



TERMO DE AUTUAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: 138/2024

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, 05 DE DEZEMBO DE 2024

NOME: JARDEL ALEXANDRE LISBOA

ASSINTURA: _____

Página de assinaturas



Jardel Lisboa
733.780.031-20
Signatário

HISTÓRICO

- 05 dez 2024**
14:50:15  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30)
- 05 dez 2024**
14:56:14  **Jardel Alexandre Lisboa** (Email: jardellis@gmail.com, CPF: 733.780.031-20) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil
- 05 dez 2024**
14:56:14  **Jardel Alexandre Lisboa** (Email: jardellis@gmail.com, CPF: 733.780.031-20) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil





PEDIDO DE COMPRA DE PRODUTOS/SERVIÇO

Ao

Setor de Compras/Licitações/Contratos

Ivani Fiore Dal Molin

Campo Mourão, 05 de 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 Ciscamcam torna-se necessário abertura de processo de credenciamento dos prestadores que encaminharam documentação mediante o Edital de Chamamento Público 05/2023.

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

OBSERVAÇÕES

ADRIANO ROQUE AVILA
Coordenador de Redes CISCOMCAM/QualiCIS

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

Página de assinaturas



Adriano Avila
058.375.919-07
Signatário

HISTÓRICO

- 05 dez 2024**
14:51:02  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30)
- 05 dez 2024**
15:03:54  **Adriano Roque Avila** (Email: adrianoroqueavila@gmail.com, CPF: 058.375.919-07) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil
- 05 dez 2024**
15:03:54  **Adriano Roque Avila** (Email: adrianoroqueavila@gmail.com, CPF: 058.375.919-07) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil





SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

Excelentíssimo Sr. Presidente e
Sr. Coordenador

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

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

Processo Administrativo nº 138

Modalidade: Inexigibilidade

Prazo de Entrega: 365

Local de Entrega: CISCOMCAM

Dotação Orçamentária:

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

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

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

Campo Mourão, 05 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

- 05 dez 2024**
14:51:49  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30)
- 05 dez 2024**
14:52:19  **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
- 05 dez 2024**
14:52:19  **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 138

Data do Processo Administrativo: 05/12/2024

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

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

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

Campo Mourão, 05 de dezembro de 2024

Alexandro Sebastião dos Santos
Contador

Página de assinaturas



Alexandro Santos
019.886.109-58
Signatário

HISTÓRICO

- 06 dez 2024**
08:33:27  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscocomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30)
- 06 dez 2024**
09:25:13  **Alexandro Sebastião Dos Santos** (Email: alexandro_s_s@hotmail.com, CPF: 019.886.109-58) visualizou este documento por meio do IP 177.51.114.190 localizado em Maringá - Paraná - Brazil
- 06 dez 2024**
09:25:13  **Alexandro Sebastião Dos Santos** (Email: alexandro_s_s@hotmail.com, CPF: 019.886.109-58) assinou este documento por meio do IP 177.51.114.190 localizado em Maringá - Paraná - Brazil





AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

Eu, Leandro Roque Avila, Coordenador do Ciscocomcam, 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 Ciscocomcam

Processo Administrativo nº 138

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
SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO							
5381	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	1728	12	R\$ 115,00	R\$ 198.720,00	3.390.39.00.	50.30
PSICOLOGIA							
3724	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLINICA)	2400	12	R\$ 35,00	R\$ 84.000,00	3.390.39.00.	50.30
1292	03.01.04.004 TERAPIA INDIVIDUAL (CLINICA)	100	12	R\$ 35,00	R\$ 3.500,00	3.390.39.00.	50.30
TOTAL					R\$	286.220,00	

Campo Mourão, 05 de dezembro de 2024

Leandro Roque Avila
Coordenador do CISCOMCAM

Página de assinaturas



Leandro Avila

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE D...

Signatário

HISTÓRICO

- 05 dez 2024**
14:52:45  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30)
- 05 dez 2024**
14:55:06  **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
- 05 dez 2024**
14:55:06  **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 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 138

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
SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO							
5381	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	1728	12	R\$ 115,00	R\$ 198.720,00	3.390.39.00.	50.30
PSICOLOGIA							
3724	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLINICA)	2400	12	R\$ 35,00	R\$ 84.000,00	3.390.39.00.	50.30
1292	03.01.04.004 TERAPIA INDIVIDUAL (CLINICA)	100	12	R\$ 35,00	R\$ 3.500,00	3.390.39.00.	50.30
TOTAL					R\$		286.220,00

Campo Mourão, 05 de dezembro de 2024

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.12.11 17:37:18 -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*	58		
Modalidade*	Processo Inexigibilidade		
Número edital/processo*	138		
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 Ciscamcam		
Dotação Orçamentária*	0101510302001520233390390000		
Preço máximo/Referência de preço - R\$*	286.220,00		
Data Publicação Termo ratificação	05/12/2024		
Data de Lançamento do Edital			
Data da Abertura das Propostas			
Há itens exclusivos para EPP/ME?	<input type="checkbox"/>		
Há cota de participação para EPP/ME?	<input type="checkbox"/>	Percentual de participação:	0,00
Trata-se de obra com exigência de subcontratação de EPP/ME?	<input type="checkbox"/>		
Há prioridade para aquisições de microempresas regionais ou locais?	<input type="checkbox"/>		
Data Cancelamento			

Editar

Excluir

CPF: 51789680930 ([Logout](#))



PARECER JURÍDICO

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

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

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

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

É o parecer.

Campo Mourão/PR, 18 de julho de 2024.

ALBERT VASCONCELOS
OAB/PR 74.160



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.

8.1As pessoas jurídicas serão cadastradas conforme critérios abaixo elencados:

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

8.3Sistema 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;

8.4Ao 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.

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

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

8.7O 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.

9.1A 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

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

9.3O 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.

9.4A 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.

9.5Os 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



CIS-COMCAM

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

ANEXO I

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

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

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ nº:

Inscrição Estadual:

Micro Empresa: () Não () Sim

Optante Simples: () Não () Sim

Número do CNAE Nacional: **Descrição:**

Endereço:

Município: **UF:**

CEP:

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

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

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



CIS-COMCAM

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

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

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

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

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

ESPECIALIDADES

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

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA
RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA 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



CIS-COMCAM

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

ANEXO III

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE
FATO IMPEDITIVO**

(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



CIS-COMCAM

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

ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE

(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



CIS-COMCAM

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

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

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



CIS-COMCAM

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

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

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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

Página de assinaturas



Adriano Avila
058.375.919-07
Signatário



Ivani Molin
517.896.809-30
Signatário



Joana Silva
058.222.369-52
Signatário



Alexandro Santos
019.886.109-58
Signatário

HISTÓRICO

- 24 jul 2023** 15:09:06  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: compras@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: adrianoaqueavila@gmail.com, CPF: 058.375.919-07) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil





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 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@ciscomcam.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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNO FEDERAL



Estado do Paraná
Secretaria de Estado da Segurança Pública



Nome / Name
JOEL BONIFACIO DO NASCIMENTO

Nome Social / Social Name

Registro Geral-CPF / Personal Number **054.534.473-54** Sexo / Sex **M**

Data de Nascimento / Date of Birth **04/08/1992** Nacionalidade / Nationality **BRA**

Naturalidade / Place of Birth **DOM PEDRO/MA** Validade / Expiry **06/03/2034**

Joel Bonifácio do Nascimento
Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Filiação / Filiation
ANTONIA BONIFACIO LIMA DO NASCIMENTO
JOÃO OTAVIANO DO NASCIMENTO

Órgão Expedidor / Card Issuer
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

Local / Place of Issue **Emissão / Issue**
CAMPO MOURÃO/PR **06/03/2024**

Marcos Vinícius De Costa Michalakis
Assinatura do Expedidor / Card issuer signature
Marcos Vinícius De Costa Michalakis
Diretor

8002401610

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

BONI SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57627196000166
END: RUA GUARAPUAVA, 583
CENTRO – CEP: 87301070 - CAMPO MOURÃO – PR
EMAIL: dr.joebonifacio@outlook.com
TEL: 44991694980

**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: BONI SERVICOS MEDICOS LTDA

Nome Fantasia:

CNPJ Nº: 57627196000166

Inscrição Estadual: ISENTO

Micro Empresa: () Não (X) Sim Optante

Simplex: (X) Não () Sim

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

Endereço: Rua Guarapuava, 583 Centro - 87301070

Município: Campo Mourão UF: PR

CEP: 87301070

Telefone Comercial: () Telefone Celular: (X) (44) 99169-4980

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: 084 - sisprime brasil	CÓDIGO DO BANCO:	AGÊNCIA: 0009 - 4
TIPO DE CONTA:	OPERAÇÃO:	Nº DA CONTA: 000130052 - 0
CIDADE E UF DA AGENCIA:		

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF
Joel Bonifacio Do Nascimento	037485432009-0	05453447354

BONI SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57627196000166
END: RUA GUARAPUAVA, 583
CENTRO – CEP: 87301070 - CAMPO MOURÃO – PR
EMAIL: dr.joebonifacio@outlook.com
TEL: 44991694980

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
JOEL BONIFACIO DO NASCIMENTO	05453447354	SSP/PR	57632/PR	(44)991694980

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
WILLIAM ANDREAZI COLOMBARI	04306419908	SSP/PR	gestor07@medcontabil.com.br	(44)999623233

ESPECIALIDADES

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
JOEL BONIFACIO DO NASCIMENTO	MÉDICO GENERALISTA

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

INSERIR LOCAL DE ATENDIMENTO	INSERIR ENDEREÇO DO LOCAL DE ATENDIMENTO

Campo Mourão – PR, 04, Dezembro de 2024.

JOEL BONIFACIO
DO
NASCIMENTO:0545
3447354

Assinado de forma digital por JOEL
BONIFACIO DO NASCIMENTO:05453447354
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=Secretaria da
Receita Federal do Brasil - RFB, ou=RFB e-CPF
A1, ou=(EM BRANCO), ou=76085620000132,
ou=presencial, cn=JOEL BONIFACIO DO
NASCIMENTO:05453447354
Dados: 2024.12.04 13:49:02 -03'00'

BONI SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57627196000166
JOEL BONIFACIO DO NASCIMENTO
CPF: 05453447354
RG: 037485432009-0

BONI SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57627196000166
END: RUA GUARAPUAVA, 583
CENTRO – CEP: 87301070 - CAMPO MOURÃO – PR
EMAIL: dr.joebonifacio@outlook.com
TEL: 44991694980

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

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

A empresa BONI SERVICOS MEDICOS LTDA, inscrita no CNPJ sob N° 57627196000166, sediada na Rua Guarapuava, N° 583 - Centro - 87301070, na cidade de Campo Mourão, através representante legal, Joel Bonifacio Do Nascimento, RG: 037485432009-0 e CPF: 05453447354, 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, 04, Dezembro de 2024.

JOEL
BONIFACIO DO
NASCIMENTO:0
5453447354

Assinado de forma digital por JOEL
BONIFACIO DO
NASCIMENTO:05453447354
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=Secretaria
da Receita Federal do Brasil - RFB,
ou=RFB e-CPF A1, ou=(EM BRANCO),
ou=7608562000132, ou=presencial,
cn=JOEL BONIFACIO DO
NASCIMENTO:05453447354
Dados: 2024.12.04 13:49:18 -03'00'

BONI SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57627196000166
JOEL BONIFACIO DO NASCIMENTO
CPF: 05453447354
RG: 037485432009-0

BONI SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57627196000166
END: RUA GUARAPUAVA, 583
CENTRO – CEP: 87301070 - CAMPO MOURÃO – PR
EMAIL: dr.joebonifacio@outlook.com
TEL: 44991694980

ANEXO III
DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM, BONI SERVICOS MEDICOS LTDA, estabelecida na Rua Guarapuava, 583 Centro – 87301070 - Campo Mourão - PR, inscrita no CNPJ sob Nº 57627196000166, neste ato representada pelo seu Joel Bonifacio Do Nascimento, 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, Dezembro de 2024.

JOEL
BONIFACIO DO
NASCIMENTO:0
5453447354

Assinado de forma digital por JOEL
BONIFACIO DO
NASCIMENTO:05453447354
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=Secretaria
da Receita Federal do Brasil - RFB,
ou=RFB e-CPF A1, ou=(EM BRANCO),
ou=76085620000132, ou=presencial,
cn=JOEL BONIFACIO DO
NASCIMENTO:05453447354
Dados: 2024.12.04 13:49:40 -03'00'

BONI SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57627196000166
JOEL BONIFACIO DO NASCIMENTO
CPF: 05453447354
RG: 037485432009-0

BONI SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57627196000166
END: RUA GUARAPUAVA, 583
CENTRO – CEP: 87301070 - CAMPO MOURÃO – PR
EMAIL: dr.joebonifacio@outlook.com
TEL: 44991694980

ANEXO IV
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO

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

Eu, Joel Bonifacio Do Nascimento, carteira de identidade N° 037485432009-0 expedida pela, SSP/PR inscrito no CPF sob N° 05453447354, Representante legal da inscrita no CNPJ sob o N° 57627196000166, DECLARO, sob as penas da Lei, para os devidos fins que não possuo parentesco consanguíneo ou afim, até 3° grau, com empregados e/ou dirigentes do órgão licitante.

Campo Mourão - PR, 04, Dezembro de 2024.

JOEL
BONIFACIO DO
NASCIMENTO:
05453447354

Assinado de forma digital por JOEL
BONIFACIO DO
NASCIMENTO:05453447354
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=Secretaria
da Receita Federal do Brasil - RFB,
ou=RFB e-CPF A1, ou=(EM BRANCO),
ou=7608562000132, ou=presencial,
cn=JOEL BONIFACIO DO
NASCIMENTO:05453447354
Dados: 2024.12.04 13:50:02 -03'00'

BONI SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57627196000166
JOEL BONIFACIO DO NASCIMENTO
CPF: 05453447354
RG: 037485432009-0

BONI SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57627196000166
END: RUA GUARAPUAVA, 583
CENTRO – CEP: 87301070 - CAMPO MOURÃO – PR
EMAIL: dr.joebonifacio@outlook.com
TEL: 44991694980

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

Campo Mourão - PR, 04, Dezembro de 2024.

JOEL BONIFACIO DO
NASCIMENTO:05453
447354

Assinado de forma digital por JOEL
BONIFACIO DO NASCIMENTO:05453447354
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=Secretaria da
Receita Federal do Brasil - RFB, ou=RFB e CPF
A1, ou=(EM BRANCO), ou=7608562000132,
ou=presencial, cn=JOEL BONIFACIO DO
NASCIMENTO:05453447354
Dados: 2024.12.04 13:50:20 -03'00'

BONI SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57627196000166
JOEL BONIFACIO DO NASCIMENTO
CPF: 05453447354
RG: 037485432009-0

Data da consulta: 03/12/2024 12:11:30

Identificação do Contribuinte - CNPJ Matriz

CNPJ: **57.627.196/0001-66**

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

Nome Empresarial: **BONI SERVICOS MEDICOS LTDA**

Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **Optante pelo Simples Nacional desde 09/10/2024**

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

[+ Mais informações](#)

[Voltar](#)

[Gerar PDF](#)

CERTIDÃO SIMPLIFICADA

Sistema Nacional de Registro de Empresas Mercantis - SINREM

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

Nome Empresarial: BONI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA NIRE : 41212914077 Natureza Jurídica: Sociedade Empresária Limitada			Protocolo: PRC2423793920		
NIRE (Sede) 41212914077	CNPJ 57.627.196/0001-66	Data de Ato Constitutivo 09/10/2024	Início de Atividade 07/10/2024		
Endereço Completo Rua Guarapuava, Nº 583, Centro - Campo Mourão/PR - CEP 87301-070					
Objeto Social ATIVIDADES DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS, 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 E ATIVIDADES HOSPITALARES COM RECURSO PARA REALIZAR TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR.					
Capital Social R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) Capital Integralizado R\$ 5.000,00 (cinco mil reais)		Porte ME (Microempresa)		Prazo de Duração Indeterminado	
Dados do Sócio					
Nome JOEL BONIFACIO DO NASCIMENTO	CPF/CNPJ 054.534.473-54	Participação no capital R\$ 5.000,00	Espécie de sócio Sócio	Administrador S	Término do mandato Indeterminado
Dados do Administrador					
Nome JOEL BONIFACIO DO NASCIMENTO	CPF 054.534.473-54	Término do mandato Indeterminado			
Último Arquivamento			Situação		
Data 09/10/2024	Número 20247487236	Ato/eventos 090 / 315 - ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA	ATIVA Status SEM STATUS		

Esta certidão foi emitida automaticamente em 04/12/2024, às 07:52:07 (horário de Brasília).

Se impressa, verificar sua autenticidade no <https://www.empresafacil.pr.gov.br>, com o código M3VIRBVT.

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



Comprovante de Conta Corrente

Instituição Financeira: 084 -SISPRIME DO BRASIL
Agência: 0009- 4 - AG CAMPO MOURAO
Conta Corrente: 000130052-0
Modalidade: Individual
Situação: Livre
Data Abertura: 26/11/2024

Nome / Razão Social: BONI SERVICOS MEDICOS LTDA
CPF/CNPJ: 57.627.196/0001-66
Endereço: RUA GUARAPUAVA 583 CENTRO Complemento:
Cidade: CAMPO MOURAO UF: PR Cep: 87.301-070
Telefone: Celular: (44) 99169-4980
E-mail: dr.joebonifacio@outlook.com

Chave PIX: 57627196000166

BONI SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57627196000166
RUA GUARAPUAVA, 583 CENTRO - CEP: 87301070 - CAMPO MOURÃO – PR
E- MAIL: dr.joebonifacio@outlook.com
TEL: 44991694980

DECLARAÇÃO

Declaro que a empresa BONI SERVICOS MEDICOS LTDA, CNPJ nº 57627196000166, com Rua Guarapuava, 583 Centro - 87301070 - Campo Mourão – PR - NÃO exerce atividades médicas neste endereço citado, se trata apenas de PONTO DE REFERÊNCIA. Diante disto se torna **ISENTA de LICENÇA SANITÁRIA**.

E por ser verdade assinamos à presente.

Campo Mourão - PR, 04 de Dezaembro de 2024

JOEL BONIFACIO
DO
NASCIMENTO:05
453447354

Assinado de forma digital por JOEL
BONIFACIO DO NASCIMENTO:05453447354
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=Secretaria da
Receita Federal do Brasil - RFB, ou=RFB e-
CPF A1, ou=(EM BRANCO),
ou=76085620000132, ou=presencial,
cn=JOEL BONIFACIO DO
NASCIMENTO:05453447354
Dados: 2024.12.04 10:43:48 -03'00'

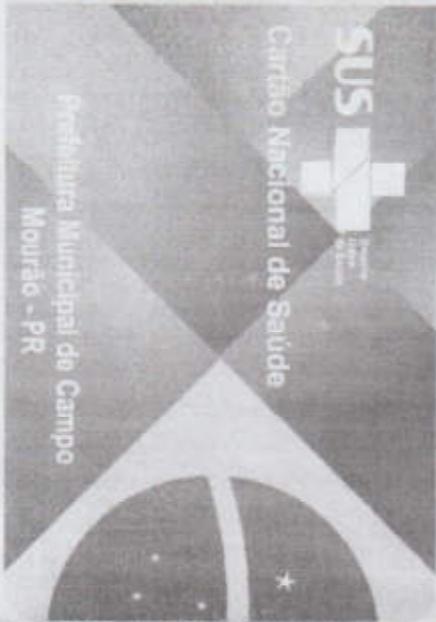
Joel Bonifacio Do Nascimento
CPF: 05453447354

Cartão do Usuário

SUS
Sistema Único de Saúde

Cartão Nacional de Saúde

Prefeitura Municipal de Campo Mourão - PR



Sistema Único de Saúde

706 2030 1268 5164

JOEL BONIFACIO DO NASCIMENTO

CPF: 094.534.473-54

Data de Nascimento: 04/08/1982

Sexo: MASCULINO

CAMPO MOURÃO - PR

DISQUE SAÚDE 1361

Este cartão é propriedade do SUS e deve ser mantido em segurança. Caso seja perdido, deverá ser comunicado imediatamente ao órgão emissor para cancelamento.





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **JOEL BONIFACIO DO NASCIMENTO**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **57632** 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 **122c9d7742920e66336cf16fba1649ae3cc9b54f**

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>

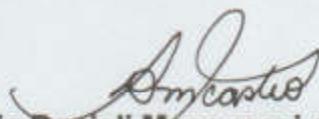
CERTIDÃO

Certificamos para os devidos fins e a quem interessar possa que, **JOEL BONIFACIO DO NASCIMENTO**, portador do R.G 037485432009-0 SSP/MA, 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

Comprovante de inscrição no Cadastro Municipal de Contribuintes

Contribuinte,

Confira dos dados de Identificação do Cadastro Municipal de Contribuintes e, se houver qualquer divergência, providencie junto ao setor de fiscalização da Prefeitura Municipal de Campo Mourão a sua atualização cadastral.

	PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MOURÃO SECRETARIA DE CONTROLE, FISCALIZAÇÃO E OUVIDORIA CADASTRO MUNICIPAL DE CONTRIBUINTES		
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 28230	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO MUNICIPAL		DATA DE ABERTURA 09/10/2024
NOME / RAZÃO SOCIAL BONI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA			
NOME FANTASIA / SOBRENOME			
LOGRADOURO RUA GUARAPUAVA	NÚMERO 583	COMPLEMENTO	
CEP 87.301-070	BAIRRO CENTRO	MUNICÍPIO Campo Mourão	ESTADO PR
ATIVIDADE PRINCIPAL Atividade médica ambulatorial restrita a consultas			
CPF / CNPJ 57.627.196/0001-66	RG / INSCRIÇÃO ESTADUAL		
CONTADOR / CONTABILIDADE RESPONSÁVEL WILLIAM ANDREAZI COLOMBARI			

Emitido em: 30/10/2024 10:04:53

Validade de 12 meses



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: BONI SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57.627.196/0001-66

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

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

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

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

Emitida às 16:51:46 do dia 14/10/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 12/04/2025.

Código de controle da certidão: **F329.68C3.BF2D.060C**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



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

Certidão Negativa
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual
Nº 035460276-90

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **57.627.196/0001-66**

Nome: **CNPJ NÃO CONSTA NO CADASTRO DE CONTRIBUINTES DO ICMS/PR**

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

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

Válida até 02/04/2025 - Fornecimento Gratuito

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

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 57.627.196/0001-66
Razão Social: BONI SERVICOS MEDICOS LTDA
Endereço: R GUARAPUAVA 583 / CENTRO / CAMPO MOURAO / PR / 87301-070

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: 2024120404026341821678

Informação obtida em 04/12/2024 10:30:39

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



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

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Protocolo:	N. Certidão: 59128/2024
Contribuinte: BONI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	RG:
CPF: 57.627.196/0001-66	Ponto de Referência:
Endereço: RUA GUARAPUAVA, nº 583	Validade: 02/01/2025
Bairro: CENTRO	
Complemento:	
Requerente:	
Cód. Contrib.: 21966	

[FINALIDADE]

PARA FINS DIVERSOS

[OBSERVAÇÕES]

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

CAMPO MOURÃO/PR, 3 de dezembro de 2024.

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



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: BONI SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 57.627.196/0001-66

Certidão n°: 83559921/2024

Expedição: 03/12/2024, às 12:19:07

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

Certifica-se que **BONI SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o n° **57.627.196/0001-66**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

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

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

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

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

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

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

Comprovante de inscrição no Cadastro Municipal de Contribuintes

Contribuinte,

Confira dos dados de Identificação do Cadastro Municipal de Contribuintes e, se houver qualquer divergência, providencie junto ao setor de fiscalização da Prefeitura Municipal de Campo Mourão a sua atualização cadastral.

	PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MOURÃO SECRETARIA DE CONTROLE, FISCALIZAÇÃO E OUVIDORIA CADASTRO MUNICIPAL DE CONTRIBUINTES		
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 28230	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO MUNICIPAL		DATA DE ABERTURA 09/10/2024
NOME / RAZÃO SOCIAL BONI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA			
NOME FANTASIA / SOBRENOME			
LOGRADOURO RUA GUARAPUAVA	NÚMERO 583	COMPLEMENTO	
CEP 87.301-070	BAIRRO CENTRO	MUNICÍPIO Campo Mourão	ESTADO PR
ATIVIDADE PRINCIPAL Atividade médica ambulatorial restrita a consultas			
CPF / CNPJ 57.627.196/0001-66	RG / INSCRIÇÃO ESTADUAL		
CONTADOR / CONTABILIDADE RESPONSÁVEL WILLIAM ANDREAZI COLOMBARI			

Emitido em: 30/10/2024 10:04:53

Validade de 12 meses



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 57.627.196/0001-66 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 09/10/2024
---	---	--------------------------------

NOME EMPRESARIAL BONI 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 GUARAPUAVA	NÚMERO 583	COMPLEMENTO *****
----------------------------	---------------	----------------------

CEP 87.301-070	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO CAMPO MOURAO	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 09/10/2024
-----------------------------	--

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 09/10/2024 às 16:29:00 (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: 57.627.196/0001-66
Razão Social: BONI SERVICOS MEDICOS LTDA
E-mail: dr.joebonifacio@outlook.com
Telefone: 44991694980
Banco: 084 - sisprime brasil
Conta: 000130052 - 0
Agência: 0009 - 4
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 Federal: 1615 - Data Emissão: 2024-10-14 - Data Vencimento: 2025-04-12

Certidão Estadual: 1616 - Data Emissão: 2024-12-03 - Data Vencimento: 2025-04-02

Certidão FGTS: 1617 - Data Emissão: 2024-12-04 - Data Vencimento: 2025-01-02

Certidão Municipal: 1618 - Data Emissão: 2024-12-03 - Data Vencimento: 2025-01-02

Certidão Trabalhista: 1619 - 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: 1728

VI - Profissionais

Nome: Joel Bonifacio Do Nascimento - Especialidade : Médico Generalista - CPF: 054.534.473-54

Nome: Joel Bonifacio Do Nascimento - Especialidade : Médico Generalista - CPF: 054.534.473-54

Nome: Joel Bonifacio Do Nascimento - Especialidade : Médico Generalista - CPF: 054.534.473-54

Nome: Joel Bonifacio Do Nascimento - Especialidade : Médico Generalista - CPF: 054.534.473-54

Nome: Joel Bonifacio Do Nascimento - Especialidade : Médico Generalista - CPF: 054.534.473-54

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 05/12/2024 13:44:33

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA

BONI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

Pelo presente instrumento particular de Contrato Social:

JOEL BONIFACIO DO NASCIMENTO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, MÉDICO, nascido(a) em 04/08/1992, nº do CPF 054.534.473-54, residente e domiciliado na cidade de Campo Mourão - PR, na RUA Guarapuava, nº 583, Centro, CEP: 87301-070;

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: **BONI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**.

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

A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: RUA Guarapuava, nº 583, Centro, Campo Mourão - PR, CEP: 87301070.

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

A sociedade terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômica: ATIVIDADES DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS, 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 E 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 ATIVIDADES DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS, 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 E 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 07/10/2024 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 do Sócio	Qtd Quotas	Valor Em R\$	%
JOEL BONIFACIO DO NASCIMENTO	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 **JOEL BONIFACIO DO NASCIMENTO** 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

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA

BONI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

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 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)

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA

BONI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

CLAUSULA XV - DO FORO

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

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

Campo Mourão - PR, 07 de outubro de 2024

JOEL BONIFACIO DO NASCIMENTO
Sócio/Administrador



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa BONI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
05453447354	JOEL BONIFACIO DO NASCIMENTO



CERTIFICO O REGISTRO EM 09/10/2024 16:28 SOB Nº 41212914077.
PROTOCOLO: 247487236 DE 09/10/2024.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12414435373. CNPJ DA SEDE: 57627196000166.
NIRE: 41212914077. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 07/10/2024.
BONI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

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

NOME: BONI SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 57.627.196/0001-66

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Federal: 1615
Data Emissão: 2024-10-14
Data Vencimento: 2025-04-12
Certidao Estadual: 1616
Data Emissão: 2024-12-03
Data Vencimento: 2025-04-02
Certidao FGTS: 1617
Data Emissão: 2024-12-04
Data Vencimento: 2025-01-02
Certidao Municipal: 1618
Data Emissão: 2024-12-03
Data Vencimento: 2025-01-02
Certidao Trabalhista: 1619
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. 1728

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: P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA		
Nome Fantasia: PSIQUE		
CNPJ nº: 56.003.628/0001-03	Inscrição Estadual: Isento	
Micro Empresa: () Não (X) Sim	Optante Simples: () Não (X) Sim	
Número do CNAE Nacional: 8650-0/03	Descrição: Atividades de psicologia e psicanálise	
Endereço: Rua Carlos Gomes, nº 1564	Bairro: Santa Casa	
Município: Goioerê	UF: Paraná	CEP: 87.360-000
E-mail: priscilarfsilva@hotmail.com	Telefone Celular: (41) 99132-7959	

DADOS BANCÁRIOS:

Banco: Nubank	Código do Banco: 0260	Agência: 0001
Tipo de Conta: Corrente	Operação:	Nº da Conta: 835429135-9
Cidade e UF da Agência: São Paulo/SP		

REPRESENTANTE LEGAL	REPRESENTANTE – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF
Priscila Rosane Ferreira Silva	3.224.744-0 SESP/PR	960.395.409-82

ESPECIALIDADES	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO/EXAME	QTDE
Psicologia	TERAPIA INDIVIDUAL	1100

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

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

Priscila Rosane Ferreira Silva	960.395.409-82	3.224.744-0 SESP/PR	CRP N° 2131	(41) 99132-7959
--------------------------------	----------------	------------------------	-------------	-----------------

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA – CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
Priscila Rosane Ferreira Silva	960.395.409-82	3.224.744-0 SESP/PR	priscilarfsilva@hotmail.com	(41) 99132-7959

ESPECIALIDADES

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
Priscila Rosane Ferreira Silva	Atividades de psicologia e psicanálise

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS / PROCEDIMENTOS

Rua Carlos Gomes, n° 1564, bairro Santa Casa, cidade de Goioerê/PR	Atividades de psicologia e psicanálise
--	--

Goioerê/PR, dia 29 de novembro de 2024.

P R FERREIRA SILVA
PSICOLOGIA
LTDA:56003628000103

Assinado de forma digital por P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA:56003628000103
Dados: 2024.12.03 14:31:57 -03'00'

P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA

CNPJ N° 56.003.628/0001-03

Documento assinado digitalmente



PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA
Data: 03/12/2024 14:25:13-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA

RG N° 3.224.744-0 SESP/PR

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

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

A empresa P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 56.003.628/0001-03, sediada na Rua Carlos Gomes, nº 1564, bairro Santa Casa, na cidade de Goioerê, estado do Paraná, por meio de seu representante legal, Priscila Rosane Ferreira Silva, RG nº 3.224.744-0 SESP/PR e CPF nº 960.395.409-82, declara, sob as penas da Lei, que:

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

Goioerê/PR, dia 29 de novembro de 2024.

P R FERREIRA SILVA
PSICOLOGIA
LTDA:56003628000103

Assinado de forma digital por P
R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA
LTDA:56003628000103
Dados: 2024.12.02 18:03:40
-03'00'

P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA
CNPJ Nº 56.003.628/0001-03



Documento assinado digitalmente
PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA
Data: 02/12/2024 17:56:52-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA
RG Nº 3.224.744-0 SESP/PR

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO

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

A empresa P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 56.003.628/0001-03, sediada na Rua Carlos Gomes, nº 1564, bairro Santa Casa, na cidade de Goioerê, estado do Paraná, através de seu representante legal, Priscila Rosane Ferreira Silva, RG nº 3.224.744-0 SESP/PR e CPF nº 960.395.409-82, no uso de suas atribuições legais, vem: *DECLARAR*, para fins de participação neste procedimento licitatório em pauta, sob as penas da Lei, que inexistente qualquer fato impeditivo a sua participação na licitação citada, que não foi declarada inidônea e que não está suspensa de participar em processos de licitação ou impedida de contratar com a Administração Pública, e que se compromete a comunicar ocorrência de fatos supervenientes.

Goioerê/PR, dia 29 de novembro de 2024.

P R FERREIRA SILVA
PSICOLOGIA
LTDA:5600362800010
3

Assinado de forma digital por P
R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA
LTDA:56003628000103
Dados: 2024.12.02 18:02:48
-03'00'

P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA
CNPJ Nº 56.003.628/0001-03

Documento assinado digitalmente
 PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA
Data: 02/12/2024 17:56:52-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA
RG Nº 3.224.744-0 SESP/PR

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO

Eu, Priscila Rosane Ferreira Silva, RG nº 3.224.744-0 SESP/PR e CPF nº 960.395.409-82, representante legal da empresa privada empresa P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 56.003.628/0001-03, sediada na Rua Carlos Gomes, nº 1564, bairro Santa Casa, na cidade de Goioerê, estado do Paraná, sob as penas da Lei, DECLARO para os devidos fins que não possuo parentesco consanguíneo ou afim, até 3º grau, com empregados e/ou dirigentes do órgão licitante.

Goioerê/PR, dia 29 de novembro de 2024.

P R FERREIRA SILVA
PSICOLOGIA
LTDA:56003628000103

Assinado de forma digital por P
R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA
LTDA:56003628000103
Dados: 2024.12.02 18:01:16
-03'00'

P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA
CNPJ Nº 56.003.628/0001-03

Documento assinado digitalmente



PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA
Data: 02/12/2024 17:56:52-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA
RG Nº 3.224.744-0 SESP/PR

Consulta Quadro de Sócios e Administradores - QSA

CNPJ:

56.003.628/0001-03

NOME EMPRESARIAL:

P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA 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:

PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA

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 02/12/2024 às 15:23 (data e hora de Brasília).

DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE

O representante legal da empresa P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 56.003.628/0001-03, 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.

Goioerê/PR, dia 29 de novembro de 2024.

P R FERREIRA SILVA
PSICOLOGIA
LTDA:56003628000103

Assinado de forma digital por P R
FERREIRA SILVA PSICOLOGIA
LTDA:56003628000103
Dados: 2024.12.02 18:04:11 -03'00'

P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA

CNPJ Nº 56.003.628/0001-03

Documento assinado digitalmente



PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA
Data: 02/12/2024 17:56:52-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA

RG Nº 3.224.744-0 SESP/PR

INSTRUMENTO DE INSCRIÇÃO DE SOCIEDADE LIMITADA UNIPESSOAL P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA

PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA, brasileira, divorciada, psicóloga, nascida em 30/06/1978, natural de Curitiba-PR, com filiação de José Carlos Silva e Antonia Ferreira Silva, inscrita no CPF sob n.º 960.395.409-82, portadora da Cédula de Identidade Civil RG n.º 3.224.744-0 SESP/PR, expedida em 24/03/2017, título de eleitor nº 0740.8769.0604, residente e domiciliada à Rua Carlos Gomes, nº 1564, bairro Santa Casa, CEP 87.360-000 na cidade de Goioerê-Paraná.

Resolve constituir-se como Sociedade Limitada Unipessoal, mediante as seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO NOME EMPRESARIAL : A sociedade adotará como nome empresarial **P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA**.

Parágrafo Único: A sociedade limitada unipessoal utilizará o seguinte nome fantasia: **PSIQUÊ**.

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

CLÁUSULA TERCEIRA - DA SEDE E DOMICÍLIO: A sociedade terá sua sede e domicílio no seguinte endereço: **Rua Carlos Gomes, nº 1564, bairro Santa Casa, CEP 87.360-000 na cidade de Goioerê-Paraná**.

CLÁUSULA QUARTA - DO OBJETO SOCIAL : A sociedade terá por objeto a exploração do ramo de: **Atividades de psicologia e psicanálise (8650-0/03)**.

CLÁUSULA QUINTA - DO INÍCIO DAS ATIVIDADES E PRAZO DE DURAÇÃO: A sociedade iniciará suas atividades em 22/07/2024 e seu prazo de duração é por tempo indeterminado.

CLÁUSULA SEXTA - DO CAPITAL SOCIAL: O capital social será de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), divididos em 500 (quinhentas quotas) no valor nominal de R\$ 10,00 (dez reais) cada uma, subscritas e integralizadas, neste ato, em moeda corrente do País, pela única sócia da seguinte forma:

SÓCIA	QUOTAS	VALOR EM R\$	(%)
PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA	500	5.000,00	100,00
TOTAL:	500	5.000,00	100.00

CLÁUSULA SÉTIMA - RESPONSABILIDADE DA SÓCIA: A responsabilidade da única sócia é restrita ao valor de suas quotas, mas responderá solidariamente pela integralização do capital social.

CLÁUSULA OITAVA - ADMINISTRAÇÃO DA SOCIEDADE, USO DO NOME EMPRESARIAL E RETIRADA DE PRÓ-LABORE: a administração da sociedade caberá a única sócia **PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA**, a quem compete praticar todos os atos pertinentes à gestão da sociedade com os poderes e atribuições de representá-la ativa e passivamente, judicial e extrajudicialmente, perante órgãos públicos, instituições financeiras, entidades privadas e terceiros em geral, podendo obrigar a sociedade, abrir, movimentar e encerrar contas bancárias, contratar e demitir pessoal, enfim praticar todos os atos

INSTRUMENTO DE INSCRIÇÃO DE SOCIEDADE LIMITADA UNIPESSOAL P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA

necessários à consecução dos objetivos ou à defesa dos interesses e direitos da sociedade, autorizando o uso do nome empresarial isoladamente.

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

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

CLÁUSULA NONA - FALECIMENTO OU INTERDIÇÃO DE SÓCIO: Em caso de falecimento da única sócia a sociedade limitada unipessoal poderá continuar com suas atividades com os herdeiros e/ou sucessores do “de cujus” ou do incapaz. Não sendo possível, ou inexistindo interesse destes, a sociedade poderá ser dissolvida.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA DECLARAÇÃO DE DESIMPEDIMENTO : A única sócia declara, sob as penas de lei, inclusive que são verídicas todas as informações prestadas neste instrumento e quanto ao disposto no artigo 299 do Código Penal, não estar impedido de exercer atividade empresária e não possuir outro registro como Empresário Individual no País.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA- PORTE EMPRESARIAL : A única sócia declara que a empresa se enquadra como Microempresa - ME, nos termos da Lei Complementar nº 123 de 14/12/2006, 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 DÉCIMA SEGUNDA - EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E PARTICIPAÇÃO DOS SÓCIOS NOS RESULTADOS: Ao término de cada exercício social, em 31 de dezembro, a administradora prestará contas justificadas de sua administração, procedendo à elaboração do inventário, do balanço patrimonial e demais demonstrações contábeis requeridas pela legislação societária, elaborada em conformidade com as Normas Brasileiras de Contabilidade, participando todos os sócios dos lucros ou perdas apurados, na mesma proporção das quotas de capital que possuem na sociedade.

Parágrafo Único: A sociedade limitada unipessoal poderá levantar balanços ou balancetes patrimoniais em períodos inferiores a um ano, e o lucro apurado nessas demonstrações intermediárias, poderá ser distribuído mensalmente ao único sócio, a título de Antecipação de Lucros. Nesse caso será observada a reposição dos lucros quando a distribuição afetar o capital social, conforme estabelece o art. 1.059 da Lei nº 10.406/2002.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - JULGAMENTO DAS CONTAS: Nos quatro meses seguintes do término do exercício social, a única sócia deliberará sobre as contas e designará administradores quando for o caso.

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

INSTRUMENTO DE INSCRIÇÃO DE SOCIEDADE LIMITADA UNIPessoal P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO: Fica eleito o Foro da Comarca de Goioerê-PR, para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato, renunciando-se, expressamente, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estar em perfeito acordo, em tudo que neste instrumento particular foi lavrado, obrigando-se fielmente por si e por seus herdeiros a cumprir o presente ato constitutivo, assino 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 Julho de 2024.

PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA

Empresária

Documento elaborado por:

ELLEN KARINE GOMES DE OLIVEIRA – CRC/PR 079.624/O-7



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
05646773962	ELLEN KARINE GOMES DE OLIVEIRA
96039540982	PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA



CERTIFICO O REGISTRO EM 19/07/2024 13:33 SOB Nº 41212697742.
PROTOCOLO: 245265279 DE 19/07/2024.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12410263497. CNPJ DA SEDE: 56003628000103.
NIRE: 41212697742. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 19/07/2024.
P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA

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

	REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 56.003.628/0001-03 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 19/07/2024	
NOME EMPRESARIAL P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) PSIQUE		PORTE ME	
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.50-0-03 - Atividades de psicologia e psicanálise			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não informada			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada			
LOGRADOURO R CARLOS GOMES	NÚMERO 1564	COMPLEMENTO *****	
CEP 87.360-000	BAIRRO/DISTRITO SANTA CASA	MUNICÍPIO GOIOERE	UF PR
ENDEREÇO ELETRÔNICO PRISCILARFSILVA@HOTMAIL.COM	TELEFONE (41) 9132-7959/ (0000) 0000-0000		
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 19/07/2024		
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****		

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

Emitido no dia **02/12/2024** às **15:20:35** (data e hora de Brasília).

Página: **1/1**



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

ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO E/OU FUNCIONAMENTO

C. M. C 246989305

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

NOME / RAZÃO SOCIAL

246989305 P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA

CNPJ: 56.003.628/0001-03

ENDEREÇO

Logradouro: Rua CARLOS GOMES

Número: 1564

Complemento:

CEP: 87360-000

Bairro: SANTA CASA

Cidade: Goioerê

UF: PR

ATIVIDADE

Atividade: 8650003 - Atividades de psicologia e psicanálise

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

Emitido em: 23/07/2024

VÁLIDO ATÉ 31/03/2025

VIVIAN KARLA MOREIRA
Diretora do Depto. de Tributação
CPF 029.837.909-64
Posseída em 04/2021

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.

NÚMERO DO TELEFONE CELULAR E E-MAIL

Razão Social: P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA		
CNPJ nº: 56.003.628/0001-03	Inscrição Estadual: Isento	
Responsável do CNPJ: Priscila Rosane Ferreira Silva		
Responsável da documentação: Priscila Rosane Ferreira Silva		
Endereço: Rua Carlos Gomes, nº 1564 – Bairro Santa Casa		
Município: Goioerê	UF: Paraná	CEP: 87.360-000
E-mail: priscilarfsilva@hotmail.com	Telefone Celular: (41) 99132-7959	

Goioerê/PR, dia 29 de novembro de 2024.

P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA

CNPJ Nº 56.003.628/0001-03

PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA

RG Nº 3.224.744-0 SESP/PR



Companhia de Saneamento do Paraná

Endereço: Rua Engenheiro Rebouças nº 1370
CEP 80.215-900 Curitiba - PR
CNPJ/MF 76.484.013/0001-45
Inscrição Estadual 101.80080-64
Internet: www.sanepar.com.br

CONTA

FONE SANEPAR: 0800-200-0115

NOME DO CLIENTE PRISCILA ROSANE PEREIRA SILVA MATRÍCULA 0583 8606

ENDEREÇO R CARLOS GOMES Nº LADO - Nº FRENTE 1584

CEP 87.360-000 LOCAL GOIOERE

ROTEIRO DE LEITURA 105-14-05-014-34800 HIDRÔMETRO Y18AA0110586-4-1 CAT - RES - COM - IND - UTP - POP 015 001 - - - -

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA	Turbidez	Cor	Cloro	Flor	Col. Totais	Definições no verso
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	36	36	36	0	36	
Nº Amostras Realizadas	48	48	48	1	48	
Nº Amostras que Atenderam à Legislação	48	48	48	1	48	

Conclusão Todas as amostras atenderam a legislação.

HISTÓRICO DE PAGAMENTOS - CONDICIONADO AS OBSERVAÇÕES CONSTANTES NO VERSO

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

FAIXAS DE CONSUMO	VOLUME	VALOR M3/R\$	TOTAIS
		AGUA	AGUA ESGOTO
RES Mínimo	5		58,42 48,34
De 6 a 10m3	5	1,58	7,88 6,24

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
12	4	3	9	10	8	9	10	9	9	7

DIAS DE CONSUMO	DATA LEITURA	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO (m3)	REFERÊNCIA
30	21/11/2024	433	443	10	11/2024

MOTIVO DA AUSÊNCIA DE LEITURA	MÉDIA DE CONSUMO (m3) ÚLTIMOS 5 MESES	VENCIMENTO
	8	20/12/2024

PREVISÃO PRÓXIMA LEITURA	ÁGUA	ESGOTO	SERVIÇOS	TOTAL
19/12/2024	58,22	46,58		104,80

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\$ 8,92

AUTENTICAÇÃO NO VERSO OBSERVAÇÕES NO VERSO COMPROVANTE CLIENTE

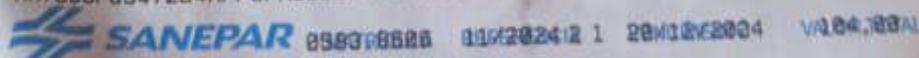
82630000001-3 04800109202-1 41220058386-9 06112024219-5



CTRL 0583.8606.1124.2108

ROTEIRO: 105-14-05-014-34800

AA7886F63472b4AFFCFA0DE5FC201A50EAB97C54B3CC81A4CB01A831322FD3CD



AUTENTICAÇÃO NO VERSO
COMPROVANTE SANEPAR



PAGUE COM PIX

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

RG: 3.224.744-0

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 3.224.744-0 DATA DE EXPEDIÇÃO: 24/03/2011

NOME: PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA

FILIAÇÃO: JOSÉ CARLOS SILVA
ANTÔNIA FERREIRA SILVA

NATURALIDADE: CURITIBA/PR DATA DE NASCIMENTO: 30/06/1977

DOC. ORIGEM: COMARCA=CURITIBA/PR, 1 OFÍCIO
C.NASC=3182, LIVRO=405, FOLHA=190

CPF: 960.395.409-82

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

 **Ministério da Fazenda**
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF 

Número
960.395.409-82

Nome
PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA

Nascimento
30/06/1978

CÓDIGO DE CONTROLE
6F33.A87D.9B9A.8DC9



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:38:10 do dia 02/12/2024 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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.

8

Cartão do Usuário

SUS
Sistema Único de Saúde
Cartão Nacional de Saúde

frente

Sistema Único de Saúde

PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA

Data Nasc.: 30/06/1978

Sexo: F

705 2064 7808 9979



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.

verso



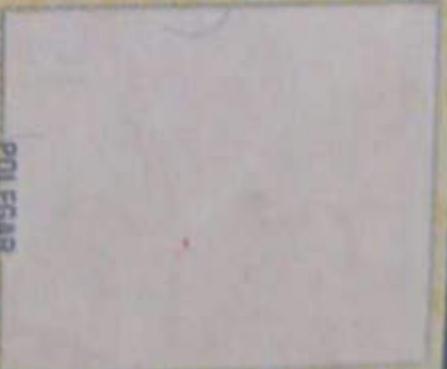
CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

LEI Nº 5766/71

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA

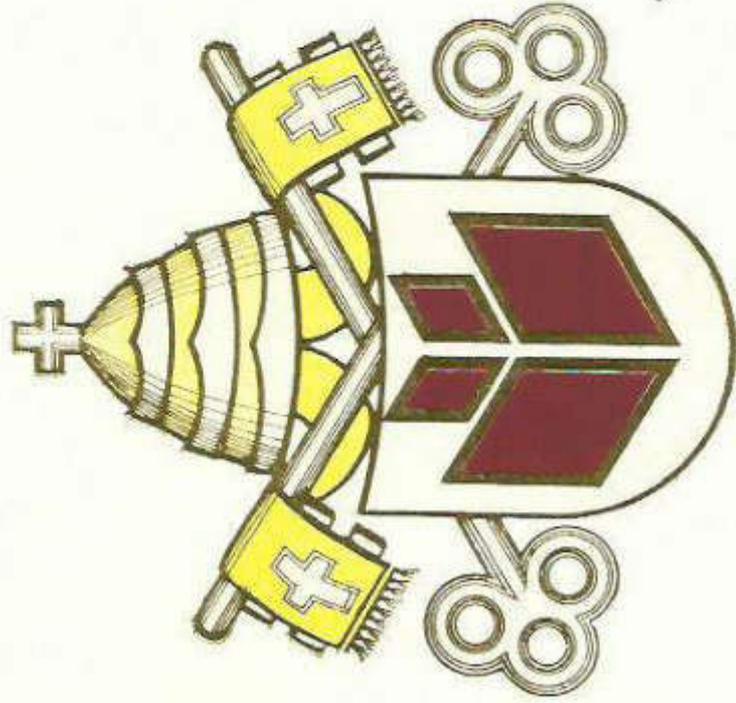
REGIÃO 8a	INSCRIÇÃO CRP-08/11240	DATA DE INSCRIÇÃO 19/08/2005
ESTADO DO PARANÁ		JURISDIÇÃO
PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA		VIA 1a
NOME		
PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA		
FILIAÇÃO		
JOSÉ CARLOS SILVA ANTONIA FERREIRA SILVA		
NATURALIDADE		
CURTITIBA/PR		
NACIONALIDADE		DATA NASCIMENTO
BRASILEIRA(O)		30/06/1978
LOCAL DE EXPEDIÇÃO		DATA DE EXPEDIÇÃO
CURTITIBA - PR		19/02/2022
ASSINATURA OU CHANCELA MECANICA DO CRP		
Psic. Célia Mazza de Souza - Conselheira Presidente		

IDENTIDADE PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA



CPF 960.395.409-82	POLEGAR
R.G. 3.224.744-0/II PR	DATA EXPEDIÇÃO 24/03/2017
OBSERVAÇÃO	U.F. PR
ASSINATURA DO PSICOLOGO	

Pontifícia Universidade Católica do Paraná



O Reitor da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de PSICOLOGIA, em 11 de agosto de 2005, confere o título de PSICÓLOGO a

Discila Resane Ferreira Silva

brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida em 30 de junho de 1978, portadora da Carteira de Identidade nº 3.224.744-0, expedida pelo Instituto de Identificação do Paraná, outorgando-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Curitiba, 11 de agosto de 2005.

Reitor
Luiz Antônio
Pró-Reitor Acadêmica



REP

Diplomada

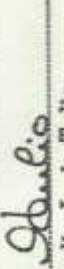
Curso de PSICOLOGIA, reconhecido pelo
Decreto N.º 73.479/1974 - Publicado no D.O.U.
de 17/01/1974.

REITOR: CLEMENTE IVO JULIATTO
PRÓ-REITORA ACADÊMICA:
NEUZA APARECIDA RAMOS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
Pró-Reitoria Acadêmica
Setor de Registro de Diplomas - SRD

Diploma registrado sob o n.º 16571 Livro 05,
Folha 122, Processo 10038788, nos termos
do disposto no parágrafo 1.º do artigo 48 da Lei n.º 9.394,
de 20 de dezembro de 1996.

Curitiba, 11 de agosto de 2005.


Olíndia Ineís Tullio

Pró-Reitora do SRD


Prof.ª Neuza Aparecida Ramos

Pró-Reitora Acadêmica



Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Pró-Reitoria Acadêmica Divisão de Admissão e Controle Acadêmicos

Página: 1 de 3

Histórico Escolar

Nome Priscila Rosane Ferreira Silva		Código 10038788
Curso Psicologia (Diurno) - 2063		
Nacionalidade Brasileira		Data Nascimento 30/06/1978
Documento de Identidade	Órgão Expedidor da Identidade	
Tipo Carteira	Número 3.224.744-0	Instituto de Identificação do Paraná
2º Grau	Colégio Estadual Antonio Lacerda Braga Goioerê - Paraná - Brasil	
		1997



Vestibular

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Paraná
 Ano/Semestre de Entrada: 2000/1 Classificação: 118 Chamada: 1ª Opção: 1ª Vagas: 120
 1º Dia - 04/01/2000 - Redação, Língua Estrangeira, Matemática, Biologia e História
 2º Dia - 05/01/2000 - Física, Química, Literatura Brasileira e Geografia
 3º Dia - 06/01/2000 - Língua Portuguesa, Biologia e Química
 Total de Pontos: 4915

Dados de Reconhecimento do Curso

O referido curso é reconhecido pelo DECRETO Nº 73.479, publicado no D.O.U. de 17/01/1974.

Ano	Disciplina/Programa Aprendizagem	Nota	%Freq.	Horas	Result.
2000/2	BP2004 A Evolução Biossociológica do Comportamento Animal e Humano	7.8	83	72	Aprov.
2000/2	BP2001 Fundamentos Psicobiológicos do Comportamento Humano	8.5	100	180	Aprov.
2000/2	BP2010 Oficina de Produção Técnico-Científica em Psicologia	8.8	100	36	Aprov.
2000/2	BP2002 Raízes do Pensamento Psicológico	7.7	97	72	Aprov.
2001/1	BP2017 Aspectos Evolutivos e Estruturais do Comportamento Humano na Infância	7.5	92	108	Aprov.
2001/1	BP2018 Aspectos Evolutivos e Estruturais do Comportamento Humano na Infância - Estágio	8.0	100	66	Aprov.
2001/1	BP2019 Os Progressos da Neurociência	8.1	92	108	Aprov.
2001/1	HF2021 Processos do Conhecer	7.1	100	36	Aprov.
2001/1	BP2008 Psicologia: História e Profissão no Brasil	7.1	94	72	Aprov.
2001/2	BP2012 Abordagem Psicossocial do Adolescente	9.1	100	72	Aprov.
2001/2	BP2013 Abordagem Psicossocial do Adolescente - Estágio	8.3	100	72	Aprov.
2001/2	HF2020 Filosofia	8.6	100	36	Aprov.
2001/2	BP2014 Fundamentos Epistemológicos das Teorias da Personalidade	8.3	94	108	Aprov.
2001/2	BP2015 Psicologia Social e Sociedade Contemporânea	8.6	97	72	Aprov.
2001/2	BP2011 Transtornos Psicossociais na Infância	8.6	97	108	Aprov.
2002/1	BP2020 Análise Experimental do Comportamento	8.2	90	108	Aprov.
2002/1	HF2028 Cultura Religiosa	8.2	94	36	Aprov.
2002/1	BP2021 Educação e Mudança	8.0	97	72	Aprov.

Obs. : Este documento somente será válido com o carimbo e assinatura da DACA

NÚMERO DO TELEFONE CELULAR E E-MAIL

Razão Social: P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA		
CNPJ nº: 56.003.628/0001-03	Inscrição Estadual: Isento	
Responsável do CNPJ: Priscila Rosane Ferreira Silva		
Responsável da documentação: Priscila Rosane Ferreira Silva		
Endereço: Rua Carlos Gomes, nº 1564 – Bairro Santa Casa		
Município: Goioerê	UF: Paraná	CEP: 87.360-000
E-mail: priscilarfsilva@hotmail.com	Telefone Celular: (41) 99132-7959	

Goioerê/PR, dia 29 de novembro de 2024.

P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA

CNPJ Nº 56.003.628/0001-03

PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA

RG Nº 3.224.744-0 SESP/PR



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

Certidão Negativa
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual
Nº 035449914-40

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **56.003.628/0001-03**

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 01/04/2025 - 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: P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA
CNPJ: 56.003.628/0001-03

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

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

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

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

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

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

Emitida às 15:42:11 do dia 02/12/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 31/05/2025.

Código de controle da certidão: **3BCC.71AC.F0A3.C2E3**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 56.003.628/0001-03

Certidão n°: 83337490/2024

Expedição: 02/12/2024, às 15:45:35

Validade: 31/05/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o n° **56.003.628/0001-03**, **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.

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

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 56.003.628/0001-03
Razão Social: P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA
Endereço: RUA CARLOS GOMES 1564 / SANTA CASA / 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: 02/12/2024 a 31/12/2024

Certificação Número: 2024120201496286165665

Informação obtida em 02/12/2024 15:50:01

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



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. 252 / 2024

RAZÃO SOCIAL P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA

C.N.P.J. 56.003.628/0001-03

ENDEREÇO RUA CARLOS GOMES 1564

BAIRRO SANTA CASA

CNAE

PRINCIPAL: 8650003 ATIVIDADES DE PSICOLOGIA E PSICANALISE

RESPONSÁVEL TÉCNICO

DATA DE VENCIMENTO 23/07/2025

NÃO ATUA NO LOCAL



CASSIA GASQUE GERMANO
Nutricionista - CRM 2080
Matricula n° 7945301-3
RG N° 7.815.301-3

Este documento deve ser Afixado em local visível ao público (art.166 - Código de Saúde do Paraná)

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: 56.003.628/0001-03
Razão Social: P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA
E-mail: priscilarfsilva@hotmail.com
Telefone: 47991327959
Banco: Nubank
Conta: 835429135-9
Agência: 0001
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: 1584 - Data Emissão: 2024-12-02 - Data Vencimento: 2025-01-01

Certidão Estadual: 1585 - Data Emissão: 2024-12-02 - Data Vencimento: 2025-04-01

Certidão Federal: 1586 - Data Emissão: 2024-12-02 - Data Vencimento: 2025-05-31

Certidão Trabalhista: 1587 - Data Emissão: 2024-12-02 - Data Vencimento: 2025-05-31

Certidão FGTS: 1588 - Data Emissão: 2024-12-02 - Data Vencimento: 2024-12-31

IV - Capacidade Técnica

V - Proposta

Categoria: PSICOLOGIA - Procedimento: TERAPIA INDIVIDUAL - Valor: R\$ 21.17 - Qtd: 1100

VI - Profissionais

Nome: PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA - Especialidade : PSICOLOGIA - CPF: 960.395.409-82

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 03/12/2024 17:55:26

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

RG: 3.224.744-0

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 3.224.744-0 DATA DE EXPEDIÇÃO: 24/03/2011

NOME: PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA

FILIAÇÃO: JOSÉ CARLOS SILVA
ANTONIA FERREIRA SILVA

NATURALIDADE: CURITIBA/PR DATA DE NASCIMENTO: 30/06/1977

DOC. ORIGEM: COMARCA=CURITIBA/PR, 1 OFÍCIO
C.NASC=3182, LIVRO=405, FOLHA=190

CPF: 960.395.409-82

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

**Ministério da Fazenda**
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF 

Número
960.395.409-82

Nome
PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA

Nascimento
30/06/1978

CÓDIGO DE CONTROLE
6F33.A87D.9B9A.8DC9



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:38:10 do dia 02/12/2024 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

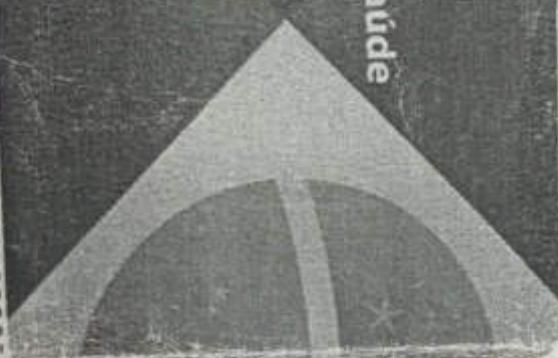
Parabéns! Seus dados já constam no Sistema Único de Saúde - SUS.
Informe, seu número de CNS quando usar a rede do Sistema Único de Saúde - SUS.
Recorte o Cartão abaixo e use-o normalmente. Ele vale em todo o território nacional.

8

Cartão do Usuário

SUS  União
de Saúde

Cartão Nacional de Saúde



frente

Sistema Único de Saúde

PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA

Data Nasc.: 30/06/1978 Sexo: F

705 2064 7808 9979



verso

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

DISQUE SAÚDE 136



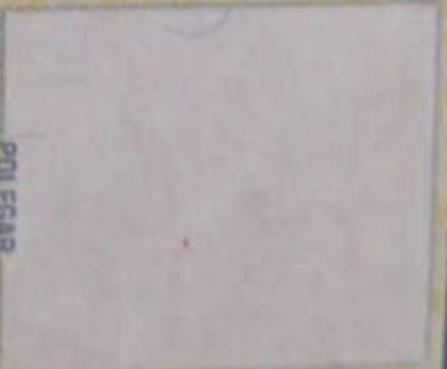
CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

LEI Nº 5766/71

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA

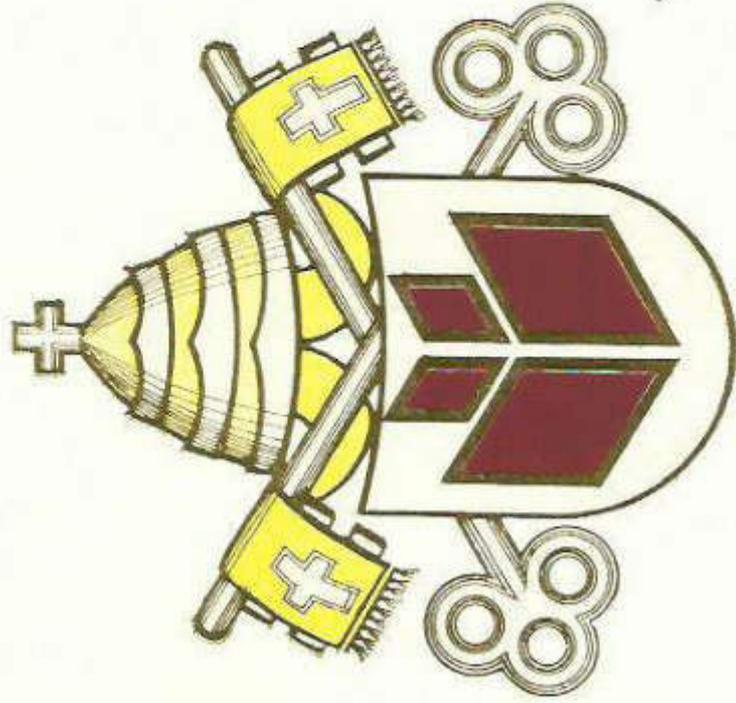
REGIÃO 8a	INSCRIÇÃO CRP-08/11240	DATA DE INSCRIÇÃO 19/08/2005
ESTADO DO PARANÁ		JURISDIÇÃO
PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA		VIA 1a
NOME		
PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA		
FILIAÇÃO		
JOSÉ CARLOS SILVA ANTONIA FERREIRA SILVA		
NATURALIDADE		
CURTITIBA/PR		
NACIONALIDADE		DATA NASCIMENTO
BRASILEIRA(O)		30/06/1978
LOCAL DE EXPEDIÇÃO		DATA DE EXPEDIÇÃO
CURTITIBA - PR		19/02/2022
ASSINATURA OU CHANCELA MECANICA DO CRP		
Psic. Célia Mazza de Souza - Conselheira Presidente		

IDENTIDADE PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA



CPF	960.395.409-82
R.G.	3.224.744-0/II PR
DATA EXPEDIÇÃO	24/03/2017
U.F.	PR
OBSERVAÇÃO	
ASSINATURA DO PSICOLOGO	

Pontifícia Universidade Católica do Paraná



O Reitor da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de PSICOLOGIA, em 11 de agosto de 2005, confere o título de PSICÓLOGO a

Discila Resane Ferreira Silva

brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida em 30 de junho de 1978, portadora da Carteira de Identidade nº 3.224.744-0, expedida pelo Instituto de Identificação do Paraná, outorgando-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Curitiba, 11 de agosto de 2005.

Reitor
Luiz Antônio
Pró-Reitor Acadêmica



Diplomada

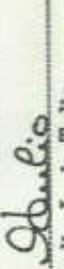
Curso de PSICOLOGIA, reconhecido pelo
Decreto N.º 73.479/1974 - Publicado no D.O.U.
de 17/01/1974.

REITOR: CLEMENTE IVO JULIATTO
PRÓ-REITORA ACADÊMICA:
NEUZA APARECIDA RAMOS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
Pró-Reitoria Acadêmica
Setor de Registro de Diplomas - SRD

Diploma registrado sob o n.º 16571 Livro 05,
Folha 122, Processo 10038788, nos termos
do disposto no parágrafo 1.º do artigo 48 da Lei n.º 9.394,
de 20 de dezembro de 1996.

Curitiba, 11 de agosto de 2005.


Olíndia Ineís Tullio

Pró-Reitora SRD


Prof.ª Neuza Aparecida Ramos

Pró-Reitora Acadêmica



Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Pró-Reitoria Acadêmica Divisão de Admissão e Controle Acadêmicos

Página: 1 de 3

Histórico Escolar

Nome Priscila Rosane Ferreira Silva		Código 10038788
Curso Psicologia (Diurno) - 2063		
Nacionalidade Brasileira		Data Nascimento 30/06/1978
Documento de Identidade	Órgão Expedidor da Identidade	
Tipo Carteira	Número 3.224.744-0	Instituto de Identificação do Paraná
2º Grau	Colégio Estadual Antonio Lacerda Braga Goioerê - Paraná - Brasil	
		1997



Vestibular

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Paraná
 Ano/Semestre de Entrada: 2000/1 Classificação: 118 Chamada: 1ª Opção: 1ª Vagas: 120
 1º Dia - 04/01/2000 - Redação, Língua Estrangeira, Matemática, Biologia e História
 2º Dia - 05/01/2000 - Física, Química, Literatura Brasileira e Geografia
 3º Dia - 06/01/2000 - Língua Portuguesa, Biologia e Química
 Total de Pontos: 4915

Dados de Reconhecimento do Curso

O referido curso é reconhecido pelo DECRETO Nº 73.479, publicado no D.O.U. de 17/01/1974.

Ano	Disciplina/Programa Aprendizagem	Nota	%Freq.	Horas	Result.
2000/2	BP2004 A Evolução Biossociológica do Comportamento Animal e Humano	7.8	83	72	Aprov.
2000/2	BP2001 Fundamentos Psicobiológicos do Comportamento Humano	8.5	100	180	Aprov.
2000/2	BP2010 Oficina de Produção Técnico-Científica em Psicologia	8.8	100	36	Aprov.
2000/2	BP2002 Raízes do Pensamento Psicológico	7.7	97	72	Aprov.
2001/1	BP2017 Aspectos Evolutivos e Estruturais do Comportamento Humano na Infância	7.5	92	108	Aprov.
2001/1	BP2018 Aspectos Evolutivos e Estruturais do Comportamento Humano na Infância - Estágio	8.0	100	66	Aprov.
2001/1	BP2019 Os Progressos da Neurociência	8.1	92	108	Aprov.
2001/1	HF2021 Processos do Conhecer	7.1	100	36	Aprov.
2001/1	BP2008 Psicologia: História e Profissão no Brasil	7.1	94	72	Aprov.
2001/2	BP2012 Abordagem Psicossocial do Adolescente	9.1	100	72	Aprov.
2001/2	BP2013 Abordagem Psicossocial do Adolescente - Estágio	8.3	100	72	Aprov.
2001/2	HF2020 Filosofia	8.6	100	36	Aprov.
2001/2	BP2014 Fundamentos Epistemológicos das Teorias da Personalidade	8.3	94	108	Aprov.
2001/2	BP2015 Psicologia Social e Sociedade Contemporânea	8.6	97	72	Aprov.
2001/2	BP2011 Transtornos Psicossociais na Infância	8.6	97	108	Aprov.
2002/1	BP2020 Análise Experimental do Comportamento	8.2	90	108	Aprov.
2002/1	HF2028 Cultura Religiosa	8.2	94	36	Aprov.
2002/1	BP2021 Educação e Mudança	8.0	97	72	Aprov.

Obs.: Este documento somente será válido com o carimbo e assinatura da DACA

NÚMERO DO TELEFONE CELULAR E E-MAIL

Razão Social: P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA		
CNPJ nº: 56.003.628/0001-03	Inscrição Estadual: Isento	
Responsável do CNPJ: Priscila Rosane Ferreira Silva		
Responsável da documentação: Priscila Rosane Ferreira Silva		
Endereço: Rua Carlos Gomes, nº 1564 – Bairro Santa Casa		
Município: Goioerê	UF: Paraná	CEP: 87.360-000
E-mail: priscilarfsilva@hotmail.com	Telefone Celular: (41) 99132-7959	

Goioerê/PR, dia 29 de novembro de 2024.

P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA

CNPJ Nº 56.003.628/0001-03

PRISCILA ROSANE FERREIRA SILVA

RG Nº 3.224.744-0 SESP/PR

NOME: P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA
CNPJ: 56.003.628/0001-03

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Municipal: 1584
Data Emissão: 2024-12-02
Data Vencimento: 2025-01-01
Certidao Estadual: 1585
Data Emissão: 2024-12-02
Data Vencimento: 2025-04-01
Certidao Federal: 1586
Data Emissão: 2024-12-02
Data Vencimento: 2025-05-31
Certidao Trabalhista: 1587
Data Emissão: 2024-12-02
Data Vencimento: 2025-05-31
Certidao FGTS: 1588
Data Emissão: 2024-12-02
Data Vencimento: 2024-12-31

Capacidade Tecnica

Proposta
Categoria: PSICOLOGIA
Procedimento: TERAPIA INDIVIDUAL
Valor: R\$ 21.17
Qtd: Un. 1100

Edital de Chamamento Público nº 58/2024

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: 06/12/2024 08:00 (horário de Brasília)

Data fim de recebimento de propostas: 06/12/2024 08:00 (horário de Brasília)

Id contratação PNCP: 95640322000101-1-000084/2024 **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\$ 286.220,00

Itens

Arquivos

Histórico

Número	Descrição	Quantidade	Valor unitário estimado	Valor total estimado
1	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	1728	R\$ 115,00	R\$ 198.720,00
2	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLINICA)	2400	R\$ 35,00	R\$ 84.000,00
3	03.01.04.004 TERAPIA INDIVIDUAL (CLINICA)	100	R\$ 35,00	R\$ 3.500,00

Exibir: 5

1-3 de 3 itens

Página: 1

< >

< 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

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 : 138/2024
b) Licitação Nº : 58/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : 06/12/2024
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 Ciscocomcam

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

FORNECEDOR: BONI SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 57.627.196/0001-66

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

LOTE 1 SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO

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

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	Serviç	1.728	R\$ 115,00	R\$ 198.720,00

FORNECEDOR: P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA - CNPJ: 56.003.628/0001-03

Valor Total do Fornecedor: 87.500,00 (oitenta e sete mil e quinhentos reais).

LOTE 2

Valor Total do Lote: 87.500,00 (oitenta e sete mil e quinhentos reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLINICA)	Unidad	2.400	R\$ 35,00	R\$ 84.000,00
2	03.01.04.004 TERAPIA INDIVIDUAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 35,00	R\$ 3.500,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 286.220,00 (duzentos e oitenta e seis mil, duzentos e vinte reais)

Valor Total Homologado- R\$ 286.220,00



CIS-COMCAM

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

Campo Mourão, 06 de dezembro de 2024.

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

- 06 dez 2024**
10:33:38  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30)
- 06 dez 2024**
10:47:34  **Ivani Fiore Dal Molin** (Celular: +5544999697187, CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 177.51.119.218 localizado em Maringá - Paraná - Brazil
- 06 dez 2024**
10:47:34  **Ivani Fiore Dal Molin** (Celular: +5544999697187, CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 177.51.119.218 localizado em Maringá - 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 : 138/2024
b) Licitação Nº : 58/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : 06/12/2024
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 Ciscocomcam

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

FORNECEDOR: BONI SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 57.627.196/0001-66

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

LOTE 1 SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO

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

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	Serviç	1.728	R\$ 115,00	R\$ 198.720,00

FORNECEDOR: P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA - CNPJ: 56.003.628/0001-03

Valor Total do Fornecedor: 87.500,00 (oitenta e sete mil e quinhentos reais).

LOTE 2

Valor Total do Lote: 87.500,00 (oitenta e sete mil e quinhentos reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLINICA)	Unidad	2.400	R\$ 35,00	R\$ 84.000,00
2	03.01.04.004 TERAPIA INDIVIDUAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 35,00	R\$ 3.500,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 286.220,00 (duzentos e oitenta e seis mil, duzentos e vinte reais)

Valor Total Homologado- R\$ 286.220,00



CIS-COMCAM

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

Campo Mourão, 06 de dezembro de 2024.

RAFAEL BRITO DO PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por RAFAEL
BRITO DO PRADO:04933415951
Dados: 2024.12.06 11:45:45 -03'00'

Rafael Brito do Prado
Presidente do CIS-COMCAM



CIS-COMCAM

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

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO

O Presidente do CIS-COMCAM, Rafael Brito do Prado, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, especialmente a Lei nº 14.133/2021 e alterações posteriores, a vista do parecer conclusivo exarado pela comissão de Licitação, resolve:

01 – HOMOLOGAR a presente Licitação nestes termos:

- a) Processo Nº : 138/2024
 b) Licitação Nº : 58/2024
 c) Modalidade : Inexigibilidade:
 d) Data Homologação : 06/12/2024
 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: BONI SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 57.627.196/0001-66
 Valor Total do Fornecedor: 198.720,00 (cento e noventa e oito mil, setecentos e vinte reais).

LOTE 1 SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO

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

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	Serviç	1.728	R\$ 115,00	R\$ 198.720,00

FORNECEDOR: P R FERREIRA SILVA PSICOLOGIA LTDA - CNPJ: 56.003.628/0001-03
 Valor Total do Fornecedor: 87.500,00 (oitenta e sete mil e quinhentos reais).

LOTE 2

Valor Total do Lote: 87.500,00 (oitenta e sete mil e quinhentos reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLINICA)	Unidad	2.400	R\$ 35,00	R\$ 84.000,00
2	03.01.04.004 TERAPIA INDIVIDUAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 35,00	R\$ 3.500,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 286.220,00 (duzentos e oitenta e seis mil, duzentos e vinte reais)

Valor Total Homologado- R\$ 286.220,00

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.



CIS-COMCAM

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

Campo Mourão, 06 de dezembro de 2024.

Rafael Brito do Prado
Presidente do CIS-COMCAM

7399219788147264827

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.



CIS-COMCAM

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

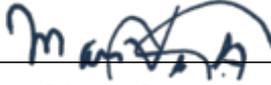
AVALIAÇÃO DO CONTROLE INTERNO

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

