



TERMO DE AUTUAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: 137/2024

ASSUNTO: CREDENCIAMENTO DE PSICOLOGIA E FISIOTERAPIA TABELA 22

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, 03 DE DEZEMBO DE 2024

NOME: JARDEL ALEXANDRE LISBOA

ASSINTURA: _____

Página de assinaturas



Jardel Lisboa
733.780.031-20
Signatário

HISTÓRICO

- | | | |
|-------------------------|---|---|
| 04 dez 2024
09:09:12 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br , CPF: 517.896.809-30) |
| 04 dez 2024
09:20:38 |  | 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 |
| 04 dez 2024
09:20:38 |  | 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, 03 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 psicologia e fisioterapia tabela 22 pelo Ciscomcam

Justificativa: Tendo em vista a necessidade de manter os serviços de atendimento médico nas especialidades disponíveis na tabela de valores do Ciscomcam torna-se necessário abertura de processo de credenciamento dos prestadores que encaminharam documentação mediante o Edital de Chamamento Público 05/2023.

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

OBSERVAÇÕES

ADRIANO ROQUE AVILA
Coordenador de Redes CISCOMCAM/QualiCIS

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

Página de assinaturas



Adriano Avila
058.375.919-07
Signatário

HISTÓRICO

- | | | |
|--------------------------------|---|--|
| 04 dez 2024
09:10:25 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br , CPF: 517.896.809-30) |
| 04 dez 2024
10:46:12 |  | 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 |
| 04 dez 2024
10:46:12 |  | 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 psicologia e fisioterapia tabela 22 pelo Ciscomcam

Processo Administrativo nº 137

Modalidade: Inexigibilidade

Prazo de Entrega: 365

Local de Entrega: CISCOMCAM

Dotação Orçamentária:

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

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

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

Campo Mourão, 03 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

- | | | |
|--------------------------------|---|--|
| 04 dez 2024
09:13:59 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br , CPF: 517.896.809-30) |
| 04 dez 2024
09:15:14 |  | 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 |
| 04 dez 2024
09:15:14 |  | 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 137

Data do Processo Administrativo: 03/12/2024

Modalidade: Inexigibilidade

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psicologia e fisioterapia tabela 22 pelo Ciscomcam

Dotação Orçamentária:

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

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

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

Campo Mourão, 03 de dezembro de 2024

Alexandre Sebastião dos Santos
Contador

Página de assinaturas



Alexandro Santos
019.886.109-58
Signatário

HISTÓRICO

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| 04 dez 2024
10:42:14 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscocomcam.com.br , CPF: 517.896.809-30) |
| 04 dez 2024
11:00:47 |  | Alexandro Sebastião Dos Santos (Email: alexandro_s_s@hotmail.com , CPF: 019.886.109-58) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |
| 04 dez 2024
11:00:47 |  | Alexandro Sebastião Dos Santos (Email: alexandro_s_s@hotmail.com , CPF: 019.886.109-58) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |





AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psicologia e fisioterapia tabela 22 pelo Ciscomcam

Processo Administrativo nº 137

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
FISIOTERAPIA TABELA 22							
8877	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQUELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8875	03.02.02.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8878	03.02.04.006 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8879	03.02.04.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8880	03.02.04.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8881	03.02.04.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8882	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8883	03.02.07.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8884	03.02.01.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8887	03.02.02.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8889	03.02.06.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8885	03.02.02.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30



CIS-COMCAM

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

8886	03.02.04.004 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8890	03.02.03.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS COM COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8891	03.02.03.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8892	03.02.01.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8893	03.02.06.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEUROKINÉTICOS FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
9241	03.02.06.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-KINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8895	03.02.05.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8896	03.02.05.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8888	03.02.01.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8897	03.02.05.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8898	03.02.06.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO MOTOR	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8899	03.02.04.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8876	03.02.06.004 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO	1000	12	R\$ 6,35	R\$ 6.350,00	3.390.39.00.	50.30
9243	90.04.01.006 - ATENDIMENTO FISIOTERAPICO EM RPG	1000	12	R\$ 28,62	R\$ 28.620,00	3.390.39.00.	50.30
9242	90.04.01.007 - ATENDIMENTO FISIOTERAPICO POR SESSÃO	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8903	90.04.01.080 - CONSULTA EM FISIOTERAPIA	500	12	R\$ 24,00	R\$ 12.000,00	3.390.39.00.	50.30
8907	03.09.05.003 - SESSÃO DE ELETROESTIMULAÇÃO	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
PSICOLOGIA							
3724	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLINICA)	2000	12	R\$ 35,00	R\$ 70.000,00	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\$	494.870,00	



CIS-COMCAM

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

Campo Mourão, 03 de dezembro de 2024

Leandro A

Leandro Roque Avila
Coordenador do CISCOMCAM



Página de assinaturas



Leandro Avila

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE D...
Signatário

HISTÓRICO

- | | | |
|-------------------------|---|---|
| 04 dez 2024
09:20:00 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br , CPF: 517.896.809-30) |
| 04 dez 2024
09:21:47 |  | Leandro Roque Avila (Empresa: CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO, Email: coordenacao@ciscomcam.com.br , CPF: 057.666.679-30) visualizou este documento por meio do IP 177.51.115.211 localizado em Maringá - Paraná - Brazil |
| 04 dez 2024
09:21:47 |  | Leandro Roque Avila (Empresa: CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO, Email: coordenacao@ciscomcam.com.br , CPF: 057.666.679-30) assinou este documento por meio do IP 177.51.115.211 localizado em Maringá - Paraná - Brazil |





AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psicologia e fisioterapia tabela 22 pelo Ciscomcam

Processo Administrativo nº 137

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
FISIOTERAPIA TABELA 22							
8877	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQUELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8875	03.02.02.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8878	03.02.04.006 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8879	03.02.04.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8880	03.02.04.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8881	03.02.04.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8882	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8883	03.02.07.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8884	03.02.01.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8887	03.02.02.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8889	03.02.06.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8885	03.02.02.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8886	03.02.04.004 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30



CIS-COMCAM

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

	PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR						
8890	03.02.03.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS COM COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8891	03.02.03.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8892	03.02.01.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8893	03.02.06.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICOS FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
9241	03.02.06.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8895	03.02.05.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8896	03.02.05.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8888	03.02.01.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8897	03.02.05.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8898	03.02.06.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO MOTOR	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8899	03.02.04.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8876	03.02.06.004 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO	1000	12	R\$ 6,35	R\$ 6.350,00	3.390.39.00.	50.30
9243	90.04.01.006 - ATENDIMENTO FISIOTERAPICO EM RPG	1000	12	R\$ 28,62	R\$ 28.620,00	3.390.39.00.	50.30
9242	90.04.01.007 - ATENDIMENTO FISIOTERAPICO POR SESSÃO	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8903	90.04.01.080 - CONSULTA EM FISIOTERAPIA	500	12	R\$ 24,00	R\$ 12.000,00	3.390.39.00.	50.30
8907	03.09.05.003 - SESSÃO DE ELETROESTIMULAÇÃO	1000	12	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
PSICOLOGIA							
3724	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLINICA)	2000	12	R\$ 35,00	R\$ 70.000,00	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\$	494.870,00	



CIS-COMCAM

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

Campo Mourão, 03 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'

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*	57		
Modalidade*	Processo Inexigibilidade		
Número edital/processo*	137		
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 psicologia e fisioterapia tabela 22 pelo Ciscomcam		
Dotação Orçamentária*	010151030200152023390390000		
Preço máximo/Referência de preço - R\$*	494.870,00		
Data Publicação Termo ratificação	04/12/2024		
Data de Lançamento do Edital			
Data da Abertura das Propostas			
Há itens exclusivos para EPP/ME?	☐		
Há cota de participação para EPP/ME?	☐		
Percentual de participação:	0,00		
Trata-se de obra com exigência de subcontratação de EPP/ME?	☐		
Há prioridade para aquisições de microempresas regionais ou locais?	☐		
Data Cancelamento			

[Editar](#)[Excluir](#)CPF: 51789680930 ([Logout](#))



PARECER JURÍDICO

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

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

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

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

É o parecer.
Campo Mourão/PR, 18 de julho de 2024.

ALBERT VASCONCELOS
OAB/PR 74.160



CIS-COMCAM

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

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

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

1. PREÂMBULO.

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

2. DO OBJETO.

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

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

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

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

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



endereço

eletrônico:

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

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

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

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

3. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO.

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

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

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

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

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

4. DA FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO.

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

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

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

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

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

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

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

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2022**

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

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

5. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

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

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

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

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

6. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

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

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

6.3 Registro comercial, no caso de empresa individual;

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

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



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



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

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

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

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

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

6.26 Documentos dos Profissionais.

6.26.1 Cópia do RG;

6.26.2 Cópia do CPF;

6.26.3 Cópia do cartão SUS;

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

6.26.5 Cópia da Carteira Profissional do respectivo conselho da classe;

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

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

6.26.8 Na ausência do RQE (Registro de Qualificação de Especialização) o profissional poderá entregar cópia(s) (FRENTE E VERSO) do(s) CERTIFICADO(S) DE ESPECIALIZAÇÃO(ÕES) ou CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE 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



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

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

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

8. DO CRITÉRIO DE CREDENCIAMENTO.

8.1 As pessoas jurídicas serão cadastradas conforme critérios abaixo elencados:

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

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

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

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

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

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

9. DOS VALORES.

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

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

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

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

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

9.5 Os contratos extraídos dos Processos Licitatórios de Inexigibilidade oriunda deste



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

10. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



CIS-COMCAM

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

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

11. DO CRITÉRIO DE REAJUSTE

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

12. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14.3.1 - Advertência.

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

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

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

15. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

15.11

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

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

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

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

16. DA DIVISÃO DOS ATENDIMENTOS.

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

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

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

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

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



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 Ciscomcam ficara por conta de cada Município.

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

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

17. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



CIS-COMCAM

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

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

Campo Mourão, 01 de agosto de 2023

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

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

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

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

**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 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 II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA Nº CNPJ

NOME REPRESENTANTE LEGAL

CPF REPRESENTANTE LEGAL

RG REPRESENTANTE LEGAL



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 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 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



ANEXO VI
LISTA DE DOCUMENTOS

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

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

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

RESPONSÁVEL DO CNPJ:

RESPONSÁVEL

DO

DOCUMENTAÇÃO:

CONTATO:

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

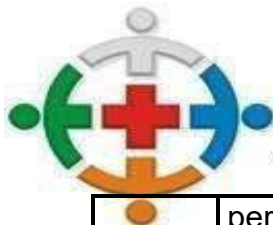


CIS-COMCAM

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

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

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



CIS-COMCAM

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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

Página de assinaturas



Adriano Avila
058.375.919-07
Signatário



Ivani Molin
517.896.809-30
Signatário



Joana Silva
058.222.369-52
Signatário



Alexandro Santos
019.886.109-58
Signatário

HISTÓRICO

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



24 jul 2023

15:13:04



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





CIS-COMCAM

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

ATESTADO DE REGULARIDADE

Considerando:

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

Ivani 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
14:46:56 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30) |
| 18 dez 2024
14:48:16 |  | 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
14:48:16 |  | 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 |



AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO

AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO LTDA-ME

CNPJ 58.145.322/0001-09 Fone: (44) 9927-5873

Av. Manoel Francisco da Silva, 1221, Centro - 87340-000 - Mamborê - PR.

ANEXO I

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA

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

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

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

Razão Social: Afetos Espaço Terapêutico Ltda. - ME-

Nome Fantasia: Afetos Espaço Terapêutico

CNPJ n.º 58.145.322/0001-09

Inscrição Estadual: Isento

Micro Empresa: () Não (x) Sim

Optante Simples: () Não (x) Sim

Número do CNAE Nacional: 86.50-0-03 -Descrição: Atividades de psicologia e psicanálise.

Endereço: Av: Manoel Francisco da Silva, n.º 1221 - Centro

Município: Mamborê

UF: PR.

CEP: 87340-000

Telefone Comercial: (44) 99927-5873

Telefone Celular: (44) 99927-5873

DADOS BANCARIOS:

BANCO: Nu Pagamentos S.A.	CODIGO DO BANCO: 0001	AGÊNCIA: 0001
TIPO DE CONTA: Juridica	OPERAÇÃO: 001	Nº DA CONTA: 425839215-6
CIDADE E UF DA AGÊNCIA:	Mamborê - PR	

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL - RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FISICA CPF
Thaiane Alves Souza	13.707.204-1/PR	105.626.479-96

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE
Psicologia	Atendimento Psicológico	

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROFISSIONAL	CADASTRO PESSOA FISICA CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
Thaiane Alves Souza	105.626.479-96	13.707.204-1	08/41373	(44)99927- 5873

AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO

AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO LTDA-ME

CNPJ 58.145.322/0001-09 Fone: (44) 9927-5873

Av. Manoel Francisco da Silva, 1221, Centro - 87340-000 - Mamborê - PR.

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF	REGISTRO GERAL ORGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
Thaiane	105.626.479-96	13.707.204-1/PR	psithaiaesouza@gmail.com	99927-5873

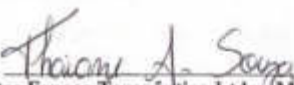
ESPECIALIDADES

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
Thaiane Alves Souza	Psicologia

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

LOCAL DE ATENDIMENTO	
Centro de especialidades	Av. São Josafat, 1426 - Centro Mamborê - PR - CEP 87340-000

Mamborê, 27 de Novembro de 2024.



Afetos Espaço Terapêutico Ltda-ME
CNPJ: 58.145.322/0001-09
Thaiane Alves Souza
CPF: 105.626.479-96 RG: 13.707.204-1/PR

MAMBORÊ TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS

Italo Alexandre Scarsabel - Agente Interino
Rua João Mendes de Oliveira, 428 - Centro - CEP 87340-000 - Mamborê - PR
Tel: (44) 99175-4872 - e-mail: tabelionato@mambore@gmail.com

Reconheço firma por semelhança de: **Thaiane Alves Souza**, dou fé. Mamborê, 28 de novembro de 2024.




Dirceu de Andrade Oliveira
Escrivente Juramentada
Port. 12/2024
CPF 648.562.169-53

AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO

AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO LTDA-ME

CNPJ 58.145.322/0001-09 Fone: (44) 9927-5873

Av. Manoel Francisco da Silva, 1221, Centro - 87340-000 - Mamborê - PR.

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

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

A empresa **Afetos Espaço Terapêutico Ltda. - ME**, inscrita no CNPJ sob n.º 58.145.322/0001-09 sediada na Av. Manoel Francisco da Silva, n.º 1221, Centro, na cidade de Mamborê - PR, através representante legal, **Thaiane Alves Souza**, portadora do RG n.º 13.707.204-1/PR; e do CPF n.º 105.626.479-96, declara, sob as penas da Lei, que:

não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;

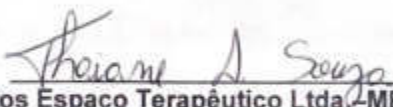
não está impedido de transacionar com a Administração Pública;

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

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

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Mamborê (PR), 27 de Novembro de 2024.

Afetos Espaço Terapêutico Ltda.-ME

CNPJ: 58.145.322/0001-09

Thaiane Alves Souza

CPF: 105.626.479-96 RG: 13.707.204-1/PR.

MAMBORÊ TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS

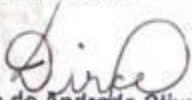
Italo Alexandre Scarabel - Agente Interino

Rua João Mendes de Oliveira, 428 - Centro - CEP 87340-000 - Mamborê - PR

Tel. (44) 99175-4872 - e-mail: tabelionatomambore@gmail.com

Reconheço firma por semelhança de: **Thaiane Alves Souza**, dou fé. Mamborê, 28 de novembro de 2024.




Dirce de Andrade Oliveira
Escrevente Juramentada
Port. 12/2024
CPF 648.562.169-53

AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO

AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO LTDA-ME

CNPJ 58.145.322/0001-09 Fone: (44) 9927-5873

Av. Manoel Francisco da Silva, 1221, Centro - 87340-000 - Mamborê - PR.

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO

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

Afetos Espaço Terapêutico Ltda. - ME, estabelecida na Av. Manoel Francisco da Silva, n.º 1221, Centro, na cidade de Mamborê - PR, inscrita no CNPJ sob n.º 58.145.322/0001-09, neste ato representada pela Titular **Thaiane Alves Souza**, portadora da carteira de identidade n.º 13.707.204-1 expedida pela SSP/PR, inscrita no CPF sob n.º 105.626.479-96, 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

Mamborê (PR), 27 de Novembro de 2024.


Thaiane A. Souza

Afetos Espaço Terapêutico Ltda.- ME

CNPJ: 58.145.322/0001-09

Thaiane Alves Souza

CPF: 105.626.479-96 RG: 13.707.204-1/PR

MAMBORÊ TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS
Italo Alexandre Scarabel - Agente Interino

Rua João Mendes de Oliveira, 428 - Centro - CEP 87340-000 - Mamborê - PR
Tel. (44) 99175-4872 - e-mail: tabelionatomambore@gmail.com

Reconheço firma por semelhança de: **Thaiane Alves Souza**, dou fé. Mamborê, 28 de novembro de 2024.



Dilce
Dilce de Andrade Oliveira
Escrevente Juramentada
Port. 12/2024
CPF 648.562.169-53

AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO

AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO LTDA-ME

CNPJ 58.145.322/0001-09 Fone: (44) 9927-5873

Av. Manoel Francisco da Silva, 1221, Centro - 87340-000 - Mamborê - PR.

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO

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

Afetos Espaço Terapêutico Ltda. - ME, estabelecida na Av. Manoel Francisco da Silva, n.º 1221, Centro, na cidade de Mamborê - PR, inscrita no CNPJ sob n.º 58.145.322/0001-09, neste ato representada pela Titular **Thaiane Alves Souza**, portadora da carteira de identidade n.º 13.707.204-1 expedida pela SSP/PR, inscrita no CPF sob n.º 105.626.479-96, 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

Mamborê (PR), 27 de Novembro de 2024.


Thaiane A. Souza

Afetos Espaço Terapêutico Ltda.- ME

CNPJ: 58.145.322/0001-09

Thaiane Alves Souza

CPF: 105.626.479-96 RG: 13.707.204-1/PR

MAMBORÊ TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS

Italo Alexandre Scarabel - Agente Interino

Rua João Mendes de Oliveira, 428 - Centro - CEP 87340-000 - Mamborê - PR
Tel. (44) 99175-4872 - e-mail: tabelionatomambore@gmail.com

Reconheço firma por semelhança de: **Thaiane Alves Souza**, dou fé. Mamborê, 28 de novembro de 2024.



Dilce
Dilce de Andrade Oliveira
Escrevente Juramentada
Port. 12/2024
CPF 648.562.169-53

AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO

AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO LTDA-ME

CNPJ 58.145.322/0001-09 Fone: (44) 9927-5873

Av. Manoel Francisco da Silva, 1221, Centro - 87340-000 - Mamborê - PR.

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO

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

Eu, **Thaiane Alves Souza**, carteira de identidade n.º 13.707.204-1, expedida pela SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA, inscrita no CPF sob n.º 105.626.479-96, Representante legal da empresa **Afetos Espaço Terapêutico Ltda. - ME**, inscrita no CNPJ sob o n.º 58.145.322/0001-09, 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.

Mamborê (PR), 27 de Novembro de 2024.



Thaiane A. Souza

Afetos Espaço Terapêutico Ltda.-ME

CNPJ: 58.145.322/0001-09

Thaiane Alves Souza

CPF: 105.626.479-96 RG: 13.707.204-1/PR

MAMBORÊ TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS

Italo Alexandre Scarabel - Agente Interino

Rua João Mendes de Oliveira, 428 - Centro - CEP 87340-000 - Mamborê - PR

Tel: (44) 99175-4872 e-mail: tabelonatomambore@gmail.com

Reconheço firma por semelhança de: **Thaiane Alves Souza**, dou fé, Mamborê, 28 de novembro de 2024.



Dirce
Dirce de Andrade Oliveira
Escrevente Juramentada
Port. 12/2024
CPF 648.562.169-53



Governo do Estado do Paraná
Secretaria de Estado da Indústria, Comércio e Serviços
Junta Comercial do Estado do Paraná



CERTIDÃO SIMPLIFICADA

Sistema Nacional de Registro de Empresas Mercantis - SINREM

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

Nome Empresarial: AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO LTDA.			Protocolo: PRC2427612100		
NIRE: 41213013715					
Natureza Jurídica: Sociedade Empresária Limitada					
NIRE (Sede) 41213013715	CNPJ 58.145.322/0001-05	Data de Atto Constitutivo 19/11/2024	Início de Atividade 18/11/2024		
Endereço Completo Avenida MANOEL FRANCISCO DA SILVA, Nº 1221, CENTRO - Mamboré/PR - CEP 87340-000					
Objeto Social Atividades de psicologia e psicanálise					
Capital Social R\$ 10.000,00 (dez mil reais) Capital Integralizado R\$ 10.000,00 (dez mil reais)		Porte ME (Microempresa)	Prazo de Duração Indeterminado		
Dados do Sócio Nome THAIANE ALVES SOUZA	CPF/CNPJ 105.626.479-96	Participação no capital R\$ 10.000,00	Espécie de sócio Sócio	Administrador S	Término do mandato Indeterminado
Dados do Administrador Nome THAIANE ALVES SOUZA		CPF 105.626.479-96	Término do mandato Indeterminado		
Último Arquivamento Data 19/11/2024	Número 20248609696	Atos/Eventos 090 / 315 - ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA		Situação ATIVA Status SEM STATUS	

Esta certidão foi emitida automaticamente em 21/11/2024, às 14:31:46 (horário de Brasília).

Se impressa, verificar sua autenticidade no <https://www.empresafacil.pr.gov.br>, com o código OKUKQ5BY.

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

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCARA
Secretário(a) Geral

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANA

RG: 13.707.204-1



POLEGAR DIREITO



Thairone Alves Souza

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALID

DATA DE EXPEDIÇÃO: 29/11/2012

FILIAÇÃO: ANTONIO SIDNEI SOUZA

NATURALIDADE: MAMBORE/PR

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

CPF: 105.626.479-96

CURTIBAPR

Sales

NEWTON TABE U ROCHA
DIRECTOR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

É PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 13.707.204-1



POLEGAR DIREITO



Thairane Alves Souza

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALID



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNO FEDERAL



Estado do Paraná
Secretaria de Estado da Segurança Pública



Nome / Name
THAIANE ALVES SOUZA

Nome Social / Social Name

Registro Geral-CPF / Personal Number
105.626.479-96

Sexo / Sex
F

Data de Nascimento / Date of Birth
11/03/1998

Nacionalidade / Nationality
BRA

Naturalidade / Place of Birth
MAMBORE/PR

Validade / Expiry
27/01/2034

Assinatura
Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

CARTEIRA DE IDENTIDADE

B10001369593



8052400040

Filiação / Filiation
ANTONIO SIDNEI SOUZA

ROSANA ALVES SOUZA

Órgão Expedidor / Card Issuer
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

Local / Place of Issue
MAMBORE/PR

Emissão / Issue
27/01/2024

Assinatura do Expedidor / Card issuer Signature
Marcus Vinicius Da Costa Micheletto
Diretor

THOMAS GREG

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO
BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR

THAIANE ALVES SOUZA

DATA DE NASCIMENTO

11/03/1998

Nº INSCRIÇÃO

0958 5128 0639

D.V.

ZONA

170

SEÇÃO

0033

MUNICÍPIO / UF

MAMBORE/PR

DATA DE EMISSÃO

06/12/2017

JUIZ ELEITORAL

VÁLIDO

Des. Adalberto Jorge Xisto Pereira

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Thaiane A. Souza

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

República Federativa do Brasil



REGISTRO CIVIL

Estado do Paraná - Comarca de Mamborê
Município de Mamborê

Joete Brunetta Daboit

Oficial Titular do Registro Civil

80889611/0001-71
MAMBORÊ - CARTÓRIO DE REGISTRO
CIVIL E III. E DOCUMENTOS
AV. ANTONIO CHIMINACIO, 919
CENTRO - CEP 87940-000
MAMBORÊ - PR

NASCIMENTO N.º 13.568 -

CERTIFICO que, às fls. 029 - - - no livro nº A-35 - - - de Registro de Nascimentos,
foi feito - - - hoje o assento de - - -
- - - -// THAIANE ALVES SOUZA // - - -
nascid. a os onze, (11) - - - de março, (03) - - - de mil novecentos e
noventa e oito, (1.998) às 11:00 horas e 0:28 minutos, em Hospital e Mater-
nidade Santo Antonio, nesta Cidade - - -
- - - do sexo feminino - - -
filh. a de ANTONIO SIDNEI SOUZA, (Motorista, nasc. 08-10-65) - - -
natural de Indios - Estado do Santa Catarina - - -
D.N. nº 21294466 - - -
e de Dona ROSANA ALVES SOUZA, (do lar, nasc. 22-07-68) - - -
natural de Mamborê - Estado do Paraná - - -
Resid. R. José Mendes Cruz 836, nesta cidade - - -
Sendo avós paternos Sebastião Souza - - -
e Dona Ecilda Inês Proença - - -
e avós maternos Nelson Camargo Alves - - -
e Dona Ivani Murbach Alves - - -
Foi declarante O Genitor - - -
e serviram de testemunhas As constantes do respectivo termo - - -

Observações: Custas R\$ 22,50 - - -

O referido é verdade e dou fé.

Mamborê, 16 de março, (03) de 19 98

OFICIAL

Joete Brunetta Daboit



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
2346860680

NOME
THAIANE ALVES SOUZA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
13707204-1 SESP PR

CPF DATA NASCIMENTO
105.626.479-96 11/03/1998

FILIAÇÃO
ANTONIO SIDNEI SOUZA

ROSANA ALVES SOUZA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
 AB

Nº REGISTRO
06824203955

VALIDADE
16/12/2028

1ª HABILITAÇÃO
10/04/2017



VALID

OBSERVAÇÕES

A

Mo. omi Alvaro Souza

CARTERANACIONALDEHABILITACAO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

MAMBORE, PR

DATA EMISSÃO

16/12/2021

[Signature]

CARTERANACIONALDEHABILITACAO

ASSINATURA DO EMISSOR

98958616115

PR920667296



PARANÁ



PROIBIDO PLASTIFICAR

2346860680



CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA

CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA

CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

PROVISORIA VALIDA ATÉ: 23/03/2026



NOME
THAIANE ALVES SOUZA

REGIÃO/JURISDIÇÃO
CRP 08

DATA DE INSCRIÇÃO
23/03/2024

CPF
105.626.479-96

DATA DE NASCIMENTO
11/03/1998

DOCUMENTO DE IDENTIDADE
10562647996 PR



NACIONALIDADE
BRASILEIRA(O)

REGIÃO/REGISTRO CRP
08/41373



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



Vale como Documento de Identidade em todo o território nacional e tem Fé Pública, conforme Lei nº 5.766 de 20/12/1971, Lei nº 6.206 de 07/05/1975 e Decreto 79.822 de 17/06/1977.

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS: Sim TIPAGEM SANGUÍNEA: A FATOR RH: +

NATURALIDADE MAMBORE - PR

FILIAÇÃO

ANTONIO SIDNEI SOUZA
ROSANA ALVES SOUZA

OBSERVAÇÃO

LOCAL DE EXPEDIÇÃO / DATA: Curitiba

27/05/2024

Thaiane Alves Souza
THAIANE ALVES SOUZA

Griziele Martins Feitosa
GRIZIELE MARTINS FEITOSA



PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL

Sistema Único de Saúde

THAIANE ALVES SOUZA

Data Nasc.: 11/03/1998

Sexo: F

708 2091 0475 8445



DISQUE SAÚDE 136

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





Centro Universitário Integrado



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

Psicologia

no dia 16 de dezembro de 2023 e outorga de grau em 31 de janeiro de 2024,
confere o título de Bacharela em Psicologia a

Thaiane Alves Souza

de nacionalidade Brasileira, natural do Estado do Paraná
nascida em 11 de março de 1998, RG 13.707.204-1, SESP/PR
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Campo Mourão - PR, 15 de março de 2024.


Luciana Pontes
Diretora Acadêmica


Maria da Conceição Montans Baer
Reitora

<https://diploma.grupointegrado.br/?CodigoValidacao=1078.1078.2b3f04964c10>

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO

Mantenedora: Centro Educacional Integrado Ltda.

CNPJ 79.264.628/0001-54

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

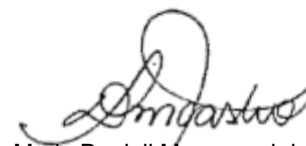
PSICOLOGIA – BACHARELADO
FORMAÇÃO DE PSICÓLOGO

Reconhecido pela Portaria Ministerial n.º 575, de
23/08/2018, publicada no D.O.U. , Seção 1, pág.104, em
27/08/2018.

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO

Diploma registrado de acordo com o Decreto nº 9.235, de 15/12/2017, art.
99, § 2º, e Portaria nº 1.095, de 25/10/2018, art.5.

Registro nº 464, Livro 001, Fls. 116, Processo 003, de 15/03/2024.
Campo Mourão-PR, 15 de março de 2024.



Maria Danieli Menegassi de Castro
Secretária Acadêmica

Por delegação de competência, nos termos da Portaria n.º 083/2019, de
18 de dezembro de 2019.





ANTONIO SIDNEI SOUZA

562.753.589-04

VER PERFIL

Selecione a Unidade Consumidora para
acessar todos os serviços:

Unidade 81373481 CPF 562.753.589-04

EST RANCHINHO - LOTE 63 A SITIO NOSSA
SENHORA APARECIDA - MAMBORE
87340000 - MAMBORE - PR

Situação Classe

LIGADA

RURAL

SELECIONAR



MUNICÍPIO DE MAMBORÊ

Estado do Paraná - CNPJ 75.368.928/0001-22

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

www.mambore.atende.net

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

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

W15031201-000-
OLBICSVB/JHPVID-0

[Concedido a]

Razão Social: AFETOS ESPAÇO TERAPEUTICO LTDA

CPF/CNPJ: 58.145.322/0001-09

Cad. Único: 278215

Endereço: Avenida Manoel Francisco da Silva, 1221 - Centro - Mamborê/PR - CEP: 87.340-000

[Número e Data do Protocolo]

3542/2024 de 22/11/2024

[Protocolo do SIG Fácil]

[Número/ano do Alvará]

428/2024

[Data Início Atividade]

19/11/2024

[Vencimento do Alvará]

31/03/2025

[Cadastro Econômico]

4182

Grupo de Risco: Grupo V e VI

Área: 30,00 m²

[Observação]

[Restrições]

[Atividade Principal]

8650.0/03.00 - ATIVIDADES DE PSICOLOGIA E PSICANÁLISE

[Demais Atividades]

Mamborê/PR, 28 de novembro de 2024.

Alvará Emitido Eletronicamente via Internet 28/11/2024 às 08:29

Qualquer rasura ou emenda invalida este documento

Emitido por:

IMPORTANTE:

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

MANTER EM LOCAL VISÍVEL

Thaiane Alves Souza

Contato: (44) 999275873

Email: psithaianesouza@gmail.com



MUNICÍPIO DE MAMBORÊ

Estado do Paraná - CNPJ 75.368.928/0001-22

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

www.mambore.atende.net

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Nº 2374/2024

[PESSOA FÍSICA/JURÍDICA]

Nome/Razão: 278215 - AFETOS ESPAÇO TERAPEUTICO LTDA	
CPF/CNPJ: 58.145.322/0001-09	
Endereço: Avenida Manoel Francisco da Silva, 1221	
Complemento:	CEP: 87.340-000
Bairro: Centro	
Cidade: Mamborê	Estado: Paraná

Finalidade da Certidão: Para fins Diversos.

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

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

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

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

Autenticidade do
Documento



Certidão Emitida gratuitamente.
Emitida Eletronicamente via Internet
26/11/2024 às 09:06

Qualquer rasura ou emenda invalida este documento
WGT211206-000-QRSZZYNJAFCPXW-9

Validade: 90 dias a partir da data de emissão.

Emitido por:

Emitido via Portal do Cidadão

Rua Guadalajara, 645 - Fone (44) 3568-8000 - Fax (44) 3568-2222 - CEP 87340-000
E-mail: tributacao@mambore.pr.gov.br



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 58.145.322/0001-09 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 19/11/2024
--	---	---------------------------------------

NOME EMPRESARIAL AFETOS ESPACO TERAPEUTICO LTDA.
--

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) AFETOS ESPACO TERAPEUTICO	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 AV MANOEL FRANCISCO DA SILVA	NÚMERO 1221	COMPLEMENTO *****
---	-----------------------	-----------------------------

CEP 87.340-000	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO MAMBORE	UF PR
--------------------------	----------------------------------	-----------------------------	-----------------

ENDEREÇO ELETRÔNICO PSITHAIANESOUZA@GMAIL.COM	TELEFONE (44) 9927-5873/ (0000) 0000-0000
---	---

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****

SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 19/11/2024
------------------------------------	---

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****
-----------------------------------	---

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

Emitido no dia **19/11/2024** às **08:28:13** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

[Voltar](#)[Imprimir](#)**Certificado de Regularidade
do FGTS - CRF**

Inscrição: 58.145.322/0001-09
Razão Social: AFETOS ESPACO TERAPEUTICO LTDA
Endereço: AV MANMOEL FRANCISCO DA SILVA 1221 / CENTRO / MAMBORE / PR / 87340-000

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

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

Validade: 19/11/2024 a 18/12/2024

Certificação Número: 2024111912586334621411

Informação obtida em 19/11/2024 12:58:39

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 do Paraná
Secretaria de Estado da Fazenda
Receita Estadual do Paraná

Certidão Negativa
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual
Nº 035315047-40

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **58.145.322/0001-09**

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 19/03/2025 - Fornecimento Gratuito

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



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

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

Nome: **AFETOS ESPACO TERAPEUTICO LTDA.**
CNPJ: **58.146.322/0001-09**

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

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

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

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

Emitida às 13:09:33 do dia 19/11/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 18/05/2025.

Código de controle da certidão: **4F94.5D0E.D9B1.6934**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

CNPJ: 58.145.322/0001-09

Certidão n°: 79962073/2024

Expedição: 19/11/2024, às 13:15:51

Validade: 18/05/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que o CNPJ sob o n° 58.145.322/0001-09, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

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

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

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

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

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

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

Sistema de Credenciamento

Declaração

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

Dados Fornecedor

CNPJ: 58.145.322/0001-09
Razão Social: Afetos Espaço Terapeutico LTDA
E-mail: psithaianesouza@gmail.com
Telefone: 44999275873
Banco: Nu Pagamentos S.A. - Instituição de Pagamento (0260)
Conta: 455839215-6
Agência: 0001 - Banco Digital
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: 1578 - Data Emissão: 2024-11-26 - Data Vencimento: 2025-02-24

Certidão Estadual: 1579 - Data Emissão: 2024-11-19 - Data Vencimento: 2025-03-19

Certidão Federal: 1581 - Data Emissão: 2024-11-19 - Data Vencimento: 2025-05-18

Certidão Trabalhista: 1582 - Data Emissão: 2024-11-19 - Data Vencimento: 2025-05-18

Certidão FGTS: 1583 - Data Emissão: 2024-11-19 - Data Vencimento: 2024-12-18

IV - Capacidade Técnica

V - Proposta

Categoria: PSICOLOGIA - Procedimento: ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA - Valor: R\$ 35 - Qtd: 1920

Categoria: PSICOLOGIA - Procedimento: TERAPIA INDIVIDUAL - Valor: R\$ 21.17 - Qtd: 1920

VI - Profissionais

Nome: THAIANE ALVES SOUZA - Especialidade : Psicologia - CPF: 105.626.479-96

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 29/11/2024 19:28:36

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO LTDA.

Pelo presente instrumento particular de Contrato Social:

THAIANE ALVES SOUZA, BRASILEIRA, SOLTEIRA, psicóloga, nascido(a) em 11/03/1998, nº do CPF 105.626.479-96, residente e domiciliada na cidade de Mamborê - PR, na ESTRADA RANCHINHO - LOTE 63 a, nº S/N, SÍTIO NOSSA SENHORA APRECIDA, CEP: 87340-000;

Resolvem, em comum acordo, constituir uma sociedade empresária limitada, nos termos da Lei nº 10.406/2002, mediante as condições e cláusulas seguintes:

CLÁUSULA I - DO NOME EMPRESARIAL (art. 997, II, CC)

A sociedade adotará como nome empresarial: **AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO LTDA.**, e usará a expressão **AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO** como nome fantasia.

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

A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: AVENIDA MANOEL FRANCISCO DA SILVA, nº 1221, CENTRO, Mamborê - PR, CEP: 87340000.

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

A sociedade terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômica: ATIVIDADES DE PSICOLOGIA E PSICANÁLISE

Parágrafo único. Em estabelecimento eleito como Sede (Matriz) será(ão) exercida(s) a(s) atividade(s) de ATIVIDADES DE PSICOLOGIA E PSICANÁLISE.

E exercerá as seguintes atividades:

CNAE Nº 8650-0/03 - Atividades de psicologia e psicanálise

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 18/11/2024 e seu prazo de duração será por tempo indeterminado.

CLÁUSULA V - DO CAPITAL (ART. 997, III e IV e ART. 1.052 e 1.055, CC)

O capital será de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), dividido em 10000 quotas, no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, formado por R\$ 10.000,00 (dez mil reais) em moeda corrente no País

Parágrafo único. O capital encontra-se subscrito e integralizado pelos sócios da seguinte forma:

Nome do Sócio	Qtd Quotas	Valor Em R\$	%
THAIANE ALVES SOUZA	10000	10.000,00	100,00
TOTAL:	10000	10.000,00	100,00

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

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

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

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

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

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

O Administrador declara, sob as penas da lei, de que não está impedido de exercer a administração da empresa, por

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA

AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO LTDA.

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

CLÁUSULA IX - DO PRÓ LABORE

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

CLÁUSULA X - DISTRIBUIÇÃO DE LUCROS

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

CLÁUSULA XI - DA RETIRADA OU FALECIMENTO DE SÓCIO

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

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

CLÁUSULA XII - DA CESSÃO DE QUOTAS

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

CLÁUSULA XIII - DA RESPONSABILIDADE

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

CLÁUSULA XIV - PORTE EMPRESARIAL

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

CLÁUSULA XV - DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Mamborê - 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.

Mamborê - PR, 18 de novembro de 2024

THAIANE ALVES SOUZA
Sócio/Administrador



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO LTDA. consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
10562647996	THAIANE ALVES SOUZA



CERTIFICO O REGISTRO EM 19/11/2024 08:23 SOB Nº 41213013715.
PROTOCOLO: 248609696 DE 19/11/2024.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12416340507. CNPJ DA SEDE: 58145322000109.
NIRE: 41213013715. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 18/11/2024.
AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO LTDA.

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



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE
MAMBORÊ
VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Empresa ►► **Fácil**

LICENÇA SANITÁRIA

Número: 73/2024

Nome Fantasia: AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO

Razão Social: AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO LTDA.

CNPJ: 58.145.322/0001-09

Inscrição Municipal: 4182

Atividade(s) 8650-0/03 - Atividades de psicologia e psicanálise

Município: Mamborê **Endereço:** AVENIDA MANOEL FRANCISCO DA SILVA, 1221, CENTRO

CEP: 87340000

Local e data: Mamborê, terça, 26 de novembro de 2024

Validade: segunda, 31 de março de 2025

LEILA CALEGARI LEONÇO

Vigilância Sanitária

Observação

Código de Autenticidade: **2455VATST**

EMITIDO PELO FUNCIONÁRIO JOANA KELLY MARTINS LOPES

Esse documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial



MUNICÍPIO DE MAMBORÊ

Estado do Paraná - CNPJ 75.368.928/0001-22

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

www.mambore.atende.net

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

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

W15031201-000-
OLBICSVB/JHPVID-0

[Concedido a]

Razão Social: AFETOS ESPAÇO TERAPEUTICO LTDA

CPF/CNPJ: 58.145.322/0001-09

Cad. Único: 278215

Endereço: Avenida Manoel Francisco da Silva, 1221 - Centro - Mamborê/PR - CEP: 87.340-000

[Número e Data do Protocolo]

3542/2024 de 22/11/2024

[Protocolo do SIG Fácil]

[Número/ano do Alvará]

428/2024

[Data Início Atividade]

19/11/2024

[Vencimento do Alvará]

31/03/2025

[Cadastro Econômico]

4182

Grupo de Risco: Grupo V e VI

Área: 30,00 m²

[Observação]

[Restrições]

[Atividade Principal]

8650.0/03.00 - ATIVIDADES DE PSICOLOGIA E PSICANÁLISE

[Demais Atividades]

Mamborê/PR, 28 de novembro de 2024.

Alvará Emitido Eletronicamente via Internet 28/11/2024 às 08:29

Qualquer rasura ou emenda invalida este documento

Emitido por:

IMPORTANTE:

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

MANTER EM LOCAL VISÍVEL

Consulta Quadro de Sócios e Administradores - QSA

CNPJ:
58.145.322/0001-09

NOME EMPRESARIAL:
AFETOS ESPACO TERAPEUTICO LTDA.

CAPITAL SOCIAL:
R\$10.000,00 (Dez 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:
THAIANE ALVES SOUZA

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 19/11/2024 às 08:28 (data e hora de Brasília).

NOME: Afetos Espaço Terapeutico LTDA
CNPJ: 58.145.322/0001-09

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Municipal: 1578
Data Emissão: 2024-11-26
Data Vencimento: 2025-02-24
Certidao Estadual: 1579
Data Emissão: 2024-11-19
Data Vencimento: 2025-03-19
Certidao Federal: 1581
Data Emissão: 2024-11-19
Data Vencimento: 2025-05-18
Certidao Trabalhista: 1582
Data Emissão: 2024-11-19
Data Vencimento: 2025-05-18
Certidao FGTS: 1583
Data Emissão: 2024-11-19
Data Vencimento: 2024-12-18

Capacidade Tecnica

Proposta

Categoria: PSICOLOGIA
Procedimento: ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA
Valor: R\$ 35
Qtd: Un. 1920
Categoria: PSICOLOGIA
Procedimento: TERAPIA INDIVIDUAL
Valor: R\$ 21.17
Qtd: Un. 1920

AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO

AFETOS ESPAÇO TERAPÊUTICO LTDA-ME

CNPJ 58.145.322/0001-09 Fone: (44) 9927-5873

Av. Manoel Francisco da Silva, 1221, Centro - 87340-000 - Mamborê - PR.

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

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

A empresa **Afetos Espaço Terapêutico Ltda. - ME**, inscrita no CNPJ sob n.º 58.145.322/0001-09 sediada na Av. Manoel Francisco da Silva, n.º 1221, Centro, na cidade de Mamborê - PR, através representante legal, **Thaiane Alves Souza**, portadora do RG n.º 13.707.204-1/PR; e do CPF n.º 105.626.479-96, declara, sob as penas da Lei, que:

não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;

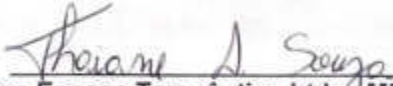
não está impedido de transacionar com a Administração Pública;

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

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

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Mamborê (PR), 27 de Novembro de 2024.

Afetos Espaço Terapêutico Ltda.-ME

CNPJ: 58.145.322/0001-09

Thaiane Alves Souza

CPF: 105.626.479-96 RG: 13.707.204-1/PR.

MAMBORÊ TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS

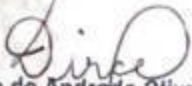
Italo Alexandre Scarabel - Agente Interino

Rua João Mendes de Oliveira, 428 - Centro - CEP 87340-000 - Mamborê - PR

Tel. (44) 99175-4872 - e-mail: tabelionatomambore@gmail.com

Reconheço firma por semelhança de: **Thaiane Alves Souza**, dou fé. Mamborê, 28 de novembro de 2024.




Dirce de Andrade Oliveira
Escrevente Juramentada
Port. 12/2024
CPF 648.562.169-53

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: 79.264.628/0003-16
Razão Social: CEI - CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA
E-mail: clinicas@grupointegrado.br
Banco: 1
Conta: 1
Agência: clinicas@grupointegrado.br
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: 1567 - Data Emissão: 2024-11-27 - Data Vencimento: 2024-12-27

Certidão Estadual: 1569 - Data Emissão: 2024-11-25 - Data Vencimento: 2025-03-25

Certidão Federal: 1570 - Data Emissão: 2024-11-25 - Data Vencimento: 2025-05-24

Certidão Trabalhista: 1571 - Data Emissão: 2024-11-25 - Data Vencimento: 2025-05-24

Certidão FGTS: 1572 - Data Emissão: 2024-11-25 - Data Vencimento: 2024-12-21

Certidão Falencias: 1573 - Data Emissão: 2024-11-14 - Data Vencimento: 2024-12-14

IV - Capacidade Técnica

V - Proposta

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQUÊLAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS) - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO LÍNICO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CRURGIA CARDIOVASCULAR - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DIFUSÕES UROGINECOLÓGICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTEMICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPICO EM RPG - Valor: R\$ 35.77 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPICO POR SESSÃO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: CONSULTA EM FISIOTERAPIA - Valor: R\$ 30 - Qtd: 100000

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: SESSÃO DE ELETROESTOESTIMULAÇÃO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 100000

VI - Profissionais

Nome: ELAINE CRISTINA COSTA LOPES - Especialidade : Gerontologia Clínica - CPF: 292.316.328-17

Nome: ELAINE CRISTINA COSTA LOPES - Especialidade : Gerontologia Clínica - CPF: 292.316.328-17

Nome: ELAINE CRISTINA COSTA LOPES - Especialidade : Gerontologia Clínica - CPF: 292.316.328-17

Nome: ELAINE CRISTINA COSTA LOPES - Especialidade : Gerontologia Clínica - CPF: 292.316.328-17

Nome: ELAINE CRISTINA COSTA LOPES - Especialidade : Gerontologia Clínica - CPF: 292.316.328-17

Nome: ELAINE CRISTINA COSTA LOPES - Especialidade : Gerontologia Clínica - CPF: 292.316.328-17

Nome: ELAINE CRISTINA COSTA LOPES - Especialidade : Gerontologia Clínica - CPF: 292.316.328-17

Nome: ELAINE CRISTINA COSTA LOPES - Especialidade : Gerontologia Clínica - CPF: 292.316.328-17

Nome: Paula Freire Sanches de Moraes - Especialidade : Ortopedia - CPF: 061.409.946-32

Nome: Paula Freire Sanches de Moraes - Especialidade : Ortopedia - CPF: 061.409.946-32

Nome: Paula Freire Sanches de Moraes - Especialidade : Ortopedia - CPF: 061.409.946-32

Nome: Paula Freire Sanches de Moraes - Especialidade : Ortopedia - CPF: 061.409.946-32

Nome: Paula Freire Sanches de Moraes - Especialidade : Ortopedia - CPF: 061.409.946-32

Nome: Paula Freire Sanches de Moraes - Especialidade : Ortopedia - CPF: 061.409.946-32

Nome: Paula Freire Sanches de Moraes - Especialidade : Ortopedia - CPF: 061.409.946-32

Nome: Paula Freire Sanches de Moraes - Especialidade : Ortopedia - CPF: 061.409.946-32

Nome: ELAINE CRISTINA COSTA LOPES - Especialidade : Gerontologia Clínica - CPF: 292.316.328-17

Nome: Paula Freire Sanches de Moraes - Especialidade : Ortopedia - CPF: 061.409.946-32

Nome: Annabel Fogaça Alves Pereira - Especialidade : Cardiorespiratória - CPF: 031.201.779-03

Nome: Annabel Fogaça Alves Pereira - Especialidade : Cardiorespiratória - CPF: 031.201.779-03

Nome: Annabel Fogaça Alves Pereira - Especialidade : Cardiorespiratória - CPF: 031.201.779-03

Nome: Annabel Fogaça Alves Pereira - Especialidade : Cardiorespiratória - CPF: 031.201.779-03

Nome: Annabel Fogaça Alves Pereira - Especialidade : Cardiorespiratória - CPF: 031.201.779-03

Nome: Annabel Fogaça Alves Pereira - Especialidade : Cardiorespiratória - CPF: 031.201.779-03

Nome: Franciele Creusa Ariadne Barbosa de Medeiros Rodrigues Lustosa - Especialidade : Uroginecologia - CPF: 058.359.649-51

Nome: Franciele Creusa Ariadne Barbosa de Medeiros Rodrigues Lustosa - Especialidade : Uroginecologia - CPF: 058.359.649-51

Nome: Franciele Creusa Ariadne Barbosa de Medeiros Rodrigues Lustosa - Especialidade : Uroginecologia - CPF: 058.359.649-51

Nome: Franciele Creusa Ariadne Barbosa de Medeiros Rodrigues Lustosa - Especialidade : Uroginecologia - CPF: 058.359.649-51

Nome: Franciele Creusa Ariadne Barbosa de Medeiros Rodrigues Lustosa - Especialidade : Uroginecologia - CPF: 058.359.649-51

Nome: Franciele Creusa Ariadne Barbosa de Medeiros Rodrigues Lustosa - Especialidade : Uroginecologia - CPF: 058.359.649-51

Nome: Franciele Creusa Ariadne Barbosa de Medeiros Rodrigues Lustosa - Especialidade : Uroginecologia - CPF: 058.359.649-51

Nome: ELAINE CRISTINA COSTA LOPES - Especialidade : Gerontologia Clínica - CPF: 292.316.328-17

Nome: Franciele Creusa Ariadne Barbosa de Medeiros Rodrigues Lustosa - Especialidade : Uroginecologia - CPF: 058.359.649-51

Nome: PAULA ROBERTA DA SILVA - Especialidade : Neurofuncional - CPF: 298.142.308-80

Nome: PAULA ROBERTA DA SILVA - Especialidade : Neurofuncional - CPF: 298.142.308-80

Nome: PAULA ROBERTA DA SILVA - Especialidade : Neurofuncional - CPF: 298.142.308-80

Nome: PAULA ROBERTA DA SILVA - Especialidade : Neurofuncional - CPF: 298.142.308-80

Nome: PAULA ROBERTA DA SILVA - Especialidade : Neurofuncional - CPF: 298.142.308-80

Nome: PAULA ROBERTA DA SILVA - Especialidade : Neurofuncional - CPF: 298.142.308-80

Nome: PAULA ROBERTA DA SILVA - Especialidade : Neurofuncional - CPF: 298.142.308-80

Nome: PAULA ROBERTA DA SILVA - Especialidade : Neurofuncional - CPF: 298.142.308-80

Nome: PAULA ROBERTA DA SILVA - Especialidade : Neurofuncional - CPF: 298.142.308-80

Nome: PAULA ROBERTA DA SILVA - Especialidade : Neurofuncional - CPF: 298.142.308-80

Nome: PAULA ROBERTA DA SILVA - Especialidade : Neurofuncional - CPF: 298.142.308-80

Nome: Franciele Creusa Ariadne Barbosa de Medeiros Rodrigues Lustosa - Especialidade : Dermatofuncional - CPF: 058.359.649-51

Nome: Franciele Creusa Ariadne Barbosa de Medeiros Rodrigues Lustosa - Especialidade : Dermatofuncional - CPF: 058.359.649-51

Nome: Franciele Creusa Ariadne Barbosa de Medeiros Rodrigues Lustosa - Especialidade : Dermatofuncional - CPF: 058.359.649-51

Nome: Franciele Creusa Ariadne Barbosa de Medeiros Rodrigues Lustosa - Especialidade : Dermatofuncional - CPF: 058.359.649-51

Nome: Franciele Creusa Ariadne Barbosa de Medeiros Rodrigues Lustosa - Especialidade : Dermatofuncional - CPF: 058.359.649-51

Nome: Franciele Creusa Ariadne Barbosa de Medeiros Rodrigues Lustosa - Especialidade : Dermatofuncional - CPF: 058.359.649-51

Nome: Franciele Creusa Ariadne Barbosa de Medeiros Rodrigues Lustosa - Especialidade : Dermatofuncional - CPF: 058.359.649-51

Nome: Franciele Creusa Ariadne Barbosa de Medeiros Rodrigues Lustosa - Especialidade : Dermatofuncional - CPF: 058.359.649-51

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 02/12/2024 13:43:27

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____



ANEXO I
REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO
PESSOA JURÍDICA

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

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

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

Razão Social: CEI - CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA

Nome Fantasia: Centro Universitário Integrado

CNPJ nº: 79.264.628/0003-16

Inscrição Estadual: -

Micro Empresa: (x) Não () Sim

Optante Simples: (x) Não () Sim

Número do CNAE Nacional: 85325-00

Descrição: Educação superior - graduação e pós-graduação

Endereço: RUA LAURO DE OLIVEIRA SOUZA, nº 440

Município: Campo Mourão **UF:** PR

CEP: 87309-701

Telefone Comercial: (44) 35182500 **Telefone Celular:** (44) 9 9122-5915

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: Banco do Brasil	CÓDIGO DO BANCO: 001	AGÊNCIA: 3409-6
TIPO DE CONTA: Corrente	OPERAÇÃO: 001	Nº DA CONTA: 5773-8
CIDADE E UF DA AGÊNCIA: Maringa - PR		

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF
Pedro Henrique Montans Baer	4.915.476-3	044.003.949-56

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQUELAS POR	100.000



CIS-COMCAM

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

	QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS COM COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-	100.000



CIS-COMCAM

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

	CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICOS EM PACIENTE COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERÁPICO EM RPG	100.000
Clínica de Fisioterapia	ATENDIMENTO FISIOTERÁPICO POR SESSÃO	100.000
Clínica de Fisioterapia	CONSULTA EM FISIOTERAPIA	100.000
Clínica de Fisioterapia	SESSÃO DE ELETROESTOESTIMULAÇÃO	100.000

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
Elaine Cristina Lopes da Silva	292.316.328-17	29.396.383-6	82951-F	(44)99133-2307
Annabel Fogaça Alves Pereira	031.201.779-03	7.515.898-0	90380-F	(44)98413-2130
Franciele Creusa Ariadne Barbosa de Medeiros Rodrigues Lustosa	058.359.649-51	7.853.777-9	177875-F	(44)99950-1412
Paula Freire Sanches de Moraes	061.409.946-32	54.667.487-2	129795-F	(16)99798-7577

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

Paula Roberta da Silva	298.142.308.80	15.916.383-0	97026-F	(44)98841-7557
------------------------	----------------	--------------	---------	----------------

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
Júlia Cristina de Oliveira	119.434.009-11	11.066.496-6	julia.clinicas@grupointegrado.br	(44)99941-3257

ESPECIALIDADES

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
Elaine Cristina Lopes da Silva	Gerontologia Clínica
Annabel Fogaça Alves Pereira	Cardiorrespiratória
Franciele Creusa Ariadne Barbosa de Medeiros Rodrigues Lustosa	Uroginecológica/Dermatofuncional
Paula Freire Sanches de Moraes	Ortopedia
Paula Roberta da Silva	Neurofuncional

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

INSERIR LOCAL DE ATENDIMENTO	Centro Universitário Integrado – Clínica de Fisioterapia
------------------------------	--

Campo Mourão/PR, 02 de dezembro de 2024.

SILVIA
OFFMANN:0
0720679931

Assinado de forma
digital por SILVIA
OFFMANN:00720679931
Dados: 2024.12.02
10:36:28 -03'00'

CEI – Centro Educacional Integrado - 79.264.628/0003-16
Pedro Henrique Montans Baer
CPF: 044.003.949-56
RG: 4.915.476-3

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



ANEXO III
MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE
FATO IMPEDITIVO

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

CEI Centro Educacional Integrado LTDA, estabelecida na Rua Lauro de Oliveira Souza, 440, inscrita no CNPJ sob nº 79.264.628/0003-16, neste ato representada pelo seu representante Pedro Henrique Montans Baer, 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, 02 de dezembro de 2024.

SILVIA
OFFMANN:00
720679931

Assinado de forma
digital por SILVIA
OFFMANN:00720679931
Dados: 2024.12.02
10:35:24 -03'00'

CEI - Centro Educacional Integrado - 79.264.628/0003-16

Pedro Henrique Montans Baer

CPF: 044.003.949-56

RG: 4.915.476-3



CIS-COMCAM

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

ANEXO IV

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE
PARENTESCO**

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

Eu, Pedro Henrique Montans Baer, carteira de identidade nº 4.915.476-3, Expedida pela SSP, inscrito no CPF sob nº 044.003.949-56, Representante legal da CEI – Centro Educacional Integrado LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 79.264.628/0003-16, 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, 02 de dezembro de 2024.

SILVIA

OFFMANN:0072

0679931

Assinado de forma digital
por SILVIA

OFFMANN:00720679931

Dados: 2024.12.02 10:34:06
-03'00'

CEI – Centro Educacional Integrado - 79.264.628/0003-16
Pedro Henrique Montans Baer
CPF: 044.003.949-56
RG: 4.915.476-3

LICENÇA SANITÁRIA Nº 740 / 2024

RAZÃO SOCIAL: CEI - CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA.
NOME FANTASIA: CAMPUS UNIVERSITARIO INTEGRADO
CPF/CNPJ: 79.264.628/0003-16
ENDEREÇO: LAURO DE OLIVEIRA SOUZA ATÉ 160

BAIRRO: JARDIM BATEL II

NUMERO: 440

DATA DE EMISSÃO: 12/09/2024

DATA DE VALIDADE: 18/12/2024

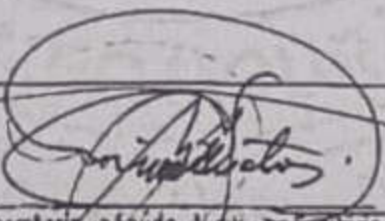
Atividades Licenciadas:

8532500 - Educação superior - graduação e pós-graduação

8630503 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Observações:

Observações:


Secretaria de Saúde - Vigilância Sanitária
Marco Carvalho dos Santos
Enfermeiro
Autodidata Sanitária

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

Responsável pela Iluminação Pública: Município 4435253833

Classificação:
A4 Comercial, Servicos, Outras Atividades / Educaca

Tipo de Fornecimento:
Trifasico / 40A

DATAS DAS LEITURAS

Leitura anterior	Leitura atual	Nº de dias	Próxima Leitura
30/09/2024	31/10/2024	30	01/12/2024

Nome: CEI CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA
Endereço: R Lauro de Oliveira Souza, 440 - Pe 04058 2020 Km207 Campus Universitario - Batel
CEP: 87309-701
Cidade: Campo Mourao - Estado: PR
CNPJ: 79264628/0003-16
I.E.: ISENTO

UNIDADE CONSUMIDORA

49505866

▲ CODIGO DEBITO AUTOMATICO ▲



NOTA FISCAL No. 161722 - SÉRIE 2
DATA DE EMISSÃO: 22/11/2024

Consulte Chave de Acesso em:
<https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/NF3eConsulta?wsdl>
Chave de Acesso
4124 1104 3688 9800 0106 6600 2000 1617 2210 3753 3358

Protocolo de Autorização: 1412400057738398
22/11/2024 às 12:38:06-03:00

Protocolo de Autorização: 1412400057738398 22/11/2024 12:38:06-03:00

REF: MÊS / ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

11/2024

15/12/2024

R\$37.152,06

Itens de fatura	Unid.	Quant.	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS/COFINS	ICMS	Tarifa unit. (R\$)	Instituto	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ENERGIA ELET CONSUMO PTA	kWh	14.838	0,884792	13.128,54	617,84	2.494,42	0,675043	ICMS	73.150,49	19%	13.898,58
ENERGIA ELET CONSUMO F PTA	kWh	62.759	0,121569	7.629,55	359,05	1.449,61	0,092750	COFINS	36.690,27	4,77%	1.750,13
DEMANDA DE DISTRIBUICAO TUSD	kW	373,96	15,956840	5.967,22	286,80	1.133,77	12,174135	PIS	36.690,27	1,04%	381,57
DEMANDA DE DISTRIBUICAO TUSD IS	kW	46,04	12,925282	595,08	28,60	0,00	12,174135				
ENERGIA ELETRICA ACL-COM ICMS S	MWh	14,838	536,900526	7.966,53	0,00	1.513,64	434,890000				
ENERGIA ELETRICA ACL-COM ICMS S	MWh	62,759	340,172724	21.348,90	0,00	4.056,29	275,540000				
SUBSIDIO TARIFARIO DEM ISENTA TL	UN	554,59	1,061685	588,80	34,21	0,00	1,000000				
SUBSIDIO TARIFARIO TUSD	UN	13.053,7	1,310720	17.109,75	805,20	3.250,85	1,000000				
COBRANCA AJUSTE DE FATURAMEN				51,80							
SUBSIDIO TARIFARIO LIQUIDO				-13.053,70							
SUBSIDIO TARIFARIO LIQDO DEM ISE				-554,59							
DEDUCAO ENERGIA ELETRICA ACL-S				-23.745,50							
CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPIO				119,68							
TOTAL				37.152,06	2.131,70	13.898,58					

GRANDEZAS CONTRATADAS

Demanda Ponta: 0 kW
Demanda Fora Ponta: 0 kW
Energia Ponta: 0 kWh
Energia Fora Ponta: 0 kWh
Res. Capacidade Ponta: 0 kW
Res. Capacidade Fora Ponta: 0 kW
Montante em Todos os Períodos: 420 kW

Reservado ao Fisco

PERÍODO FISCAL: 22/11/2024

3D9B.427A.3D5A.27BB.CBC3.4DB9.45B2.6AF6

Desconto de 49,74% sobre a tarifa TUSD de Demanda e Desconto de 46,05% sobre a tarifa TUSD de Consumo. O Desconto Total foi R\$ 13.608,29 INCLUSO NA FATURA PIS R\$381,57 E COFINS R\$1.750,13 CONFORME RES. ANEEL 130/2005.
FATURA DO MÊS 10/2024 ARRECADADA POR DEBITO AUTOMATICO
GERENTE DA AGENCIA COPEL DE SUA REGIAO: JOSANNE KARINE ALVES CORREIA
A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados à prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações.

UNIDADE CONSUMIDORA

MÊS REFERÊNCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

49505866

11/2024

15/12/2024

R\$37.152,06

Número da fatura: FAT-01-20247703753335-67

836100003711 520601110007 001010202479 703753335677

NÃO RECEBER - DÉBITO AUTOMÁTICO - BANCO - 341 - AGÊNCIA - 0318

VOCABULÁRIO

ANEEL - Agência Nacional de Energia Elétrica - Órgão regulador e fiscalizador do setor elétrico.

Conjunto - Agrupamento de unidades consumidoras de uma mesma área de concessão de distribuição, definido pela Copel e aprovado pela ANEEL.

Custo de Disponibilidade do Sistema Elétrico - Valor mínimo mensal faturável para unidades consumidoras do Grupo "B", de acordo com os limites fixados por tipo de ligação, conforme determinação da ANEEL: monofásico - valor em moeda corrente equivalente a 30 kWh; bifásico - 50 kWh; e trifásico - 100 kWh.

Fator de Potência - Percentual que indica quanto da energia elétrica está sendo utilizada de forma útil. Se o fator de potência estiver abaixo de 92%, será faturado o valor correspondente ao consumo reativo excedente à quantidade permitida conforme determinação da ANEEL.

A medição do fator de potência é realizada em unidades consumidoras trifásicas comerciais e industriais e em residenciais com disjuntor acima de 100 amperes.

Perdas de Transformação - Percentual de ajuste aplicado sobre o consumo de energia elétrica ativa e reativa e demanda (medida em kW) para compensação das perdas de transformação nos casos em que o fornecimento é feito em tensão primária de distribuição, a medição é instalada em tensão distinta daquela de fornecimento e o faturamento é efetuado no grupo "A" (tarifação binômia- consumo e demanda).

Tensão Contratada (TC) - valor eficaz de tensão que deverá ser informado ao consumidor por escrito, ou estabelecido em contrato, expresso em volts ou quilovolts.

Horário de ponta - É o período composto por 3 (três) horas diárias consecutivas definidas pela Copel considerando a curva de carga de seu sistema elétrico. O Horário de Ponta é aprovado pela ANEEL para toda a área de concessão da Copel, com exceção feita aos sábados, domingos, terça-feira de carnaval, sexta-feira da Paixão, Corpus Christi, e os seguintes feriados: 01 de janeiro, 21 de abril, 01 de maio, 07 de setembro, 12 de outubro, 02 de novembro, 15 de novembro, 25 de dezembro.

Para a área de concessão da Copel, o Horário de Ponta inicia às 18h e finaliza às 21h. Durante o horário de verão, é acrescido uma hora ao início e ao fim do Horário de Ponta (19h às 22h).

Demanda - A demanda é a potência medida em kW (quilo-watt) e faturada de acordo com o maior valor registrado em um período de 15 minutos durante o ciclo de faturamento. Os produtos relativos a demanda aparecem na fatura dependendo do montante contratado para cada unidade consumidora.

INFORMAÇÕES SUPLEMENTARES

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

ONDE PAGAR

As faturas de clientes do Grupo "A" (tarifa binômia) devem ser pagas somente nos bancos conveniados com a Copel.

As faturas de clientes do Grupo "B" (tarifa monômia) podem ser pagas em supermercados, farmácias e outros estabelecimentos credenciados ou em bancos conveniados.

Prefira sempre débito em conta corrente, é muito mais cômodo, fácil e seguro.

LEGISLAÇÃO DO SETOR ELÉTRICO

A legislação que regulamenta as atividades do setor elétrico está à disposição dos consumidores para consulta nos escritórios comerciais da COPEL ou no site www.copel.com. Verifique também os serviços disponíveis na Agência Virtual.

Telefone Copel: 0800 643 75 75

Telefone Ouvidoria COPEL: 0800 64 70 606 (dias úteis das 8h às 18h - ligação gratuita)

Telefone ANEEL- Agência Nacional de Energia Elétrica: 167 (ligação gratuita na origem em telefone fixo e tarifada na origem de telefones celulares) - email: ouvidoria@aneel.gov.br

Dúvidas, Sugestões, Elogios e Reclamações, utilize o site www.copel.com, as agências ou 0800 643 75 75.



Acesse a
Agência
Virtual da
COPEL

Baixe o
Aplicativo
da COPEL



ANDROID



IOS

Cuide bem do seu melhor amigo!
Prenda seu cão no dia da leitura.
Isso garante a segurança do
nosso pessoal, e a sua
tranquilidade.
(Lei nº 121/1999 Lei da Posse Responsável)



COPEL

Copel Distribuição S.A.
José Izidoro Biazetto, 158 bl.C - Mossunguê - Curitiba PR - CEP 81200-240
CNPJ: 04.368.898/0001-06 - IE 90.233.073-99 - IM 423.992-4

página 1 / 1

www.copel.com
0800 643 75 75

CEI CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA
R LAURO DE OLIVEIRA SOUZA, 440 - PE 04058 2020 KM207
CAMPUS UNIVERSITARIO
BATEL II JD - CAMPO MOURAO - PR - CEP: 87309-701

81584 01 725 179300
CNPJ 79.264.628/0003-16

Mês de Referência
Novembro/2024

Unidade Consumidora
49505866

VENCIMENTO
15/12/2024

VALOR A PAGAR
R\$ 37.152,06

FAT-01-20247703753335-67

EXTRATO DE FATURAMENTO - CLIENTE LIVRE - REN 1000/2021 - TARIFA HORARIA VERE Emitida em 22/11/2024

Informações Técnicas

Mês/Ano Consumo/Usado do Sistema: 11/2024
Data de Emissão 22/11/2024
Data Real Leit Atual 31/10/2024
Data Real Leit Anterior 30/09/2024
Data Provável Prox Leitura 01/12/2024
Comerc/Educacao Superior - Graduacao e Pos-Gr
Perdas de Transformação: 0%
Rel. Transform. Corrente: 15/5
Rel. Transform. Potencial: 8050/115

EQUIPAMENTOS DE MEDIÇÃO			
E750-FR	kW	kWh	kvarh
Medidor	0040681342	0040681342	0040681342
Constante	0.25200	0.06300	
Constante Excedente Reativo kW/kWh			0.06300

Grandezas e Valores para Faturamento

Produto	Leitura Anterior	Leitura Atual	Medido	Contratado	Faturado	Tarifa	Total
TE CDE COVID PONTA	6287017	6522556	14838,00		14838,00	0,000000	0,00
ENERGIA ELET CONSUMO PTA	6287017	6522556	14838,00		14838,00	0,884792	13.128,54
TE CDE COVID FORA PONTA	32118490	33114670	62759,00		62759,00	0,000000	0,00
ENERGIA ELET CONSUMO F PTA	32118490	33114670	62759,00		62759,00	0,121569	7.629,55
DEMANDA DE DISTRIBUICAO TUSD	1490	1484	373,96	420,00	373,96	15,956840	5.967,22
DEMANDA DE DISTRIBUICA ISENTA ICMS					46,04	12,925282	595,08
ENERGIA ELETRICA ACL-COM ICMS ST P			14838,00		14838,00	0,536901	7.966,53
ENERGIA ELETRICA ACL-COM ICMS ST F			62759,00		62759,00	0,340173	21.348,90
SUBSIDIO TARIFARIO DEM ISENTA TUSD							588,80
SUBSIDIO TARIFARIO TUSD							17.109,75
ENERGIA ELETRICA CONSUMO	38405507	39637226	0,00				
ENERGIA REAT EXC F PONTA	2	2	0,00				
DEMANDA USD	1303	1354	341,20				

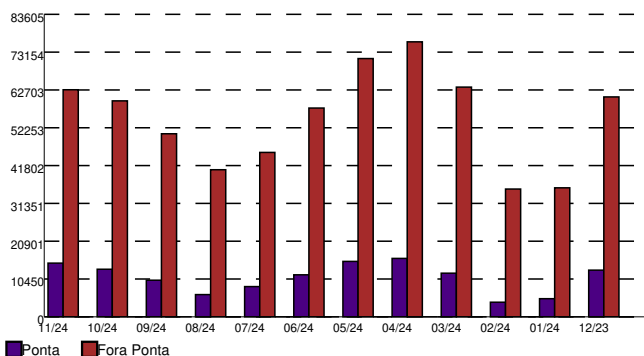
Informações Suplementares

	TUSD	TE
ENERGIA ELETR USD FP	0,092750	0,004080
ENERGIA ELETR USD PT	0,675043	0,002201
DEMANDA USD	12,174135	0,000000

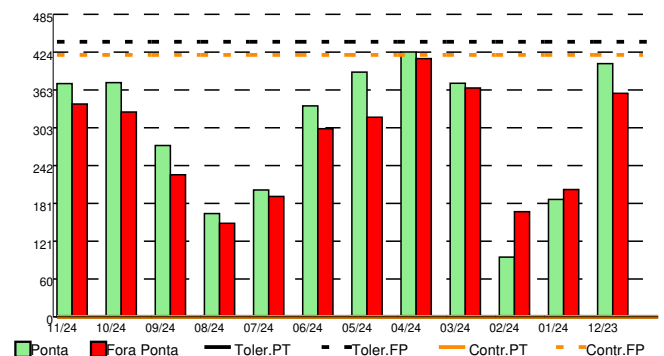
Tensão Contratada: 13200 volts
Limite Adequado de Tensão: 12280 a 13860 volts

Histórico de Consumo e Pagamentos

Consumo (kWh)



Demanda (kW)



Mês/Ano	Valor da Fatura	Data de Vencimento	Data de Pagamento	Consumo Ponta	Consumo Fora Pta.	Demanda Ponta	Demanda Fora Pta.	Dem.Cont. Ponta	Dem.Cont. Fora Pta.	Dem.Tol. Ponta	Dem.Tol. Fora Pta.
11/2024	37.152,06	15/12/2024		14838	62759	373.96	341.2	0	420	0	441
10/2024	34.664,86	15/11/2024	18/11/2024	13149	59685	375.48	328.35	0	420	0	441
09/2024	28.429,65	15/10/2024	15/10/2024	10123	50591	274.68	227.8	0	420	0	441
08/2024	21.861,99	01/09/2024	02/09/2024	6147	40653	165.56	149.94	0	420	0	441
07/2024	24.680,07	01/08/2024	01/08/2024	8359	45440	203.36	193.03	0	420	0	441
06/2024	31.557,83	01/07/2024	01/07/2024	11613	57704	338.18	301.64	0	420	0	441
05/2024	38.117,66	01/06/2024	03/06/2024	15321	71383	392.36	320.04	0	420	0	441
04/2024	39.723,86	01/05/2024	02/05/2024	16147	76005	424.62	414.03	0	420	0	441
03/2024	32.436,08	01/04/2024	01/04/2024	12061	63492	374.47	366.91	0	420	0	441
02/2024	17.162,16	01/03/2024	01/03/2024	4038	35316	95.76	168.58	0	420	0	441
01/2024	18.634,49	01/02/2024	01/02/2024	5012	35656	188.24	204.12	0	420	0	441
12/2023	32.887,54	01/01/2024	02/01/2024	12897	60776	405.97	358.34	0	420	0	441



CIS-COMCAM

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

ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

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

A empresa CEI – Centro Educacional Integrado LTDA, inscrita no CNPJ sob nº
79.264.628/0003-16, sediada na Rua Lauro de Oliveira Souza, nº 440, Batel, na
cidade de Campo Mourão - PR, através representante legal, Pedro Henrique
Montans Baer, RG: 4.915.476-3 e CPF: 044.003.949-56, declara, sob as penas da
Lei, que:

não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;
não está impedido de transacionar com a Administração Pública;
não foi apenada com rescisão de contrato, quer por deficiência dos serviços, quer
por outro motivo igualmente grave, no transcorrer dos últimos 5 (cinco) anos;
não incorre nas demais condições impeditivas previstas na Lei Federal nº 8.666/93 e
alterações posteriores. Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Campo Mourão – PR, 02 de dezembro de 2024.

**SILVIA
OFFMANN:0
0720679931**

Assinado de forma
digital por SILVIA
OFFMANN:00720679931
Dados: 2024.12.02
10:30:08 -03'00'

CEI – Centro Educacional Integrado - 79.264.628/0003-16
Pedro Henrique Montans Baer
CPF: 044.003.949-56
RG: 4.915.476-3



República Federativa do Brasil
Comarca de Campo Mourão - Paraná
1.º Tabelionato de Notas

Protocolo: 00000901

Livro: 0384-P

Folha: 156

VANESSA BUENO SAMPAIO
TABELIÁ

Rua Harrison José Borges, 832 - Loja 1 - Centro - Fone (44) 3525-5713 - Cel. (44) 99998-0922
CEP 87300-380 - CAMPO MOURÃO - PR

atendimento@ltabelionatocm.com.br - www.ltabelionatocm.com.br



PROCURAÇÃO BASTANTE que faz: **CEI - CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA**, na forma abaixo:

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração virem que, aos três dias do mês de setembro do ano de dois mil e vinte (**03/09/2020**), nesta Cidade de Campo Mourão, Estado do Paraná, compareceu como Outorgante: **CEI - CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no C.N.P.J/MF. sob nº 79.264.628/0001-54, com sede na Avenida Irmãos Pereira, 670 - Sala 01, Centro, Campo Mourão-PR, inscrita na JUCEPAR com NIRE nº 41205154216, conforme última alteração contratual registrada sob nº 20200927612, conforme certidão Simplificada expedida em data de 25/08/2020, devidamente arquivada sob nº 271 nestas Notas, em pasta própria, e neste ato representada pelo Sócio **PEDRO HENRIQUE MONTANS BAER**, brasileiro, nascido em data de 07/12/1984, administrador de empresa, casado, filho de Henning Erich Baer e de Maria da Conceição Montans Baer, portador da cédula de identidade RG nº 4.915.476-3 SSP/PR e inscrito no CPF/MF sob nº 044.003.949-56, com endereço de e-mail: não informado, residente e domiciliado na Av. José Custodio de Oliveira, 1825, - Centro - na cidade de Campo Mourão, Paraná; Sendo os presentes reconhecidos como os próprios por mim, Escrevente do 1º Tabelionato de Notas de Campo Mourão-PR, através dos documentos de identificação a mim apresentados, cujas cópias ficam arquivadas nesta serventia e capacidades para o ato reconhecimento, do que dou fé. Então, aí pelo Outorgante me foi dito que por este público instrumento nomeia e constitui seu procurador: **SILVIA OFFMANN**, brasileira, nascida em data de 31/01/1981, contadora, casada, filha de Nereu Offmann e de Ercilia Alves Hoffmann, portadora da cédula de identidade RG nº 73287839 SESP PR e inscrita no CPF/MF sob nº 007.206.799-31, com endereço de email: não informado, residente e domiciliada na Rua Luciano Marmontel, 286 - Jardim Araucária - na cidade de Campo Mourão, Paraná; a quem confere poderes especiais para: **01)** - Representá-la perante quaisquer repartições públicas Federais, Estaduais, Municipais e Autárquias, INSS, Ministério Público, órgãos do imposto de renda, Ministério da Educação e todas as autarquias vinculadas a este; empresa de correios e telégrafos, fundações, Companhia Telefônica competente, protestos de títulos e documentos, empresas de serviços públicos de telefone, energia elétrica e água, assinando, encaminhando ou requerendo a expedição de todo e qualquer documento e/ou realização de quaisquer atos, promovendo todos os entendimentos necessários com as autoridades competentes, autos de infração, decisórias fiscais, pedidos de inscrição, alteração exclusão, autorizações fiscais, parcelamento de dívidas fiscais, concordar, discordar e contestar, estipular prazos para pagamentos, fazer e assinar declaração do imposto de renda, pessoa jurídica; fazer, assinar e renovar cadastro em nome da empresa; podendo ainda prestar informações às agências bancárias; assinar todos os documentos que dizem respeito as demonstrações financeiras, contábeis e ao patrimônio; enfim, praticar os demais atos necessários ao fiel cumprimento do presente mandato, podendo inclusive substabelecer, com ou sem reserva de poderes; e **2)** - à quem confere amplos e gerais para em nome da outorgante, contratar e demitir funcionários, fixar atribuições, ordenados e salários; assinar contratos de trabalho, Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS de funcionários, rescisões de contratos de trabalho; efetuar pagamentos; promover acertos trabalhistas; representá-la perante órgãos Municipais, Estaduais, Federais, INSS, Ministério do Trabalho ou sucursais, Tribunais de Justiça, Juntas de Conciliação, Caixa Econômica Federal, Sindicatos,



República Federativa do Brasil
Comarca de Campo Mourão - Paraná
1.º Tabelionato de Notas

Protocolo: 00000901
Livro: 0384-P
Folha: 156V
VANESSA BUENO SAMPAIO
TABELIÃ

Rua Harrison José Borges, 832 - Loja 1 - Centro - Fone (44) 3525-5713 - Cel. (44) 99998-0922
CEP 87300-380 - CAMPO MOURÃO - PR
atendimento@1tabelionatocm.com.br - www.1tabelionatocm.com.br

e demais órgãos relacionados a assuntos trabalhistas e de segurança no trabalho (CIPA, PPP), assinando, encaminhando ou requerendo a expedição de todo e qualquer documentos e/ou realização de quaisquer atos, promovendo todos os entendimentos necessários com as autoridades competentes; contratar advogados outorgando-lhes os poderes da cláusulas AD JUDICIA, para tratar dos assuntos de interesse da outorgante na área trabalhista; fazer requerimentos administrativos perante o INSS e Receita Federal do Brasil; outorgar poderes da cláusula "ad judicia et extra" para atuar em referidos requerimentos; enfim, praticar os demais atos necessários ao fiel cumprimento do presente mandato, podendo inclusive substabelecer, com ou sem reserva de poderes. **LAVRADO SOB MINUTA. O presente mandato tem validade de 5 (cinco) anos a contar desta data. Os elementos declaratórios deste instrumento que foram fornecidos pela parte, após a assinatura são inalteráveis, sendo que eventuais correções somente serão levadas a efeito mediante a lavratura de novo ato e cobrança de emolumentos. Certifico que a qualificação do procurador, bem como a descrição dos dados objeto deste mandato, foram fornecidos pelo Outorgante que declara se responsabilizar civil e criminalmente nos termos do artigo 299 do Código Penal, por todas as declarações e informações aqui prestadas, bem como a ratificá-las em Juízo ou quaisquer outros órgãos, a qualquer tempo, se compelido for. O presente ato foi protocolado em data de æData_lav4>, sob nº 00655/2020, no livro de Protocolo Geral. E, de como assim o disseram, do que dou fé, lavrei este instrumento, por me ser pedido e distribuído, e que lido às partes e em tudo achado conforme, aceitam e assinam, perante mim, VANESSA RODRIGUES DOS SANTOS, Escrevente que a digitei. E eu, VANESSA BUENO SAMPAIO, Tabeliã a subscrevi. VRC: 384,62 - Custas: R\$ 74,23 - Funrejus: R\$ 18,56 - Iss: R\$ 1,48 - Distribuidor: R\$ 0,00 - Fadep: R\$ 3,71 - Selo: R\$ 0,80. Campo Mourão/PR, æData_lav4>. Campo Mourão/PR, æData_lav3>. (a.a.) PEDRO HENRIQUE MONTANS BAER. Traslada na mesma data. Esta conforme ao seu original ao qual me reporto e dou fé. E eu _____, a conferi, subscrevo e assino em público e raso.**

Em Testº _____ da Verdade.


VANESSA RODRIGUES DOS SANTOS
ESCREVENTE

*Vanessa Rodrigues
dos Santos
Escrevente*

FUNARPEN - SELO DIGITAL Nº: xvJYO . bnWlh . bkAVw, Controle: 563kj . E8Jha
Valide esse selo em <http://funarpem.com.br>



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

RG: 4.915.476-3

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **4.915.476-3** DATA DE EXPEDIÇÃO: 27/06/2016

NOME: **PEDRO HENRIQUE MONTANS BAER**

FILIAÇÃO: HENNING ERICH BAER
MARIA DA CONCEIÇÃO MONTANS BAER

NATURALIDADE: CAMPO MOURÃO/PR DATA DE NASCIMENTO: 07/12/1984

DOC. ORIGEM: COMARCA-CAMPO MOURÃO/PR, DA SEDE
C.CAS=13747, LIVRO=52B, FOLHA=157

CPF: 044.003.949-58

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

É PROIBIDO PLASTIFICAR

		
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA		
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 79.264.628/0002-35 FILIAL	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 30/11/2004
NOME EMPRESARIAL CEI - CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) INTEGRADO SERVICOS		PORTE DEMAIS
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 85.32-5-00 - Educação superior - graduação e pós-graduação		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não informada		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada		
LOGRADOURO AV IRMAOS PEREIRA	NÚMERO 870	COMPLEMENTO *****
CEP 87.301-010	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO CAMPO MOURAO
UF PR		
ENDEREÇO ELETRÔNICO CONTABILIDADE@GRUPOINTEGRADO.BR	TELEFONE (0044) 5231-982	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****		
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 30/11/2004	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL		
SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

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

Emitido no dia **01/12/2022** às **09:53:07** (data e hora de Brasília).

Página: **1/1**

PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL
FERRI PSICOLOGIA LTDA
CNPJ 49.934.381/0001-75
NIRE 41211421051

Página 1 de 3

TATIANA FERRI RIBEIRO , brasileira , solteira, psicologa, nascida em 08/06/1993, nº do CPF 080.871.919-00, residente e domiciliada na cidade de Iretama - PR, na SITIO TALISMÃ, nº S/N, RIO TORMENTINHO, CEP: 87280-000, unica sócia da Sociedade Limitada **FERRI PSICOLOGIA LTDA** com sede na Rua São Josafat, nº 1349, Centro, Campo Mourão - PR, CEP: 87302170, inscrito na Junta Comercial do Paraná sob o NIRE **41211421051** em 14/03/2023 e no CNPJ/MF sob o número **49.934.381/0001-75**.

Resolve alterar o seu contrato social da sociedade empresária limitada, nos termos da Lei nº 10.406/2002, mediante as condições e cláusulas seguintes:

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

A sociedade passa a ter por objeto o exercício das seguintes atividades econômica: PSQUIATRIA, ATIVIDADES DE FISIOTERAPIA, ATIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL, ATIVIDADES DE FONOAUDIOLOGIA E NEUROLOGIA.

CLÁUSULA II - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS: Ficam inalteradas as demais cláusulas do Contrato Social que não colidem com as disposições do presente dispositivo.

CLÁUSULA III - DA CONSOLIDAÇÃO DO INSTRUMENTO: Tendo em vista as modificações ora ajustadas, consolida-se o Contrato Social, que passa a ter a seguinte redação:

CONTRATO SOCIAL
FERRI PSICOLOGIA LTDA
CNPJ 49.934.381/0001-75
NIRE 41211421051

TATIANA FERRI RIBEIRO , brasileira , solteira, psicologa, nascida em 08/06/1993, nº do CPF 080.871.919-00, residente e domiciliada na cidade de Iretama - PR, na SITIO TALISMÃ, nº S/N, RIO TORMENTINHO, CEP: 87280-000, unica sócia da Sociedade Limitada **FERRI PSICOLOGIA LTDA** com sede na Rua São Josafat, nº 1349, Centro, Campo Mourão - PR, CEP: 87302170, inscrito na Junta Comercial do Paraná sob o NIRE **41211421051** em 14/03/2023 e no CNPJ/MF sob o número **49.934.381/0001-75**. Resolve alterar e consolidar o seu contrato social da 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: **FERRI PSICOLOGIA LTDA** , e usará a expressão Avaliare Núcleo de Avaliação e Intervenção Psicológica como nome fantasia.

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

A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: Rua São Josafat, nº 1349, Centro, Campo Mourão - PR, CEP: 87302170.

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

A sociedade terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômica: PSQUIATRIA, ATIVIDADES DE

PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL
FERRI PSICOLOGIA LTDA
CNPJ 49.934.381/0001-75
NIRE 41211421051

Página 2 de 3

FISIOTERAPIA, ATIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL, ATIVIDADES DE FONOAUDIOLOGIA E NEUROLOGIA

Parágrafo único. Em estabelecimento eleito como Sede (Matriz) será(ão) exercida(s) a(s) atividade(s) de PSQUIATRIA, ATIVIDADES DE FISIOTERAPIA, ATIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL, ATIVIDADES DE FONOAUDIOLOGIA E NEUROLOGIA.

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

A sociedade iniciou suas atividades em 10/03/2023 e seu prazo de duração será por tempo indeterminado.

CLÁUSULA V - DO CAPITAL (ART. 997, III e IV e ART. 1.052 e 1.055, CC)

O capital será de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), dividido em 30000 quotas, no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, formado por R\$ 30.000,00 (trinta 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\$	%
TATIANA FERRI RIBEIRO	30000	30.000,00	100,00
TOTAL:	30000	30.000,00	100,00

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA IX - DO PRÓ LABORE

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

PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL
FERRI PSICOLOGIA LTDA
CNPJ 49.934.381/0001-75
NIRE 41211421051

Página 3 de 3

CLÁUSULA X - DISTRIBUIÇÃO DE LUCROS

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

CLÁUSULA XI - DA RETIRADA OU FALECIMENTO DE SÓCIO

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

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

CLÁUSULA XII - DA CESSÃO DE QUOTAS

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

CLÁUSULA XIII - DA RESPONSABILIDADE

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

CLÁUSULA XIV - PORTE EMPRESARIAL

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

CLÁUSULA XV - DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Toledo - 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, 16 de junho de 2023

TATIANA FERRI RIBEIRO
Sócio/Administrador



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa FERRI PSICOLOGIA LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
08087191900	TATIANA FERRI RIBEIRO



CERTIFICO O REGISTRO EM 16/06/2023 11:13 SOB Nº 20234047992.
PROTOCOLO: 234047992 DE 16/06/2023.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12308951098. CNPJ DA SEDE: 49934381000175.
NIRE: 41211421051. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 16/06/2023.
FERRI PSICOLOGIA LTDA

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

LICENÇA SANITÁRIA Nº 740 / 2024

RAZÃO SOCIAL: CEI - CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA.
NOME FANTASIA: CAMPUS UNIVERSITARIO INTEGRADO
CPF/CNPJ: 79.264.628/0003-16
ENDEREÇO: LAURO DE OLIVEIRA SOUZA ATÉ 160

BAIRRO: JARDIM BATEL II

NUMERO: 440

DATA DE EMISSÃO: 12/09/2024

DATA DE VALIDADE: 18/12/2024

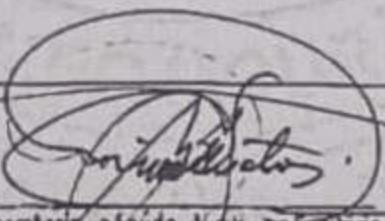
Atividades Licenciadas:

8532500 - Educação superior - graduação e pós-graduação

8630503 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Observações:

Observações:


Secretaria de Saúde - Vigilância Sanitária
Marco Carvalho dos Santos
Enfermeiro
Autodonecário

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

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

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 79.264.628/0001-54
Razão Social: CEI CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA
Endereço: AV IRMAOS PEREIRA 670 SALA 1 / CENTRO / CAMPO MOURAO / PR / 87301-010

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: 22/11/2024 a 21/12/2024

Certificação Número: 2024112201410528116144

Informação obtida em 25/11/2024 16:41:39

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: 58218/2024
Contribuinte: CEI - CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA.	
CPF: 79.264.628/0003-16	RG: ISENTO
Endereço: RUA LAURO DE OLIVEIRA SOUZA, nº 440	
Bairro: AREA_URBANIZADA_II	
Complemento: LOTE 142 R10 SAIDA P/MARINGA	Ponto de Referência:
Requerente:	
Cód. Contrib.: 371351	Validade: 27/12/2024

[FINALIDADE]

PARA FINS DIVERSOS

[OBSERVAÇÕES]

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

CAMPO MOURÃO/PR, 27 de novembro de 2024.

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



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

Certidão Negativa

de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual
Nº 035370098-06

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **79.264.628/0001-54**

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

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

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

Válida até 25/03/2025 - Fornecimento Gratuito

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



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

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

Nome: CEI - CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA
CNPJ: 79.264.628/0001-54

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 16:41:01 do dia 25/11/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 24/05/2025.

Código de controle da certidão: **02CC.2FC8.1E73.316C**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: CEI - CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 79.264.628/0001-54

Certidão nº: 81482263/2024

Expedição: 25/11/2024, às 16:40:16

Validade: 24/05/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **CEI - CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **79.264.628/0001-54**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

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

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

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

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

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



CERTIDÃO NEGATIVA DE DISTRIBUIÇÃO (AÇÕES DE FALÊNCIAS E RECUPERAÇÕES JUDICIAIS) 1ª e 2ª Instâncias

CERTIFICAMOS que, após consulta aos registros eletrônicos de distribuição de ações de falências e recuperações judiciais disponíveis até 14/11/2024, **NADA CONSTA** contra o nome por extenso e CPF/CNPJ de:

CEI - CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA
79.264.628/0001-54

OBSERVAÇÕES:

- a) Os dados de identificação são de responsabilidade do solicitante da certidão, devendo a titularidade ser conferida pelo interessado e pelo destinatário.
- b) A certidão será emitida de acordo com as informações inseridas no banco de dados. Em caso de exibição de processos com dados desatualizados, o interessado deverá requerer a atualização junto ao juízo ou órgão julgador.
- c) A certidão será negativa quando não for possível a individualização dos processos por carência de dados do Poder Judiciário. (artigo 8º, § 2º da Resolução 121/CNJ).
- d) A certidão cível contempla ações cíveis, execuções fiscais, execuções e insolvências civis, falências, recuperações judiciais, recuperações extrajudiciais, inventários, interdições, tutelas e curatelas. A certidão criminal compreende os processos criminais, os processos criminais militares e as execuções penais. Demais informações sobre o conteúdo das certidões, consultar em www.tjdft.jus.br, no menu Serviços, Certidões, Certidão Nada Consta, Tipos de Certidão.
- e) As certidões de Falência e Recuperação Judicial, Cível ou Especial atendem ao disposto no inciso II do artigo 69 da Lei 14133/2021.
- f) Medida prevista no artigo 26 do Código Penal, sentença não transitada em julgado.

A autenticidade deverá ser confirmada no site do TJDFT (www.tjdft.jus.br), no menu Serviços, Certidões, Certidão Nada Consta, Validar Certidão - autenticar, informando-se o número do selo digital de segurança impresso.

Emitida gratuitamente pela internet em: 14/11/2024

Selo digital de segurança: **2024.CTD.6C27.6RHR.EXOS.WLB5.86D6**

*** VÁLIDA POR 30 (TRINTA) DIAS ***

**INSTRUMENTO PARTICULAR DE 12ª ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO
CONTRATO SOCIAL DA SOCIEDADE
CEI – CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA
CNPJ: 79.264.628/0001-54 NIRE: 41205154216**

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, as partes adiante, a saber:

PEDRO HENRIQUE MONTANS BAER, brasileiro, casado, administrador de empresa, natural de Campo Mourão-PR, nascido em 07 de dezembro de 1.984, portador da Cédula de Identidade – RG. sob nº 4.915.476-3/PR, inscrito no CPF sob nº 044.003.949-56, residente e domiciliado na Av. José Custódio de Oliveira, 1825, Apto 1.001, Edifício Residencial Eldorado, centro, CEP. 87.300-020, em Campo Mourão-PR;

AROEIRA – ADMINISTRADORA DE BENS LTDA, inscrita no CNPJ/MF sob nº 10.802.737/0001-81, com seu ato constitutivo registrado na Junta Comercial do Estado do Paraná, NIRE sob o nº 4120646786-2, em 05 de maio de 2.009 e última alteração contratual em 12 de maio de 2.017 sob nº 20172244226, com sede na Avenida José Custódio de Oliveira, nº 1.325, centro, CEP: 87.300-020, na cidade de Campo Mourão-PR, representada por seu sócio administrador, **HENNING ERICH BAER**, brasileiro, natural de Ivoti, Estado do Rio Grande do Sul, divorciado, agricultor, residente e domiciliado na Rua Interventor Manoel Ribas, 1.011, Apto. 1.401, centro, CEP. 87.300-420, em Campo Mourão-PR, portador da Cédula de Identidade Civil RG nº 844.584/SSP-PR e inscrito no CPF sob nº 206.865.799-68; e

BRAÚNA – ADMINISTRADORA DE BENS LTDA, inscrita no CNPJ/MF sob nº 10.832.522/0001-03, com seu ato constitutivo registrado na Junta Comercial do Estado do Paraná, NIRE sob o nº 4120647810-4, em 18 de maio de 2.009 e última alteração contratual em 03 de Março de 2.021 sob nº 20211086053, com sede na Avenida José Custódio de Oliveira, nº 1.325, centro, CEP: 87.300-020, na cidade de Campo Mourão-PR, representada por sua sócia administradora, **MARIA DA CONCEIÇÃO MONTANS BAER**, brasileira, natural de Cornélio Procopio, Estado do Paraná, divorciada, psicóloga, residente e domiciliada na Rua Interventor Manoel Ribas, 1.011, Apto 1.501, centro, CEP. 87.300-420, em Campo Mourão-

INSTRUMENTO PARTICULAR DE 12ª ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO
CONTRATO SOCIAL DA SOCIEDADE
CEI – CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA
CNPJ: 79.264.628/0001-54 NIRE: 41205154216

PR, portadora da Cédula de Identidade Civil RG nº 821.121-3/SSP-PR e inscrita no CPF sob nº 004.240.238-73;

Sócios cotistas representantes da totalidade do Capital Social da sociedade empresária que gira sob a denominação CEI – CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA, CNPJ nº 79.264.628/0001-54, com sua sede e foro no Município de Campo Mourão/PR, na Avenida Irmãos Pereira, 670, Bairro Centro, CEP 87.301-010, com Contrato Social registrado na Junta Comercial do Estado do Paraná sob o NIRE nº 4120515421-6, em 08 de Janeiro de 2.004 e última alteração contratual em 30 de Junho de 2021 sob nº 20213836866, RESOLVEM de comum acordo, e na melhor forma de direito, alterar o seu contrato social de acordo com as seguintes cláusulas e condições:

I. DO ENCERRAMENTO DE FILIAL

1.1 Deliberam os sócios pela extinção das seguintes filiais da sociedade:

- (a) **PITANGA**, localizada no município de Pitanga, Estado do Paraná, à Rua 10 de Abril, nº 131 – Jardim Dona Maria – CEP 85.200-000 com CNPJ 79.264.628/0010-45 e NIRE 41901844121;
- (b) **IVAIPORÃ**, localizada no município de Ivaiporã, Estado do Paraná, à Avenida Paraná, nº 1150 – Centro – CEP 86.870-000 com CNPJ 79.264.628/0011-26 e NIRE 41901844105;

1.2 Tendo em vista a alteração acima, a cláusula terceira do Contrato Social passará a vigorar com a seguinte redação:

INSTRUMENTO PARTICULAR DE 12ª ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO
CONTRATO SOCIAL DA SOCIEDADE
CEI – CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA
CNPJ: 79.264.628/0001-54 NIRE: 41205154216

“Cláusula 3ª – A sociedade tem sede e foro em Campo Mourão, Estado do Paraná, à Avenida Irmãos Pereira, nº 670, Bairro Centro, CEP: 87.301-010, podendo, por deliberação dos administradores, abrir filiais, agências e escritórios em qualquer parte do território nacional, observadas as prescrições legais próprias.

Parágrafo Único: A sociedade possui as seguintes filiais:

- (a) **CAMPUS UNIVERSITÁRIO INTEGRADO**, localizado no município de Campo Mourão – Estado do Paraná, à Rua Lauro de Oliveira Souza, 440 Lote 142R.10 - Saída p/Maringá - Área Urbanizada II – CEP: 87309-701 com o CNPJ nº 79.264.628/0003-16 e NIRE 419083195-6;
- (b) **INTEGRADO SERVIÇOS**, localizado no município de Campo Mourão – Estado do Paraná, à Avenida Irmãos Pereira, nº 870 – Centro – CEP 87.301-010 com o CNPJ 79.264.628/0002-35 e NIRE 4190087510-4;
- (c) **ADMINISTRAÇÃO CENTRAL**, localizada no município de Campo Mourão, Estado do Paraná, à Avenida José Custódio de Oliveira, nº 1325 – Centro – CEP 87.300-020 com o CNPJ 79.264.628/0004-05 e NIRE 4190088614-9;
- (d) **TERRA BOA**, localizado no município de Terra Boa – Estado do Paraná, na Avenida Napoleão Moreira da Silva, nº 185 – Bairro Centro – CEP 87.240-000 com o CNPJ 79.264.628/0005-88 e NIRE 41901801341;
- (e) **PAPELARIA INTEGRADO**, localizada no município de Campo Mourão, Estado do Paraná, à Avenida José Custódio de Oliveira, nº 1325, sala 03 – Centro – CEP 87.300-020 com o CNPJ 79.264.628/0007-40 e NIRE 4190182412-1;
- (f) **GOIOERÊ**, localizada no município de Goioerê, Estado do Paraná, à Avenida Daniel Portela, nº 842 – Centro – CEP 87.360-000 com CNPJ 79.264.628/0008-20 e NIRE 41901844113.



INSTRUMENTO PARTICULAR DE 12ª ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO
CONTRATO SOCIAL DA SOCIEDADE
CEI – CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA
CNPJ: 79.264.628/0001-54 NIRE: 41205154216

II - DA ALTERAÇÃO DO OBJETO SOCIAL

2.1 No Instrumento Particular de 8ª Alteração Contratual, arquivado na Junta Comercial do Paraná sob nº 20194689280 em 06/09/2019, foi mencionado no item "I" de alterações, o objeto social da empresa, mas não foi solicitado o evento, portanto, fica neste ato, ratificada a cláusula 2ª da alteração do objeto social da empresa, incluindo o comércio varejista de apostilas, livros, jornais, revistas, materiais escolares e didáticos e artigos de papelaria.

2.2 Tendo em vista a inclusão acima, a cláusula segunda do Contrato Social passará a vigorar com a seguinte redação:

***Cláusula 2a** – A sociedade tem por objetivo a prestação de serviços educacionais em todos os níveis, nas modalidades presencial e à distância incluindo: educação infantil, ensino fundamental, ensino médio, ensino técnico e profissionalizante, ensino superior tecnológico e de graduação, pós-graduação, especializações técnicas e extensão. Promover congressos, eventos, cursos, pesquisas e projetos culturais, científicos e educacionais. Prestar serviços, realizar pesquisas, produzir e comercializar produtos, inclusive sementes. Comercio varejista de apostilas, livros, jornais, revistas, materiais escolares e didáticos e artigos de papelaria.*



**INSTRUMENTO PARTICULAR DE 12ª ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO
CONTRATO SOCIAL DA SOCIEDADE
CEI – CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA
CNPJ: 79.264.628/0001-54 NIRE: 41205154216**

III. DA CONSOLIDAÇÃO DO CONTRATO SOCIAL

3.1 Tendo em vista as alterações acima descritas, resolvem os quotistas consolidar o Contrato Social da sociedade, que passará a ter vigência com a seguinte redação:

**CONTRATO SOCIAL CONSOLIDADO:
CEI – CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA**

Pelo presente instrumento particular, os abaixo assinados:

PEDRO HENRIQUE MONTANS BAER, brasileiro, casado, administrador de empresa, natural de Campo Mourão-PR, nascido em 07 de dezembro de 1.984, portador da Cédula de Identidade – RG. sob nº 4.915.476-3/PR, inscrito no CPF sob nº 044.003.949-56, residente e domiciliado na Av. José Custódio de Oliveira, 1825, Apto 1.001, Edifício Residencial Eldorado, centro, CEP. 87.300-020, em Campo Mourão-PR;

AROEIRA – ADMINISTRADORA DE BENS LTDA, inscrita no CNPJ/MF sob nº 10.802.737/0001-81, com seu ato constitutivo registrado na Junta Comercial do Estado do Paraná, NIRE sob o nº 4120646786-2, em 05 de maio de 2.009 e última alteração contratual em 12 de maio de 2.017 sob nº 20172244226, com sede na Avenida José Custódio de Oliveira, nº 1.325, centro, CEP: 87.300-020, na cidade de Campo Mourão-PR, representada por seu sócio administrador, HENNING ERICH BAER, brasileiro, natural de Ivoti, Estado do Rio Grande do Sul, divorciado, agricultor, residente e domiciliado na Rua Interventor Manoel Ribas, 1.011, Apto 1.401, centro, CEP. 87.300-420, em Campo Mourão-PR, portador da Cédula de Identidade Civil RG nº 844.584/SSP-PR e inscrito no CPF sob nº 206.865.799-68; e



**INSTRUMENTO PARTICULAR DE 12ª ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO
CONTRATO SOCIAL DA SOCIEDADE
CEI – CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA
CNPJ: 79.264.628/0001-54 NIRE: 41205154216**

BRAÚNA – ADMINISTRADORA DE BENS LTDA, inscrita no CNPJ/MF sob nº 10.832.522/0001-03, com seu ato constitutivo registrado na Junta Comercial do Estado do Paraná, NIRE sob o nº 4120647810-4, em 18 de maio de 2.009 e última alteração contratual em 03 de Março de 2.021 sob nº 20211086053, com sede na Avenida José Custódio de Oliveira, nº 1.325, centro, CEP: 87.300-020, na cidade de Campo Mourão-PR, representada por sua sócia administradora, MARIA DA CONCEIÇÃO MONTANS BAER, brasileira, natural de Cornélio Procopio, Estado do Paraná, divorciada, psicóloga, residente e domiciliada na Rua Interventor Manoel Ribas, 1.011, Apto 1.501, centro, CEP. 87.300-420, em Campo Mourão-PR, portadora da Cédula de Identidade Civil RG nº 821.121-3/SSP-PR e inscrita no CPF sob nº 004.240.238-73,

Resolvem constituir uma sociedade empresária do tipo limitada, na forma da Lei, que se regerá mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CONTRATO SOCIAL DA
CEI – CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA**

DA DENOMINAÇÃO, OBJETO, SEDE E PRAZO DE DURAÇÃO

Cláusula 1ª – A sociedade girará sob o nome empresarial de CEI – CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA e se rege pelas cláusulas do presente contrato, pelas regras aplicadas às sociedades limitadas, previstas no Código Civil Brasileiro, bem como, supletivamente, pela Lei das Sociedades Anônimas.

Cláusula 2ª – A sociedade tem por objetivo a prestação de serviços educacionais em todos os níveis, nas modalidades presencial e à distância

**INSTRUMENTO PARTICULAR DE 12ª ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO
CONTRATO SOCIAL DA SOCIEDADE
CEI – CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA
CNPJ: 79.264.628/0001-54 NIRE: 41205154216**

incluindo: educação infantil, ensino fundamental, ensino médio, ensino técnico e profissionalizante, ensino superior tecnológico e de graduação, pós-graduação, especializações técnicas e extensão. Promover congressos, eventos, cursos, pesquisas e projetos culturais, científicos e educacionais. Prestar serviços, realizar pesquisas, produzir e comercializar produtos, inclusive sementes. Comercio varejista de apostilas, livros, jornais, revistas, materiais escolares e didáticos e artigos de papelaria.

Cláusula 3ª – A sociedade tem sede e foro em Campo Mourão, Estado do Paraná, à Avenida Irmãos Pereira, nº 670, Bairro Centro, CEP: 87.301-010, podendo, por deliberação dos administradores, abrir filiais, agências e escritórios em qualquer parte do território nacional, observadas as prescrições legais próprias.

Parágrafo Único: A sociedade possui as seguintes filiais:

- (a) **CAMPUS UNIVERSITÁRIO INTEGRADO**, localizado no município de Campo Mourão – Estado do Paraná, à rua Lauro de Oliveira Souza, 440 Lote 142R.10 Saída para Maringá – Área Urbanizada II, CEP 87.309-701 com o CNPJ nº 79.264.628/0003-16 e NIRE 419083195-6;
- (b) **INTEGRADO SERVIÇOS**, localizado no município de Campo Mourão – Estado do Paraná, à Avenida Irmãos Pereira, nº 870 – Centro – CEP 87.301-010 com o CNPJ 79.264.628/0002-35 e NIRE 4190087510-4;
- (c) **ADMINISTRAÇÃO CENTRAL**, localizada no município de Campo Mourão, Estado do Paraná, à Avenida José Custódio de Oliveira, nº 1325 – Centro – CEP 87.300-020 com o CNPJ 79.264.628/0004-05 e NIRE 4190088614-9;
- (d) **TERRA BOA**, localizado no município de Terra Boa – Estado do Paraná,

**INSTRUMENTO PARTICULAR DE 12ª ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO
CONTRATO SOCIAL DA SOCIEDADE
CEI – CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA
CNPJ: 79.264.628/0001-54 NIRE: 41205154216**

na Avenida Napoleão Moreira da Silva, nº 185 – Centro – CEP 87.240-000 com o CNPJ 79.264.628/0005-88 e NIRE 41901801341;

- (e) **PAPELARIA INTEGRADO**, localizada no município de Campo Mourão, Estado do Paraná, à Avenida José Custódio de Oliveira, nº 1325, sala 03 – Centro – CEP 87.300-020 com o CNPJ 79.264.628/0007-40 e NIRE 4190182412-1;
- (f) **GOIOERÊ**, localizada no município de Goioerê, Estado do Paraná, à Avenida Daniel Portela, nº 842 – Centro – CEP 87.360-000 com CNPJ 79.264.628/0008-20 e NIRE 41901844113.

Cláusula 4ª – A sociedade, cujas atividades iniciaram-se em 10 de Outubro de 1.986, tem prazo de duração indeterminado.

DO CAPITAL SOCIAL

Cláusula 5ª – O capital social de R\$ 5.200.000,00 (cinco milhões e duzentos mil reais), dividido em 5.200.000 (cinco milhões e duzentas mil) quotas no valor nominal de R\$1,00 (um real), fica assim distribuído, entre os sócios:

SÓCIOS	QUOTAS	VALOR (R\$)	%
Aroeira– Administradora de Bens Ltda	4.346.464	R\$ 4.346.464,00	83,58%
Braúna – Administradora de Bens Ltda	849.185	R\$ 849.185,00	16,33%
Pedro Henrique Montans Baer	4.351	R\$ 4.351,00	0,09%
TOTAL	5.200.000	R\$ 5.200.000,00	100%

Parágrafo Único: A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas cotas, mas todos respondem solidariamente pela integralização do capital

**INSTRUMENTO PARTICULAR DE 12ª ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO
CONTRATO SOCIAL DA SOCIEDADE
CEI – CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA
CNPJ: 79.264.628/0001-54 NIRE: 41205154216**

social.

DAS DELIBERAÇÕES DOS SÓCIOS COTISTAS

Cláusula 6ª – Todas as deliberações que visem à orientação dos negócios da sociedade serão sempre tomadas por deliberação da maioria dos sócios cotistas, com exceção de quórum especial previsto no presente Contrato Social e dos atos expressamente elencados em lei e que exigem aprovação de, no mínimo, representantes de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do capital social, tais como alteração do Contrato Social, cisão, incorporação, transformação, dissolução ou a cessação do estado de liquidação da sociedade.

DA ADMINISTRAÇÃO

Cláusula 7ª – A sociedade será administrada por administradores “sócios” e/ou por administradores “não sócios”, designados no Contrato Social e suas alterações, aos quais será conferido o título de Administrador da Sociedade, podendo constituir mandatários residentes no país.

Parágrafo Único: A designação de administradores “não sócios” dependerá da aprovação de sócios que detenham no mínimo 70% (setenta por cento) do capital social, o qual poderá ser efetivado no próprio instrumento de alteração contratual.

Cláusula 8ª - A sociedade será administrada isoladamente pelo sócio cotista PEDRO HENRIQUE MONTANS BAER, na qualidade de sócio administrador a partir da data da assinatura deste instrumento, por prazo indeterminado, cujos poderes e atribuições se encontram discriminados nos parágrafos que seguem:



**INSTRUMENTO PARTICULAR DE 12ª ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO
CONTRATO SOCIAL DA SOCIEDADE
CEI – CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA
CNPJ: 79.264.628/0001-54 NIRE: 41205154216**

Parágrafo Primeiro: A sociedade será representada, individualmente, ativa e passivamente, judicial e extrajudicialmente, por seu sócio administrador designado que terá amplos e gerais poderes de administração dos negócios sociais e a prática dos atos necessários ao regular funcionamento da sociedade, de modo a atingir o seu objeto, em especial para contratar, transigir, dar quitação, contrair obrigações, enfim desempenhar todos os atos necessários para o fiel exercício de suas funções, devendo empregar o cuidado e a diligência que toda pessoa ativa e proba costuma empregar na administração de seus próprios negócios.

Parágrafo Segundo: Ao sócio administrador compete, a seu critério, adquirir bens móveis e imóveis, bem como serviços ligados à atividade da empresa; vender bens móveis; prestar avais, fianças, endossos, abonos, hipotecas e penhoras em nome da sociedade e de empresas das quais a sociedade participe diretamente; contratar com bancos e instituições e/ou cooperativas de crédito financiamentos e empréstimos; emitir títulos de créditos; confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar a direitos, receber, dar quitação e firmar compromisso, quando do interesse da sociedade; assinar cheques e autorizar débitos em conta corrente, respectivos contratos, cédulas, escrituras e outros documentos que forem necessários.

Parágrafo Terceiro: Nos limites de suas atribuições e poderes, é lícito ao sócio administrador contrair empréstimo e financiamentos, com ou sem garantia de direito real ou pessoal, junto às instituições financeiras e de crédito, oficiais e particulares.

Parágrafo Quarto: Atos da sociedade que compreendam a venda de bens imóveis ou de prestação de avais, fianças, endossos, abonos, hipotecas e penhoras em nomes de terceiros exigem aprovação de, no mínimo, 70% (setenta por cento) das quotas do capital da sociedade.



INSTRUMENTO PARTICULAR DE 12ª ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO
CONTRATO SOCIAL DA SOCIEDADE
CEI – CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA
CNPJ: 79.264.628/0001-54 NIRE: 41205154216

Parágrafo Quinto: No limite de suas atribuições e poderes é lícito ao sócio administrador constituir em nome da sociedade procuradores por instrumento com poderes específicos e prazo determinado e procuradores “ad judícia” com poderes específicos e prazo indeterminado, ressalvados os atos descritos no parágrafo anterior. Procurações para os atos específicos do parágrafo quarto desta cláusula, a sociedade deverá ser representada no mínimo com 70% (setenta por cento) das quotas do capital da sociedade.

Cláusula 9ª – Os sócios cotistas que integrarem a administração da sociedade terão direito a uma retirada a título de pró-labore, a qual será levada diretamente a débito de despesas gerais para fins de escrituração.

**DO EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E
DISTRIBUIÇÃO DE LUCROS**

Cláusula 10ª – O exercício social compreende-se entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de cada ano.

Cláusula 11ª – Ao fim de cada exercício social, os administradores prestarão contas de sua administração, procedendo à elaboração do Balanço Patrimonial e da Demonstração de Resultados.

Cláusula 12ª – Nos quatro meses seguintes ao término do exercício social, os sócios que não exerçam cargo de administradores deliberarão sobre as contas referidas na cláusula 11ª, aos quais deverão ser colocadas à disposição pelo administrador, por escrito e com a prova do respectivo recebimento, até 30 dias antes da data marcada para a respectiva deliberação, cabendo a todos os sócios deliberarem sobre a distribuição de lucros, se houver.

**INSTRUMENTO PARTICULAR DE 12ª ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO
CONTRATO SOCIAL DA SOCIEDADE
CEI – CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA
CNPJ: 79.264.628/0001-54 NIRE: 41205154216**

Parágrafo Primeiro – A sociedade, por resolução dos sócios, poderá levantar balanços a qualquer momento dentro do exercício social, realizando, se assim deliberarem, a distribuição de lucros.

Parágrafo Segundo – No caso de a totalidade dos sócios cotistas exercerem cargos de administração na sociedade, caberá a estes a aprovação das contas previstas na cláusula 10ª.

**DA EXCLUSÃO, RETIRADA E SUCESSÃO DOS SÓCIOS E
DA LIQUIDAÇÃO DA SOCIEDADE**

Cláusula 13ª – A exclusão, retirada, incapacidade superveniente ou falecimento de qualquer dos sócios cotistas não extingue a sociedade, regulando-se a apuração e o pagamento de seus haveres segundo o disposto nas cláusulas 14ª a 16ª, a seguir.

Parágrafo Único. A exclusão de sócio cotista poderá ser deliberada por maioria de votos, nos termos da lei.

Cláusula 14ª – No caso de sócio cotista que queira se retirar da sociedade, deverá o mesmo notificar os demais sócios cotistas, por carta registrada no Cartório de Registro de Títulos e Documentos da sede social, fixando o preço de suas quotas.

Parágrafo Primeiro. Os sócios cotistas notificados terão o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar quanto ao interesse ou desinteresse na aquisição das quotas do sócio cotista notificante, sendo que, se houver mais de um interessado, a aquisição se fará obedecida a proporção das quotas possuídas.

**INSTRUMENTO PARTICULAR DE 12ª ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO
CONTRATO SOCIAL DA SOCIEDADE
CEI – CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA
CNPJ: 79.264.628/0001-54 NIRE: 41205154216**

Parágrafo Segundo. Se os sócios cotistas notificados não adquirirem as quotas do sócio cotista notificante, a preferência, no prazo de 30 (trinta) dias, transfere-se à sociedade, que poderá adquiri-las, mantendo-se inalterado o valor do capital social.

Parágrafo Terceiro. Não se dando a aquisição das quotas do sócio cotista notificante, quer pela sociedade, quer pelos sócios cotistas notificados, elas poderão ser transferidas a terceiros, com autorização por escrito dos últimos, desde que mantidas as mesmas condições oferecidas aos demais sócios cotistas.

Parágrafo Quarto. Na hipótese de as quotas do sócio cotista notificante não serem transferidas aos sócios cotistas notificados, à sociedade ou a terceiros, cumpridas as normas dos parágrafos antecedentes, seus haveres serão apurados e pagos pela sociedade, como estabelece a cláusula 16ª, com a consequente dissolução parcial da sociedade.

Cláusula 15ª – No caso de morte ou declaração de incapacidade de um dos sócios cotistas, a sociedade poderá continuar com a participação dos seus sucessores e dos sócios cotistas remanescentes, em havendo acordo. Em caso de desacordo, ou assim desejando os sucessores, seus haveres serão apurados e pagos como determina a cláusula 16ª.

Parágrafo Único. Se os herdeiros do sócio cotista falecido pretenderem transferir as suas quotas e haveres existentes na sociedade, deverão seguir os procedimentos previstos na cláusula 14ª.

Cláusula 16ª – A apuração dos haveres do sócio cotista retirante, excluído, dissidente, declarado incapaz ou falecido se dará por intermédio de balanço patrimonial especial, a ser levantado em época própria, com avaliação dos



**INSTRUMENTO PARTICULAR DE 12ª ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO
CONTRATO SOCIAL DA SOCIEDADE
CEI – CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA
CNPJ: 79.264.628/0001-54 NIRE: 41205154216**

bens por preço de mercado a ser realizada por perito eleito em conjunto pela sociedade e pelo sócio cotista ou seus sucessores, tomando-se por base os valores nas datas da retirada, da exclusão, da declaração de impedimento ou do falecimento.

Parágrafo Primeiro. Apurados os seus haveres, o pagamento das quotas pela sociedade deverá se dar em até 120 (cento e vinte) parcelas, mensais e consecutivas, vencendo-se a primeira delas dentro de 90 (noventa) dias da conclusão da apuração. Referidas parcelas sofrerão a incidência de juros de 1% ao mês e serão corrigidas monetariamente pelo INPC, em periodicidade permitida em lei.

Parágrafo Segundo. A apuração dos haveres do sócio cotista será considerada concluída consensualmente, quando com ela estejam de acordo sócios cotistas representando dois terços do capital social ou judicialmente, com o trânsito em julgado de sentença, proferida em processo de apuração de haveres.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 17ª – Em conformidade com o disposto na cláusula 8ª do Contrato Social, o sócio administrador declara, sob as penas da lei, que não está impedido de exercer a administração da sociedade, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrar sob os efeitos dela, a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, fé pública ou a propriedade.

INSTRUMENTO PARTICULAR DE 12ª ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO
CONTRATO SOCIAL DA SOCIEDADE
CEI – CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA
CNPJ: 79.264.628/0001-54 NIRE: 41205154216

DO FORO

Cláusula 18ª – Para qualquer divergência entre os cotistas ou declarações sobre as cláusulas e parágrafos deste contrato, fica eleito o foro de Campo Mourão, Estado do Paraná, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem às partes justas e contratadas, assinam o presente instrumento de Contrato Social da sociedade CEI – CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA, em 01 (uma) via para que surtam os efeitos legais.

Campo Mourão/PR, 24 de setembro de 2021.



PEDRO HENRIQUE MONTANS BAER



AROEIRA – ADMINISTRADORA DE BENS LTDA
Henning Erich Baer
Sócio administrador



BRAÚNA – ADMINISTRADORA DE BENS LTDA
Maria da Conceição Montans Baer
Sócia administradora



TERMO DE AUTENTICIDADE

Eu, SILVIA OFFMANN, com inscrição ativa no CRC/PR, sob o nº 046518, expedida em 23/12/2002, inscrito no CPF nº 00720679931, DECLARO, sob as penas da Lei Penal, e sem prejuízo das sanções administrativas e cíveis, que este documento é autêntico e condiz com o original.

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)		
CPF	Nº do Registro	Nome
00720679931	046518	Silvia Offmann



CERTIFICO O REGISTRO EM 01/10/2021 11:56 SOB Nº 20216024021.
PROTOCOLO: 216024021 DE 13/09/2021.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12107332670. CNPJ DA SEDE: 79264628000154.
NIRE: 41205154216. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 24/09/2021.
CEI - CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 7.515.898-0

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 7.515.898-0 DATA DE EXPEDIÇÃO: 20/11/2010

NOME: ANNABEL FOGAÇA ALVES PEREIRA

FILIAÇÃO: JOSE PEREIRA ALVES
RODNEIA FOGAÇA ALVES

NATURALIDADE: UBIATÁ-PR DATA DE NASCIMENTO: 25/10/1980

DOC. ORIGEM: COMARCA=ICARAIMA/PR, DA SEDE
C CAS=2763, LIVRO=88, FOLHA=282

CPF: 031.201.779-03

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

É PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: ANNABEL FOGACA ALVES PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / CNH PASSOUR / UF: 7515898-0 BESP PR

CPF: 031.201.779-03 DATA NASCIMENTO: 25/10/1980

FILIAÇÃO: JOSE PEREIRA ALVES
RODNEIA FOGACA ALVES

PERMISSÃO: AB

DATA DE EMISSÃO: 06/12/2021 DATA DE VALIDADE: 16/12/2006

04003604023

1376025274

DETRAN-PR (PARANÁ)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TITULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR: ANNABEL FOGAÇA ALVES PEREIRA

DATA DE NASCIMENTO: 25/10/1980

CPF: 0676 9996 0604

169 0019

CAMPINA DA LAGOA/PR

04/05/2022

Des. Wellington Emanuel Coimbra de Moura

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

Sistema Único de Saúde

ANNABEL FOGACA ALVES PEREIRA

Data Nasc: 25/10/1980 Sexo: F

703 4062 3626 8911

SUS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO

FISIOTERAPIA

INSCRIÇÃO CREDITO: 90380-F

ANNABEL FOGAÇA ALVES

JOSÉ PEREIRA ALVES

RODNEIA FOGAÇA ALVES

UBIATÁ-PR

CURITIBA - PR

25/10/80

27/07/07

Dr. Roberto Matar Capeda

IDENTIFICADOR COS

7.515.898-0

13/06/95

SSP/PR

IDENTIDADE ELEITORAL

0676999606-04

PR/31*

IDENTIDADE DO CONTRIBUINTE

031.201.779-03

CPF

031.201.779-03

CPF

Responsavel pela Iluminacao Publica: Municipio 4435253833

Classificacao:
RESIDE/RESIDENCIAL

Tipo de Fornecimento:
BIFASICO / 50A

JOSE PEDRO DOS REIS

AV AFONSO BOTELHO, 340

CEP: 87301176

Cidade: CAMPO MOURAO - PR

CPF: ***-**-79-20



UNIDADE CONSUMIDORA

13503251

▲ CÓDIGO DÉBITO AUTOMÁTICO ▲

CÓDIGO DO CLIENTE

PAGUE COM PIX

AS [16/07/2024]

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
07/2024	24/07/2024	R\$ 281,10



NOTA FISCAL No 109942720 - SERIE 3 / DATA EMISSAO: 06/07/2024

Consulte Chave de Acesso em:

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

Chave de acesso:

41240704368898000106660031099427202061409964

Protocolo de Autorizacao: - as -03.00

EMITIDA EM CONTINGENCIA - Pendente de Autorizacao

1 A8 18/07.

DATAS DE LEITURAS	Leitura Anterior	Leitura Atual	N. Dias	Proxima Leitura
	05/06/2024	05/07/2024	30	06/08/2024

Itens da Fatura	Unidade	Quantidade	Preco unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS / COFINS	ICMS	Tarifa unit (R\$)
(01) CONSUMO	kWh	258	0,387441	99,96	4,26	18,99	0,297360
(02) USO SISTEMA	kWh	258	0,433837	111,93	4,77	21,26	0,332960
(03) ENERGIA CON	kWh			1,06	0,06	0,20	
(04) CONT ILUMIN				36,89			
(05) MULTA POR A				9,70			
(06) ACRESCIMO M				2,63			
(07) SERVICO DE		1	14,140000	14,14			
(08) JUROS CONTA				6,79			
TOTAL				281,10			



UNIVERSIDADE PARANAENSE

Reconhecida pela Portaria MEC n.º 1580, de 09/11/93, Publicada no D.O.U. de 10/11/93.

Estado do Paraná



O Reitor da Universidade Paranaense, no uso de suas atribuições e tendo em vista a colação de grau do Curso de FISIOTERAPIA, em 26 de janeiro de 2006, confere o título de FISIOTERAPEUTA

a

ANNABEL FOGAÇA ALVES,

brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida a 25 de outubro de 1980, RG 7.515.898-0 PR, e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Umuarama, 27 de janeiro de 2006.

Diplomada

Reitor

UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR
CURSO DE FISIOTERAPIA
Reconhecido pela Portaria Ministerial n.º 767,
de 23/03/06 - D.O.U. de 24/03/06.

CURSO CONCLUÍDO EM: 17 / 12 / 2005

CANDIDO GARCIA
REITOR

 UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR
Umuarama - PR.
Departamento Especial de Registro de Diplomas
Diploma registrado sob n.º 018631
Processo n.º 019111 / 2007.
nos termos do art. 48 da Lei 9.394/96.
Umuarama, 05 de março de 2007.

CANDIDO GARCIA
Reitor

UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR
Registrado sob o n.º 366 às páginas n.º 15-V
do Livro de Registro n.º 001 desta Universidade.

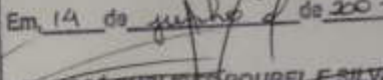
COFFITO

Conselho Federal de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional

Diploma Registrado sob o n.º 90380

No Livro n.º 227 às fls. 17

Em 14 de julho de 2007


Dr. JOSÉ EUCLIDES ROUBELE SILVA
PRESIDENTE

CREFITO - 8

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia
Ocupacional da 6ª Região

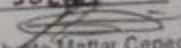
Nome: Annabel Fogaça
Alves

Fisioterapeuta

Inscrição n.º 90380 F

Livro F. 18 Fls. 64

Em 28 de julho de 2007


Dr. Roberto Mattar Cepeda
Presidente

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ

A Escola de Saúde Pública do Paraná certifica que

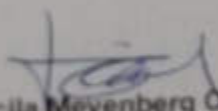
Annabel Fogaça Alves Pereira

natural de Ubatatã/PR, nascido(a) em 25/10/80, RG nº 7.515.898-0/PR, concluiu o Curso de

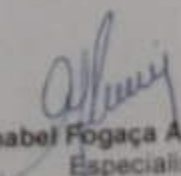
Especialização em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde,

ministrado em nível de pós-graduação *Lato Sensu*, realizado no período de 24/08/2017 a 05/10/2018, conferindo-lhe o título de *Especialista em Saúde Mental com Ênfase na Atenção Primária à Saúde* para que possa usufruir dos direitos e prerrogativas legais.

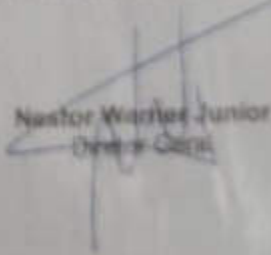
Curitiba, 25 de Julho de 2019.



Priscila Meyenberg Cunha Sade
Chefe da Divisão de Ensino



Annabel Fogaça Alves Pereira
Especialista



Nestor Wagner Junior
Diretor Geral

CONTA

FONE SANEPAR: 0800-200-0115

NOME DO CLIENTE		MATRÍCULA	
JOSE PEREIRA ALVES		0444.3594	
ENDEREÇO	NÚMERO	Nº LADO - Nº FRENTE	
AV AFONSO BOTELHO Q01 D01	428		
CEP	LOCAL		
87.301-176	CAMPO MOURAO		
ROTEIRO DE LEITURA	HIDRÔMETRO	CAT - RES - COM - IND - UTP - POP	
026-11-02-002-84040	Y22SG2145620-4-1	011 001 - - - -	

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA	Turbidez	Cor	Cloro	Fluor	Calc. Totais	Definições no verso
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	110	110	110	0	110	
Nº Amostras Realizadas	120	120	120	132	124	
Nº Amostras que Atenderam à Legislação	120	120	120	132	124	
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	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO
2024	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	PAGO	X	---	---

FAIXAS DE CONSUMO	VOLUME	VALOR M3/RS	TOTAIS
		AGUA	AGUA ESGOTO
RES Mínimo	5		50,42 40,34
De 6 a 10m3	5	1,56	7,80 6,24
De 11 a 15m3	5	8,69	43,45 34,76

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
20	31	R	16	17	17	18	14	17	19	18

DIAS DE CONSUMO	DATA LEITURA	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO/m3	REFERÊNCIA
28	14/11/2024	414	429	15	11/2024
MOTIVO DA AUSÊNCIA DE LEITURA		MÉDIA DE CONSUMO/m3 ÚLTIMOS 5 MESES		VENCIMENTO	
		17		02/12/2024	
PREVISÃO PRÓXIMA LEITURA	AGUA	ESGOTO	SERVIÇOS	TOTAL	
16/12/2024	101,87	81,34		183,01	

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\$ 15,57

AUTENTICAÇÃO NO VERSO

OBSERVAÇÕES NO VERSO

COMPROVANTE CLIENTE

82610000001-5 83010109202-1 41202044435-9 94112024119-0



CTRL 0444 3594 1124 1126



CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA
OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO

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

DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

Número 24112611032863639396 | Validade 26/12/2024

Jurisdição: PR

Declaramos para os devidos fins que o (a) profissional **ANNABEL FOGAÇA ALVES**, CPF **031.201.779-03**, registrado (a) como **FISIOTERAPEUTA** sob o número **90380-F**, encontra-se com a seguinte situação cadastral neste Conselho:

FISIOTERAPIA - ATIVO(A) DESDE 27/07/2007

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 26/12/2024 - Fornecimento gratuito.

Declaração Digital n.o 24112611032863639396. Emitida eletronicamente via internet às 11:03 de 26/11/2024. Sua autenticidade poderá ser confirmada no site ou pelo *QR CODE* ao lado. Atenção: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



Annabel Fogaça Alves Pereira
Tel.: (44)98413-2130



CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA
OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO

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

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Número 24112612133158787894

Jurisdição: PR

Declaramos para os devidos fins que **ELAINE CRISTINA COSTA LOPES**, inscrito(a) neste CREFITO 8 sob o[s] número[s] **82951-F**, encontra-se quite com esta Tesouraria no que se refere ao pagamento das anuidades.

Ressalvado o direito do CREFITO 8 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 tributos administrados pelo CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 26/12/2024 - Fornecimento gratuito.

Declaração Digital n.o 24112612133158787894. Emitida eletronicamente via internet às 12:13 de 26/11/2024. Sua autenticidade poderá ser confirmada no site ou pelo *QR CODE* ao lado. Atenção: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

Curso recomendado pela CAPES, reconhecido pela Portaria MEC nº 609, de 14/03/2019 - D.O.U. 18/03/2019.

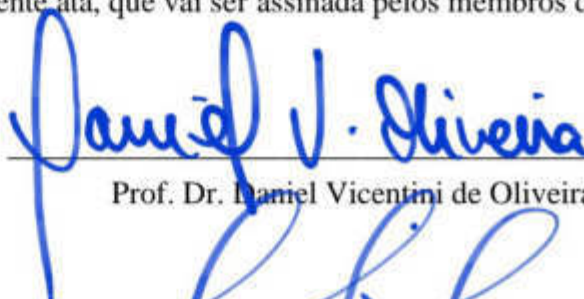
ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Aos sete dias do mês de julho do ano de dois mil e vinte e três, às quatorze horas, na UNIVERSIDADE CESUMAR - UNICESUMAR, realizou-se a prova de Defesa de Dissertação, sob título: *"IMPACTO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA DE IDOSOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL NA QUALIDADE DE VIDA E NA PERCEPÇÃO DE ESTRESSE DE SEUS CUIDADORES"* De autoria do (a) candidato (a) **ELAINE CRISTINA COSTA LOPES**, aluno (a) do Programa/Curso de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, em nível de Mestrado. A Comissão Examinadora esteve constituída pelos professores doutores abaixo relacionados. Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, a Comissão Examinadora considerou o (a) candidato (a):

☒ Aprovado(a) sem alterações () Aprovado(a) com alterações () Reprovado(a)

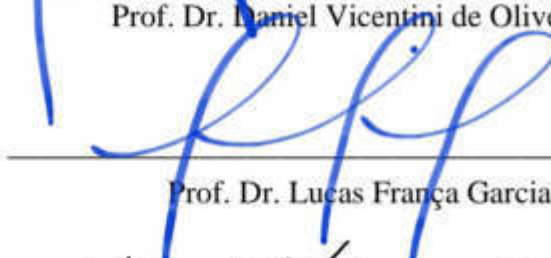
E, para constar, foi lavrada a presente ata, que vai ser assinada pelos membros da Comissão.

Orientador -Presidente:



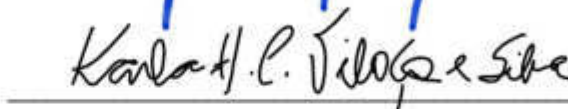
Prof. Dr. Daniel Vicentini de Oliveira

1º Examinador:



Prof. Dr. Lucas França Garcia

2º Examinador:



Prof.^a Dr.^a Karla Helena Coelho Vilaça e Silva
(Universidade Católica de Brasília – UCB)

Mestrando(a):



() Vide verso: Em caso de alterações solicitadas pela Comissão Examinadora

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

Curso recomendado pela CAPES, reconhecido pela Portaria MEC nº 609, de 14/03/2019, D.O.U. 18/03/2019.

PROCESSO DE ADMISSÃO EM MESTRADO

Nome completo: _____
CPF: _____
Data de nascimento: ____/____/____
Endereço completo: _____
Cidade: _____ Estado: _____
CEP: _____

Telefone residencial: (____) _____
Telefone celular: (____) _____
E-mail: _____
Assinatura do candidato: _____
Data: ____/____/____

Assinatura do responsável legal: _____
Data: ____/____/____

Declaração de que o candidato não possui vínculo com o programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde
Assinatura do responsável legal: _____
Data: ____/____/____



UNIVERSIDADE
SANTA CECÍLIA

Certificamos que

ELAINE CRISTINA COSTA LOPES



Diretoria de
Pós-Graduação
Pesquisa e Extensão

concluiu o Curso de Pós-Graduação "Lato Sensu" em nível de especialização em "GERONTOLOGIA CLÍNICA" ministrado nesta Universidade no período de 14 de abril de 2007 a 24 de novembro de 2008, com carga horária de 504 horas.

Santos, 26 de junho de 2009.



PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA


Christiane Alípio da Silva Moraes
Secretária


RG.: 09.396.583-6 - SP
Especiúnte

Prof. Auro Ertanuel Pasqualeto Figueiredo
Diretor

AUTENTICADO NO VERSO

. O Curso de Pós-Graduação "Lato Sensu" em nível de Especialização "GERONTOLOGIA CLÍNICA" cumpriu às exigências da Legislação vigente do CNE.

- . Coordenador: Prof. Ms. Carlos Alberto Moraes.
- . Registro n.º 2.400 do Livro n.º 02 de Registros dos Cursos de Pós-Graduação "Lato Sensu", fl. 98.-
- . Carga horária - 504 horas.
- . Frequência – 96 %.
- . Conceito – Aprovado.

Santos, 26 de junho de 2009.-



Christiane Alípio da Silva Moraes
Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
Secretaria

1º REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
2º TABELIONATO DE NOTAS
MANTENDO A
Agência Policial (Instituto de Polícia de Defesa do Estado)

Rua Paulo Gomes, José Maria, 306
Zona II - CEP 13163-330 - Baurista
(14) 3333-7186 - www.tabelionato.org.br

Autentico a presente fotocópia por conferir com original que me foi apresentado. "0072", Dou 16, Enol 854-340/90-2000, Fuzquia 05.1.03.600 03100, FINECP 083.21, SSOV 086.08
TOM 038.61, Matéria 23 de junho de 2021 - 12:00-13h
Em 16 de junho de 2021

Eder Aparecido de Berto Silva
Escritário Juramentado

15
TABELIONATO DE NOTAS
FUNDAÇÃO
Le 03.06.2001
Taboelato de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia
FTP03450



**ELAINE CRISTINA COSTA
LOPES**

Nº 704201790136283

IDENTIDADE CIVIL

29.396.383-6 27/09/2000 SSP/SP
 NÚMERO DATA DE EMISSÃO ORGÃO EMITENTE
 IDENTIDADE ELEITORAL
 223884760167 SP/317* 29231632917
 NÚMERO ORGÃO REGISTRO CONTROLE
 OUTRA QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL
 (Nas áreas de Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional)



ASSINATURA DO PORTADOR

POLEGAR DIREITO



CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 CONSELHO REGIONAL DE PSICOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL DA 2ª REGIÃO

FISIOTERAPEUTA INSCRIÇÃO CREFITO - 82951-F

NOME **DRA. ELAINE CRISTINA COSTA LOPES**

FILIAÇÃO **ALFREDO ROBERTO LOPES**
MARIA TERESA DA COSTA LOPES

LONDRINA - PR 23/07/1982
 LOCAL DO NASCIMENTO (CIDADE - ESTADO DO PAÍS) DATA DO NASCIMENTO

CURITIBA-PR 18/07/2016
 LOCAL DA EMISSÃO DATA DE EMISSÃO

LEI Nº 6.206 - 07.05.75
 LEI Nº 6.316 - 17.12.75

Ruy Moreira da Costa Filho
 Dr. Ruy Moreira da Costa Filho
 PRESIDENTE



1º REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
 2º TABELIONATO DE NOTAS
 MARINGÁ - PR
 Agente Delegado Designado: Eder Aparecido de Berso Silva

Rua Padre Germano José Meyer, 565
 Zona 02 - CEP 87.216-330 - Maringá/PR
 (44) 3354.7116 - www.carbofensaranga.com

Autentico a presente fotocópia por conferir com original que me foi apresentado, *0072*. Dou fé. Emol

R\$4,34 (VRC 20,00), Funreju: R\$1,00, Selo: R\$0,90, FUNDIF: R\$0,21, SSGN: R\$0,08

Total: R\$6,51 Maringá, 23 de Julho de 2021 - 12:50:13h

Eder Aparecido de Berso Silva
 Escrevente Juramentado



NOME COMPLETO:

ELAINE CRISTINA COSTA LOPES

CONTATO:

(44) 99133-2307



República Federativa do Brasil

Universidade Santa Cecília

Faculdade de Fisioterapia



A Rectora da Universidade Santa Cecília, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do curso de Fisioterapia em 20 de dezembro de 2005, confere o título de

Fisioterapeuta a

Zelaine Cristina Costa Lopes

brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida a 23 de julho de 1982

R.G. n.º 29.590.585-6 - SP

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

Santos, 19 de janeiro de 2006

Prof.ª Sônia Angéla Teixeira Pericardo
Rectora - R.G. n.º 1.605.570

Paulo Henrique

Prof. João Batista Elcida Faria
Reitor - R.G. n.º 15.028.269

[Assinatura]
Diplomado

[Assinatura]
Secretaria Geral - R.G. n.º 12.351.065

AUTENTICADO NO VERSO

UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA

Reconhecida pela Portaria MEC n.º 150/96
de 16-02-96 - D.O.U. de 23-02-96

Curso de Fisioterapia

Reconhecido pela Portaria MEC n.º 219

D.O.U. de 29/01/02

Renovada pela Portaria MEC n.º 4.327

D.O.U. de 23/12/04.

UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA

Secretaria Geral

Divisão de Registros Acadêmicos

0007658

Diploma registrado sob n.º

Processo n.º 06.414.60

Nos termos do Artigo 48 da Lei 9394/96.

Santos, 24 de Maio de 2006

De acordo.

Waldyr Graça

Secretário Geral

COFFITO

Conselho Federal de Fisioterapia e

Terapia Ocupacional

Diploma Registrado sob o n.º 82451

No livro n.º 208 às fls. 102-v

Em, 25 de outubro de 2006

Dr. JOSÉ EUGENES POUBEL E SILVA

PRESIDENTE

CREFITO-3

Conselho Regional de Fisioterapia e

Terapia Ocupacional da 3ª Região

Nome: Elaine Cristina Costa Lopes

FISIOTERAPEUTA

Inscrição n.º 82981

Livro F. 86 Fls. 41

Em 01 de dezembro de 2006

Prof. Dr. Gil Lúcio Almeida

Presidente

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

da 8ª Região

Nome: Elaine Cristina

Costa Lopes

FISIOTERAPEUTA

Inscrição n.º 82981-F

Livro n.º 35 Fls. 41-v

Em 10 de Junho de 2006

Dr. Ruy Moreira da Costa Filho

Presidente



REGISTRO E VALIA DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELAÇÃO DE NOTAS
MATERIAIS
Apresentação Original - Livro de Notas

Rua Paulo Getúlio José, 393
20040-000 - CEP 21020-000 - Bangu
(021) 2582118 - www.cofefito.org.br

Autentico a presente fotocópia por conferir com
original que me foi apresentado. *0072*. Dou fé. Enei

Em 23 de Julho de 2021 - 12:50:13h

Em 23 de Julho de 2021 - 12:50:13h

Eder Aparecido de Berso Silva

Escritório - Juramentado

Eder Aparecido de Berso Silva
Escritório - Juramentado

Tabelação de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia

FTP03451



ESTADO DE SÃO PAULO

8900-3

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON SAUT

MONTAR MONTAR



NÃO PLASTIFICAR

43686731

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERAL

29.396.383-6 2 via

DATA DE
EXPEDIÇÃO

23/07/2018

NOME

ELAINE CRISTINA COSTA LOPES

FILIAÇÃO

ALFREDO ROBERTO LOPES

MARIA TERESA DA COSTA LOPES

NATURALIDADE

LONDRINA - PR

DATA DE NASCIMENTO

23/07/1982

DOC ORIGEM

PRAIA GRANDE-SP PRAIA GRANDE CC:LV.B049/FLSº129/Nº14332

CPF

292316328/17

Carimbo Físico
Delegado da Polícia Civil - 1800-SP-SP

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1º REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
2º TABELIONATO DE NOTAS
MARINGÁ/PR
Agente Delegado Delegado: Eder Aparecido de Bersio SilvaRua Paulo Gomes José Mayer, 368
Jard. Gl. - CEP 87.810-200 - Maringá/PR
(41) 2304.7108 - www.cartoriotabletonato.com.brAutentico a presente fotocópia por conferir com
original que me foi apresentado. *0072*. Dou fé. Emol:R\$4,34 (VRG 20,00), Funreju: R\$1,08, Selc: R\$0,50, FUNDEP: R\$0,21, BSCN: R\$0,06
Total: R\$6,11 Maringá, 23 de julho de 2021 - 12:50:13h

Em test. da verdade

Eder Aparecido de Bersio Silva
Escrevente Juramentado

Responsável pela Iluminação Pública: Município 4435253833

Classificação:
B1 Residencial / Residencial

Tipo de Fornecimento:
Trifásico /50A

DATAS DE
LEITURAS

Leitura anterior
08/10/2024

Leitura atual
07/11/2024

Nº de dias
30

Próxima Leitura
06/12/2024

Nome: ELAINE CRISTINA COSTA LOPES

Endereço: R Horley Tadeu Casali, 518 - Flora II
Jd
CEP: 87308-770
Cidade: Campo Mourao - Estado: PR
CPF: ***.***.28-17

UNIDADE CONSUMIDORA

93930496

CODIGO DEBARRAUTOMÁTICO



NOTA FISCAL No. 132061992 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 08/11/2024

Consulte Chave de Acesso em:

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

Chave de Acesso

4124 1104 3688 9800 0106 6600 3132 0619 9210 6394 4313

Protocolo de Autorização: 1412400054939561 - 08/11/2024 às 03:14:00America/Sao_Paulo

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11/2024	26/11/2024	R\$353,24

Itens de fatura	Unid.	Quant.	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS/ COFINS	ICMS	Tarifa unit. (R\$)	Tributo	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ENERGIA ELET CONSUMO	kWh	348	0,380862	132,54	6,38	25,18	0,290190	ICMS	317,35	19%	60,29
ENERGIA ELET USO SISTEMA	kWh	348	0,446034	155,22	7,48	29,49	0,339820	COFINS	257,03	4,8843%	12,55
ENERGIA CONS. B.VERMELHA P2	kWh	266,8	0,103373	27,58	1,33	5,24	0,078770	PIS	257,03	1,0633%	2,74
ENERGIA CONS. B.AMARELA	kWh	81,2	0,024754	2,01	0,10	0,38	0,018850				
CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPIO	UN	1	35,890000	35,89							
TOTAL				353,24	15,29	60,29					

HISTÓRICO DE CONSUMO / kWh

CONSUMO FATURADO

Nº DIAS FAT.

NOV24	348	30
OUT24	302	32
SET24	244	29
AGO24	152	31
JUL24	268	31
JUN24	305	31
MAI24	313	32
ABR24	346	29
MAR24	388	30
FEV24	392	29
JAN24	581	32
DEZ23	410	30
NOV23	379	32

Medidor	Grandezas	Postos horários	Leitura Anterior	Leitura Atual	Const Medidor	Consumo kWh
0331943895	CONSUMO kWh	TP	40018	40366	1	348

Reservado ao Fisco

PERÍODO FISCAL: 08/11/2024

F0ED.EF61.D2E3.A4AE.3E17.62D8.8092.52AC

REAVISO DE VENCIMENTO

INCLUSO NA FATURA PIS R\$2,74 E COFINS R\$12,55 CONFORME RES. ANEEL 130/2005.

A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados à prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações.

Períodos Band.Tarif.: Vermelha P2:09/10-31/10 Amarela:01/11-07/11

93930496

11/2024

26/11/2024

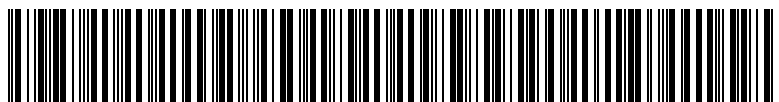
R\$353,24



Número da fatura: FAT-01-20247706394431-57

PIX

836000000031 532401110004 001010202479 706394431573



Certificado

O Diretor de Ensino da Faculdade Ingá, no uso de suas atribuições legais,

certifica que **FRANCIELE CREUSA ARIADNE BARBOSA**

DE MEDEIROS RODRIGUES, inscrito(a) no CPF 058.359.649-51

concluiu nesta Instituição de Ensino Superior, em 11 de julho de 2015,

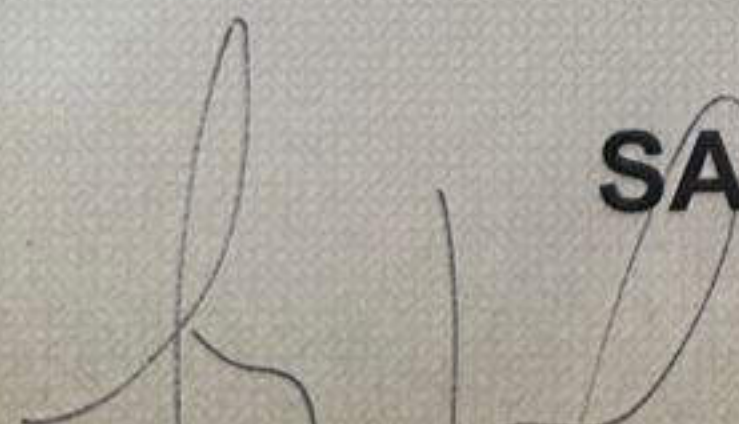
o curso de Especialização Lato sensu em

DERMATOLOGIA E ESTÉTICA E UROGINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA.

Área do conhecimento:

SAÚDE E BEM ESTAR SOCIAL.

Maringá, 08 de janeiro de 2016.



Ney Stival
Diretor de Ensino

Especialista

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO

FISIOTERAPEUTA

INSCRIÇÃO: CREFITO - **177875-F**

FRANCIELE CREUSA ARIADNE B. DE M. RODRIGUES

NOME

CLAUDECIR VIEIRA RODRIGUES

FILIAÇÃO

ELVIRA BARBOSA DE MEDEIROS

JANIÓPOLIS - PR

10/05/1990

LOCAL DO NASCIMENTO (CIDADE - ESTADO OU PAÍS)

DATA DO NASCIMENTO

CURITIBA - PR

21/06/2013

LOCAL DA EMISSÃO

DATA DA EMISSÃO

LEI Nº 6.206 - 07.05.75
LEI Nº 6.316 - 17.12.75

Dr. Abdo Augusto Zeghibi

PRESIDENTE

IDENTIDADE CIVIL

7.853.777-9

NÚMERO

IDENTIDADE ELEITORAL

00743487206-80

27/09/2010

DATA DE EMISSÃO

PR/170º

CIRCUNSCRIÇÃO/ZONA

058.359.649-51

INSCRIÇÃO NO CIE DO MF

SSP/PR

ÓRGÃO EMITENTE
IDENTIDADE DO CONTRIBUINTE

NÚMERO

OUTRA QUALIFICAÇÕES PROFISSIONAIS

(Nas áreas de Fisioterapia e/ou terapia Ocupacional)

CONTROLE

Assinatura C. H. B. Medeiros Rodrigues

ASSINATURA DO PORTADOR



POLEGAR DIREITO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DOS TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE TRANSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

2 e 1 NOME E SOBRENOME

FRANCIELE CREUSA ARIADNE BARBOSA M R LUSTOSA

1ª HABILITAÇÃO

13/08/2014

3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO

10/05/1990 JANIOPOLIS/PR

4a DATA EMISSÃO

12/06/2024

4b VALIDADE

12/06/2034

ACC

D

4c DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

7853777-9 SESP PR

4d CPF

058.359.649-51

5 Nº REGISTRO

06146356823

9 CAT. HAB.

B

NACIONALIDADE

BRASILEIRO

FILIAÇÃO

CLAUDECIR VIEIRA RODRIGUES

ELVIRA BARBOSA DE MEDEIROS

7 ASSINATURA DO PORTADOR

9	10	11	12	9	10	11	12
ACC				D			
A				D1			
A1				BE			
B			12/06/2034	CE			
B1				C1E			
C				DE			
C1				D1E			

12 OBSERVAÇÕES

LOCAL

CURITIBA, PR

ADRIANO MARCOS FURTADO
DIRETOR PRESIDENTE - PR

ASSINATURA DO EMISSOR

57290440612
PR925773809

PARANÁ

Sistema Único de Saúde

FRANCIELE C. A. B. D. M. RODRIGUES

Data Nasc.: 10/05/1990

Sexo: F

701 4056 9937 0233



DISQUE SAÚDE 136

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





Centro Universitário de Maringá

Estado do Paraná



O Reitor do Centro Universitário de Maringá,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão em 12 de dezembro de 2011, do
Curso de Graduação em Fisioterapia e a colação de grau
em 10 de fevereiro de 2012, confere o título de Bacharel em Fisioterapia a

Franciele Creusa Ariadne Barbosa de Medeiros Rodrigues,

brasileira, natural do Estado do Paraná,
nascida a 10 de maio de 1990, RG 78537779/PR

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.
Maringá, 10 de fevereiro de 2012.

Claudio Ferdinandelli
Pró-Reitor Acadêmico

Franciele C.A.B. de Medeiros Rodrigues
Diplomada

Wilson de Mattos Silva
Reitor

Certificado

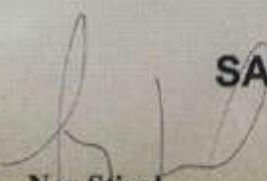
O Diretor de Ensino da Faculdade Ingá, no uso de suas atribuições legais,
certifica que **FRANCIELE CREUSA ARIADNE BARBOSA
DE MEDEIROS RODRIGUES**, inscrito(a) no CPF 058.359.649-51
concluiu nesta Instituição de Ensino Superior, em 11 de julho de 2015,
o curso de Especialização Lato sensu em

DERMATOLOGIA E ESTÉTICA E UROGINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA.

Área do conhecimento:

SAÚDE E BEM ESTAR SOCIAL.

Maringá, 08 de janeiro de 2016.



Ney Stival
Diretor de Ensino

Especialista



CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA
OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO

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

DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

Número 24072908212613869576 | Validade 28/08/2024

Jurisdição: PR

Declaramos para os devidos fins que o (a) profissional **FRANCIELE CREUSA ARIADNE B. DE M. RODRIGUES**, CPF **058.359.649-51**, registrado (a) como **FISIOTERAPEUTA** sob o número **177875-F**, encontra-se com a seguinte situação cadastral neste Conselho:

FISIOTERAPIA - ATIVO(A) DESDE 21/06/2013

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 28/08/2024 - Fornecimento gratuito.

Declaração Digital n.o 24072908212613869576. Emitida eletronicamente via internet às 08:21 de 29/07/2024. Sua autenticidade poderá ser confirmada no site ou pelo *QR CODE* ao lado. Atenção: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.





Nome: MURILO MACIEL LUSTOSA
CPF: 052.###.###-66
Código do Cliente: 1927013
Endereço: RUA VEREADOR GEREMIAS CILIAO D, 1050, CASA,
JARDIM FRANCISCO FER, CAMPO MOURÃO - PR - CEP: 87309123
Mês de Referência: 10/2024
Código da Fatura: 37977189

18/11/2024

105,39

Descrição da Sua Fatura

Descrição	Valor (R\$)
Serviços Contratados	
Lançamento Total	105,39
Total a pagar	105,39

**Sua fatura também está disponível no
nosso App e nosso canal Web**

Mensagem para você

GIGA+ FIBRA
Indique
e **GANHE ATÉ**
1 ANO
de INTERNET
GRÁTIS*

INDIQUE AGORA
OS SEUS AMIGOS

*Validar indicação de amigos em contrato ativo. Indicação e o 1º mês de Internet de graça por indicação de novo cliente. Limitado.



Beneficiário GIGA MAIS FIBRA TELECOMUNICAÇÕES S.A. CNPJ: 07.714.104/0001-07 PC PRESIDENTE GETULIO VARGAS, 148, ANDAR 3 E 4, CENTRO, Carmo - RJ - CEP: 28640000					
Número do Documento	Espécie do Documento	Quantidade	CPF / CNPJ CNPJ: 07.714.104/0001-07		
Importante: Para detalhamento dos serviços prestados, acesse " gigamaisfibra.com.br " e clique em "Central do Assinante". Logo em seguida informe o seu CPF/CNPJ e senha. Dúvidas, ligue para 103 53 . Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês. Após 18/11/2024 , Cobrar Multa de R\$ 2,108 . Após 18/11/2024 , Cobrar Juros de R\$ 0.04 por dia de Atraso.					
					
				Data de Vencimento	18/11/2024
				Agência / Código do Beneficiário	8541/
				Carteira / Nosso Número	109/07149424
				(=) Valor do Documento	105,39
				(-) Desconto	
				(-) Outras Deduções	
				(+) Mora / Multa	
				(+) Outros Acréscimos	
				(=) Valor Cobrado	
Pagador: MURILO MACIEL LUSTOSA RUA VEREADOR GEREMIAS CILIAO DE ARAUJO, 1050, CASA, JARDIM FRANCISCO FERREIRA ALBUQUERQUE, Campo Mourão - PR - CEP: 87309123					052.###.###-66

Autenticação Mecânica

Local de pagamento					Vencimento 18/11/2024	
Beneficiário GIGA MAIS FIBRA TELECOMUNICAÇÕES S.A. CNPJ: 07.714.104/0001-07 PC PRESIDENTE GETULIO VARGAS, 148, ANDAR 3 E 4, CENTRO, Carmo - RJ - CEP: 28640000					Agência /Código do beneficiário 8541	
Data do documento 14/10/2024	Nº documento	Espécie doc.	Aceite	Data processamento 14/10/2024	Nosso número 109/07149424	
Carteira 109	Espécie	Quantidade	Valor Documento		(=) Valor documento 105,39	
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário) Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês. Boleto com baixa automática após 60 dias.					(-) Desconto / Abatimentos	
					(-) Outras deduções	
					(+) Mora / Multa	
					(+) Outros acréscimos	
					(=) Valor cobrado	
Pagador MURILO MACIEL LUSTOSA, 052.###.###-66 RUA VEREADOR GEREMIAS CILIAO DE ARAUJO, 1050, CASA, JARDIM FRANCISCO FERREIRA ALBUQUERQUE, Campo Mourão - PR - CEP: 87309123					Cód. baixa	

Pagador/Avalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação





CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO

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

DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

Número 24072908212613869576 | Validade 28/08/2024

Jurisdição: PR

Declaramos para os devidos fins que o (a) profissional **FRANCIELE CREUSA ARIADNE B. DE M. RODRIGUES**, CPF **058.359.649-51**, registrado (a) como **FISIOTERAPEUTA** sob o número **177875-F**, encontra-se com a seguinte situação cadastral neste Conselho:

FISIOTERAPIA - ATIVO(A) DESDE 21/06/2013

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 28/08/2024 - Fornecimento gratuito.

Declaração Digital n.o 24072908212613869576. Emitida eletronicamente via internet às 08:21 de 29/07/2024. Sua autenticidade poderá ser confirmada no site ou pelo *QR CODE* ao lado. Atenção: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.





PAULA FREIRE SANCHES DE MORAIS

CNS: 700501184967258

DATA NASC.: 15/10/1984

DATA EMISSÃO: 04/06/2020

SEXO: F NIS:

MUN. RES.: BATATAIS - SP

ESF VII

PRONTUÁRIO Nº:

055732



055732

CARTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BATATAIS

Responsável pela Iluminação Pública: Município 4435253833

Classificação:
B1 Residencial / Residencial

Tipo de Fornecimento:
Trifásico /50A

DATAS DE
LEITURAS

Leitura anterior
18/09/2024

Leitura atual
18/10/2024

Nº de dias
30

Próxima Leitura
19/11/2024

Nome: PAULA FREIRE SANCHES DE MORAIS

UNIDADE CONSUMIDORA

84994312

Endereço: R Mato Grosso, 2322 - Ap 0001 -
Centro
CEP: 87303-160
Cidade: Campo Mourao - Estado: PR
CPF: ***.***.46-32

▲ CÓDIGO DEBÍTO AUTOMÁTICO ▲



NOTA FISCAL No. 128880924 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 19/10/2024

Consulte Chave de Acesso em:

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

Chave de Acesso

4124 1004 3688 9800 0106 6600 3128 8809 2410 9767 3642

Protocolo de Autorização: 1412400051831211 - 19/10/2024 às 04:00:00America/Sao_Paulo

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
10/2024	10/11/2024	R\$301,84

Itens de fatura	Unid.	Quant.	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS/ COFINS	ICMS	Tarifa unit. (R\$)
ENERGIA ELET CONSUMO	kWh	285	0,380070	108,32	5,04	20,58	0,290190
ENERGIA ELET USO SISTEMA	kWh	285	0,445088	126,85	5,91	24,10	0,339820
ENERGIA CONS. B.VERMELHA	kWh	114	0,058333	6,65	0,31	1,26	0,044630
ENERGIA CONS. B.VERMELHA P2	kWh	171	0,103099	17,63	0,82	3,35	0,078770
MULTA POR ATRASO NO PAGAMENTO	UN	1	4,760000	4,76			
JUROS CONTA ANTERIOR	UN	1	1,740000	1,74			
CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPIO	UN	1	35,890000	35,89			
TOTAL				301,84	12,08	49,29	

Tributo	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	259,45	19%	49,29
COFINS	210,14	4,7180%	9,91
PIS	210,14	1,0280%	2,17

HISTÓRICO DE CONSUMO / kWh

CONSUMO FATURADO

		Nº DIAS FAT.
OUT24	285	30
SET24	277	30
AGO24	285	32
JUL24	155	30
JUN24	261	32
MAI24	296	29
ABR24	274	30
MAR24	331	29
FEV24	297	32
JAN24	307	31
DEZ23	232	28
NOV23	232	32
OUT23	274	30

Medidor	Grandezas	Postos horários	Leitura Anterior	Leitura Atual	Cont. Medidor	Consumo kWh
0351941084	CONSUMO kWh	TP	23518	23803	1	285

Reservado ao Fisco

PERÍODO FISCAL: 19/10/2024

5852.C7CE.721E.2418.9C77.BAFE.1648.FDDF

REAVISO DE VENCIMENTO

O débito sujeita ao corte a partir de 17/11/2024. O contrato será encerrado se mantido 3 meses em corte, além das demais cobranças conforme legislação. Valores de atividades acessórias podem ser excluídos. Eventual reaviso anterior permanece válido. Se pago, desconsidere.

Referência	Valor (R\$)	Vencimento
09/2024	285,49	10/10/2024

Caso o pagamento já tenha sido efetuado, desconsidere o aviso.

INCLUSO NA FATURA PIS R\$2,17 E COFINS R\$9,91 CONFORME RES. ANEEL 130/2005.

A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados à prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações.

DEBITOS: 09/2024 R\$ 285,49

Periodos Band.Tarif.: Vermelha P1:19/09-30/09 Vermelha P2:01/10-18/10

84994312

10/2024

10/11/2024

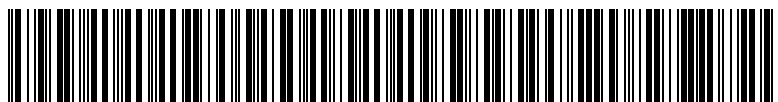
R\$301,84



Número da fatura: FAT-01-20247559767364-8

PIX

836800000033 018401110004 001010202479 559767364081



PAULA FREIRE SANCHES DE MORAIS

TELEFONE: (16) 9 9798-7577

Certificado

Certificamos que **Paula Freire Sanches, R.G.: MG-2.779.502**, concluiu o Curso de Pós-Graduação (Lato Sensu), em nível de Especialização em Fisioterapia, com Área de Concentração em “**Recuperação Funcional Ortopédica Traumatológica e Desportiva**”, em 5 de Junho de 2010, com carga horária total de 360 horas.

Batatais, 30 de agosto de 2010.

Leir

MARIA LUIZA DE ASSIS FANTACINI
D.O. 24.482.784.5

Sanches

CONCILIANTE

P. Sanches

DR. DR.ª MÁRCIA LUIZA DE ASSIS

Recuperacao Funcional Ortopedica Traumatologica e Desportiva

O curso foi realizado de acordo com o Artigo 58 do Regimento Geral do Centro Universitário Claretiano, Inciso III do Artigo 44 da Lei nº 9.394/96 (LDB), Resolução nº 1, do CNE, de Resolução nº 1, do CNE, de 08/06/2007; e para as disciplinas oferecidas na modalidade a distância de acordo com a Portaria nº 3.635, de 09/11/2004 - DOU 10/11/2004, pelo Ministério da Educação, sendo cumpridas todas as suas disposições.

Período do curso: 04/04/2009 a 26/06/2010.

Certificado registrado no livro 023, folha 415.

Batalais, 30 de agosto de 2010.



MARIA LUIZA DE ASSIS FANTACINI
R.G. 24.163.784-3
SECRETARIA SETORIAL



Claretiano
CENTRO UNIVERSITÁRIO - CEUCLAR

Recredenciado pela Portaria nº 4.501, de 23 de dezembro de 2005
(D.O.U. de 13 de janeiro de 2006, Seção 1, pág. 29)

O Reitor do Centro Universitário Claretiano - CEUCLAR, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de Fisioterapia em 05/07/2008, confere o Título de Bacharel a

Aula Freire Sanches

portadora da Cédula de Identidade nº MG-12.779.502/MG, de nacionalidade brasileira, nascida aos 15 de outubro de 1984, natural de Passos, Estado de Minas Gerais e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais.

Batatais, 29 de janeiro de 2009.

Gelza Lauria Mantovani Toloi

Gelza Lauria Mantovani Toloi
R.G. 22.597.752-7 - Secretária Geral

Sanches

Diplomada

P. Sempere

Dr. Pe. Sérgio Ibanor Piva
R.G. 9.442.672 - Reitor

Curso: FISIOTERAPIA - Bacharelado
 Reconhecimento Renovado pela Portaria nº 767
 de 23/03/2006, publicada no Diário Oficial da
 União de 24/03/2006.

COFFITO	
Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional	
Processo nº	325 às fls. 124v
23 de	MARÇO de 2010
Dr. ROBERTO MATTAR CEPEDA PRESIDENTE	

CENTRO UNIVERSITÁRIO CLARETIANO - CEUCLAR

Departamento de Registro de Diplomas

Diploma registrado sob nº 002860

Livro Físio nº 001

Folha 145

Processo nº 2860/09

de acordo com o disposto no § 4º do Artigo 2º do Decreto nº 5.786
 de 24/05/2006, publicado no Diário Oficial da União de 25/05/2006.
 Batatais, 30 de março de 2009.

Terezinha Rosângela Borges de Sousa
 Supervisora de Registro de Diplomas

COFFITO	
Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região	
Nome:	PAULA FREIRE SANCHES
Inscrição nº:	129795 F
Livro F:	158 Fls.: 39
Em:	27/5/2010
Prof. Dr. Augusto C. de Carvalho Presidente	

COFFITO	
Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região	
BAIXA DE INSCRIÇÃO	
Concedida na 1671ª Reunião de Diretoria, em 09.01.2014	
São Paulo-SP, 13/01/2014	
Dr. Reginaldo Antolin Bonatti Presidente	



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

061.409.946-32

Nome

PAULA FREIRE SANCHES DE MORAIS

Nascimento

15/10/1984

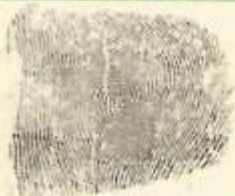


ESTADO DE SÃO PAULO

8700-7

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

PROIBIDO PLASTIFICAR



Paula Freire Sanches de Moraes

ASSINATURA DO TITULAR

B562-091583

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERAL

54.667.487-2

DATA DE
EXPEDIÇÃO

23/SET/2010

NOME

PAULA FREIRE SANCHES DE MORAIS

FILIAÇÃO

PAULO ROBERTO SANCHES

E MARIA DE FÁTIMA FREIRE SANCHES

NATURALIDADE

PASSOS -MG

DATA DE NASCIMENTO

15/OUT/1984

DOC ORIGEM

BATATAIS -SP

BATATAIS

CC:LV.B039/FLS.0149/N.008014

CPF

061409946/32

CARLOS ANTONIO G. OLIVEIRA, 100 Delegado Divisionário
de Polícia IIRGD/SSP/SP

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA
OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO

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

DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

Número 24112517162659009356 | Validade 25/12/2024

Jurisdição: PR

Declaramos para os devidos fins que o (a) profissional **PAULA FREIRE SANCHES DE MORAIS**, CPF **061.409.946-32**, registrado (a) como **FISIOTERAPEUTA** sob o número **129795-F**, encontra-se com a seguinte situação cadastral neste Conselho:

FISIOTERAPIA - ATIVO(A) DESDE 24/03/2022

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 25/12/2024 - Fornecimento gratuito.

Declaração Digital n.o 24112517162659009356. Emitida eletronicamente via internet às 17:16 de 25/11/2024. Sua autenticidade poderá ser confirmada no site ou pelo *QR CODE* ao lado. Atenção: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



Sistema Único de Saúde

PAULA FREIRE SANCHES DE MORAIS

Data Nasc.: 15/10/1984

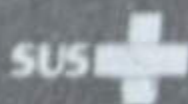
Sexo: F

706 0083 7232 2140



DISQUE SAÚDE 136

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



verso



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



PR

NOME
PAULA ROBERTA DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
15916383-0 SESP PR

CPF DATA NASCIMENTO
298.142.308-80 22/11/1981

FILIAÇÃO
PAULO LUIZ DA SILVA

MARIA DE LOURDES
PICCININ DA SILVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
02802091895 12/08/2031 28/03/2003

OBSERVAÇÕES

Paula R Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPO MOURAO, PR

DATA EMISSÃO
12/08/2021

[Assinatura]

ASSINATURA DO EMISSOR

88110568581
PR920306984

PARANÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
2258645492



PROIBIDO PLASTIFICAR
2258645492



República Federativa do Brasil

unesp



Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"

Faculdade de Ciências e Tecnologia
Câmpus de Presidente Prudente

O Reitor da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"
no uso de suas atribuições, confere:

Paula Roberta da Silva Pestana

de nacionalidade brasileira, natural do Estado de São Paulo, nascida em 27 de novembro de 1977,
portadora da cédula de identidade RG nº 30.398.600-1 - SSP/SP,

o título de Mestra em Fisioterapia,

Área de Avaliação e Intervenção em Fisioterapia,

obtido em 02 de fevereiro de 2015, por ter concluído o Programa de Pós-graduação em Fisioterapia,
outorgando-lhe o presente Diploma, para que possa usufruir de todos os direitos e prerrogativas legais;

Reitoria, 20 de janeiro de 2016.


Paula Roberta da Silva Pestana
Diplomada


Prof. Dr. Marcelo Messias
Reitor


Prof. Dr. Julio Cesar Durigan
Reitor

Declaração Individual
Docente Supervisor ou Preceptor de Estágio – FISIOTERAPIA

Dados do profissional:

Nome: PAULILIA RIBEIRIA DA SILVA
CPF 219181141230181810 N° Registro Crefito-8 91710121617-F
Telefone 4141-1918181411715151 Celular 4141-1918181411715151
e-mail PAULILIA.RIBEIRIA@GMAIL.COM

Dados do local do estágio:

Instituição de Ensino: COLÉGIO INSTITUTO GIRA D'ÁGUA
Nome do local do estágio: LABORATÓRIO DE FISIOTERAPIA, LIA RIBEIRO

Dias de trabalho e horário de supervisão ao estudante:

Dias de trabalho	☒ Segunda	☒ Terça	☒ Quarta	☒ Quinta	☒ Sexta	☐ Sábado	☐ Domingo
Horário de Atendimento	13:30 18:00	13:30 18:00	7:12h 13:30 18:00	13:30 - 18h	7:12h 13:30 - 18h		

Declaro exercer com autonomia as funções de supervisor de estágio de Fisioterapia em atendimento ao preceituado na Lei 6.316/75, Lei 11.788/08, Resoluções COFFITO 431/13, 424/13 e 139/92. Declaro ainda, ter conhecimento do dever de comunicar ao Conselho sobre toda e qualquer alteração relacionada à supervisão do estágio, mantendo permanentemente atualizados os dados cadastrais.

Local e data: Campo Mourão, 14 de Abril de 2023.

Paula K. R.

Assinatura do docente supervisor ou Preceptor de estágio
n° de Inscrição Crefito-8: 97026-F

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

NOME
PAULA ROBERTA DA SILVA

RELACÃO
PAULO LUIZ DA SILVA
MARIA DE LOURDES PICCOLI DA SILVA

DATA NASCIMENTO 22/11/1981 NATURALIDADE PRES. PRUDENTE/SP TÍTULO A-
ORÇÃO EXPEDIDOR
IPR

Paula R. Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.416 DE 29 DE AGOSTO DE 1980

CPF 298.142.309-80
REGISTRO GERAL 15.916.383-0 DATA DE EMISSÃO 28/01/2021
REGISTRO CIVIL
C.CAS.AV.DRº124529 01.55.2008.2.00157.624.9055726-43

T. ELEITOR	CTPS	SERIE	UF
2908 3054 0116	31393	316	SP

REGISTRO PASEP
133.26995.89-8

CRM
03802091895

Marcus Vinícius da Costa Richeletti
ASSINATURA DO DIRETOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÃO PLASTIFIQUE





Universidade Paulista



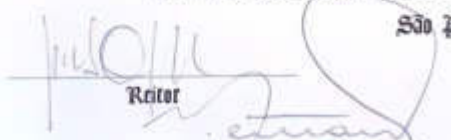
© Reitor da Universidade Paulista, no uso de suas atribuições
e tendo em vista a colação de grau do Curso de Fisioterapia,
em 05 de junho de 2006, confere o título de
Fisioterapeuta a

Paula Roberta da Silva

brasileira, natural do Estado de São Paulo, nascida a 22 de novembro de 1981
R.G. n.º 30.398.600-1 - SP

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

São Paulo, 05 de junho de 2006


Reitor

Secretário Geral


Diretor

Diplomado

PAULA ROBERTA DA SILVA

TELEFONE: (44)9 9884-1755

E-MAIL: paula.robeta@grupointegrado.br



unesp

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"



Certificado

Certificamos que

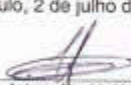
Paula Roberta da Silva Pestana

nacionalidade brasileira, natural do Estado de São Paulo,
nascida a 22 de novembro de 2009, cédula de identidade RG nº 30.398.600-1-SSP/SP,

concluiu o Curso de Pós-graduação lato sensu, Especialização em Fisioterapia - Área do Conhecimento Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Área de Concentração Fisioterapia Aplicada à Pneumologia, junto à Faculdade de Ciências e Tecnologia do câmpus de Presidente Prudente, realizado no período de 6 de fevereiro de 2012 a 8 de fevereiro de 2013 e aprovado pela Câmara Central de Pós-graduação.

São Paulo, 2 de julho de 2013.


Prof. Dr. Fábio Micolis de Azevedo
Coordenador


Prof. Dr. Antonio Nivaldo Hespanhol
Diretor


Prof. Dr. Eduardo Kokubun
Pro-Reitor de Pós-graduação

Responsável pela Iluminação Pública: Município 4435253833

Classificação:
B3 Comercial, Servicos, Outras Atividades / Serv Adv

Tipo de Fornecimento:
Bifasico /50A

DATAS DE
LEITURAS

Leitura anterior
11/10/2024

Leitura atual
11/11/2024

Nº de dias
31

Próxima Leitura
11/12/2024

Nome: PAULA ROBERTA DA SILVA

Endereço: R Ney Braga, 281 - Sala 02 - Area
Urbana
CEP: 87309-149
Cidade: Campo Mourao - Estado: PR
CPF: ***.***.08-80

UNIDADE CONSUMIDORA

102117160

CODIGO DEBÍTOAUTOMÁTICO



NOTA FISCAL No. 132918225 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 12/11/2024

Consulte Chave de Acesso em:

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

Chave de Acesso

4124 1104 3688 9800 0106 6600 3132 9182 2510 3749 1223

Protocolo de Autorização: 1412400055796104 - 12/11/2024 às 04:53:10America/Sao_Paulo

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11/2024	02/12/2024	R\$207,37

Itens de fatura	Unid.	Quant.	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS/ COFINS	ICMS	Tarifa unit. (R\$)	Tributo	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ENERGIA ELET CONSUMO	kWh	195	0,381179	74,33	3,63	14,12	0,290190	ICMS	176,08	19%	33,45
ENERGIA ELET USO SISTEMA	kWh	195	0,446410	87,05	4,25	16,54	0,339820	COFINS	142,61	4,9439%	7,06
ENERGIA CONS. B.VERMELHA P2	kWh	125,806452	0,103333	13,00	0,63	2,47	0,078770	PIS	142,61	1,0755%	1,53
ENERGIA CONS. B.AMARELA	kWh	69,193548	0,024569	1,70	0,08	0,32	0,018850				
MULTA POR ATRASO NO PAGAMENTO	UN	1	4,090000	4,09							
JUROS CONTA ANTERIOR	UN	1	2,290000	2,29							
ACRESCIMO MORATORIO	UN	1	0,980000	0,98							
CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPIO	UN	1	23,930000	23,93							
TOTAL				207,37	8,59	33,45					

HISTÓRICO DE CONSUMO / kWh

CONSUMO FATURADO

Nº DIAS FAT.

NOV24	195	31
OUT24	167	30
SET24	134	30
AGO24	109	32
JUL24	100	30
JUN24	116	32
MAI24	175	30
ABR24	204	29
MAR24	215	32
FEV24	215	29
JAN24	249	30
DEZ23	170	32
NOV23	127	30

Medidor	Grandezas	Postos horários	Leitura Anterior	Leitura Atual	Cont. Medidor	Consumo kWh
0361433275	CONSUMO kWh	TP	8093	8288	1	195

Reservado ao Fisco

PERÍODO FISCAL: 12/11/2024

36E5.E55A.AC5B.5B89.0AE9.8578.4BEA.8A02

REAVISO DE VENCIMENTO

O débito sujeita ao corte a partir de 11/12/2024. O contrato será encerrado se mantido 3 meses em corte, além das demais cobranças conforme legislação. Valores de atividades acessórias podem ser excluídos. Eventual reaviso anterior permanece válido. Se pago, desconsidere.

Referência	Valor (R\$)	Vencimento
10/2024	174,13	02/11/2024

Caso o pagamento já tenha sido efetuado, desconsidere o aviso.

INCLUSO NA FATURA PIS R\$1,53 E COFINS R\$7,06 CONFORME RES. ANEEL 130/2005.

A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados à prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações.

DEBITOS: 10/2024 R\$ 174,13

Periodos Band.Tarif.: Vermelha P2:12/10-31/10 Amarela:01/11-11/11

102117160

11/2024

02/12/2024

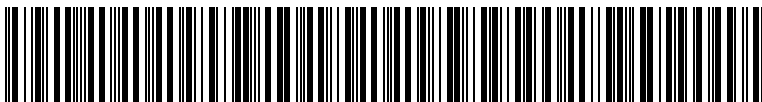
R\$207,37



Número da fatura: FAT-01-20247743749122-19

PIX

836300000020 073701110006 001010202479 743749122193



[Home](#) > [Editais](#)

Edital de Chamamento Público nº 57/2024

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: 04/12/2024 08:00 (horário de Brasília)

Data fim de recebimento de propostas: 04/12/2024 08:00 (horário de Brasília)

Id contratação PNCP: 95640322000101-1-000081/2024 **Fonte:** Elotech Gestão Pública Ltda

Objeto:

Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psicologia e fisioterapia tabela 22 pelo Ciscomcam

Informação complementar:

Tendo em vista a necessidade de manter os serviços de atendimento médico nas especialidades disponiveis na tabela de valores do Ciscomcam torna-se nessário abertura de processo de credenciamento dos prestadores que encaminharam documentação mediante o Edital de Chamamento Público 05/2023.

VALOR TOTAL ESTIMADO DA COMPRA

R\$ 494.870,00

- Itens
- Arquivos
- Histórico

Número ↕	Descrição ↕	Quantidade ↕	Valor unitário estimado ↕	Valor total estimado ↕
----------	-------------	--------------	---------------------------	------------------------

1	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQUELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	1000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
2	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLINICA)	2000	R\$ 35,00	R\$ 70.000,00
3	03.02.02.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	1000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
4	03.01.04.004 TERAPIA INDIVIDUAL (CLINICA)	100	R\$ 35,00	R\$ 3.500,00
5	03.02.04.006 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	1000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00

Exibir:

5

1-5 de 31 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 correitude das informações e dos arquivos relativos às contratações disponibilizadas no PNCP por força da Lei nº 14.133/2021 são de estrita responsabilidade dos órgãos e entidades contratantes.

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

 [0800 978 9001](tel:08009789001)

AGRADECIMENTO AOS PARCEIROS





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



CIS-COMCAM

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

TERMO DE ADJUDICAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

01 – ADJUDICAR a presente Licitação nestes termos:

- a) Processo Nº : 137/2024
b) Licitação Nº : 57/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : 04/12/2024
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psicologia e fisioterapia tabela 22 pelo Ciscamcam

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

FORNECEDOR: AFETOS ESPACO TERAPEUTICO LTDA - CNPJ: 58.145.322/0001-09

Valor Total do Fornecedor: 73.500,00 (setenta e três mil e quinhentos reais).

LOTE 2

Valor Total do Lote: 73.500,00 (setenta e três mil e quinhentos reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLINICA)	Unidad	2.000	R\$ 35,00	R\$ 70.000,00
2	03.01.04.004 TERAPIA INDIVIDUAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 35,00	R\$ 3.500,00

FORNECEDOR: CEI - CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA - CNPJ: 79.264.628/0003-16

Valor Total do Fornecedor: 421.370,00 (quatrocentos e vinte e um mil, trezentos e setenta reais).

LOTE 1 FISIOTERAPIA

Valor Total do Lote: 421.370,00 (quatrocentos e vinte e um mil, trezentos e setenta reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQUELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
2	03.02.02.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
3	03.02.04.006 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00



CIS-COMCAM

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

4	03.02.04.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
5	03.02.04.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
6	03.02.04.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
7	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
8	03.02.07.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
9	03.02.01.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
10	03.02.02.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
11	03.02.06.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
12	03.02.02.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
13	03.02.04.004 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
14	03.02.03.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS COM COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
15	03.02.03.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
16	03.02.01.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
17	03.02.06.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEUROKINÉTICOS FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
18	03.02.06.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00



CIS-COMCAM

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

19	03.02.05.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
20	03.02.05.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
21	03.02.01.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
22	03.02.05.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
23	03.02.06.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO MOTOR	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
24	03.02.04.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
25	03.02.06.004 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO	Unidad	1.000	R\$ 6,35	R\$ 6.350,00
26	90.04.01.006 - ATENDIMENTO FISIOTERAPICO EM RPG	Unidad	1.000	R\$ 28,62	R\$ 28.620,00
27	90.04.01.007 - ATENDIMENTO FISIOTERAPICO POR SESSÃO	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
28	90.04.01.080 - CONSULTA EM FISIOTERAPIA	Unidad	500	R\$ 24,00	R\$ 12.000,00
29	03.09.05.003 - SESSÃO DE ELETROESTIMULAÇÃO	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 494.870,00 (quatrocentos e noventa e quatro mil, oitocentos e setenta reais)

Valor Total Homologado- R\$ 494.870,00

Campo Mourão, 04 de dezembro de 2024.

Ivani Fiore Dal Molin
Agente de Contratação

Portaria 03/2024 – Publicado em: 12/01/2024



CIS-COMCAM

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

Página de assinaturas


Ivani Molin
517.896.809-30
Signatário

HISTÓRICO

- | | | |
|-------------------------|---|---|
| 19 dez 2024
08:26:47 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30) |
| 19 dez 2024
08:39:24 |  | Ivani Fiore Dal Molin (Celular: +5544999697187, CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 177.51.112.91 localizado em Maringá - Paraná - Brazil |
| 19 dez 2024
08:39:24 |  | Ivani Fiore Dal Molin (Celular: +5544999697187, CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 177.51.112.91 localizado em Maringá - Paraná - Brazil |





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 : 137/2024
b) Licitação Nº : 57/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : 04/12/2024
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psicologia e fisioterapia tabela 22 pelo Ciscamcam

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

FORNECEDOR: AFETOS ESPACO TERAPEUTICO LTDA - CNPJ: 58.145.322/0001-09

Valor Total do Fornecedor: 73.500,00 (setenta e três mil e quinhentos reais).

LOTE 2

Valor Total do Lote: 73.500,00 (setenta e três mil e quinhentos reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLINICA)	Unidad	2.000	R\$ 35,00	R\$ 70.000,00
2	03.01.04.004 TERAPIA INDIVIDUAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 35,00	R\$ 3.500,00

FORNECEDOR: CEI - CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA - CNPJ: 79.264.628/0003-16

Valor Total do Fornecedor: 421.370,00 (quatrocentos e vinte e um mil, trezentos e setenta reais).

LOTE 1 FISIOTERAPIA

Valor Total do Lote: 421.370,00 (quatrocentos e vinte e um mil, trezentos e setenta reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQUELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
2	03.02.02.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
3	03.02.04.006 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00

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

	SÍNDROME CORONARIANA AGUDA				
4	03.02.04.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
5	03.02.04.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
6	03.02.04.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
7	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
8	03.02.07.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
9	03.02.01.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
10	03.02.02.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
11	03.02.06.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
12	03.02.02.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
13	03.02.04.004 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
14	03.02.03.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS COM COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
15	03.02.03.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
16	03.02.01.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
17	03.02.06.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEUROCINÉTICOS FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00



CIS-COMCAM

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

18	03.02.06.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
19	03.02.05.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
20	03.02.05.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
21	03.02.01.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
22	03.02.05.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
23	03.02.06.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO MOTOR	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
24	03.02.04.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
25	03.02.06.004 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO	Unidad	1.000	R\$ 6,35	R\$ 6.350,00
26	90.04.01.006 - ATENDIMENTO FISIOTERAPICO EM RPG	Unidad	1.000	R\$ 28,62	R\$ 28.620,00
27	90.04.01.007 - ATENDIMENTO FISIOTERAPICO POR SESSÃO	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
28	90.04.01.080 - CONSULTA EM FISIOTERAPIA	Unidad	500	R\$ 24,00	R\$ 12.000,00
29	03.09.05.003 - SESSÃO DE ELETROESTIMULAÇÃO	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 494.870,00 (quatrocentos e noventa e quatro mil ,
oitocentos e setenta reais)

Valor Total Homologado- R\$ 494.870,00

Campo Mourão, 04 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 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 : 137/2024
b) Licitação Nº : 57/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : 04/12/2024
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psicologia e fisioterapia tabela 22 pelo Ciscamcam

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

FORNECEDOR: AFETOS ESPACO TERAPEUTICO LTDA - CNPJ: 58.145.322/0001-09

Valor Total do Fornecedor: 73.500,00 (setenta e três mil e quinhentos reais).

LOTE 2

Valor Total do Lote: 73.500,00 (setenta e três mil e quinhentos reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLINICA)	Unidad	2.000	R\$ 35,00	R\$ 70.000,00
2	03.01.04.004 TERAPIA INDIVIDUAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 35,00	R\$ 3.500,00

FORNECEDOR: CEI - CENTRO EDUCACIONAL INTEGRADO LTDA - CNPJ: 79.264.628/0003-16

Valor Total do Fornecedor: 421.370,00 (quatrocentos e vinte e um mil, trezentos e setenta reais).

LOTE 1 FISIOTERAPIA

Valor Total do Lote: 421.370,00 (quatrocentos e vinte e um mil, trezentos e setenta reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQUELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
2	03.02.02.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
3	03.02.04.006 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.



CIS-COMCAM

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

	SÍNDROME CORONARIANA AGUDA				
4	03.02.04.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
5	03.02.04.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
6	03.02.04.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
7	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
8	03.02.07.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
9	03.02.01.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
10	03.02.02.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
11	03.02.06.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
12	03.02.02.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
13	03.02.04.004 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
14	03.02.03.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS COM COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
15	03.02.03.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
16	03.02.01.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
17	03.02.06.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEUROKINÉTICOS FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.



CIS-COMCAM

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

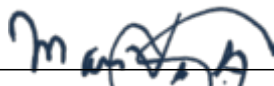
AVALIAÇÃO DO CONTROLE INTERNO

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

- | | | |
|--------------------------------|---|--|
| 19 dez 2024
10:53:21 |  | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (Email: compras@ciscocomcam.com.br , CPF: 517.896.809-30) |
| 19 dez 2024
11:48:47 |  | 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 |
| 19 dez 2024
11:48:47 |  | Maria Victoria Aparecida Santos (Email: mariavictoria.direito2021@gmail.com , CPF: 026.495.449-10) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |





CIS-COMCAM

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

18	03.02.06.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
19	03.02.05.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
20	03.02.05.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
21	03.02.01.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
22	03.02.05.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
23	03.02.06.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO MOTOR	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
24	03.02.04.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
25	03.02.06.004 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO	Unidad	1.000	R\$ 6,35	R\$ 6.350,00
26	90.04.01.006 - ATENDIMENTO FISIOTERAPICO EM RPG	Unidad	1.000	R\$ 28,62	R\$ 28.620,00
27	90.04.01.007 - ATENDIMENTO FISIOTERAPICO POR SESSÃO	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00
28	90.04.01.080 - CONSULTA EM FISIOTERAPIA	Unidad	500	R\$ 24,00	R\$ 12.000,00
29	03.09.05.003 - SESSÃO DE ELETROESTIMULAÇÃO	Unidad	1.000	R\$ 14,40	R\$ 14.400,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 494.870,00 (quatrocentos e noventa e quatro mil ,
oitocentos e setenta reais)

Valor Total Homologado- R\$ 494.870,00

Campo Mourão, 04 de dezembro de 2024.

Rafael Brito do Prado
Presidente do CIS-COMCAM

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.