/2024

Leitura atual
29/10/2024

Nº de dias
33

Próxima Leitura
27/11/2024

Nome: JUAREZ DE LARA ARMATIUK

Endereço: R Rio Grande do Sul, 135 - Lindoia Jd

CEP: 87360-000

Cidade: Goioere - Estado: PR

CPF: ***.***.69-20

UNIDADE CONSUMIDORA

68386206



NOTA FISCAL No. 130000412 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 29/10/2024

Consulte Chave de Acesso em:

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

Chave de Acesso

4124 1004 3688 9800 0106 6600 3130 0004 1220 9720 3274

Protocolo de Autorização: 1412400053511324 - 29/10/2024 às 10:41:58America/Sao_Paulo

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
10/2024	19/11/2024	R\$215,60

Itens de fatura	Unid.	Quant.	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS/COFINS	ICMS	Tarifa UNIF. (R\$)	Tributo	Valor (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ENERGIA ELET CONSUMO	kWh	189	0,380212	71,86	3,37	13,65	0,290190	ICMS	174,45	19%	33,14
ENERGIA ELET USO SISTEMA	kWh	189	0,445291	84,16	3,95	15,99	0,339820	COFINS	141,30	4,7538%	6,72
ENERGIA CONS. B.VERMELHA	kWh	23,625	0,057989	1,37	0,06	0,26	0,044630	PIS	141,30	1,0363%	1,46
ENERGIA CONS. B.VERMELHA P2	kWh	165,375	0,103159	17,06	0,80	3,24	0,078770				
CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPIO	UN	1	41,150000	41,15							
TOTAL				215,60	8,18	33,14					

HISTÓRICO DE CONSUMO / kWh

CONSUMO FATURADO

		Nº DIAS FAT.
OUT24	189	33
SET24	131	30
AGO24	107	29
JUL24	109	32
JUN24	125	31
MAI24	177	31
ABR24	180	30
MAR24	195	29
FEV24	188	32
JAN24	199	30
DEZ23	178	29
NOV23	150	32
OUT23	180	30

Módulo	Descrição	Posto Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Unid. Medida	Consumo kWh
0240840432	CONSUMO kWh	TP	61949	62138	1	189

Reservado ao Fisco

PERÍODO FISCAL: 29/10/2024

B94C.B3CB.A55E.21DA.1B0C.5A04.09F6.52B5

REAVISO DE VENCIMENTO

INCLUSO NA FATURA PIS R\$1,46 E COFINS R\$6,72 CONFORME RES. ANEEL 130/2005.
FATURA DO MES 09/2024 ARRECADADA POR DEBITO AUTOMATICO
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.: Vermelha P1:27/09-30/09 Vermelha P2:01/10-28/10

68386206

10/2024

19/11/2024

R\$215,60

Número da fatura: FAT-01-20247629720327-0

836200000021 156001110006 001010202479 629720327002

NÃO RECEBER - FATURA ARRECADADA



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **LARISSA GABRIELE HARMATIUK**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o n.º. **57656** desde **28/11/2024**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Certidão tem validade até o dia 28/02/2025.

Chave de validação **b67b9c40317462a30c97f7c54435bdd3bef87244**

Emitida eletronicamente via internet em **28/11/2024**.

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

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



Centro Universitário Integrado

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



no dia 17 de novembro de 2024 e outorga de grau em 21 de novembro de 2024,
confere o título de Médica a

Larissa Gabriele Harmatiuk

de nacionalidade brasileira, natural do estado do Paraná,
nascida em 22 de agosto de 1998, RG 14.301.335-9, SESP/PR
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos
e prerrogativas legais.

Campo Mourão - PR, 21 de novembro de 2024.

Assinatura manuscrita de Heber Amilcar Martins.

Heber Amilcar Martins
Diretor da Escola de Medicina

Assinatura manuscrita de Maria da Conceição Montans Baer.

Maria da Conceição Montans Baer
Reitora

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO

Mantenedora: Centro Educacional Integrado Ltda.

CNPJ 79.264.628/0001-54

Credenciamento: Portaria MEC Nº 1.368 de 27/10/2017,
publicada no D.O.U. Nº 208,
Seção 1, pág. 27, 30/10/2017.

Processo de Recredenciamento e-MEC Nº 202118663.

Curso: **MEDICINA**

Curso Autorizado pela Portaria Nº 807, de 01/08/2017,
D.O.U nº 147, Sec.1 Pág. 18, 02/08/2017.

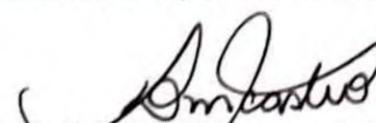
Processo de Reconhecimento e-MEC 202120954.

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO

RVDD- Representação visual do Diploma digital.

Este documento não é válido para fins de comprovação de grau.

Campo Mourão-PR, 21 de novembro de 2024.



Maria Danieli Menegassi de Castro
Secretária Acadêmica

Por delegação de competência, nos termos da Portaria nº 083/2019, de
18 de dezembro de 2019.





PARECER SANITÁRIO

Através de solicitação da parte interessada, foi realizada a inspeção sanitária na firma denominada:

EMPRESA: HARMATIUK SERVICOS MEDICOS LTDA

CNPJ/CPF: 58.145.782/0001-37

NOME FANTASIA:

ENDEREÇO: 2590 - UNIAO DA VITORIA, 101

BAIRRO: 1 - CENTRO

Goioerê

ATIVIDADE:

532631 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIA

Declaramos que a parte interessada foi informada quanto às exigências aos termos pertinentes aos assuntos, baseados no Código Sanitário do Estado do Paraná, Resolução SESA 1034/2020 e demais preceitos da Legislação vigente, ficando sujeito a inspeções rotineiras, já em concordância com as mesmas, nada desabona a atividade, sob o aspecto Sanitário.

DATA: 21/11/2024



VISA - GOIOERÊ

CNPJ/CPF:

CLASSIFICAÇÃO: GRAU DE RISCO:



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. 332 / 2024

RAZÃO SOCIAL

HARMATIUK SERVICOS MEDICOS LTDA

C.N.P.J.

58.145.782/0001-37

ENDEREÇO

RUA UNIAO DA VITORIA 101

BAIRRO

CENTRO

CNAE

PRINCIPAL: 8610102 ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIA

SECUNDÁRIO: 8211300 SERVIÇOS COMBINADOS DE ESCRITÓRIO E APOIO ADMINISTRATIVO

SECUNDÁRIO: 8630502 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

SECUNDÁRIO: 8630501 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

RESPONSÁVEL TÉCNICO

LARISSA GABRIELE HARMATIUK

DATA DE VENCIMENTO

29/11/2025

AS ATIVIDADES NÃO SÃO REALIZADAS NO LOCAL

gov.br

Documento assinado digitalmente

ANA FLAVIA DE SOUZA COSTA

Data: 29/11/2024 10:40:55-0300

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

CERTIDÃO

Certificamos para os devidos fins e a quem interessar possa que, **LARISSA GABRIELE HARMATIUK**, portadora do R.G 14.301.335-9 SESP/PR, concluiu em 17/11/2024, o Curso Superior de Graduação em **MEDICINA** com carga horária de 8639 horas, tendo recebido outorga de grau em 21 de novembro de 2024.

Certificamos ainda, que o curso obteve Autorização pela Portaria nº 807 de 01/08/2017 publicada no D.O.U. Nº 147, Seção 1, pág. 18, 02/08/2017. Processo de Reconhecimento do curso protocolado no e-MEC nº 202120954, e o diploma encontra-se em fase de expedição e registro.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente.

Campo Mourão - PR, 21 de novembro de 2024.



Maria Danieli Menegassi de Castro
Secretária Acadêmica

TELEFONE: (44) 99815-7667

E-MAIL: larissa_harmatiuk@hotmail.com



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

ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO E/OU FUNCIONAMENTO

C. M. C 246989583

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

NOME / RAZÃO SOCIAL

246989583 HARMATIUK SERVICOS MEDICOS LTDA

CNPJ: 58.145.782/0001-37

ENDEREÇO

Logradouro: Rua UNIAO DA VITORIA

Número: 101

Complemento: SALA A

CEP: 87360-000

Bairro: CENTRO

Cidade: Goioeré

UF: PR

ATIVIDADE

Atividade: 8610102 - Atividades de atendimento em prontoso-corro e unidades hospitalares

Atividade: 8211300 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

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

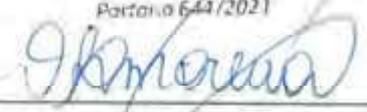
Atividade: 8630502 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de

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

Emitido em: 03/12/2024

VÁLIDO ATÉ 31/03/2025

IVIAN KARLA MOREIRA
Diretora do Depto. de Tributação
CPF 029.837.999-64
Portaria 644/2021


Departamento de Tributação

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



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIOERÊ
SECRETARIA DE FINANÇAS

Data: 04/12/2024 16h55min

Número	Validade
5245	03/01/2025

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Nome / Razão Social _____

HARMATIUK SERVICOS MEDICOS LTDA CNPJ: 58145782000137

Aviso _____

Sem débitos pendentes até a presente data.

Comprovação Junto à _____

Finalidade _____

Mensagem _____

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

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

Código de Controle _____

CWDRRUG7RAGSFV21

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

Goioerê (PR), 04 de Dezembro de 2024



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: HARMATIUK SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)
CNPJ: 58.145.782/0001-37
Certidão n°: 83894088/2024
Expedição: 04/12/2024, às 17:01:02
Validade: 02/06/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **HARMATIUK SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o n° **58.145.782/0001-37**, **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
Secretaria de Estado da Fazenda
Receita Estadual do Paraná

Certidão Negativa

de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual
Nº 035481195-42

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **58.145.782/0001-37**

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 03/04/2025 - Fornecimento Gratuito

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

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 58.145.782/0001-37 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 19/11/2024
NOME EMPRESARIAL HARMATIUK SERVICOS MEDICOS LTDA			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****			PORTE ME
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 82.11-3-00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo 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			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada			
LOGRADOURO R UNIÃO DA VITÓRIA	NÚMERO 101	COMPLEMENTO SALA A	
CEP 87.360-000	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO GOIOERE	UF PR
ENDEREÇO ELETRÔNICO LARISSA_HARMATIUK@HOTMAIL.COM		TELEFONE (44) 9815-7667/ (0000) 0000-0000	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 19/11/2024	
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 **19/11/2024** às **08:55:36** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1



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: HARMATIUK SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 58.145.782/0001-37

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 14:56:57 do dia 03/12/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 01/06/2025.

Código de controle da certidão: **BF53.7527.580A.CC4F**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA

HARMATIUK SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

Pelo presente instrumento particular de Contrato Social:

LARISSA GABRIELE HARMATIUK, BRASILEIRA, SOLTEIRA, empresário, nascido(a) em 22/08/1998, nº do CPF 116.951.479-01, residente e domiciliada na cidade de Goioerê - PR, na RUA UNIÃO DA VITÓRIA, nº 101, CENTRO, CEP: 87360-000;

Resolvem, em comum acordo, constituir uma sociedade empresária limitada, nos termos da Lei nº 10.406/2002, mediante as condições e cláusulas seguintes:

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

A sociedade adotará como nome empresarial: **HARMATIUK SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**.

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

A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: RUA UNIÃO DA VITÓRIA, nº 101, SALA A;, CENTRO, Goioerê - PR, CEP: 87360000.

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

A sociedade terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômica: ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS.

Parágrafo único. Em estabelecimento eleito como Sede (Matriz) será(ão) exercida(s) a(s) atividade(s) de ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS..

E exercerá as seguintes atividades:

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

CNAE Nº 8211-3/00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

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

CNAE Nº 8630-5/02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares

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 19/11/2024 e seu prazo de duração será por tempo indeterminado.

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

O capital será de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), dividido em 5000 quotas, no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, formado por R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) em moeda corrente no País

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

Nome do Sócio	Qtd Quotas	Valor Em R\$	%
LARISSA GABRIELE HARMATIUK	5000	5.000,00	100,00
TOTAL:	5000	5.000,00	100,00

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

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

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

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

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

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA

HARMATIUK SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

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

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

CLÁUSULA IX - DO PRÓ LABORE

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

CLÁUSULA X - DISTRIBUIÇÃO DE LUCROS

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

CLÁUSULA XI - DA RETIRADA OU FALECIMENTO DE SÓCIO

Retirando-se, falecendo ou interdito 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 Goioerê - PR, para qualquer ação fundada neste contrato, renunciando-se a qualquer outro por muito especial que seja.

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

Goioerê - PR, 19 de novembro de 2024

LARISSA GABRIELE HARMATIUK
Sócio/Administrador

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: 58.145.782/0001-37
Razão Social: HARMATIUK SERVICOS MEDICOS LTDA
E-mail: larissa_harmatiuk@hotmail.com
Telefone: 44998157667
Banco: 0260
Conta: 708636907-1
Agência: 0001 *NU PAGAMENTOS S.A
Tipo Conta: 1

Credenciamento:

Data Inicio: 01/08/2024 08:00
Data Encerramento: 01/08/2025 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: 1611 - Data Emissão: 2024-12-04 - Data Vencimento: 2025-01-03

Certidão Estadual: 1612 - Data Emissão: 2024-12-04 - Data Vencimento: 2025-04-03

Certidão Federal: 1613 - Data Emissão: 2024-12-03 - Data Vencimento: 2025-06-01

Certidão Trabalhista: 1614 - Data Emissão: 2024-12-04 - Data Vencimento: 2025-06-02

IV - Capacidade Técnica

V - Proposta

Categoria: Outros Serviços (QUALICIS) - Procedimento: SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIDADE DE CLÍNICA GERAL - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - Valor: R\$ 130.81 - Qtd: 365

Categoria: SERVIÇOS DE PLANTÃO POR HORA - Procedimento: PLANTÃO MÉDICO POR HORA - Valor: R\$ 115 - Qtd: 365

VI - Profissionais

Nome: Larissa Gabriele Harmatiuk - Especialidade : MÉDICA GENERALISTA - CPF: 116.951.479-01

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 06/12/2024 17:28:10

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa HARMATIUK SERVIÇOS MÉDICOS LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
11695147901	LARISSA GABRIELE HARMATIUK



CERTIFICO O REGISTRO EM 19/11/2024 08:53 SOB Nº 41213013910.
PROTOCOLO: 248615807 DE 19/11/2024.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12416343948. CNPJ DA SEDE: 58145782000137.
NIRE: 41213013910. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 19/11/2024.
HARMATIUK SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

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

Consulta Quadro de Sócios e Administradores - QSA

CNPJ:

58.145.782/0001-37

NOME EMPRESARIAL:

HARMATIUK SERVICOS MEDICOS LTDA

CAPITAL SOCIAL:

R\$5.000,00 (Cinco 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:

LARISSA GABRIELE HARMATIUK

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 27/11/2024 às 19:40 (data e hora de Brasília).



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. 332 / 2024

RAZÃO SOCIAL

HARMATIUK SERVICOS MEDICOS LTDA

C.N.P.J.

58.145.782/0001-37

ENDEREÇO

RUA UNIAO DA VITORIA 101

BAIRRO

CENTRO

CNAE

PRINCIPAL: 8610102 ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIA

SECUNDÁRIO: 8211300 SERVIÇOS COMBINADOS DE ESCRITÓRIO E APOIO ADMINISTRATIVO

SECUNDÁRIO: 8630502 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

SECUNDÁRIO: 8630501 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

RESPONSÁVEL TÉCNICO

LARISSA GABRIELE HARMATIUK

DATA DE VENCIMENTO

29/11/2025

AS ATIVIDADES NÃO SÃO REALIZADAS NO LOCAL

gov.br

Documento assinado digitalmente

ANA FLAVIA DE SOUZA COSTA

Data: 29/11/2024 10:40:55-0300

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



PARECER SANITÁRIO

Através de solicitação da parte interessada, foi realizada a inspeção sanitária na firma denominada:

EMPRESA: HARMATIUK SERVICOS MEDICOS LTDA

CNPJ/CPF: 58.145.782/0001-37

NOME FANTASIA:

ENDEREÇO: 2590 - UNIAO DA VITORIA, 101

BAIRRO: 1 - CENTRO

Goioerê

ATIVIDADE:

532631 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIA

Declaramos que a parte interessada foi informada quanto às exigências aos termos pertinentes aos assuntos, baseados no Código Sanitário do Estado do Paraná, Resolução SESA 1034/2020 e demais preceitos da Legislação vigente, ficando sujeito a inspeções rotineiras, já em concordância com as mesmas, nada desabona a atividade, sob o aspecto Sanitário.

DATA: 21/11/2024



VISA - GOIOERÊ

CNPJ/CPF:

CLASSIFICAÇÃO: GRAU DE RISCO:

NOME: HARMATIUK SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 58.145.782/0001-37

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Municipal: 1611
Data Emissão: 2024-12-04
Data Vencimento: 2025-01-03
Certidao Estadual: 1612
Data Emissão: 2024-12-04
Data Vencimento: 2025-04-03
Certidao Federal: 1613
Data Emissão: 2024-12-03
Data Vencimento: 2025-06-01
Certidao Trabalhista: 1614
Data Emissão: 2024-12-04
Data Vencimento: 2025-06-02

Capacidade Tecnica

Proposta

Categoria: Outros Serviços (QUALICIS)
Procedimento: SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIDADE DE CLÍNICA GERAL - VALOR
POR HORA DISPONÍVEL
Valor: R\$ 130.81
Qtd: Un. 365
Categoria: SERVIÇOS DE PLANTÃO POR HORA
Procedimento: PLANTÃO MÉDICO POR HORA
Valor: R\$ 115
Qtd: Un. 365

Consulta Quadro de Sócios e Administradores - QSA

CNPJ:

58.145.782/0001-37

NOME EMPRESARIAL:

HARMATIUK SERVICOS MEDICOS LTDA

CAPITAL SOCIAL:

R\$5.000,00 (Cinco 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:

LARISSA GABRIELE HARMATIUK

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 27/11/2024 às 19:40 (data e hora de Brasília).



H M MENDES SERVIÇOS MEDICOS LTDA

CNPJ: 46.310.915/0001-02

**ANEXO II
REQUERIMENTO**

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: H M MENDES SERVIÇOS MEDICOS LTDA	
CNPJ: 46.310.915/0001-02	
E-MAIL: DRAHELENM@GMAIL.COM	
ENDEREÇO: RUA ROSA CIRILO DE CASTRO Nº 555, APT 21ª, POLO CENTRO – CEP: 85863-735 – FOZ DO IGUAÇU – PR	
REPRESENTANTE: HELEN MAIARA MENDES COELHO	CARGO: SOCIA ADMINISTRADORA
E-MAIL: DRAHELENM@GMAIL.COM	
RG:1105232043 SSP-RS	CPF: 027.902.420-70
ENDEREÇO: RUA ROSA CIRILO DE CASTRO Nº 555, APT 21ª, POLO CENTRO – CEP: 85863-735 – FOZ DO IGUAÇU – PR	
TELEFONE: (49) 988919381	
BANCO: CAIXA	Ag nº: 2540
CC nº: 000578952027-4	

(49) 988919381

E-MAIL: DRAHELENM@GMAIL.COM



H M MENDES SERVIÇOS MEDICOS LTDA

CNPJ: 46.310.915/0001-02

SERVIÇOS DE PLANTÃO POR HORA

Descrição	Valor	Sistema ID#	Especialidades	Classificação
PLANTÃO MÉDICO POR HORA	115,00	TABELA 14	Plantão Médico por Hora - Portaria 37/2019 e 25/2022	90.05.03.008

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE
MEDICA	PLANTÃO MÉDICO POR HORA	150 HORAS MENSAIS

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

NOME	CRM	CPF
HELEN MAIARA MENDES COELHO	CRM - PR Nº 49368	027.902.420-70

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA	E-MAIL
HELEN MAIARA MENDES COELHO	027.902.420-70	DRAHELENM@GMAIL.COM
	TELEFONE	(49) 988919381

ESPECIALIDADES

NOME	ESPECIALIDADE
HELEN MAIARA MENDES COELHO	CLINICO GERAL

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

INSERIR LOCAL DE ATENDIMENTO	INSERIR ENDEREÇO DO LOCAL DE ATENDIMENTO
-------------------------------------	---

Helen Maiara Mendes Coelho Assinado de forma digital por Helen Maiara Mendes Coelho
Dados: 2024.12.03 16:58:12 -03'00'

Foz do Iguaçu - PR, 03 de Dezembro de 2023.

Nome: Helen Maiara Mendes Coelho
CPF: 027.902.420-70
Sócia Administradora

(49) 988919381
E-MAIL: DRAHELENM@GMAIL.COM



H M MENDES SERVIÇOS MEDICOS LTDA

CNPJ: 46.310.915/0001-02

**ANEXO II
DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

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

A empresa H M MENDES SERVIÇOS MEDICOS LTDA estabelecida Rua Rosa Cirilo de Castro, nº 555, APT 21ª, Centro, Cidade de Foz do Iguaçu – PR, inscrita no CNPJ sob o nº 46.310.915/0001-02 através de seu representante legal Sra. Helen Maiara Mendes Coelho, Brasileira, Médica, inscrita no CPF nº 027.902.420-70, 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.

Foz do Iguaçu - PR, 03 de Dezembro de 2024.

**Helen Maiara
Mendes Coelho**

Assinado de forma digital por
Helen Maiara Mendes Coelho
Dados: 2024.12.03 16:58:25 -03'00'

Nome: Helen Maiara Mendes Coelho
CPF: 027.902.420-70
Sócia Administradora



H M MENDES SERVIÇOS MEDICOS LTDA

CNPJ: 46.310.915/0001-02

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO

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

A empresa H M MENDES SERVIÇOS MEDICOS LTDA estabelecida Rua Rosa Cirilo de Castro, nº 555, APT 21ª, Centro, Cidade de Foz do Iguaçu – PR, inscrita no CNPJ sob o nº 46.310.915/0001-02 através de seu representante legal Sra. Helen Maiara Mendes Coelho, Brasileira, Médica, inscrita no CPF nº 027.902.420-70, 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

Foz do Iguaçu - PR, 03 de Dezembro de 2024.

**Helen Maiara
Mendes Coelho**

Assinado de forma digital por
Helen Maiara Mendes Coelho
Dados: 2024.12.03 16:58:40
-03'00'

Nome: Helen Maiara Mendes Coelho
CPF: 027.902.420-70
Sócia Administradora



H M MENDES SERVIÇOS MEDICOS LTDA

CNPJ: 46.310.915/0001-02

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO

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

A empresa H M MENDES SERVIÇOS MEDICOS LTDA estabelecida Rua Rosa Cirilo de Castro, nº 555, APT 21ª, Centro, Cidade de Foz do Iguaçu – PR, inscrita no CNPJ sob o nº 46.310.915/0001-02 através de seu representante legal Sra. Helen Maiara Mendes Coelho, Brasileira, Médica, inscrita no CPF nº 027.902.420-70, com vistas à participação CREDENCIAMENTO em epígrafe e, para todos os fins de direito, 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.

Foz do Iguaçu - PR, 03 de Dezembro de 2024.

Helen Maiara Mendes Coelho

Assinado de forma digital por
Helen Maiara Mendes Coelho
Dados: 2024.12.03 16:58:52 -03'00'

Nome: Helen Maiara Mendes Coelho
CPF: 027.902.420-70
Sócia Administradora

(49) 988919381

E-MAIL: DRAHELENM@GMAIL.COM



H M MENDES SERVIÇOS MEDICOS LTDA

CNPJ: 46.310.915/0001-02

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE

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

A empresa H M MENDES SERVIÇOS MEDICOS LTDA estabelecida Rua Rosa Cirilo de Castro, nº 555, APT 21ª, Centro, Cidade de Foz do Iguaçu – PR, inscrita no CNPJ sob o nº 46.310.915/0001-02 através de seu representante legal Sra. Helen Maiara Mendes Coelho, Brasileira, Médica, inscrita no CPF nº 027.902.420-70, 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.

Foz do Iguaçu - PR, 03 de Dezembro de 2024.

Helen Maiara Mendes Coelho
Assinado de forma digital por
Helen Maiara Mendes Coelho
Dados: 2024.12.03 16:59:02 -03'00'

Nome: Helen Maiara Mendes Coelho
CPF: 027.902.420-70
Sócia Administradora

(49) 988919381

E-MAIL: DRAHELENM@GMAIL.COM

1ª ALTERAÇÃO DO CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE**EMPRESÁRIA LIMITADA UNIPESSOAL****H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA**

HELEN MAIARA MENDES, BRASILEIRA, SOLTEIRA, MEDICA, nascido(a) em 15/10/1993, nº do CPF 027.902.420-70, residente e domiciliada na cidade de Foz do Iguaçu - PR, na RUA Rosa Cirilo de Castro, nº 555, APT 21A;, Polo Centro, CEP: 85863-735; unica socia da sociedade empresaria limitada, **H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA**, com sede na RUA Rosa Cirilo de Castro, nº 555, APT 21A;, Polo Centro, CEP: 85863-735, na cidade de Foz do Iguaçu, inscrito na Junta Comercial do Paraná sob o **NIRE 41210729451** e no **CNPJ/MF** sob o número **46.310.915/0001-02**; Resolve assim, Alterar e Consolidar o Instrumento de Inscrição.

CLÁUSULA I – DO NOME DO SOCIO

Fica alterado o nome do sócio de **HELEN MAIARA MENDES**, BRASILEIRA, SOLTEIRA, MEDICA, nascido(a) em 15/10/1993, nº do CPF 027.902.420-70, residente e domiciliada na cidade de Foz do Iguaçu - PR, na RUA Rosa Cirilo de Castro, nº 555, APT 21A;, Polo Centro, CEP: 85863-73, para **HELEN MAIARA MENDES COELHO**, BRASILEIRA, CASADA, em comunhão universal de bens, MEDICA, nascido(a) em 15/10/1993, nº do CPF 027.902.420-70, residente e domiciliada na cidade de Foz do Iguaçu - PR, na RUA Rosa Cirilo de Castro, nº 555, APT 21A;, Polo Centro, CEP: 85863-735.

CLÁUSULA II – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Ficam inalteradas as demais cláusulas do Instrumento Constitutivo que não colidem com as disposições do presente dispositivo.

CLÁUSULA III - DA CONSOLIDAÇÃO DO INSTRUMENTO

Em consequência das alterações, resolve o titular consolidar o ato constitutivo o qual, já refletindo as alterações acima, passa a ter a seguinte redação:

INSTRUMENTO DE INSCRIÇÃO CONSOLIDADO**H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA****CNPJ 46.310.915/0001-02****NIRE 41210729451**

HELEN MAIARA MENDES COELHO, BRASILEIRA, CASADA, COMUNHÃO UNIVERSAL DE BENS, MEDICA, nascido(a) em 15/10/1993, nº do CPF 027.902.420-70, residente e domiciliada na cidade de Foz do Iguaçu - PR, na RUA Rosa Cirilo de Castro, nº 555, APT 21A;, Polo Centro, CEP: 85863-735; unica socia da sociedade empresaria limitada, **H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA**, com sede na RUA Rosa Cirilo de Castro, nº 555, APT 21A;, Polo Centro, CEP: 85863-735, na cidade de Foz do Iguaçu, inscrito na Junta Comercial do Paraná sob o **NIRE 41210729451** e no **CNPJ/MF** sob o número **46.310.915/0001-02**; Resolve assim, consolidar o contrato:

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

A sociedade adotará como nome empresarial: **H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA**.

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

A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: RUA Rosa Cirilo de Castro, nº 555, APT 21A;, Polo Centro, foz do Iguaçu - PR, CEP: 85863735.

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

A sociedade terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômica: ATIVIDADES DE CONSULTAS E TRATAMENTO MEDICO PRESTADAS A PACIENTES EXTERNOS EXERCIDAS EM CONSULTORIOS, AMBULATORIOS, POSTOS DE ASSISTENCIA MEDICA, CLINICAS MEDICAS, CLINICAS OFTALMOLOGICAS E POLICLINICAS, CONSULTORIOS PRIVADOS EM HOSPITAIS, CLINICAS DE EMPRESAS, CENTROS GERIATRICOS, BEM COMO REALIZADAS NO DOMICILIO DO PACIENTE.

1ª ALTERAÇÃO DO CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE
EMPRESÁRIA LIMITADA UNIPESSOAL
H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA

Parágrafo único. Em estabelecimento eleito como Sede (Matriz) será(ão) exercida(s) a(s) atividade(s) de ATIVIDADES DE CONSULTAS E TRATAMENTO MEDICO PRESTADAS A PACIENTES EXTERNOS EXERCIDAS EM CONSULTORIOS, AMBULATORIOS, POSTOS DE ASSISTENCIA MEDICA, CLINICAS MEDICAS, CLINICAS OFTALMOLOGICAS E POLICLINICAS, CONSULTORIOS PRIVADOS EM HOSPITAIS, CLINICAS DE EMPRESAS, CENTROS GERIATRICOS, BEM COMO REALIZADAS NO DOMICILIO DO PACIENTE..

E exercerá as seguintes atividades:

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

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

CNAE Nº 8630-5/99 - 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 04/05/2022 e seu prazo de duração será por tempo indeterminado.

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

O capital será de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), dividido em 20000 quotas, no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, formado por R\$ 20.000,00 (vinte 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\$	%
HELEN MAIARA MENDES COELHO	20000	20.000,00	100,00
TOTAL:	20000	20.000,00	100,00

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA IX - DO PRÓ LABORE

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

CLÁUSULA X - DISTRIBUIÇÃO DE LUCROS

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

CLÁUSULA XI - DA RETIRADA OU FALECIMENTO DE SÓCIO

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

1ª ALTERAÇÃO DO CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE
EMPRESÁRIA LIMITADA UNIPESSOAL
H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA

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 Foz do Iguaçu - 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.

Foz do Iguaçu - PR, 05 de outubro de 2022

HELEN MAIARA MENDES COELHO
Sócio/Administrador



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
02790242070	HELEN MAIARA MENDES



CERTIFICO O REGISTRO EM 07/10/2022 12:24 SOB Nº 20226973158.
PROTOCOLO: 226973158 DE 06/10/2022.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12213222961. CNPJ DA SEDE: 46310915000102.
NIRE: 41210729451. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 05/10/2022.
H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA

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

 <p style="text-align: center;">REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</p> <p style="text-align: center;">CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</p>		
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 46.310.915/0001-02 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 09/05/2022
NOME EMPRESARIAL H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****		PORTE ME
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências 86.30-5-99 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada		
LOGRADOURO R ROSA CIRILO DE CASTRO	NÚMERO 555	COMPLEMENTO APT 21A
CEP 85.863-735	BAIRRO/DISTRITO POLO CENTRO	MUNICÍPIO FOZ DO IGUACU
UF PR	TELEFONE (49) 8891-9381/ (0000) 0000-0000	
ENDEREÇO ELETRÔNICO DRAHELENM@GMAIL.COM		
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****		
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 09/05/2022	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL		
SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

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

Emitido no dia **03/12/2024** às **14:06:50** (data e hora de Brasília).

Página: **1/1**

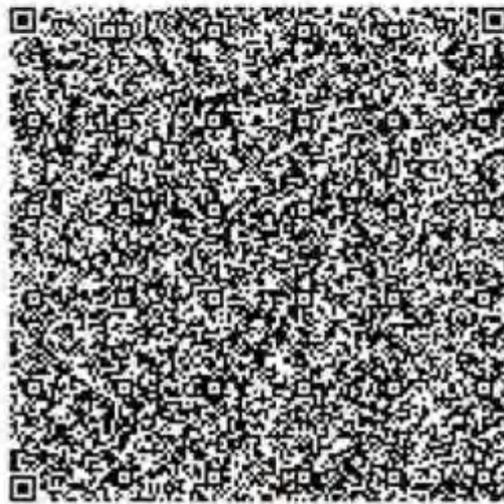
Meu Perfil



helen maiara mendes coelho

CNS 700504539286250

CPF 027.902.420-70



Sobre o SUS

Termos de Utilização



Início

Aplicações

Configurações

Perfil



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
 C.N.P.J. :76.206.606/0001-40
 Praça: Getulio Vargas, Nº280 - Centro - CEP: 85851-340 Foz do Iguaçu - PR
 E-mail: 24horas@pmfi.pr.gov.br
 Home Page: <http://www.pmfi.pr.gov.br/>



**CERTIDÃO POSITIVA DE TRIBUTOS MUNICIPAIS - PESSOA JURIDICA
 Nº 2343805/2024**

Nome do Requerente: H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA
Razão Social: H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 46310915000102
CME: 94574
Ativ. Principal: -
Endereço: RUA Rosa Cirilo de Castro **Nº:** 555
Bairro: LOTEAMENTO POLO CENTRO
Complemento: APT 21A;
Cidade: FOZ DO IGUAÇU **UF:** PR
Finalidade:
Observação:
Situação do CME: Empresa com situação de Cadastro ATIVA

Certificamos a pedido da parte interessada, que após pesquisa nos arquivos desta Diretoria de Receita, constatou-se a EXISTÊNCIA de pendências tributárias e/ou cadastrais em nome do contribuinte acima identificado. Fica ressalvado o direito da Fazenda Municipal de inscrever e cobrar débitos posteriormente constatados, mesmo referente ao período nesta certidão compreendido.

Foz do Iguaçu PR terça-feira, 3 de dezembro de 2024 às 00:00 hs.

Certidão Válida até 03/03/2025

CERTIDÃO CONCEDIDA GRATUITAMENTE

Empresas cadastradas para o CNPJ:

CMC	CNPJ	Razão Social
94574	46310915000102	H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA

Situação
ATIVA

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

NOME
HELEN MAIARA MENDES COELHO

CRM/UF
49368/PR

**FILIAÇÃO**
MARIA HELENA GONÇALVES DE LIMA MENDES
ANTÔNIO RESSOLI MENDES

DATA DE INSCRIÇÃO
09/05/2022

VIA
01




ASSINATURA DO PORTADOR

CPF
027.902.420-70

IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR
1105232043 / SSP-RS

TÍTULO DE ELEITOR
185117550426

SEÇÃO
0165

ZONA
062

DATA DE NASCIMENTO
15/10/1993

NATURALIDADE
MARAU-RS

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
CURITIBA-PR 02/12/2022

614321




ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **HELEN MAIARA MENDES COELHO**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **49368** desde **09/05/2022**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Certidão tem validade até o dia 03/03/2025.

Chave de validação **ce5b4dbc729289a6591fed6cfc357ea0a217ece2**

Emitida eletronicamente via internet em **03/12/2024**.

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

Certidão Negativa de Débitos

Certificamos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **HELEN MAIARA MENDES COELHO**, com situação Ativo, possui registro neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **49368** e encontra-se quite com esta tesouraria até 31/03/2025.

Finalidade: Simples verificação.

Chave de validação **0ed46e998fb42d54fa7b5d160db7af41553ef8d3**

Emitida eletronicamente via internet em **03/12/2024**

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

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

REPÚBLICA DEL PARAGUAY

SABIDURIA ES LIBERTAD



UNIVERSIDAD PRIVADA DEL ESTE

DECRETO DEL PODER EJECUTIVO N° 13.039 DEL 26 DE MARZO DE 1992

El Rector de la Universidad y el Decano de la Facultad de:
Ciencias de la Salud "Prof. Dr. Manuel Riveros"

Por cuanto:

Helen Maiara Mendes

Ha concluido los estudios correspondientes a la carrera de:

Medicina

Por tanto: de acuerdo con lo dispuesto en las normas vigentes en esta Universidad expedimos el presente Título de

Médica Cirujana

Ciudad Presidente Franco, 21 de agosto de 2020

Helen Maiara Mendes

Egresado/a
Helen Maiara Mendes



Secretario General

Elo. Msc. Nicolás Flores González



Decano

Prof. Dr. Rodolfo Romero Caballero



Rector

Prof. Abog. Juan Bautista González Flores

2018 - 2878



El presente título de MEDICO/A CIRUJANO/A
Corresponde a MENDES, HELEN MAIARA
Cédula de Identidad N° 1105232043
Resolución VES N°- 33179 de Fecha 21/12/2020



Handwritten signature
Ministerio de Educación Superior y Ciencias

Ministerio de Educación Superior y Ciencias

UNIVERSIDAD PRIVADA DEL ESTE

Este diploma se halla registrado bajo el N° de orden 1, Acta N° 29, Folio N° 13 del Libro de Grado N° 1, y es testimonio original Año de Culminación de la Carrera: 2019
Ciudad de Pnte. Franco; 18 01 / 2021

Secretario General
(MSC) Nicolás Planes G.
SECRETARIO GENERAL

UPE
UNIVERSIDAD PRIVADA DEL ESTE



REPÚBLICA DEL PARAGUAY
MINISTERIO DE
RELACIONES EXTERIORES
Hoja de Seguridad Según Decreto N° 7317/17
Correspondiente a la SERIE C Nro **01803141**

APOSTILLE (Convention de La Haya du 5 octobre 1961)	
1. País (country / pays):	REPUBLICA DEL PARAGUAY
El presente documento público (This public document - Le présent acte public)	
2. ha sido firmado por (has been signed by / a été signé par)	PEDRO L. A. PALACIOS O.
3. quien actúa en calidad de: (acting in the capacity of / agissant en qualité de)	Enc. de Despacho
4. y está revestido del sello / timbre de (bears the seal/stamp of / est revêtu du sceau / du timbre)	Ministerio de Educación y Cultura
Certificado (Certified - Attesté)	
5. en: (at / à)	ASUNCION
6. el día: (the / le)	26/3/2021 09:00:46
7. por: (by / par)	MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES DEL PARAGUAY Ministry of Foreign Affairs of Paraguay / Ministère des Affaires Étrangères du Paraguay
8. bajo el número: (n° / sous n°)	26778/2021 C-1803141
9. Sello / timbre (seal/stamp / sceau/timbre)	10. Firma: (signature)
Tipo de Documento: (type of document / type d'acte)	
DOCUMENTOS RELACIONADOS A ESTUDIOS - A-L289283	
Esta Apostilla certifica únicamente la autenticidad de la firma, la calidad en que el signatario del documento haya actuado y, en su caso, la identidad del sello o timbre del que el documento público está revestido. Esta Apostilla no certifica el contenido del documento para el cual se expidió. Esta Apostilla se puede verificar en la dirección siguiente: www.mre.gov.py/legalizaciones . This Apostille only certifies the authenticity of the signature and the capacity of the person who has signed the public document, and, where appropriate, the identity of the seal or stamp which the public document bears. This Apostille does not certify the content of the document for which it was issued. To verify the issuance of this Apostille, see www.mre.gov.py/legalizaciones . Cette Apostille atteste uniquement la véracité de la signature, la qualité en laquelle le signataire de l'acte a agi et, le cas échéant, l'identité du sceau ou timbre dont cet acte public est revêtu. Cette Apostille ne certifie pas le contenu de l'acte pour lequel elle a été émise. Cette Apostille peut être vérifiée à l'adresse suivante : www.mre.gov.py/legalizaciones .	



2565001

Observación:
Date de Impression:
Nombre del Titular: HELEN MAIARA MENDES
Colocado Por: SILFANA PEREIRA Registrado Por: SILMA MARTÍNEZ
Fecha Impresión: 26/3/2021 09:01:28
D.G.T.P. - Dpto. de Valores Fiscales - M.H.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE REGISTROS Y CONTROL
DE PROFESIONES EN SALUD

008572

El presente título de: MEDICO/A CIRUJANO/A
Correspondiente a: HELEN MAIARA MENDES
Con Cédula Nro: 8452869
Reg. Profesional Nro: 22617

Asunción, 01/10/2021



Handwritten signature
HELEN MAIARA MENDES
Cédula de Identidad N° 1105232043
Reg. Profesional N° 22617



2018 - 2878

Viceministerio de Educación Superior y Ciencias

El presente título de MEDICO/A CIRUJANO/A
 Corresponde a MENDES, HELEN MAIARA
 Cédula de Identidad N°: 1105232043
 Resolución VES N°: 33179 de Fecha 21/12/2020




39e6ef9473ba3a15b72a9a71f3a63f

B187190



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
 DIRECCIÓN DE REGISTROS Y CONTROL
 DE PROFESIONES EN SALUD 008572

El presente título de: MEDICO/A CIRUJANO/A
 Correspondiente a: HELEN MAIARA MENDES
 Con Cédula Nro: 8452869
 Reg. Profesional Nro: 22617
 Asunción, 01/10/2021



Handwritten signature
NATALIA MEZA
 Jefa de Registro y Control de Profesionales en Salud
 Dirección de Registros y Control de Profesionales en Salud
 M.S.P., S.S.



Handwritten signature
Gladys Domínguez
 Jefa de Registro y Control de Profesionales en Salud
 Dirección de Registros y Control de Profesionales en Salud
 Ministerio de Educación Superior y Ciencias

MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIAS
SECRETARIA GENERAL
DIRECCIÓN DE CERTIFICACION ACADÉMICA
DEPARTAMENTO DE LEGALIZACIONES

CERTIFICO QUE: La firma y sello que dice:

Gladys Domínguez
 - MEC

Guarda validez con la registrada en esta oficina.
 N.B.A. Esta legalización no juzga el contenido del presente documento.

Asunción: **22 DEC 2020**

Handwritten signature
Lic. Pedro L. A. Palacios O.
 Jefe
 Departamento de Legalizaciones
 Dirección de Certificación Académica



UNIVERSIDAD PRIVADA DEL ESTE

Este diploma se halla registrado bajo el N° de orden 1, Acta N° 29, Folio N° 13 del Libro de Grado N° 1, y es testimonio original Año de Culminación de la Carrera: 2019 Ciudad de Pdte. Franco: 10 / 01 / 2021

Secretario General
Lic. (M.Sc.) Nicolás Flores G.
SECRETARIO GENERAL






REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Estado do Paraná – Comarca de Foz do Iguaçu

Anilton Cezar Feldaus.

Tradutor Público e Intérprete Comercial

Matrícula 12/068-T, da Junta Comercial do Paraná.

Tradução nº.:10.025

Livro nº.:120

Página 1 de 3

Eu, Anilton Cezar Feldaus, tradutor público, certifico e dou fé, para os devidos fins, que nesta data me foi apresentado um **DIPLOMA**, em Espanhol, que traduzo para o vernáculo no seguinte teor:

REPÚBLICA DO PARAGUAI



UNIVERSIDADE PRIVADA DEL ESTE

DECRETO DO PODER EXECUTIVO Nº 13.039 DE 26 DE MARÇO DE 1992

**O Reitor da Universidade e o Decano da Faculdade de:
Ciências da Saúde “Prof. Dr. Manuel Riveros”**

Por ter: *Helen Maiara Mendes*

Concluído os estudos correspondentes ao curso de:

MEDICINA

Portanto: de acordo com o disposto nas normas vigentes desta Universidade expedimos o presente Título de

MÉDICA CIRURGIÃ

Cidade de Presidente Franco, 21 de agosto de 2020.

[Consta assinatura]

Egresso(a)

Helen Maiara Mendes

[Consta carimbo e assinatura]

Secretário Geral

Bel. Me. Nicolás Flores Gonzalez

[Consta carimbo e assinatura]

Decano

Prof. Dr. Rodolfo Romero Caballero

[Consta carimbo e assinatura]

Reitor

Prof. Adv. Juan Bautista González Flores



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Estado do Paraná – Comarca de Foz do Iguaçu

Anilton Cezar Feldaus.

Tradutor Público e Intérprete Comercial

Matrícula 12/068-T, da Junta Comercial do Paraná.

Tradução n.º.: 10.025

Livro n.º.: 120

Página 2 de 3

**VICEMINISTÉRIO DE
EDUCAÇÃO
SUPERIOR E CIÊNCIAS**

O presente título de Médica(o) Cirurgiã(o)

Corresponde a HELEN MAIARA MENDES

RG. n.º 1105232043

Resolução VES N.º 33179 de Data 21/12/2020

[Consta código QR e código de barras]

[Consta rubrica]

[Consta
código QR]
B187190

[Consta carimbo e firma]

Gladys Zunilda Dominguez Ferreira, Chefe Interina

Departamento de Registro de Títulos de

Graduação e Pós-graduação

Vice Ministério de Educação Superior e Ciências

**MINISTÉRIO DE SAÚDE PÚBLICA E BEM-ESTAR SOCIAL
DIREÇÃO DE REGISTROS E CONTROLE
DE PROFISSÕES EM SAÚDE 008572**

O presente título de MÉDICO(A) CIRURGIÃO(Ã)

Correspondente a: **HELEN MAIARA MENDES**

Com Cédula N.º: **8452869**

Reg. Profissional N.º: **22617**

Assunção, 01/10/2021

[Consta rubrica]

NATALIA MEZA

Chefe do Depto de Registros

Depto. de Registros e Controle de Profissionais em

Saúde

M.S.P. e B.S.

MINISTÉRIO DE SAÚDE
PÚBLICA E BEM-ESTAR
SOCIAL

Vice Ministério de Educação
Superior

Direção de Registro de Títulos

**MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS
SECRETARIA GERAL**

**DIREÇÃO DE CERTIFICAÇÃO ACADÊMICA
DEPARTAMENTO DE LEGALIZAÇÕES**

CERTIFICO QUE: A assinatura e carimbo que diz:

Gladys Domínguez

MEC.

É semelhante com a que consta registrada neste ofício.

NOTA: esta legalização não julga o conteúdo do presente documento.

Assunção, **22 DEZ. 2020.**

LEGALIZADO M.E.C.

[Consta rubrica]

Bel. Pedro L. A. Palacios O.

Departamento de Legalizações

Direção de Certificação Acadêmica

**Departamento de
Legalizações - MEC**

[Consta código de barras]

[A-L289283]

UNIVERSIDADE PRIVADA DEL ESTE

*Este diploma encontra-se registrado sob o
N.º de ordem 1, Ata N.º 29, Folha N.º 13 do
Livro de Graduação N.º 1, e o testemunho
original.*

Ano de Conclusão do Curso: 2019

Cidade de Presidente Franco: 18/01/21.

[Consta assinatura]

Bel. (Me.) Nicolás Flores G.

SECRETÁRIO GERAL

[Consta selo
holográfico
0 2 1 2 2]



2018 - 2878

Este documento foi assinado digitalmente por Anilton Cezar Feldaus.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://www.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 2E04-B80B-6C2B-4005.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Estado do Paraná – Comarca de Foz do Iguaçu

Anilton Cezar Feldaus.

Tradutor Público e Intérprete Comercial

Matrícula 12/068-T, da Junta Comercial do Paraná.

Tradução n°.:10.025

Livro n°.:120

Página 3 de 3

Ministério de Relações Exteriores
Direção de Legalizações



REPÚBLICA DO PARAGUAI

MINISTÉRIO DE

RELAÇÕES EXTERIORES

Folha de Segurança de acordo com o Decreto Nº 7317/17

Correspondente à SÉRIE C Nº **01803141**

APOSTILLE

(Convention de La Haye du 5 octobre 1961)

[O documento apresenta versão em espanhol e em outra língua]

1. País	República do Paraguai		
O presente documento público			
2. Foi assinado por:	PEDRO L. A. PALACIOS O.		
3. Que atua como:	Enc. de Despachos		
4. Acompanhado do carimbo/selo do	Ministério de Educação e Cultura		
Certificado			
5. Em:	ASSUNÇÃO	6. Data	26/03/2021 09:00:46
7. Por:	MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES DO PARAGUAI		
8. Sob o número:	26778/2021		C-1803141
9. Selo/Carimbo: [Consta carimbo do Ministério de Relações Exteriores]	10. Assinatura [Consta rubrica] <i>Oscar Benitez</i>		

Tipo de Documento: DOCUMENTOS RELACIONADOS A ESTUDOS

A-L289283

Esta Apostila certifica unicamente a autenticidade da assinatura, a qualidade em que o signatário do documento tenha atuado e, no caso, a identidade do selo ou timbre do que o documento público esteja revestido.

Esta Apostila não certifica o conteúdo do documento para o qual se expediu.

Esta Apostila pode ser verificada na direção seguinte: www.mre.gov.py/legalizaciones

[Consta código de barras: **2565001**]

Observação:

Nome do titular: HELEN MAIARA MENDES

[Constam dados de impressão]

NADA MAIS constava no referido documento que devolvo à parte interessada com essa tradução fiel, que conferi, achei conforme e assino na data abaixo. **DOU FÉ. Foz do Iguaçu, 11 de abril de 2022.x.**

[Assinado digitalmente]

Anilton Cezar Feldaus

Tradutor Público e

Intérprete Comercial

Este documento foi assinado digitalmente por Anilton Cezar Feldaus. Para verificar as assinaturas vá ao site <https://www.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 2E04-B80B-6C2B-4005.



PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal de Assinaturas Certisign. Para verificar as assinaturas clique no link: <https://www.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/2E04-B80B-6C2B-4005> ou vá até o site <https://www.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 2E04-B80B-6C2B-4005



Hash do Documento

34F61000830F83A6B63B97EF3C355EEDA38AF2B02D6C192A59BF90D30D63A0B4

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 12/04/2022 é(são) :

- Anilton Cezar Feldaus (Tradutor Público) - 648.058.599-20 em 12/04/2022 00:19 UTC-03:00

Tipo: Certificado Digital





MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL
COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS DE ACESSO E PERMANÊNCIA
UNIDADE DE DIPLOMAS

CERTIFICADO DE REVALIDAÇÃO

O Reitor da Universidade Federal do Paraná, tendo em vista o § 2º do art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e a Portaria Interministerial MEC/MS nº 278, de 17 de março de 2011, certifica que **HELEN MAIARA MENDES** obteve a REVALIDAÇÃO do seu diploma, expedido pela *Universidad Privada del Este -Paraguai*, com equivalência ao diploma de **MÉDICA**, em conformidade com a Lei nº 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e a Resolução nº 10, de 12 de maio de 2017, do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão desta Universidade.

Curitiba, 08 de abril de 2022.

Prof. Dr. Ricardo Marcelo Fonseca
Reitor



MINISTERIO DA EDUCACAO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA

Pr.-Reitoria de Graduacao

NAA - Unidade de Diplomas

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

Diploma registrado sob n° 9140 no

Livro RVD 21, Fls 279, Proc 23075.018560/2022-66

Curitiba, 14 de agosto de 2022

Luciano André Vanz

Diretor da Unidade de Diplomas

Por delegacao de competencia, de acordo com o art 6° do
Decreto n° 83.937/79 e nos termos da Portaria n° 2.098, de 20
de maio de 2019 do Reitor da UFPR



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão Eleitoral

Certificamos que, de acordo com o assentamento do Cadastro Eleitoral do Conselho Regional de Medicina do Paraná e com o que dispõe a Resolução CFM Vigente, o Médico abaixo qualificado está quite com o processo eleitoral CRM/CFM na presente data.

Médico: **HELEN MAIARA MENDES COELHO**

CRM-PR: **49368**

Chave de validação **7bb54c053831abd02245af711a467531ecf46478**

Emitida eletronicamente via internet em **03/12/2024**

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

Certidão de Responsabilidade Técnica para PGRSS

Certificamos, para fins de comprovação de Responsabilidade Técnica junto ao **Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde**, que o(a) médico(a) Dr.(a) **HELEN MAIARA MENDES COELHO**, inscrito(a) no Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **49368**, desde **09/05/2022**, é o(a) responsável, junto a esta Autarquia pelo Consultório Médico, **R ROSA C DE CASTRO, Nº:555, APTO 21 A, Foz do Iguaçu/PR.**

Chave de validação [adee3060d0cf2e564cffa4e56215933a4d1f185](#)

Emitida eletronicamente via internet em **03/12/2024**

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

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) **HELEN MAIARA MENDES COELHO**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **49368** conforme períodos abaixo:

Períodos

09/05/2022	a	01/04/2024
09/05/2022	a	presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. **0e675ee91697674da25f61f360aef0a266b0be45**

Emitida eletronicamente via internet em **03/12/2024**

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

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

INFORMATIVO



Pague agora via PIX, basta acessar o aplicativo de sua instituição financeira
PIX copia e cola

00020126910014br.gov.bcb.pix.2569pix-qrcode.sicredi.com.br/qr/v2/cobv/cc3e1271f7264ffdb38458c40ccb6f115204000053039865802BR5903PIX6006Cidade62070503***630433AE



748-X

Recibo do Pagador

Local de Pagamento Preferencialmente em canais eletrônicos da sua instituição financeira.					Vencimento 10/12/2024	
Beneficiário MIYATA & MATSUSHITA LTDA				CNPJ/CPF 09580593000187	Agência / Código do Beneficiário 0726.21.37038	
Data do Documento 22/06/2024	Nº do Documento 0005	Espécie Doc. DSI	Aceite N	Data de Processamento 16/09/2024	Nosso Número / Cód. do Documento 24/106536-0	
Espécie Moeda REAL	Quantidade Moeda		Valor Moeda			(=) Valor do Documento R\$99,90
Instruções APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 1.00 %. APOS VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE R\$ 0.29.					(-) Desconto / Abatimento	
					(-) Outras Deduções	
					(+) Mora / Multa	
					(+) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador HELEN MAIARA MENDES COELHO - 02790242070 RANCHO ALEGRE D'OESTE PR 87395000 RUA AMAPA 512 -						
Beneficiário Final -					Código de Baixa	

Recebimento através do cheque Nº:

Do banco:

Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Até o vencimento pagável em qualquer agência bancária.



748-X

74891.12412 06536.007260 21370.381036 3 99260000009990

Local de Pagamento Preferencialmente em canais eletrônicos da sua instituição financeira.					Vencimento 10/12/2024	
Beneficiário MIYATA & MATSUSHITA LTDA				CNPJ/CPF 09580593000187	Agência / Código do Beneficiário 0726.21.37038	
Data do Documento 22/06/2024	Nº do Documento 0005	Espécie Doc. DSI	Aceite N	Data de Processamento 16/09/2024	Nosso Número 24/106536-0	
Espécie Moeda REAL	Quantidade Moeda		Valor Moeda			(=) Valor do Documento R\$99,90
Instruções APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 1.00 %. APOS VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE R\$ 0.29.					(-) Desconto / Abatimento	
					(-) Outras Deduções	
					(+) Mora / Multa	
					(+) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador HELEN MAIARA MENDES COELHO - 02790242070 RANCHO ALEGRE D'OESTE PR 87395000 RUA AMAPA 512 -						
Beneficiário Final -					Código de Baixa	

Autenticação Mecânica



FICHA DE COMPENSAÇÃO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
 C.N.P.J. :76.206.606/0001-40
 Praça: Getulio Vargas, Nº280 - Centro - CEP: 85851-340 Foz do Iguaçu - PR
 E-mail: 24horas@pmfi.pr.gov.br
 Home Page: <http://www.pmfi.pr.gov.br/>



**CERTIDÃO POSITIVA DE TRIBUTOS MUNICIPAIS - PESSOA JURIDICA
 Nº 2343805/2024**

Nome do Requerente: H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA
Razão Social: H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 46310915000102
CME: 94574
Ativ. Principal: -
Endereço: RUA Rosa Cirilo de Castro **Nº:** 555
Bairro: LOTEAMENTO POLO CENTRO
Complemento: APT 21A;
Cidade: FOZ DO IGUAÇU **UF:** PR
Finalidade:
Observação:
Situação do CME: Empresa com situação de Cadastro ATIVA

Certificamos a pedido da parte interessada, que após pesquisa nos arquivos desta Diretoria de Receita, constatou-se a EXISTÊNCIA de pendências tributárias e/ou cadastrais em nome do contribuinte acima identificado. Fica ressalvado o direito da Fazenda Municipal de inscrever e cobrar débitos posteriormente constatados, mesmo referente ao período nesta certidão compreendido.

Foz do Iguaçu PR terça-feira, 3 de dezembro de 2024 às 00:00 hs.

Certidão Válida até 03/03/2025

CERTIDÃO CONCEDIDA GRATUITAMENTE

Empresas cadastradas para o CNPJ:

CMC	CNPJ	Razão Social
94574	46310915000102	H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA

Situação
ATIVA



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
DEPARTAMENTO DE RECEITA



LICENÇA NA FORMA DE DOMICILIO TRIBUTÁRIO 387435/2022
C.M.C. Nº 094574

NOME EMPRESARIAL: H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA		CPF/CNPJ: 46310915000102	
NOME DE FANTASIA:			
CONSTITUIÇÃO: Sociedade Empresária Limitada			
ENDEREÇO: AV. ROSA CIRILO DE CASTRO		NÚMERO: 555	COMPLEMENTO: APT 21A
BAIRRO: Polo Centro	CEP: 85863735	ÁREA ABERTA M²: 0,00	ÁREA CONSTRUÍDA M²: 0,00
ATIVIDADE: 86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas 86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências. "Não exerce Atividade no local" 86.30-5-99 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente			
RESTRICÇÕES: SOLICITAR BAIXA AO ENCERRAR AS ATIVIDADES.			
VIGÊNCIA DA LICENÇA PARTIR DE: 25/05/2022		PROTOCOLO:	

CONCEDE-SE A PRESENTE LICENÇA EM CONFORMIDADE COM O DISPOSTO NO ARTIGO 443 DA LEI COMPLEMENTAR 82/2003 E ARTIGOS 25 A 30 DO DECRETO 27.785/2019, CUJA VALIDADE POSSUI PRAZO INDETERMINADO ENQUANTO NÃO OCORRER ALTERAÇÕES EM RELAÇÃO AOS DADOS CONSTANTES NA PRESENTE LICENÇA OU AS OCORRÊNCIAS DE NULIDADE, CASSAÇÃO OU SUSPENSÃO DA LICENÇA NA FORMA DA LEI 82/2003.

NÃO É PERMITIDO O EXERCÍCIO DE QUALQUER ATIVIDADE, ATENDIMENTO PRESENCIAL A CLIENTES OU FORNECEDORES, DEPOSITO DE QUALQUER NATUREZA, A UTILIZAÇÃO DE MÁQUINAS, FERRAMENTAS, EQUIPAMENTOS E VEÍCULOS, EXCETO OS DE USO PESSOAL NO ENDEREÇO CONSTANTE NA PRESENTE LICENÇA.

Foz do Iguaçu, sexta-feira, 30 de junho de 2023

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

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 46.310.915/0001-02
Razão Social: H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA
Endereço: R ROSA CIRILO DE CASTRO 555 AP 21A / POLO CENTRO / FOZ DO IGUACU / PR / 85863-735

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: 28/11/2024 a 27/12/2024

Certificação Número: 2024112803035897703906

Informação obtida em 03/12/2024 14:47:29

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



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

Certidão Negativa
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual
Nº 035462037-10

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **46.310.915/0001-02**

Nome: **CNPJ NÃO CONSTA NO CADASTRO DE CONTRIBUINTES DO ICMS/PR**

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

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

Válida até 02/04/2025 - 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: H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 46.310.915/0001-02

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

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

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

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

Emitida às 21:03:04 do dia 08/08/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 04/02/2025.

Código de controle da certidão: **8665.7721.4B49.CA39**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 46.310.915/0001-02

Certidão n°: 83583406/2024

Expedição: 03/12/2024, às 14:13:40

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

Certifica-se que **H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o n° **46.310.915/0001-02**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.

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: 46.310.915/0001-02
Razão Social: H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA
E-mail: DRAHELENM@GMAIL.COM
Telefone: 49988919381
Banco: CAIXA
Conta: 000578952027-4
Agência: 2540
Tipo Conta: 1

Credenciamento:

Data Inicio: 01/08/2024 08:00
Data Encerramento: 01/08/2025 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: 1596 - Data Emissão: 2024-12-03 - Data Vencimento: 2025-03-03

Certidão Estadual: 1597 - Data Emissão: 2024-12-03 - Data Vencimento: 2025-04-02

Certidão Federal: 1598 - Data Emissão: 2024-08-08 - Data Vencimento: 2025-02-04

Certidão Trabalhista: 1599 - Data Emissão: 2024-12-03 - Data Vencimento: 2025-06-01

Certidão FGTS: 1600 - Data Emissão: 2024-12-03 - Data Vencimento: 2024-12-27

IV - Capacidade Técnica

V - Proposta

**Categoria: SERVIÇOS DE PLANTÃO POR HORA - Procedimento: PLANTÃO MÉDICO POR HORA - Valor: R\$ 115
- Qtd: 1728**

VI - Profissionais

Nome: HELEN MAIARA MENDES COELHO - Especialidade : MÉDICA - CPF: 027.902.420-70

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

**Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 05/12/2024
19:11:33**

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____

1ª ALTERAÇÃO DO CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE**EMPRESÁRIA LIMITADA UNIPESSOAL****H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA**

HELEN MAIARA MENDES, BRASILEIRA, SOLTEIRA, MEDICA, nascido(a) em 15/10/1993, nº do CPF 027.902.420-70, residente e domiciliada na cidade de Foz do Iguaçu - PR, na RUA Rosa Cirilo de Castro, nº 555, APT 21A;, Polo Centro, CEP: 85863-735; unica socia da sociedade empresaria limitada, **H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA**, com sede na RUA Rosa Cirilo de Castro, nº 555, APT 21A;, Polo Centro, CEP: 85863-735, na cidade de Foz do Iguaçu, inscrito na Junta Comercial do Paraná sob o **NIRE 41210729451** e no **CNPJ/MF** sob o número **46.310.915/0001-02**; Resolve assim, Alterar e Consolidar o Instrumento de Inscrição.

CLÁUSULA I – DO NOME DO SOCIO

Fica alterado o nome do sócio de **HELEN MAIARA MENDES**, BRASILEIRA, SOLTEIRA, MEDICA, nascido(a) em 15/10/1993, nº do CPF 027.902.420-70, residente e domiciliada na cidade de Foz do Iguaçu - PR, na RUA Rosa Cirilo de Castro, nº 555, APT 21A;, Polo Centro, CEP: 85863-73, para **HELEN MAIARA MENDES COELHO**, BRASILEIRA, CASADA, em comunhão universal de bens, MEDICA, nascido(a) em 15/10/1993, nº do CPF 027.902.420-70, residente e domiciliada na cidade de Foz do Iguaçu - PR, na RUA Rosa Cirilo de Castro, nº 555, APT 21A;, Polo Centro, CEP: 85863-735.

CLÁUSULA II – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Ficam inalteradas as demais cláusulas do Instrumento Constitutivo que não colidem com as disposições do presente dispositivo.

CLÁUSULA III - DA CONSOLIDAÇÃO DO INSTRUMENTO

Em consequência das alterações, resolve o titular consolidar o ato constitutivo o qual, já refletindo as alterações acima, passa a ter a seguinte redação:

INSTRUMENTO DE INSCRIÇÃO CONSOLIDADO**H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA****CNPJ 46.310.915/0001-02****NIRE 41210729451**

HELEN MAIARA MENDES COELHO, BRASILEIRA, CASADA, COMUNHÃO UNIVERSAL DE BENS, MEDICA, nascido(a) em 15/10/1993, nº do CPF 027.902.420-70, residente e domiciliada na cidade de Foz do Iguaçu - PR, na RUA Rosa Cirilo de Castro, nº 555, APT 21A;, Polo Centro, CEP: 85863-735; unica socia da sociedade empresaria limitada, **H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA**, com sede na RUA Rosa Cirilo de Castro, nº 555, APT 21A;, Polo Centro, CEP: 85863-735, na cidade de Foz do Iguaçu, inscrito na Junta Comercial do Paraná sob o **NIRE 41210729451** e no **CNPJ/MF** sob o número **46.310.915/0001-02**; Resolve assim, consolidar o contrato:

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

A sociedade adotará como nome empresarial: **H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA**.

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

A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: RUA Rosa Cirilo de Castro, nº 555, APT 21A;, Polo Centro, foz do Iguaçu - PR, CEP: 85863735.

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

A sociedade terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômica: ATIVIDADES DE CONSULTAS E TRATAMENTO MEDICO PRESTADAS A PACIENTES EXTERNOS EXERCIDAS EM CONSULTORIOS, AMBULATORIOS, POSTOS DE ASSISTENCIA MEDICA, CLINICAS MEDICAS, CLINICAS OFTALMOLOGICAS E POLICLINICAS, CONSULTORIOS PRIVADOS EM HOSPITAIS, CLINICAS DE EMPRESAS, CENTROS GERIATRICOS, BEM COMO REALIZADAS NO DOMICILIO DO PACIENTE.

1ª ALTERAÇÃO DO CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE**EMPRESÁRIA LIMITADA UNIPESSOAL****H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA**

Parágrafo único. Em estabelecimento eleito como Sede (Matriz) será(ão) exercida(s) a(s) atividade(s) de ATIVIDADES DE CONSULTAS E TRATAMENTO MEDICO PRESTADAS A PACIENTES EXTERNOS EXERCIDAS EM CONSULTORIOS, AMBULATORIOS, POSTOS DE ASSISTENCIA MEDICA, CLINICAS MEDICAS, CLINICAS OFTALMOLOGICAS E POLICLINICAS, CONSULTORIOS PRIVADOS EM HOSPITAIS, CLINICAS DE EMPRESAS, CENTROS GERIATRICOS, BEM COMO REALIZADAS NO DOMICILIO DO PACIENTE..

E exercerá as seguintes atividades:

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

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

CNAE Nº 8630-5/99 - 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 04/05/2022 e seu prazo de duração será por tempo indeterminado.

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

O capital será de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), dividido em 20000 quotas, no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, formado por R\$ 20.000,00 (vinte 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\$	%
HELEN MAIARA MENDES COELHO	20000	20.000,00	100,00
TOTAL:	20000	20.000,00	100,00

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA IX - DO PRÓ LABORE

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

CLÁUSULA X - DISTRIBUIÇÃO DE LUCROS

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

CLÁUSULA XI - DA RETIRADA OU FALECIMENTO DE SÓCIO

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

1ª ALTERAÇÃO DO CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE
EMPRESÁRIA LIMITADA UNIPESSOAL
H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA

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 Foz do Iguaçu - 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.

Foz do Iguaçu - PR, 05 de outubro de 2022

HELEN MAIARA MENDES COELHO
Sócio/Administrador



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
02790242070	HELEN MAIARA MENDES



CERTIFICO O REGISTRO EM 07/10/2022 12:24 SOB N° 20226973158.
PROTOCOLO: 226973158 DE 06/10/2022.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12213222961. CNPJ DA SEDE: 46310915000102.
NIRE: 41210729451. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 05/10/2022.
H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA

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

 <p style="text-align: center;">REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</p> <p style="text-align: center;">CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</p>		
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 46.310.915/0001-02 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 09/05/2022
NOME EMPRESARIAL H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****		PORTE ME
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências 86.30-5-99 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada		
LOGRADOURO R ROSA CIRILO DE CASTRO	NÚMERO 555	COMPLEMENTO APT 21A
CEP 85.863-735	BAIRRO/DISTRITO POLO CENTRO	MUNICÍPIO FOZ DO IGUACU
UF PR	TELEFONE (49) 8891-9381/ (0000) 0000-0000	
ENDEREÇO ELETRÔNICO DRAHELENM@GMAIL.COM		
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****		
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 09/05/2022	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL		
SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

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

Emitido no dia **03/12/2024** às **14:06:50** (data e hora de Brasília).

Página: **1/1**



CERTIDÃO SIMPLIFICADA

Sistema Nacional de Registro de Empresas Mercantis - SINREM

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

Nome Empresarial: H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA NIRE : 41210729451 Natureza Jurídica: Sociedade Empresária Limitada		Protocolo: PRC2423795362			
NIRE (Sede) 41210729451	CNPJ 46.310.915/0001-02	Data de Ato Constitutivo 09/05/2022	Início de Atividade 04/05/2022		
Endereço Completo Rua Rosa Cirilo de Castro, Nº 555, APT 21A,, Polo Centro - Foz do Iguaçu/PR - CEP 85863-735					
Objeto Social ATIVIDADES DE CONSULTAS E TRATAMENTO MEDICO PRESTADAS A PACIENTES EXTERNOS EXERCIDAS EM CONSULTORIOS, AMBULATORIOS, POSTOS DE ASSISTENCIA MEDICA, CLINICAS MEDICAS, CLINICAS OFTALMOLOGICAS E POLICLINICAS, CONSULTORIOS PRIVADOS EM HOSPITAIS, CLINICAS DE EMPRESAS, CENTROS GERIATRICOS, BEM COMO REALIZADAS NO DOMICILIO DO PACIENTE.					
Capital Social R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) Capital Integralizado R\$ 20.000,00 (vinte mil reais)		Porte ME (Microempresa)	Prazo de Duração Indeterminado		
Dados do Sócio					
Nome HELEN MAIARA MENDES COELHO	CPF/CNPJ 027.902.420-70	Participação no capital R\$ 20.000,00	Espécie de sócio Sócio	Administrador S	Término do mandato Indeterminado
Dados do Administrador					
Nome HELEN MAIARA MENDES COELHO	CPF 027.902.420-70	Término do mandato Indeterminado			
Último Arquivamento			Situação		
Data 07/10/2022	Número 20226973158	Ato/eventos 002 / 051 - CONSOLIDAÇÃO DE CONTRATO/ESTATUTO		ATIVA Status SEM STATUS	

Esta certidão foi emitida automaticamente em 03/12/2024, às 16:28:46 (horário de Brasília).

Se impressa, verificar sua autenticidade no <https://www.empresafacil.pr.gov.br>, com o código **NCG5M715**.

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

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA
Secretário(a) Geral



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

Certidão Narrativa

de Inexistência de Inscrição no Cadastro de Contribuintes do ICMS
Nº 035462055-39

Certifico, para fins de comprovação perante terceiros, que o **CNPJ 46.310.915/0001-02**, não consta do Cadastro de Contribuintes do ICMS da Secretaria da Fazenda do Paraná, não possuindo, portanto, número de inscrição estadual, de acordo com pesquisa realizada na base de dados do mencionado cadastro.

Esta certidão não isenta a empresa de inscrever-se no Cadastro de Contribuintes do ICMS do Paraná, para os casos previstos na legislação.

Válida até 02/01/2025 - Fornecimento Gratuito

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ

COMARCA DE FOZ DO IGUAÇU

CARTÓRIO DISTRIBUIDOR, CONTADOR,
PARTIDOR, AVALIADOR E DEPOSITÁRIO
PÚBLICO

BEL.GUAUPI DI LAURO
SERVENTUÁRIO DESIGNADO



BEL. ARIANE JACQUELINE GONZALEZ
BEL. KELLEN MAYARA BUBIAK

FUNCIÓNARIAS JURAMENTADAS

CERTIDÃO NEGATIVA (PARA FINS GERAIS)

GUAUPI DI LAURO, Serventuário Designado dos Cartórios Distribuidor, Contador, Partidor, Avaliador e Depositário Público da Comarca de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, na forma da lei etc...

CERTIFICO a pedido de parte interessada, que revendo os livros e arquivos de Distribuições Cíveis existentes, não incluindo buscas na vara empresarial regionalizada de Cascavel - Paraná., sob minha guarda neste Ofício, verifiquei neles NÃO CONSTAR, em andamento, EXCLUSIVAMENTE ações de FALÊNCIA, CONCORDATA, RECUPERAÇÃO JUDICIAL E EXTRAJUDICIAL, proposta em desfavor de:

H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA

CNPJ: 46.310.915/0001-02

Dada e passada nesta cidade e comarca de FOZ DO IGUAÇU, Estado do PARANÁ, ao(s) 03 dia(s) do mês de dezembro do ano de 2024.

Buscas procedidas no(s) último(s) 40 ano(s).

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

CARTÓRIO DISTRIBUIDOR PÚBLICO



QR Code de Autenticação
Disponível por 120 Dias

GUAUPI DI LAURO:58468013900
ASSINADO DIGITALMENTE
DISTRIBUIDOR DE FOZ DO IGUAÇU
DATA:20241204161039

Avenida Pedro Basso, 1001 – Jardim Pólo Centro – Foz do Iguaçu – Paraná – CEP: 85.863-756

EMOLUMENTOS DESTA CERTIDÃO: R\$ 42,96.

A presente Certidão somente terá validade com o Carimbo Oficial do Cartório Distribuidor.

FLAVIO

Página 1/1

Para verificar a autenticidade deste documento, acesse www.distribuidorfoz.com.br com o código 4A88ED5



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
DEPARTAMENTO DE RECEITA



LICENÇA NA FORMA DE DOMICILIO TRIBUTÁRIO 387435/2022
C.M.C. Nº 094574

NOME EMPRESARIAL: H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA		CPF/CNPJ: 46310915000102	
NOME DE FANTASIA:			
CONSTITUIÇÃO: Sociedade Empresária Limitada			
ENDEREÇO: AV. ROSA CIRILO DE CASTRO		NÚMERO: 555	COMPLEMENTO: APT 21A
BAIRRO: Polo Centro	CEP: 85863735	ÁREA ABERTA M²: 0,00	ÁREA CONSTRUÍDA M²: 0,00
ATIVIDADE: 86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas 86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências. "Não exerce Atividade no local" 86.30-5-99 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente			
RESTRICÇÕES: SOLICITAR BAIXA AO ENCERRAR AS ATIVIDADES.			
VIGÊNCIA DA LICENÇA PARTIR DE: 25/05/2022		PROTOCOLO:	

CONCEDE-SE A PRESENTE LICENÇA EM CONFORMIDADE COM O DISPOSTO NO ARTIGO 443 DA LEI COMPLEMENTAR 82/2003 E ARTIGOS 25 A 30 DO DECRETO 27.785/2019, CUJA VALIDADE POSSUI PRAZO INDETERMINADO ENQUANTO NÃO OCORRER ALTERAÇÕES EM RELAÇÃO AOS DADOS CONSTANTES NA PRESENTE LICENÇA OU AS OCORRÊNCIAS DE NULIDADE, CASSAÇÃO OU SUSPENSÃO DA LICENÇA NA FORMA DA LEI 82/2003.

NÃO É PERMITIDO O EXERCÍCIO DE QUALQUER ATIVIDADE, ATENDIMENTO PRESENCIAL A CLIENTES OU FORNECEDORES, DEPOSITO DE QUALQUER NATUREZA, A UTILIZAÇÃO DE MÁQUINAS, FERRAMENTAS, EQUIPAMENTOS E VEÍCULOS, EXCETO OS DE USO PESSOAL NO ENDEREÇO CONSTANTE NA PRESENTE LICENÇA.

Foz do Iguaçu, sexta-feira, 30 de junho de 2023

NOME: H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 46.310.915/0001-02

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Municipal: 1596
Data Emissão: 2024-12-03
Data Vencimento: 2025-03-03
Certidao Estadual: 1597
Data Emissão: 2024-12-03
Data Vencimento: 2025-04-02
Certidao Federal: 1598
Data Emissão: 2024-08-08
Data Vencimento: 2025-02-04
Certidao Trabalhista: 1599
Data Emissão: 2024-12-03
Data Vencimento: 2025-06-01
Certidao FGTS: 1600
Data Emissão: 2024-12-03
Data Vencimento: 2024-12-27

Capacidade Tecnica

Proposta

Categoria: SERVIÇOS DE PLANTÃO POR HORA
Procedimento: PLANTÃO MÉDICO POR HORA
Valor: R\$ 115
Qtd: Un. 1728

JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57.837.641/0001-12
Rua Pioneiro Francisco Bertussi, 242 Centro - 87260000
TEL: (44) 998800965
E-MAIL: julia.malaco@outlook.com

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

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

A empresa JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA inscrita no CNPJ sob nº
57.837.641/0001-12, sediada na Rua Pioneiro Francisco Bertussi, 242, Centro - 87260000
na cidade de Araruna - PR, através representante legal, Wagner Malaco, inscrito no RG
nº58149535 e no CPF nº 825.698.199-72, 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.

Araruna - PR, 05 de novembro de 2024.

JULIA BARRETO DE
FARIAS:08432557579

Assinado de forma digital por
JULIA BARRETO DE

FARIAS:08432557579

Dados: 2024.12.05 13:00:22 -03'00'

JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA / 57.837.641/0001-12

Wagner Malaco / 825.698.199-72

JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57.837.641/0001-12
Rua Pioneiro Francisco Bertussi, 242 Centro - 87260000
TEL: (44) 998800965
E-MAIL: julia.malaco@outlook.com

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO

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

JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA, estabelecida na Rua Pioneiro Francisco Bertussi, 242 Centro – 87260000, inscrita no CNPJ sob nº 57.837.641/0001-12, neste ato representada pelo seu sócio Julia Paris Malaco, 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

Araruna - PR, 05 de novembro de 2024.

JULIA BARRETO DE
FARIAS:08432557579

Assinado de forma digital por
JULIA BARRETO DE

FARIAS:08432557579

Dados: 2024.12.05 13:00:35 -03'00'

JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA / 57.837.641/0001-12

Wagner Malaco / 825.698.199-72

JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57.837.641/0001-12
Rua Pioneiro Francisco Bertussi, 242 Centro - 87260000
TEL: (44) 998800965
E-MAIL: julia.malaco@outlook.com

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO

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

Eu, Julia Paris Malaco, carteira de identidade nº 13.009.126-1 expedida pela, SESP PR inscrito no CPF sob nº 091.555.509-32, Representante legal da inscrita no CNPJ sob o nº 57.837.641/0001-12, 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.

Araruna - PR, 05 de novembro de 2024.

**JULIA BARRETO DE
FARIAS:08432557579**

Assinado de forma digital por
JULIA BARRETO DE

FARIAS:08432557579

Dados: 2024.12.05 13:00:48 -03'00'

JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA / 57.837.641/0001-12

Wagner Malaco / 825.698.199-72

JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57.837.641/0001-12
Rua Pioneiro Francisco Bertussi, 242 Centro - 87260000
TEL: (44) 998800965
E-MAIL: julia.malaco@outlook.com

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE

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

O representante legal da Empresa JULIA PARIS 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.

Araruna - PR, 05 de novembro de 2024.

JULIA BARRETO DE

FARIAS:08432557579

Assinado de forma digital por
JULIA BARRETO DE

FARIAS:08432557579

Dados: 2024.12.05 13:01:12 -03'00'

JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA / 57.837.641/0001-12

Wagner Malaco / 825.698.199-72

CONTA

FONE SANEPAR: 0800 - 200 - 0115

NOME DO CLIENTE ANA PAULA PARIS MATRÍCULA 1912.6978

ENDEREÇO R PION FRANCISCO BERTUSSI Nº LADO - Nº FRENTE 242

CEP 87.260-000 LOCAL ARARUNA

ROTEIRO DE LEITURA 045-13-04-011-25820 HIDRÔMETRO Y19FA0094862-4-1 CAT - RES - COM - IND - UTP - POP 011 001 - - - -

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA	Turbidez	Cor	Cloro	Flúor	Coli. Totais	Definições no verso
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	17	17	17	0	17	
Nº Amostras Realizadas	20	20	20	23	20	
Nº Amostras que Atenderam à Legislação	20	20	20	23	20	

Conclusão Todas as amostras atenderam a legislação.

HISTÓRICO DE PAGAMENTOS - CONDICIONADO AS OBSERVAÇÕES CONSTANTES NO VERSO

Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Ma	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
2023	PAGO											
2024	PAGO	-	-	-	-	-						

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS LANÇADOS	PREFEITURA(R\$)	SANEPAR(R\$)
TAXA DE LIXO	15,50	

FAIXAS DE CONSUMO	VOLUME	VALOR M3/R\$	TOTAIS
		AGUA	AGUA ESGOTO
RES Mínimo	5		50,42 40,34
De 6 a 10m3	5	1,56	7,80 6,24

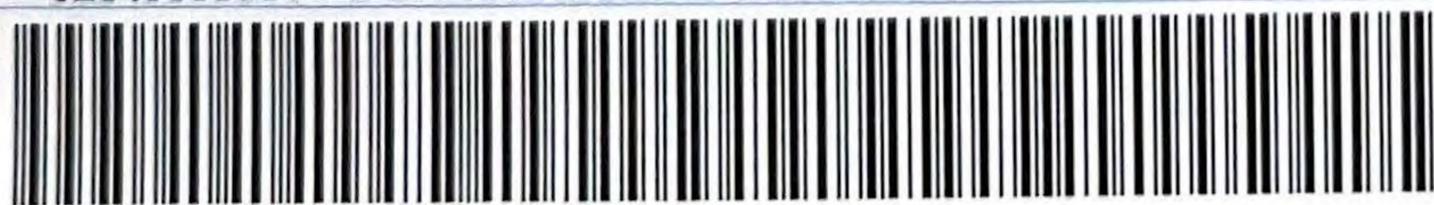
HISTÓRICO DE CONSUMO m3

09/23	10/23	11/23	12/23	01/24	02/24	03/24	04/24	05/24	06/24	07/24
11	12	14	11	16	14	14	12	12	13	10
DIAS DE CONSUMO 32		DATA LEITURA 20/08/2024		LEITURA ANTERIOR 613		LEITURA ATUAL 623		CONSUMO/m3 10		REFERÊNCIA 08/2024
MOTIVO DA AUSÊNCIA DE LEITURA				MÉDIA DE CONSUMO/m3 ÚLTIMOS 5 MESES 12				VENCIMENTO 04/09/2024		
PREVISTA DE DATA DE LEITURA 19/09/2024		ÁGUA 58,22		ESGOTO 46,58		SERVIÇOS 15,50		TOTAL 120,30		

EMAIL SANEPAR: ATENDIMENTOAOCLIENTE@SANEPAR.COM.BR
PROBLEMAS C/ DROGAS, LIGUE 132 NARCOTICOS ANONIMOS

TRIBUTOS FEDERAIS - LEI 12.741 - VALOR APROXIMADO R\$ 10,09

AUTENTICAÇÃO NO VERSO 82640000001 - 2 20300109202 - 2 40904191269 - 5 78082024419 - 9



CTRL:1912.6978.0824.4131

ROTEIRO:045-13-04-011-25820

3BFDA6ACE50D0AC8DCC1CD0B8DA016F169BD85806EE82ED0185243912B32E528

1912.6978 08/2024 4 1 04/09/2024 120,30



MATRÍCULA REFERÊNCIA VENCIMENTO VALOR TOTAL

AUTENTICAÇÃO NO VERSO
COMPROVANTE SANEPAR

PAGUE COM PIX



Data da consulta: 03/12/2024 12:29:53

Identificação do Contribuinte - CNPJ Matriz

CNPJ: **57.837.641/0001-12**

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

Nome Empresarial: **JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA**

Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **Optante pelo Simples Nacional desde 25/10/2024**

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

[+ Mais informações](#)

[Voltar](#)

[Gerar PDF](#)

JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57.837.641/0001-12
Rua Pioneiro Francisco Bertussi, 242 Centro - 87260000
TEL: 44998800965
E-MAIL: julia.malaco@outlook.com

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: JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA

Nome Fantasia: JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA

CNPJ nº: 57.837.641/0001-12

Inscrição Estadual: isento

Micro Empresa: () Não (x) Sim

Optante Simples: () Não (x) Sim

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

Endereço: Rua Pioneiro Francisco Bertussi, 242 Centro **Município:** Araruna **UF:** PR
CEP: 87260000

Telefone Comercial: (44) 998800965 **Telefone Celular:** (44) 998800965

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: SICOOB	CÓDIGO DO BANCO: 756	AGÊNCIA: 4340
TIPO DE CONTA: corrente	OPERAÇÃO:	Nº DA CONTA: 382416 - 0
CIDADE E UF DA AGÊNCIA: Araruna		

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF
Wagner Malaco	58149535	825.698.199-72

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTO/EXAME	QUANTIDADE
----------------------	--	-------------------

JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57.837.641/0001-12
Rua Pioneiro Francisco Bertussi, 242 Centro - 87260000
TEL: 44998800965
E-MAIL: julia.malaco@outlook.com

--	--	--

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº DO REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
Julia Paris Malaco	091.555.509-32	13.009.126-1	57680	(44)99880-0965

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO	E-MAIL	TELEFONE
Julia Paris Malaco	091.555.509-32	13.009.126-1	julia.malaco@outlook.com	(44)99880-0965

ESPECIALIDADES

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
Julia Paris Malaco	Médico Generalista

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

INSERIR LOCAL DE ATENDIMENTO	INSERIR ENDEREÇO DO LOCAL DE TAENDIMENTO
-------------------------------------	---

Araruna - PR, 05 de novembro de 2024

JULIA BARRETO DE FARIAS:08432557579

Assinado de forma digital por
JULIA BARRETO DE FARIAS:08432557579
Dados: 2024.12.05 13:03:24 -03'00'

JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA N° CNPJ 57.837.641/0001-12

Wagner Malaco / 825.698.199-72

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



2890213188

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE TRANSITO



CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCION

2 e 1 NOME E SOBRENOME
JULIA PARIS MALACO

1ª HABILITAÇÃO
07/08/2020

3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO
25/06/2001 ARARUNÁ/PR

4a DATA EMISSÃO
17/09/2024

4b VALIDADE
16/09/2034

ACC
D

4c DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
13009126-1 SESP PR

4d CPF
091.555.509-32

5 Nº REGISTRO
07450821557

9 CAT. HAB.
B

NACIONALIDADE
BRASILEIRO(A)

FILIAÇÃO
WAGNER MALACO

ANA PAULA PARIS MALACO



Julia Paris Malaco

7 ASSINATURA DO PORTADOR

PROIBIDO PLASTIFICAR

2890213188

VERA 1

9	ACC	9	10	11	12
A					
A1					
B			16/09/2004		
B1					
C					
C1					

9	10	11	12
D			
D1			
DE			
GE			
C1E			
DE			
D1E			

12 OBSERVAÇÕES

LOCAL

CIURITIBA, PR

ADRIANO MARCOS FURTADO
DIRETOR PRESIDENTE - PR



ASSINATURA DO EMISSOR

98180555678
PR926143511

PARANÁ

Sistema Único de Saúde

JULIA PARIS MALACO

Data Nasc.: 25/06/2001

Sexo: F

700 1039 9916 2515



DISQUE SAÚDE 136

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



CERTIDÃO

Certificamos para os devidos fins e a quem interessar possa que, **JULIA PARIS MALACO**, portadora do R.G 13.009.126-1 SESP/PR, concluiu em 17/11/2024, o Curso Superior de Graduação em **MEDICINA** com carga horária de 8639 horas, tendo recebido outorga de grau em 21 de novembro de 2024.

Certificamos ainda, que o curso obteve Autorização pela Portaria nº 807 de 01/08/2017 publicada no D.O.U. Nº 147, Seção 1, pág. 18, 02/08/2017. Processo de Reconhecimento do curso protocolado no e-MEC nº 202120954, e o diploma encontra-se em fase de expedição e registro.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente.

Campo Mourão - PR, 21 de novembro de 2024.



Maria Danieli Menegassi de Castro
Secretária Acadêmica



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **JULIA PARIS MALACO**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **57680** desde **29/11/2024**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Certidão tem validade até o dia 28/02/2025.

Chave de validação **0da5b904e014deae17fe1ee0dd939a4a61a45df6**

Emitida eletronicamente via internet em **29/11/2024**.

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

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) **JULIA PARIS MALACO**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **57680** conforme períodos abaixo:

Períodos

29/11/2024 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. **f42632f129ddcf45e2e59a21803b8038da6f9356**

Emitida eletronicamente via internet em **29/11/2024**

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

Certidão Negativa de Débitos

Certificamos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **JULIA PARIS MALACO**, com situação Ativo, possui registro neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **57680** e encontra-se quite com esta tesouraria até 31/03/2025.

Finalidade: Simples verificação.

Chave de validação **7ff607de931399fa6936cb8510e1c7e38f8388b8**

Emitida eletronicamente via internet em **29/11/2024**

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

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



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE
ARARUNA
DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO

Empresa ► Fácil

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Número 6404

Nome Fantasia:

Razão Social: JULIA PARIS SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

CNPJ: 57.837.641/0001-12

Inscrição Municipal: 6404

Atividade Principal: 8630-5/03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas (Não exerce no endereço)

Atividade(s) Secundária(s): 8610-1/02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências (Não exerce no endereço), 8610-1/01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências (Não exerce no endereço), 8630-5/99 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente (Não exerce no endereço)

Município: Araruna **Endereço:** RUA PIONEIRO FRANCISCO BERTUSSI, 242, LOTEAMENTO ESPERANÇA

CEP: 87260000

Local e data: Araruna, terça, 29 de outubro de 2024

Vencimento: terça, 10 de junho de 2025

LUIZ CARLOS ZAVATIN
Departamento de Tributação

Observação

Código de Autenticidade: **245PJ4OFIM**

"EMITIDO PELO FUNCIONÁRIO LUIZ CARLOS ZAVATIN"

Esse documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial

JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57.837.641/0001-12
Rua Pioneiro Francisco Bertussi, 242 Centro – 87260000
TEL: (44) 998800965
E-MAIL: julia.malaco@outlook.com

INFORMAÇÕES PARA CONTATO

PROFISSIONAL QUE PRESTARÁ OS SERVIÇOS

Nome: Julia Paris Malaco

CRM PR nº: 57680

Celular: (44) 998800965

E-mail: julia.malaco@outlook.com

SÓCIO ADMINISTRADOR DA EMPRESA

Nome: Wagner Malaco

Celular: (44) 988127741

E-mail: julia.malaco@outlook.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUNA

ESTADO DO PARANÁ

75.359.760/0001-99, RUA PREFEITO HERMES CAMPOS TEIXEIRA, Nº 390

CEP: 87260-000 ARARUNA

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS POR CONTRIBUINTE Nº 3892 / 2024

CERTIFICAMOS, conforme requerido por JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA, CPF/CNPJ nº 57.837.641/0001-12, para fins **LICITAÇÃO**, que **NÃO CONSTAM DÉBITOS** RELATIVOS A TRIBUTOS MUNICIPAIS (impostos, taxas, contribuição de melhoria e dívida ativa dos cadastros Mobiliários e Imobiliários), até a presente data em nome de **JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA** CPF/CNPJ nº **57.837.641/0001-12**, situado(a) na cidade de Araruna.

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

CÓDIGO DE AUTENTICIDADE:

D6D4A81F5404F62C0F70E51A0F70505C

A PRESENTE CERTIDÃO TERÁ VALIDADE DE 30 DIA(S)

ARARUNA - PR, terça-feira, 3 dezembro, 2024

FUNCIÓNÁRIO:

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

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 57.837.641/0001-12
Razão Social: JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA
Endereço: R PIONEIRO FRANCISCO BERTUSSI 242 / LOT ESPERANCA / ARARUNA / PR / 87260-000

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: 04/12/2024 a 02/01/2025

Certificação Número: 2024120404026341818537

Informação obtida em 05/12/2024 12:10:45

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

	REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 57.837.641/0001-12 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 25/10/2024	
NOME EMPRESARIAL JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS 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 86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências 86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências 86.30-5-99 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada			
LOGRADOURO R PIONEIRO FRANCISCO BERTUSSI	NÚMERO 242	COMPLEMENTO *****	
CEP 87.260-000	BAIRRO/DISTRITO LOTEAMENTO ESPERANÇA	MUNICÍPIO ARARUNA	UF PR
ENDEREÇO ELETRÔNICO CONTRATO@MEDCONTABIL.COM.BR	TELEFONE (44) 3025-2182/ (0000) 0000-0000		
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 25/10/2024		
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 **25/11/2024** às **09:45:02** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1



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

Certidão Negativa
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual
Nº 035459948-51

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **57.837.641/0001-12**

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 02/04/2025 - 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: JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57.837.641/0001-12

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 11:48:25 do dia 03/12/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 01/06/2025.

Código de controle da certidão: **3D27.CD0B.7AC2.3A0F**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 57.837.641/0001-12

Certidão n°: 83552425/2024

Expedição: 03/12/2024, às 11:48:46

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

Certifica-se que **JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o n° **57.837.641/0001-12**, **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.

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: 57.837.641/0001-12
Razão Social: Julia Paris serviços médicos LTDA
E-mail: juju.malaco@hotmail.com
Telefone: 44998800965
Banco: 756 sicoob
Conta: 382.416-0
Agência: 4340
Tipo Conta: 1

Credenciamento:

Data Inicio: 01/08/2024 08:00
Data Encerramento: 01/08/2025 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: 1620 - Data Emissão: 2024-12-03 - Data Vencimento: 2024-01-03

Certidão FGTS: 1621 - Data Emissão: 2024-12-04 - Data Vencimento: 2025-01-02

Certidão Estadual: 1622 - Data Emissão: 2024-12-03 - Data Vencimento: 2025-04-02

Certidão Federal: 1624 - Data Emissão: 2024-12-03 - Data Vencimento: 2025-06-01

Certidão Trabalhista: 1625 - Data Emissão: 2024-12-03 - Data Vencimento: 2025-06-01

IV - Capacidade Técnica

V - Proposta

**Categoria: SERVIÇOS DE PLANTÃO POR HORA - Procedimento: PLANTÃO MÉDICO POR HORA - Valor: R\$ 115
- Qtd: 2**

VI - Profissionais

Nome: Julia Paris Malaco - Especialidade : Generalista - CPF: 091.555.509-32

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

**Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 09/12/2024
14:42:13**

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA

JULIA PARIS SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

Pelo presente instrumento particular de Contrato Social:

WAGNER MALACO, BRASILEIRO, DIVORCIADO(A), empresário, nascido(a) em 23/07/1975, nº do CPF 825.698.199-72, residente e domiciliado na cidade de Araruna - PR, na RUA joao pessoa, nº 541, centro, CEP: 87260-000;

JULIA PARIS MALACO, BRASILEIRA, SOLTEIRA, MÉDICA, nascido(a) em 25/06/2001, nº do CPF 091.555.509-32, residente e domiciliada na cidade de Araruna - PR, na RUA pioneiro FRANCISCO BERTUSSI, nº 242, LOTEAMENTO ESPERANÇA, CEP: 87260-000;

Resolvem, em comum acordo, constituir uma sociedade empresária limitada, nos termos da Lei nº 10.406/2002, mediante as condições e cláusulas seguintes:

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

A sociedade adotará como nome empresarial: **JULIA PARIS SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.**

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

A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: RUA PIONEIRO FRANCISCO BERTUSSI, nº 242, LOTEAMENTO ESPERANÇA, Araruna - PR, CEP: 87260000.

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

A sociedade terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômica: ATIVIDADE AMBULATORIAL DE CONSULTA MÉDICA COMO CLÍNICA GERAL, INCLUINDO ATENDIMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E BÁSICA À SAÚDE, ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO, UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, ATIVIDADES HOSPITALARES COM RECURSO PARA REALIZAR TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR.

Parágrafo único. Em estabelecimento eleito como Sede (Matriz) será(ão) exercida(s) a(s) atividade(s) de ATIVIDADE AMBULATORIAL DE CONSULTA MÉDICA COMO CLÍNICA GERAL, INCLUINDO ATENDIMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E BÁSICA À SAÚDE, ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO, UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, ATIVIDADES HOSPITALARES COM RECURSO PARA REALIZAR TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR..

E exercerá as seguintes atividades:

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

CNAE Nº 8610-1/01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

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

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 24/10/2024 e seu prazo de duração será por tempo indeterminado.

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

O capital será de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), dividido em 5000 quotas, no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, formado por R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) em moeda corrente no País

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

Nome dos Sócios	Qtd Quotas	Valor Em R\$	%
WAGNER MALACO	250	250,00	5,00
JULIA PARIS MALACO	4750	4.750,00	95,00
TOTAL:	5000	5.000,00	100,00

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA

JULIA PARIS SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA IX - DO PRÓ LABORE

Os sócios poderão, de comum acordo, fixar uma retirada mensal, a título de pro labore para os sócios administradores, 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 interdito 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

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

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
JULIA PARIS SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

CLAUSULA XV - DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Araruna - 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.

Araruna - PR, 24 de outubro de 2024

WAGNER MALACO
Sócio/Administrador

JULIA PARIS MALACO
Sócio



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa JULIA PARIS SERVIÇOS MÉDICOS LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
09155550932	JULIA PARIS MALACO
82569819972	WAGNER MALACO



CERTIFICO O REGISTRO EM 25/10/2024 09:05 SOB Nº 41212954834.
PROTOCOLO: 247897272 DE 25/10/2024.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12415223086. CNPJ DA SEDE: 57837641000112.
NIRE: 41212954834. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 24/10/2024.
JULIA PARIS SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

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

JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA

CNPJ: 57.837.641/0001-12

Rua Pioneiro Francisco Bertussi, 242 Centro - CEP: 87260-000, Araruna – PR

julia.malaco@outlook.com – (44) 99880-0965

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO

Declaro que a empresa **JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA** CNPJ nº **57.837.641/0001-12** com sede na Rua Pioneiro Francisco Bertussi, 242 Centro - CEP 87260-000, Araruna - PR - **NÃO** exerce atividades médicas neste endereço citado, se trata apenas de **PONTO DE REFERÊNCIA**. Diante disto se torna **ISENTA de LICENÇA SANITÁRIA**.

JULIA PARIS

MALACO:09155550932

Assinado de forma digital por

JULIA PARIS

MALACO:09155550932

Dados: 2024.11.29 14:55:07 -03'00'

JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA

57.837.641/0001-12

Julia Paris Malaco

CPF: 091.555.509-32

Consulta Quadro de Sócios e Administradores - QSA

CNPJ:

57.837.641/0001-12

NOME EMPRESARIAL:

JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA

CAPITAL SOCIAL:

R\$5.000,00 (Cinco 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:

WAGNER MALACO

Qualificação:

49-Sócio-Administrador

Nome/Nome Empresarial:

JULIA PARIS MALACO

Qualificação:

22-Sócio

Para informações relativas à participação no QSA, acessar o e-CAC com certificado digital ou comparecer a uma unidade da RFB.

Emitido no dia 29/11/2024 às 14:24 (data e hora de Brasília).

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 5.814.953-5



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **5.814.953-5**

DATA DE EXPEDIÇÃO: 11/06/2012

NOME: **WAGNER MALACO**

FILIAÇÃO: OSVALDO MALACO

ADELAIDE VIEL MALACO

NATALIDADE: CAMPO MOURÃO/PR

DATA DE NASCIMENTO: 23/07/1975

DOC. ORIGEM: COMARCA=PEABIRU/PR, ARARUNA
C.CAS=2050, LIVRO=18B, FOLHA=31V

CPF: 825.698.199-72

CURITIBA/PR

NEWTON TADEU ROCHA
DIRETOR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

É PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 5.814.953-5



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **5.814.953-5**

DATA DE EXPEDIÇÃO: 11/06/2012

NOME: **WAGNER MALACO**

FILIAÇÃO: OSVALDO MALACO

ADELAIDE VIEL MALACO

NATURALIDADE: CAMPO MOURÃO/PR

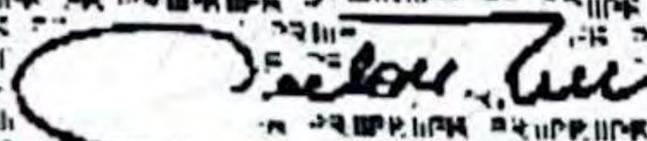
DATA DE NASCIMENTO: 23/07/1975

DOC. ORIGEM: COMARCA=PEABIRU/PR, ARARUNA

C.CAS=2050, LIVRO=18B, FOLHA=31V

CPF: 825.698.199-72

CURITIBA/PR


NEWTON TADEU ROCHA
DIRETOR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

É PROIBIDO PLASTIFICAR

VALID

NOME: Julia Paris serviços médicos LTDA
CNPJ: 57.837.641/0001-12

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Municipal: 1620
Data Emissão: 2024-12-03
Data Vencimento: 2024-01-03
Certidao FGTS: 1621
Data Emissão: 2024-12-04
Data Vencimento: 2025-01-02
Certidao Estadual: 1622
Data Emissão: 2024-12-03
Data Vencimento: 2025-04-02
Certidao Federal: 1624
Data Emissão: 2024-12-03
Data Vencimento: 2025-06-01
Certidao Trabalhista: 1625
Data Emissão: 2024-12-03
Data Vencimento: 2025-06-01

Capacidade Tecnica

Proposta
Categoria: SERVIÇOS DE PLANTÃO POR HORA
Procedimento: PLANTÃO MÉDICO POR HORA
Valor: R\$ 115
Qtd: Un. 2



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: JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57.837.641/0001-12

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 11:48:25 do dia 03/12/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 01/06/2025.

Código de controle da certidão: **3D27.CD0B.7AC2.3A0F**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

Edital de Chamamento Público nº 59/2024

Última atualização 18/12/2024

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: 18/12/2024 **Situação:** Divulgada no PNCP

Data de início de recebimento de propostas: 10/12/2024 08:00 (horário de Brasília)

Data fim de recebimento de propostas: 10/12/2024 08:00 (horário de Brasília)

Id contratação PNCP: 95640322000101-1-000087/2024 **Fonte:** Elotech Gestão Pública Ltda

Objeto:

Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de serviços de plantão médico e psicologia pelo Ciscomcam

Informação complementar:

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.

VALOR TOTAL ESTIMADO DA COMPRA

R\$ 908.440,00

[Itens](#)[Arquivos](#)[Histórico](#)

Número ↕	Descrição ↕	Quantidade ↕	Valor unitário estimado ↕	Valor total estimado ↕
----------	-------------	--------------	---------------------------	------------------------

1	90.04.01.151-0 - TERAPIA ABA (2 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	10	R\$ 400,00	R\$ 4.000,00
2	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	6912	R\$ 115,00	R\$ 794.880,00
3	90.04.01.152-0 - TERAPIA ABA (3 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	8	R\$ 600,00	R\$ 4.800,00
4	90.04.01.153-0 - TERAPIA ABA (4 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	6	R\$ 800,00	R\$ 4.800,00
5	90.04.01.154-0 - TERAPIA ABA (5 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	4	R\$ 1.000,00	R\$ 4.000,00

Exibir: 1-5 de 25 itens

Página: [<](#) [>](#)

[< Voltar](#)



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

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

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

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

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

☎ [0800 978 9001](tel:08009789001)

AGRADECIMENTO AOS PARCEIROS



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



TERMO DE ADJUDICAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

01 – ADJUDICAR a presente Licitação nestes termos:

- a) Processo Nº : 139/2024
b) Licitação Nº : 59/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : 10/12/2024
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de serviços de plantão médico e psicologia 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: DB MEDICAL LTDA - CNPJ: 57.926.125/0001-64

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

LOTE 2

Valor Total do Lote: 794.880,00 (setecentos e noventa e quatro mil, oitocentos e oitenta 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

FORNECEDOR: FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA - CNPJ: 55.238.595/0001-00

Valor Total do Fornecedor: 113.560,00 (cento e treze mil, quinhentos e sessenta reais).

LOTE 1 PSICOLOGIA

Valor Total do Lote: 113.560,00 (cento e treze mil, quinhentos e sessenta reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.04.01.151-0 - TERAPIA ABA (2 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidade	10	R\$ 400,00	R\$ 4.000,00
2	90.04.01.152-0 - TERAPIA ABA (3 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidade	8	R\$ 600,00	R\$ 4.800,00
3	90.04.01.153-0 - TERAPIA ABA (4 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidade	6	R\$ 800,00	R\$ 4.800,00



CIS-COMCAM

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

4	90.04.01.154-0 - TERAPIA ABA (5 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	4	R\$ 1.000,00	R\$ 4.000,00
5	90.04.01.134 NÍVEL 1 - PACOTE 10 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO COM PSICOPEDAGOGA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE (PSICOLOGIA)	Meses	12	R\$ 440,00	R\$ 5.280,00
6	90.04.01.132 NÍVEL 1 - PACOTE 8 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA (PSICOLOGIA)	Meses	6	R\$ 640,00	R\$ 3.840,00
7	90.04.01.131 NÍVEL 1 - PACOTE 7 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE + 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA (PSICOLOGIA)	Meses	6	R\$ 600,00	R\$ 3.600,00
8	90.04.01.130 NÍVEL 1 - PACOTE 6 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO T.O + 1 SESSÃO PSICOPEDAGOGIA (PSICOLOGIA)	Meses	4	R\$ 760,00	R\$ 3.040,00
9	90.04.01.129 NÍVEL 1 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (2 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA) (PSICOLOGIA)	Meses	15	R\$ 600,00	R\$ 9.000,00
10	90.04.01.128 NÍVEL 1 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (2 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA) (PSICOLOGIA)	Meses	6	R\$ 640,00	R\$ 3.840,00
11	90.04.01.127 NÍVEL 1 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	Meses	10	R\$ 880,00	R\$ 8.800,00
12	90.04.01.126 NÍVEL 1 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO) (PSICOLOGIA)	Meses	6	R\$ 840,00	R\$ 5.040,00
13	90.04.01.125 NÍVEL 1 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X NA SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	Meses	4	R\$ 1.120,00	R\$ 4.480,00
14	90.04.01.118 NÍVEL 2 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 3 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	2	R\$ 1.760,00	R\$ 3.520,00
15	90.04.01.124 NÍVEL 2 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA) (PSICOLOGIA)	Meses	2	R\$ 1.480,00	R\$ 2.960,00



CIS-COMCAM

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

16	90.04.01.122 NÍVEL 2 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA) (PSICOLOGIA)	Meses	4	R\$ 1.440,00	R\$ 5.760,00
17	90.04.01.121 NÍVEL 2 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE) (PSICOLOGIA)	Meses	4	R\$ 1.400,00	R\$ 5.600,00
18	90.04.01.120 NÍVEL 2 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO - 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	Meses	2	R\$ 1.520,00	R\$ 3.040,00
19	90.04.01.119 NÍVEL 2 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 3 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	2	R\$ 1.720,00	R\$ 3.440,00
20	90.04.01.116 NÍVEL 3 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 6 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	2	R\$ 2.440,00	R\$ 4.880,00
21	90.04.01.115 NÍVEL 3 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA+8 TERAPIAS COMPLEMENTARES ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	2	R\$ 2.840,00	R\$ 5.680,00
22	90.04.01.117 NÍVEL 3 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 4 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	2	R\$ 2.040,00	R\$ 4.080,00
23	90.04.01.135 NÍVEL 1 - PACOTE 11 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA + 1 SESSÃO COM PSICOPEDAGOGA (PSICOLOGIA)	Meses	10	R\$ 440,00	R\$ 4.400,00
24	90.04.01.115 NÍVEL 3 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA+8 TERAPIAS COMPLEMENTARES ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	2	R\$ 2.840,00	R\$ 5.680,00

FORNECEDOR: H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 46.310.915/0001-02

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

LOTE 2

Valor Total do Lote: 794.880,00 (setecentos e noventa e quatro mil, oitocentos e oitenta 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



CIS-COMCAM

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

FORNECEDOR: HARMATIUK SERVIÇOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 58.145.782/0001-37
Valor Total do Fornecedor: 198.720,00 (cento e noventa e oito mil, setecentos e vinte reais)

LOTE 2

Valor Total do Lote: 794.880,00 (setecentos e noventa e quatro mil, oitocentos e oitenta 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

FORNECEDOR: JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 57.837.641/0001-12
Valor Total do Fornecedor: 198.720,00 (cento e noventa e oito mil, setecentos e vinte reais).

LOTE 2

Valor Total do Lote: 794.880,00 (setecentos e noventa e quatro mil, oitocentos e oitenta 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\$ 908.440,00 (novecentos e oito mil, quatrocentos e quarenta reais)

Valor Total Homologado- R\$ 908.440,00

Campo Mourão, 10 de dezembro 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

- 10 dez 2024**
13:28:28  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30)
- 10 dez 2024**
13:30:51  **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
- 10 dez 2024**
13:30:51  **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





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 : 139/2024
b) Licitação Nº : 59/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : 10/12/2024
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de serviços de plantão médico e psicologia 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: DB MEDICAL LTDA - CNPJ: 57.926.125/0001-64

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

LOTE 2

Valor Total do Lote: 794.880,00 (setecentos e noventa e quatro mil, oitocentos e oitenta 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

FORNECEDOR: FRANCINE HILENA DE LIMA CABREIRA PSICOPEDAGOGA - CNPJ: 55.238.595/0001-00

Valor Total do Fornecedor: 113.560,00 (cento e treze mil, quinhentos e sessenta reais).

LOTE 1 PSICOLOGIA

Valor Total do Lote: 113.560,00 (cento e treze mil, quinhentos e sessenta reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.04.01.151-0 - TERAPIA ABA (2 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	10	R\$ 400,00	R\$ 4.000,00
2	90.04.01.152-0 - TERAPIA ABA (3 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	8	R\$ 600,00	R\$ 4.800,00
3	90.04.01.153-0 - TERAPIA ABA (4 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	6	R\$ 800,00	R\$ 4.800,00
4	90.04.01.154-0 - TERAPIA ABA (5 SESSÕES SEMANAIS) - (OUTROS SERVIÇOS)	Unidad	4	R\$ 1.000,00	R\$ 4.000,00

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.12.11 08:37:19 -03'00'



CIS-COMCAM

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

5	90.04.01.134 NÍVEL 1 - PACOTE 10 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO COM PSICOPEDAGOGA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE (PSICOLOGIA)	Meses	12	R\$ 440,00	R\$ 5.280,00
6	90.04.01.132 NÍVEL 1 - PACOTE 8 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA (PSICOLOGIA)	Meses	6	R\$ 640,00	R\$ 3.840,00
7	90.04.01.131 NÍVEL 1 - PACOTE 7 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE + 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA (PSICOLOGIA)	Meses	6	R\$ 600,00	R\$ 3.600,00
8	90.04.01.130 NÍVEL 1 - PACOTE 6 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO T.O + 1 SESSÃO PSICOPEDAGOGIA (PSICOLOGIA)	Meses	4	R\$ 760,00	R\$ 3.040,00
9	90.04.01.129 NÍVEL 1 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (2 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA) (PSICOLOGIA)	Meses	15	R\$ 600,00	R\$ 9.000,00
10	90.04.01.128 NÍVEL 1 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (2 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA) (PSICOLOGIA)	Meses	6	R\$ 640,00	R\$ 3.840,00
11	90.04.01.127 NÍVEL 1 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	Meses	10	R\$ 880,00	R\$ 8.800,00
12	90.04.01.126 NÍVEL 1 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO) (PSICOLOGIA)	Meses	6	R\$ 840,00	R\$ 5.040,00
13	90.04.01.125 NÍVEL 1 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3 X NA SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	Meses	4	R\$ 1.120,00	R\$ 4.480,00
14	90.04.01.118 NÍVEL 2 - PACOTE 4 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 3 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	2	R\$ 1.760,00	R\$ 3.520,00
15	90.04.01.124 NÍVEL 2 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE T.O + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA) (PSICOLOGIA)	Meses	2	R\$ 1.480,00	R\$ 2.960,00

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.12.11 08:37:35 -03'00'



CIS-COMCAM

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

16	90.04.01.122 NÍVEL 2 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA + 1 SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA) (PSICOLOGIA)	Meses	4	R\$ 1.440,00	R\$ 5.760,00
17	90.04.01.121 NÍVEL 2 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO + 1 SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE) (PSICOLOGIA)	Meses	4	R\$ 1.400,00	R\$ 5.600,00
18	90.04.01.120 NÍVEL 2 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSÃO DE FONO - 1 SESSÃO DE T.O) (PSICOLOGIA)	Meses	2	R\$ 1.520,00	R\$ 3.040,00
19	90.04.01.119 NÍVEL 2 - PACOTE 5 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 3 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	2	R\$ 1.720,00	R\$ 3.440,00
20	90.04.01.116 NÍVEL 3 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 6 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	2	R\$ 2.440,00	R\$ 4.880,00
21	90.04.01.115 NÍVEL 3 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA+8 TERAPIAS COMPLEMENTARES ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	2	R\$ 2.840,00	R\$ 5.680,00
22	90.04.01.117 NÍVEL 3 - PACOTE 3 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 4 TERAPIAS ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	2	R\$ 2.040,00	R\$ 4.080,00
23	90.04.01.135 NÍVEL 1 - PACOTE 11 - VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSÃO DE PSICOLOGIA + 1 SESSÃO COM PSICOPEDAGOGA (PSICOLOGIA)	Meses	10	R\$ 440,00	R\$ 4.400,00
24	90.04.01.115 NÍVEL 3 - PACOTE 1 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA+8 TERAPIAS COMPLEMENTARES ASSOCIADAS) (PSICOLOGIA)	Meses	2	R\$ 2.840,00	R\$ 5.680,00

FORNECEDOR: H M MENDES SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 46.310.915/0001-02

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

LOTE 2

Valor Total do Lote: 794.880,00 (setecentos e noventa e quatro mil, oitocentos e oitenta 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

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:0493341595

Assinado de forma digital por

RAFAEL BRITO DO

PRADO:04933415951

Dados: 2024.12.11 08:37:51 -03'00'



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

- 18 dez 2024** 11:56:31  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30)
- 18 dez 2024** 13:39:30  **Maria Victoria Aparecida Santos** (Email: mariavictoria.direito2021@gmail.com, CPF: 026.495.449-10) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil
- 18 dez 2024** 13:39:30  **Maria Victoria Aparecida Santos** (Email: mariavictoria.direito2021@gmail.com, CPF: 026.495.449-10) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil





CIS-COMCAM

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

FORNECEDOR: HARMATIUK SERVIÇOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 58.145.782/0001-37
Valor Total do Fornecedor: 198.720,00 (cento e noventa e oito mil, setecentos e vinte reais)

LOTE 2

Valor Total do Lote: 794.880,00 (setecentos e noventa e quatro mil, oitocentos e oitenta 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

FORNECEDOR: JULIA PARIS SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 57.837.641/0001-12
Valor Total do Fornecedor: 198.720,00 (cento e noventa e oito mil, setecentos e vinte reais).

LOTE 2

Valor Total do Lote: 794.880,00 (setecentos e noventa e quatro mil, oitocentos e oitenta 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\$ 908.440,00 (novecentos e oito mil, quatrocentos e quarenta reais)

Valor Total Homologado- R\$ 908.440,00

Campo Mourão, 10 de dezembro de 2024.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.12.11 08:38:08 -03'00'

Rafael Brito do Prado
Presidente do CIS-COMCAM