



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

## TERMO DE AUTUAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: 018/2024

ASSUNTO: CREDENCIAMENTO MÉDICO GENECOLOGISTA, PLANTONISTA,  
CIRURGIÃO E ODONTOLOGISTA BUCOMAXILO

MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE

CUMPRINDO O DISPOSTO NA LEI, NESTE ATO PROCEDO A ATUAÇÃO DO  
PROCESSO EM EPÍGRAFE, CONTENDO PÁGINAS NUMERADAS DE Nº 01 A Nº 196  
E, PARA CONSTAR, LAVRO E ASSINO O PRESENTE TERMO, DE AUTUAÇÃO PARA  
QUE SURTAS OS EFEITOS LEGAIS.

CAMPO MOURÃO/PR, 26 DE JANEIRO DE 2024

NOME: JARDEL ALEXANDRE LISBOA

ASSINTURA: \_\_\_\_\_

## Página de assinaturas



**Jardel Lisboa**  
733.780.031-20  
Signatário

### HISTÓRICO

- 29 jan 2024**  
16:47:55  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br))
- 29 jan 2024**  
16:53:38  **Jardel Alexandre Lisboa** (E-mail: [jardellis@gmail.com](mailto:jardellis@gmail.com), CPF: 733.780.031-20) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil
- 29 jan 2024**  
16:53:38  **Jardel Alexandre Lisboa** (E-mail: [jardellis@gmail.com](mailto:jardellis@gmail.com), CPF: 733.780.031-20) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil





## PEDIDO DE COMPRA DE PRODUTOS/SERVIÇO

Ao

Setor de Compras/Licitações/Contratos

Ivani Fiore Dal Molin

Campo Mourão, 26 de janeiro de 2024

**Setor Solicitante:** Coordenador de Redes

**Responsável:** Orlando Augusto Baggio

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 ginecologista, plantonista, cirurgião e ortodontista bucomaxilo pelo Ciscamcam.

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

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

### OBSERVAÇÕES

**ORLANDO AUGUSTO BAGGIO**  
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.ciscamcam.com.br / e-mail: compras@ciscamcam.com.br

Página de assinaturas



**Orlando Scholz**  
024.077.349-71  
Signatário

HISTÓRICO

- 29 jan 2024**  
16:48:51  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br))
- 30 jan 2024**  
08:27:21  **Orlando Augusto Baggio Scholz** (E-mail: [orlandoscholz@hotmail.com](mailto:orlandoscholz@hotmail.com), CPF: 024.077.349-71) visualizou este documento por meio do IP 177.51.118.208 localizado em Maringá - Parana - Brazil
- 30 jan 2024**  
08:27:31  **Orlando Augusto Baggio Scholz** (E-mail: [orlandoscholz@hotmail.com](mailto:orlandoscholz@hotmail.com), CPF: 024.077.349-71) assinou este documento por meio do IP 177.51.118.208 localizado em Maringá - Parana - 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 ginecologista, plantonista, cirurgião torácico e ortodontista bucomaxilooferecidas pelo Ciscamcam.

**Processo Administrativo nº 18**

**Modalidade:** Inexigibilidade

**Prazo de Entrega:** 365

**Local de Entrega:** 365

**Dotação Orçamentária:**

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

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

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

Campo Mourão, 29 de janeiro 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

- 29 jan 2024**  
16:49:37  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br))
- 29 jan 2024**  
16:51:26  **Ivani Fiore Dal Molin** (E-mail: [vani\\_fiore@hotmail.com](mailto:vani_fiore@hotmail.com), CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 177.51.116.152 localizado em Maringá - Parana - Brazil
- 29 jan 2024**  
16:51:26  **Ivani Fiore Dal Molin** (E-mail: [vani\\_fiore@hotmail.com](mailto:vani_fiore@hotmail.com), CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 177.51.116.152 localizado em Maringá - Parana - Brazil





## PARECER CONTÁBIL

**Processo Administrativo nº 18**

**Data do Processo Administrativo:** 29/01/2024

**Modalidade:** Inexigibilidade

**Objeto:** Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de ginecologista, plantonista, cirurgião torácico e ortodontista bucomaxilooferecidas pelo Ciscamcam.

**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, 29 de janeiro de 2024

**Alexandre Sebastião dos Santos**  
Contador

## Página de assinaturas



**Alexandro Santos**  
019.886.109-58  
Signatário

### HISTÓRICO

- 30 jan 2024**  
10:28:28  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br))
- 30 jan 2024**  
11:57:05  **Alexandro Sebastião Dos Santos** (E-mail: [alexandro\\_s\\_s@hotmail.com](mailto:alexandro_s_s@hotmail.com), CPF: 019.886.109-58) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil
- 30 jan 2024**  
11:57:09  **Alexandro Sebastião Dos Santos** (E-mail: [alexandro\\_s\\_s@hotmail.com](mailto:alexandro_s_s@hotmail.com), CPF: 019.886.109-58) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil





## AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

**Objeto:** Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de ginecologista, plantonista, cirurgião torácico e ortodontista bucomaxilooferecidas pelo Ciscamcam.

**Processo Administrativo nº 18**

**Modalidade:** Inexigibilidade

**Prazo de Entrega:** 365

**Local de Entrega:** 365

Item	Descrição do Produto / Serviço	Qtd.	QUANT. MESES	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Natureza da Despesa	Desdobramento da Despesa
<b>GINECOLOGIA</b>							
993	02.01.01.066 - BIOPSIA DO COLO UTERINO	90	12	R\$ 30,60	R\$ 2.754,00	3.390.39.00.	50.30
992	02.01.01.051 - BIOPSIA/PUNCAO DE VULVA	15	12	R\$ 30,60	R\$ 459,00	3.390.39.00.	50.30
1672	03.01.01.007 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CISCOMCAM)	1200	12	R\$ 50,90	R\$ 61.080,00	3.390.39.00.	50.30
1040	03.09.03.004 CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO (CISCOMCAM)	40	12	R\$ 37,66	R\$ 1.506,40	3.390.39.00.	50.30
1692	04.01.01.004 - ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA	10	12	R\$ 15,98	R\$ 159,80	3.390.39.00.	50.30
1380	90.04.01.011 DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO) (CISCOMCAM)	60	12	R\$ 30,06	R\$ 1.803,60	3.390.39.00.	50.30
3612	04.09.07.012 DRENAGEM DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE (CISCOMCAM)	10	12	R\$ 18,16	R\$ 181,60	3.390.39.00.	50.30
1707	04.10.01.002 ESVAZIAMENTO PERCUTANEO DE CISTO MAMARIO (CISCOMCAM)	10	12	R\$ 34,59	R\$ 345,90	3.390.39.00.	50.30
1713	04.09.06.009 EXERESE DE POLIPO DE UTERO (CISCOMCAM)	20	12	R\$ 37,76	R\$ 755,20	3.390.39.00.	50.30
<b>CIRURGIÃO TORÁXICO</b>							
3391	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	1000	12	R\$ 57,27	R\$ 57.270,00	3.390.39.00.	50.30
1722	04.07.02.031 LIGADURA ELASTICA DE HEMORROIDAS (SESSAO) (CLINICA)	100	12	R\$ 396,75	R\$ 39.675,00	3.390.39.00.	50.30
4733	90.04.01.106 - INCREMENTO DE MATERIAL PARA CIRURGIA VIDEOLAPAROSCOPICA	20	12	R\$ 570,00	R\$ 11.400,00	3.390.39.00.	50.30
<b>CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL</b>							
3738	90.04.01.015 CONSULTA BUCOMAXILO FACIAL (CLINICA)	240	12	R\$ 57,27	R\$ 13.744,80	3.390.39.00.	50.30
8607	90.04.01.176 - EXTRAÇÃO DE TERCEIRO MOLAR INCLUSO	240	12	R\$ 400,00	R\$ 96.000,00	3.390.39.00.	50.30
<b>SERVIÇOS DE PLANTÃO POR HORA</b>							
5381	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	1728	12	R\$ 115,00	R\$ 198.720,00	3.390.39.00.	50.30



## CIS-COMCAM

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

TOTAL	R\$	485.855,30
-------	-----	------------

Campo Mourão, 29 de janeiro de 2024



Leandro Roque Avila  
Coordenador do CISCOMCAM

Página de assinaturas



**Leandro Avila**

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE D...

Signatário

HISTÓRICO

- 30 jan 2024**  
08:33:56  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br))
- 30 jan 2024**  
08:39:44  **Leandro Roque Avila** (Empresa: *CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO*, E-mail: [coordenacao@ciscomcam.com.br](mailto:coordenacao@ciscomcam.com.br), CPF: 057.666.679-30) visualizou este documento por meio do IP 177.51.116.215 localizado em Maringá - Parana - Brazil
- 30 jan 2024**  
08:39:44  **Leandro Roque Avila** (Empresa: *CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO*, E-mail: [coordenacao@ciscomcam.com.br](mailto:coordenacao@ciscomcam.com.br), CPF: 057.666.679-30) assinou este documento por meio do IP 177.51.116.215 localizado em Maringá - Parana - Brazil





## AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

**Objeto:** Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de ginecologista, plantonista, cirurgião torácico e ortodontista bucomaxilooferecidas pelo Ciscamcam.

**Processo Administrativo nº 18**

**Modalidade:** Inexigibilidade

**Prazo de Entrega:** 365

**Local de Entrega:** 365

Item	Descrição do Produto / Serviço	Qty.	QUANT. MESES	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Natureza da Despesa	Desdobramento da Despesa
<b>GINECOLOGIA</b>							
993	02.01.01.066 - BIOPSIA DO COLO UTERINO	90	12	R\$ 30,60	R\$ 2.754,00	3.390.39.00.	50.30
992	02.01.01.051 - BIOPSIA/PUNCAO DE VULVA	15	12	R\$ 30,60	R\$ 459,00	3.390.39.00.	50.30
1672	03.01.01.007 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CISCOMCAM)	1200	12	R\$ 50,90	R\$ 61.080,00	3.390.39.00.	50.30
1040	03.09.03.004 CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO (CISCOMCAM)	40	12	R\$ 37,66	R\$ 1.506,40	3.390.39.00.	50.30
1692	04.01.01.004 - ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA	10	12	R\$ 15,98	R\$ 159,80	3.390.39.00.	50.30
1380	90.04.01.011 DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO) (CISCOMCAM)	60	12	R\$ 30,06	R\$ 1.803,60	3.390.39.00.	50.30
3612	04.09.07.012 DRENAGEM DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE (CISCOMCAM)	10	12	R\$ 18,16	R\$ 181,60	3.390.39.00.	50.30
1707	04.10.01.002 ESWAZIAMENTO PERCUTANEO DE CISTO MAMARIO (CISCOMCAM)	10	12	R\$ 34,59	R\$ 345,90	3.390.39.00.	50.30
1713	04.09.06.009 EXERESE DE POLIPO DE UTERO (CISCOMCAM)	20	12	R\$ 37,76	R\$ 755,20	3.390.39.00.	50.30
<b>CIRURGIÃO TORÁXICO</b>							
3391	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	1000	12	R\$ 57,27	R\$ 57.270,00	3.390.39.00.	50.30
1722	04.07.02.031 LIGADURA ELASTICA DE HEMORROIDAS (SESSAO) (CLINICA)	100	12	R\$ 396,75	R\$ 39.675,00	3.390.39.00.	50.30
4733	90.04.01.106 - INCREMENTO DE MATERIAL PARA CIRURGIA VIDEOLAPAROSCOPICA	20	12	R\$ 570,00	R\$ 11.400,00	3.390.39.00.	50.30
<b>CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL</b>							
3738	90.04.01.015 CONSULTA BUCOMAXILO FACIAL (CLINICA)	240	12	R\$ 57,27	R\$ 13.744,80	3.390.39.00.	50.30
8607	90.04.01.176 - EXTRAÇÃO DE TERCEIRO MOLAR INCLUSO	240	12	R\$ 400,00	R\$ 96.000,00	3.390.39.00.	50.30
<b>SERVIÇOS DE PLANTÃO POR HORA</b>							
5381	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	1728	12	R\$ 115,00	R\$ 198.720,00	3.390.39.00.	50.30



# CIS-COMCAM

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

TOTAL	R\$	485.855,30
-------	-----	------------

Campo Mourão, 29 de janeiro de 2024

RAFAEL BRITO DO  
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por  
RAFAEL BRITO DO  
PRADO:04933415951  
Dados: 2024.01.31 09:15:52 -03'00'

Rafael Brito do Prado  
Presidente do CISCOMCAM


[Voltar](#)

### Detalhes processo licitatório

#### Informações Gerais

Entidade Executora	CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE COMUNIDADE DOS MUNIC DA REGIÃO DE I		
Ano*	2024		
Nº licitação/dispensa/inexigibilidade*	3		
Modalidade*	Processo Inexigibilidade		
Número edital/processo*	18		
<b>Recursos provenientes de organismos internacionais/multilaterais de crédito</b>			
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 ginecologista, plantonista, cirurgião torácico e ortodontista bucomaxilo oferecidas pelo Ciscoscam.		
Dotação Orçamentária*	0101510302001520233390390000		
Preço máximo/Referência de preço - R\$*	485.855,30		
Data Publicação Termo ratificação	29/01/2024		
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](#))



# 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 Presidente da Comissão Permanente de Licitação 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



### **PARECER JURÍDICO**

Trata-se de parecer jurídico inicial acerca da minuta de edital e demais documentos do Credenciamento – Chamamento Público nº 05/2023, por meio da modalidade de Inexigibilidade de licitação, visando o credenciamento de pessoa jurídica atuante na área da saúde, em atendimento as especializadas oferecidas pelo Ciscomcam.

Verifica-se que consta aos autos da requisição formulada pela Coordenação do consórcio, justificativa da necessidade dos serviços a serem contratados, bem como parecer contábil demonstrando que existe dotação orçamentária disponível para custeio da presente contratação.

O credenciamento como forma de chamamento público para contratação de empresas interessadas a prestarem o fornecimento dos itens descritos em atendimento ao Cis-Comcam na forma constante da minuta de edital é admitido conforme art. 6º, XLIII e art. 79, inciso I, da Lei nº 14.133/21.

Isto posto, o Acórdão nº 1605/21 - Tribunal Pleno do TCE-PR (processo nº 237952/20) expressa que é possível de acordo com a necessidade administrativa no caso concreto, o gestor optar pela contratação de pessoa física (PF) ou jurídica (PJ), pois não há vedação legal específica.

Sendo assim, considerando que foram observadas as regras do parágrafo único do art. 79 da Lei nº 14.133/21, sou **favorável** a publicação do edital nos presentes termos.

É o parecer.

Campo Mourão/PR, 31 de julho de 2023.

**ALBERT VASCONCELOS**  
**OAB/PR 74.160**



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

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

**1. PREÂMBULO.**

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

**2. DO OBJETO.**

**2.1**O 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.

**2.2**As 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](http://www.ciscomcam.com.br) / e-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br)



# CIS-COMCAM

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

endereço

eletrônico:

[http://www.ciscomcam.com.br/sistema/arquivos/1/020623102909\\_t\\_de\\_valores\\_ciscomcam\\_por\\_especialidades\\_30052023\\_pdf.pdf](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](http://www.ciscomcam.com.br) / e-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto: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.

**4.6**O 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.

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

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

**4.9**Por 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.

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

**4.11**Os 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](mailto: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.

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

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



# CIS-COMCAM

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

## CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2022

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

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

### 5. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

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

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

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

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

### 6. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

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

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

**6.3** Registro comercial, no caso de empresa individual;

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

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



# CIS-COMCAM

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

- 6.6 Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente.
- 6.7 Cópia da cédula de identidade dos sócios administradores
- 6.8 Cópia do CPF dos sócios administradores
- 6.9 Declaração de idoneidade, conforme modelo constante no **Anexo II**;
- 6.10 Declaração do proponente de que não possui nenhum impedimento, tanto referente à Lei 14.133/21 quanto às demais legislações atinentes à espécie, conforme modelo constante no **Anexo III**;
- 6.11 Declaração que não possui parentesco consanguíneo ou afim, até 3º grau, com empregados e/ou dirigentes do órgão licitante, conforme modelo constante no **Anexo IV**;
- 6.12 Todos os anexos deverão ser preenchidos em conformidade com o modelo do anexo, devendo inserir os dados do interessado em todos os campos pertinentes, bem como assinar e preencher com os dados lá solicitados com a identidade visual da empresa a ser credenciada, não podendo constar a identidade visual do Ciscamcam como consta nos modelos de anexos, sob pena de não credenciamento.
- 6.13 Cartão CNPJ conforme última atualização, caso 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;



# CIS-COMCAM

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

**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](http://www.ciscomcam.com.br)), bem como acesso mediante solicitação pelo aplicativo de mensagens (44) 99772-0041 ou pelo e-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto: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](http://www.ciscomcam.com.br) / e-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br)



# **CIS-COMCAM**

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

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

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

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

## **8. DO CRITÉRIO DE CREDENCIAMENTO.**

**8.1** As pessoas jurídicas serão cadastradas conforme critérios abaixo elencados:

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

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

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

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

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

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

## **9. DOS VALORES.**

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

[http://www.ciscomcam.com.br/sistema/arquivos/1/020623102909\\_t\\_de\\_valores\\_ciscomcam\\_por\\_especialidades\\_30052023\\_pdf.pdf](http://www.ciscomcam.com.br/sistema/arquivos/1/020623102909_t_de_valores_ciscomcam_por_especialidades_30052023_pdf.pdf)

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

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

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

**9.5** Os contratos extraídos dos Processos Licitatórios de Inexigibilidade oriunda deste



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

#### **10. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



# CIS-COMCAM

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

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

## 11. DO CRITÉRIO DE REAJUSTE

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

## 12. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**14.3.1** - Advertência.

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

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

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

## 15. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

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

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



# CIS-COMCAM

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

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

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

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

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

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

**15.7** Proceder, quando solicitado pelo 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](mailto: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](http://www.ciscamcam.com.br) / e-mail: [compras@ciscamcam.com.br](mailto: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.

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

**16.5**Os 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](http://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](mailto: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](mailto: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](http://www.ciscomcam.com.br) / e-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br)



# CIS-COMCAM

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

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

Campo Mourão, 01 de agosto de 2023

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

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

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

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



**ANEXO I**

**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO**  
**PESSOA JURÍDICA**

**(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)**

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

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

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

**Razão Social:**

**Nome Fantasia:**

**CNPJ nº:**

**Inscrição Estadual:**

**Micro Empresa:** ( ) Não ( ) Sim

**Optante Simples:**( ) Não ( ) Sim

**Número do CNAE Nacional:**      **Descrição:**

**Endereço:**

**Município:**    **UF:**

**CEP:**

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

<b>BANCO:</b>	<b>CÓDIGO DO BANCO:</b>	<b>AGÊNCIA:</b>
<b>TIPO DE CONTA:</b>	<b>OPERAÇÃO:</b>	<b>Nº DA CONTA:</b>
<b>CIDADE E UF DA AGENCIA:</b>		

<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>	<b>REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR</b>	<b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF</b>



# 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	<b>INSERIR ENDEREÇO DO LOCAL DE ATENDIMENTO</b> 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



**ANEXO III**  
**MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE**  
**FATO IMPEDITIVO**

**(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)**

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



**ANEXO IV**  
**MODELO DE DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE**  
**PARENTESCO**

**(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)**

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



**ANEXO V**

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

**(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)**

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



**ANEXO VI**  
**LISTA DE DOCUMENTOS**

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

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

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL DO CNPJ: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL DO DOCUMENTAÇÃO: \_\_\_\_\_  
CONTATO: \_\_\_\_\_

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



# CIS-COMCAM

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

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

## DOCUMENTAÇÃO DO PROFISSIONAL

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



# CIS-COMCAM

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



**CIS-COMCAM**

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

---

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

**(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)**

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



# **CIS-COMCAM**

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

---

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



# **CIS-COMCAM**

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

---

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

**(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)**

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



# **CIS-COMCAM**

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

---

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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

## Página de assinaturas



**Adriano Avila**  
058.375.919-07  
Signatário



**Ivani Molin**  
517.896.809-30  
Signatário



**Joana Silva**  
058.222.369-52  
Signatário



**Alexandro Santos**  
019.886.109-58  
Signatário

## HISTÓRICO

- 24 jul 2023** 15:09:06  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br))
- 24 jul 2023** 15:15:56  **Ivani Fiore Dal Molin** (E-mail: [vani\\_fiore@hotmail.com](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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





**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:** I.BESSON SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

**Nome Fantasia:** I.BESSON SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

**CNPJ nº:** 52.521.065/0001-86

**Inscrição Estadual:** 52.521.065/0001-86

**Micro Empresa:** ( x ) Não ( ) Sim

**Optante Simples:** ( ) Não ( ) Sim

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

**Endereço:** : Rua da Saudade 411

**Município:** Mandaguaçu      **UF:** PR

**CEP:** 87160-000

**Telefone Comercial:** ( )      **Telefone**      **Celular:**      (44)      999521554



# CIS-COMCAM

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

## DADOS BANCÁRIOS:

<b>BANCO:</b> Nu pagamentos S.A – Instituição de Pagamento	<b>CÓDIGO DO BANCO:</b> 0260	<b>AGÊNCIA:</b> 0001
<b>TIPO DE CONTA:</b> PJ	<b>OPERAÇÃO:</b>	<b>Nº DA CONTA:</b> 81158113-8
<b>CIDADE E UF DA AGENCIA:</b> SAO PAULO / SP		

<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>	<b>REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR</b>	<b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF</b>
ISABELLE BESSON	13.397.149-1 – SESP PR	099.273.909-80

<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME</b>	<b>QUANTIDADE</b>
CLÍNICO GERAL	PLANTÃO MÉDICO POR HORA – PORTARIA 37/2019 E 25/2022 CLASSIFICAÇÃO 90.05.03.008	1728 HORAS ANO

## PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF</b>	<b>REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR</b>	<b>Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE</b>	<b>TELEFONE</b>
ISABELLE BESSON	09927390980	133971491	CRM/PR 54.684	44 999521554

## RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

<b>NOME</b>	<b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF</b>	<b>REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR</b>	<b>E-MAIL</b>	<b>TELEFONE</b>
ISABELLE BESSON	09927390980	133971491	ISA_BESSON@HOTMAIL.COM	44999521554

## ESPECIALIDADES

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>ESPECIALIDADE</b>
ISABELLE BESSON	MÉDICO GENERALISTA



**CIS-COMCAM**

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

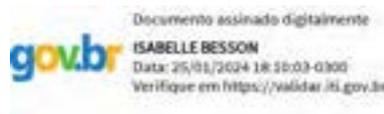
**LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS**

<b>CENTRO DE SAUDE CELSO NOGUEIRA DA SILVA</b>	Rua Alcides Pilan, 84 – Centro CEP: 87290-000 LUIZIANA PARANÁ
--	--

Campo Mourão – Pr,27/12/2023

**ASSINATURA**

I.BESSON SERVIÇOS MÉDICOS LTDA CNPJ nº 52.521.065/0001-86  
Isabelle Besson CPF: 099.273.909-80/ RG: 13.397.149-1





**ANEXO III**  
**MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE**  
**FATO IMPEDITIVO**

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

I. BESSON SERVIÇOS MÉDICOS LTDA, estabelecida na Rua da Saudade, nº 411, Jardim São Francisco, na cidade de Mandaguaçu/PR inscrita no CNPJ sob nº 52.521.065/0001-86 , neste ato representada pelo seu representante Isabelle Besson 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 27/12/2023

I. BESSON SERVIÇOS MÉDICOS LTDA CNPJ nº 52.521.065/0001-86  
Isabelle Besson  
099.273.909-80  
13.397.149-1





**ANEXO II**  
**MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

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

A empresa I. BESSON SERVIÇOS MÉDICOS LTDA inscrita no CNPJ sob nº 52.521.065/0001-86, sediada na Rua da Saudade, nº 411, Jardim São Francisco, na cidade de Mandaguçu/PR através representante legal, Isabelle Besson, RG 13.397.149-1, CPF 09927390980 declara, sob as penas da Lei, que:

não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;

não está impedido de transacionar com a Administração Pública;

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA

I. BESSON SERVIÇOS MÉDICOS LTDA CNPJ nº 52.521.065/0001-86  
Isabelle Besson  
099.273.909-80  
13.397.149-1

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** ISABELLE BESSON  
Data: 28/12/2023 10:46:13-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>



**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, Isabelle Besson, carteira de identidade nº 13.397.149-1 expedida pela SESP/PR inscrito no CPF sob nº 099.273.909-80 Representante legal da I. BESSON SERVIÇOS MÉDICOS LTDA inscrita no CNPJ sob o nº 52.521.065/0001-86, 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 27/12/2023

ASSINATURA

I. BESSON SERVIÇOS MÉDICOS LTDA CNPJ nº 52.521.065/0001-86  
Isabelle Besson  
099.273.909-80  
13.397.149-1

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** ISABELLE BESSON  
Data: 28/12/2023 10:48:13 -0300  
Verifique em <https://validar.jti.gov.br>



**ANEXO V**

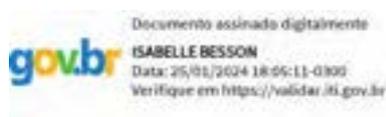
**MODELO DE DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA  
OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE**

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

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

Campo Mourão – Pr, 28/12/2023

**ASSINATURA**  
**I. BESSON SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**  
CNPJ nº 52.521.065/0001-86  
Isabelle Besson  
099.273.909-80  
13.397.149-1



**CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA****I. BESSON SERVICOS MEDICOS LTDA**

Pelo presente instrumento particular de Contrato Social:

**ISABELLE BESSON**, BRASILEIRA, SOLTEIRA, médica, nascido(a) em 21/09/1997, nº do CPF 099.273.909-80, residente e domiciliada na cidade de Mandaguaiçu - PR, na RUA da saudade, nº 411, jardim são francisco, CEP: 87160-000;

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: **I. BESSON SERVICOS MEDICOS LTDA.**

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

A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: RUA DA SAUDADE, nº 411, JARDIM SÃO FRANCISCO, Mandaguaiçu - PR, CEP: 87160000.

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

A sociedade terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômica: ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS, ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR E EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS.

**Parágrafo único.** Em estabelecimento eleito como Sede (Matriz) será(ão) exercida(s) a(s) atividade(s) de ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS, ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR E EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS..

E exercerá as seguintes atividades:

CNAE Nº 8630-5/03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

CNAE Nº 8610-1/01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

CNAE Nº 8610-1/02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

**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 11/10/2023 e seu prazo de duração será por tempo indeterminado.

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

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

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

Nome do Sócio	Qtd Quotas	Valor Em R\$	%
ISABELLE BESSON	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 **ISABELLE BESSON** que representará legalmente a sociedade e poderá praticar todo e qualquer ato de gestão pertinente ao objeto social.

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

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

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

# CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA

## I. BESSON SERVICOS MEDICOS LTDA

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

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

### **CLÁUSULA IX - DO PRÓ LABORE**

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

### **CLÁUSULA X - DISTRIBUIÇÃO DE LUCROS**

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

### **CLÁUSULA XI - DA RETIRADA OU FALECIMENTO DE SÓCIO**

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

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

### **CLÁUSULA XII - DA CESSÃO DE QUOTAS**

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

### **CLÁUSULA XIII - DA RESPONSABILIDADE**

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

### **CLÁUSULA XIV - PORTE EMPRESARIAL**

O sócio declara que a sociedade se enquadra como Empresa de Pequeno Porte - EPP, 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, II, LC nº 123, de 2006)

### **CLÁUSULA XV - DO FORO**

Fica eleito o Foro da Comarca de Mandaguáçu - 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.

Mandaguáçu - PR, 11 de outubro de 2023

---

ISABELLE BESSON  
Sócio/Administrador



## ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa I. BESSON SERVICOS MEDICOS LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
09927390980	ISABELLE BESSON



CERTIFICO O REGISTRO EM 13/10/2023 16:42 SOB N° 41212019477.  
PROTOCOLO: 237315408 DE 13/10/2023.  
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12314957779. CNPJ DA SEDE: 52521065000186.  
NIRE: 41212019477. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 11/10/2023.  
I. BESSON SERVICOS MEDICOS LTDA

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANCA PUBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO DO PARANA

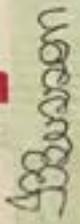
**RG: 13.397.149-1**



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR



CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **13.397.149-1** DATA DE EXPEDIÇÃO: 10/10/2011

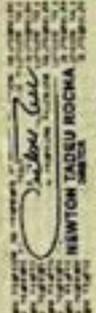
NOME: **ISABELLE BESSON**

FILIAÇÃO: ANTONIO BESSON  
APARECIDA POMPILO BUENO BESSON

NATURALIDADE: MARRINGA/PR DATA DE NASCIMENTO: 21/09/1997

DOC. ORIGEM: COMARCA-MANDAGUAÇU/PR, DA SEDE  
C.NASC=7180, LIVRO=34A, FOLHA=120

CURITIBA/PR



ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

**É PROIBIDO PLASTIFICAR**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LUIZIANA**

Estado do Paraná

Exercício: 2023

SECRETARIA DA FAZENDA  
DEPARTAMENTO TRIBUTAÇÃO E FISCALIZAÇÃO

**ALVARÁ DE LICENÇA NRO. 10138/2023**

Para localização ou exercício de atividades do município, concedido conforme número do C.M.C. 10138 concede a licença a:

**RAZÃO SOCIAL**

PREFEITURA MUNICIPAL DE LUIZIANA

**NOME FANTASIA**

CENTRO DE SAUDE CELSO NOGUEIRA DA SILVA

**ENDEREÇO:** R. ALCIDES PILAN, S/N    **CEP:** 87290-000

**BAIRRO:**    **CENTRO**    **COMPLEMENTO:**

**CNPJ/CPF:** 80.888.688/0001-27

**Área Utilizada:** 418.02 M2

**RAMO DE ATIVIDADE PRINCIPAL**

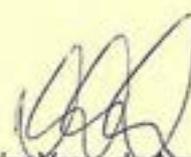
CNAE: 2731614

CNAE: 8610102

EDIFÍCIO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LUIZIANA

quarta-feira, 10 de maio de 2023

  
Paulo Evangelista Bezerra  
CPF 670.819.679-49  
Auditor de Tributos

  
Elder Veres de Araujo  
CPF 051.273.659-60  
Chefe Departamento Tributação

**EXIGÊNCIAS**

**1 - TAXA DE RENOVAÇÃO DE LICENÇA:**

- 1 - a) O presente ALVARÁ só tem validade para o exercício em curso, ficando sujeito a RENOVAÇÃO anual.
- b) Será exigida renovação da licença sempre que ocorrer mudanças de ramo de atividade, modificações nas características do estabelecimento ou transferência de local.
- c) Nos casos de alterações tais como: encerramento, mudança de endereço, razão social, ramo de atividade, etc., o contribuinte será obrigado a comunicar a prefeitura imediatamente.
- 2 - EVITE: multas, auditorias, fiscalização especial e outros aborrecimentos mantendo em dia sua situação perante o fisco. (Futuramente você precisará das certidões para fins de aposentadoria, auxílios, pensões, etc. Zele pelo seu futuro).
- 3 - O presente alvará deverá ser fixado em lugar visível, perderá a validade quando se modificarem qualquer dos elementos essenciais escritos, Não vale como recibo.

## CERTIDÃO SIMPLIFICADA

### Sistema Nacional de Registro de Empresas Mercantis - SINREM

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

<b>Nome Empresarial:</b> I. BESSON SERVICOS MEDICOS LTDA <b>NIRE :</b> 41212019477 <b>Natureza Jurídica:</b> Sociedade Empresária Limitada			<b>Protocolo:</b> PRC2318636945		
<b>NIRE (Sede)</b> 41212019477	<b>CNPJ</b> 52.521.065/0001-86	<b>Data de Ato Constitutivo</b> 13/10/2023	<b>Início de Atividade</b> 11/10/2023		
<b>Endereço Completo</b> Rua DA SAUDADE, Nº 411, JARDIM SÃO FRANCISCO - Mandaguáçu/PR - CEP 87160-000					
<b>Objeto Social</b> ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS, ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR E EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS.					
<b>Capital Social</b> R\$ 10.000,00 (dez mil reais) <b>Capital Integralizado</b> R\$ 10.000,00 (dez mil reais)		<b>Porte</b> EPP (Empresa de Pequeno Porte)	<b>Prazo de Duração</b> Indeterminado		
<b>Dados do Sócio</b>					
<b>Nome</b> ISABELLE BESSON	<b>CPF/CNPJ</b> 099.273.909-80	<b>Participação no capital</b> R\$ 10.000,00	<b>Espécie de sócio</b> Sócio	<b>Administrador</b> S	<b>Término do mandato</b> Indeterminado
<b>Dados do Administrador</b>					
<b>Nome</b> ISABELLE BESSON	<b>CPF</b> 099.273.909-80	<b>Término do mandato</b> Indeterminado			
<b>Último Arquivamento</b>			<b>Situação</b>		
<b>Data</b> 13/10/2023	<b>Número</b> 20237315408	<b>Ato/eventos</b> 090 / 316 - ENQUADRAMENTO DE EMPRESA DE PEQUENO PORTE	<b>ATIVA</b> <b>Status</b> SEM STATUS		

Esta certidão foi emitida automaticamente em 28/11/2023, às 15:30:58 (horário de Brasília).  
Se impressa, verificar sua autenticidade no <https://www.empresafacil.pr.gov.br>, com o código **QJL6TZG9**.



PRC2318636945

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA  
Secretário(a) Geral

 <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</b>		
NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>52.521.065/0001-86</b> MATRIZ	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>	DATA DE ABERTURA <b>13/10/2023</b>
NOME EMPRESARIAL <b>I. BESSON SERVICOS MEDICOS LTDA</b>		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****		PORTE <b>EPP</b>
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas</b>		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS <b>86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências</b> <b>86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências</b>		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>206-2 - Sociedade Empresária Limitada</b>		
LOGRADOURO <b>R DA SAUDE</b>	NÚMERO <b>411</b>	COMPLEMENTO *****
CEP <b>87.160-000</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>JARDIM SÃO FRANCISCO</b>	MUNICÍPIO <b>MANDAGUACU</b>
UF <b>PR</b>	ENDEREÇO ELETRÔNICO <b>ISA_BESSON@HOTMAIL.COM</b>	
TELEFONE <b>(44) 9952-1554/ (0000) 0000-0000</b>		
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****		
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>13/10/2023</b>	
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 **16/10/2023** às **17:42:35** (data e hora de Brasília).

Página: **1/1**

Data da consulta: 28/11/2023 11:23:05

### Identificação do Contribuinte - CNPJ Matriz

CNPJ: **52.521.065/0001-86**

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

Nome Empresarial: **I. BESSON SERVICOS MEDICOS LTDA**

### Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **Optante pelo Simples Nacional desde 13/10/2023**

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

[+ Mais informações](#)

[Voltar](#)

[Gerar PDF](#)

## Isabelle Besson

### Dados Pessoais

CPF

099.273.909-80

Cartão Nacional de Saúde

709006825299717

Data de Nascimento

21/09/1997

## CERTIDÃO

Certificamos para os devidos fins e a quem interessar possa que, **ISABELLE BESSON**, portador(a) do R.G 13.397.149-1 SESP/PR, de nacionalidade brasileira, nascido(a) em 21/09/1997 natural de Maringá - PR, filho(a) de Aparecida Pompilho Bueno Besson e Antonio Besson, concluiu em 18/11/2023 o Curso Superior de Graduação **MEDICINA** com carga horária de 8479 horas, tendo recebido outorga de grau em 01/12/2023.

Certificamos ainda, que o curso dispõe do ato oficial Curso Autorizado pela Portaria Nº 807, de 01/08/17 D.O.U. 02/08/17. do Ministério da Educação.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente.

Campo Mourão - PR, 04 de dezembro de 2023



**Maria Danieli Menegassi de Castro**

Secretaria Acadêmica

Portaria nº 083/2019 | CPF 041.608.829-51

**Código de Verificação:** 240182 2786820926 489068664  
[interno.grupointegrado.br/validacao-protocolo](http://interno.grupointegrado.br/validacao-protocolo)



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

**Certidão Negativa de Débitos N° 326480/2023**

**Certificamos**, conforme requerido por **I. BESSON SERVICOS MEDICOS LTDA**, CPF/CNPJ n° **52.521.065/0001-86**, para fins **DIVERSOS**, que **NÃO CONSTAM DÉBITOS MUNICIPAIS** (impostos, taxas, contribuições, receitas não tributárias, inscritos em dívida ativa ou não dos Cadastros Mobiliários e Imobiliários) até a presente data, no CPF/CNPJ n° **52.521.065/0001-86**, situado(a) na cidade de Maringá, **O(A) QUAL NÃO SE ENCONTRA INSCRITO(A) NOS REFERIDOS CADASTROS**.

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

---

Emitida em: **28/11/2023**

Válida até: **27/01/2024**

Certidão emitida com base nas normas:

CTN - Código Tributário Nacional

CTM - Código Tributário Municipal

Decreto Municipal n° 1500/2017

Código de Autenticação: **7A310DA1E0BB669D789B69C788556109**

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



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

**Certidão Negativa**  
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual  
Nº 032343245-32

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **52.521.065/0001-86**

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 27/03/2024 - Fornecimento Gratuito**

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via Internet  
[www.fazenda.pr.gov.br](http://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: I. BESSON SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ: 52.521.065/0001-86**

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

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

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

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

Emitida às 11:24:20 do dia 28/11/2023 <hora e data de Brasília>.

Válida até 26/05/2024.

Código de controle da certidão: **B2FE.FA75.5637.C909**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: I. BESSON SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)  
CNPJ: 52.521.065/0001-86  
Certidão n°: 67729447/2023  
Expedição: 28/11/2023, às 11:27:58  
Validade: 26/05/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **I. BESSON SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o n° **52.521.065/0001-86**, **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.



Estabelecimento: Rua Engenheiro Polidoro nº 1075  
CEP: 81.215-900 Curitiba - PR  
CNPJ nº: 75.494.013/0001-45  
Inscrição Estadual: 101.82390-54  
Internet: www.sanepar.com.br

**CONTA**

FONE SANEPAR: 0800-200-0115

NOME DO CLIENTE  
ANTONIO SIESSON

MATRICULA  
3287 6557

ENDEREÇO  
R. SAUDADE  
218 L. 72A1

NÚMERO  
411

Nº LAUDO - AFRETE

CITY LOCAL  
87-100-000 MANDAGUAÇU

NÚMERO DE LEITURA 157-15-07-010-08313 | HIDRÔMETRO Y16F547198-4-1 | CAT-RES-COM-IND-UTR-POB 011 001 - - - - -

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA	Turbidez	Cor	Oxigênio	Fósforo	Col. Total	Qualidade (em pontos)
Nº Amostras de Amostras Exigidas	41	41	41	0	41	
Nº Amostras Realizadas	44	44	44	54	44	
Nº Amostras que Atendem à Legislação	44	44	44	54	44	

Conclusão: Todas as amostras atendem à legislação

HISTÓRICO DE PAGAMENTOS - CONDICIONADO AS OBSERVAÇÕES CONJUNTAS NO VERSO

Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
2022	PAGO													
2023	PAGO													

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS LANÇADOS

	SANEPAR(R\$)
MULTA AGUA	1,10
MULTA ESGOTO	2,00
JUROS MORATORIOS	0,25
RT. MONET. P/ ATRASO	0,02

FAIXAS DE CONSUMO	VOLUME	VALOR M3/RS AGUA	TOTALS	
			AGUA	ESGOTO
RES Mínimo	5		45,07	39,18
De 0 a 10m3	3	1,52	4,56	3,05



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PR

Nome: ISABELLE BESSON

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSORAUF: 133971491 SEDF PR

CPF: 089.273.909-80 DATA NASCIMENTO: 21/09/1997

FUNÇÃO: ANTONIO BESSON

AFABRICAÇÃO: PONTILHO BOMBO DE SODM

PERMISSÃO: ACC: OR. HAB: 2

Nº REGISTRO: 2362610789 VÁLIDA EM: 06/10/2026 1ª HABILITAÇÃO: 11/02/2016

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 2136072768

GENERAÇÃO: 3

ASSINATURA DO PORTADOR: *Isabelle Besson*

LOCAL: MARACÁ, PR DATA EMISSÃO: 06/10/2026

ASSINADO DIGITALMENTE DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO 2136072768

PARANÁ

DENATRAN CONTRAN

QR-CODE



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

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

SERPRO / SENATRAN



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **ISABELLE BESSON**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **54684** desde **21/12/2023**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

**Esta Certidão tem validade até o dia 22/03/2024.**

Chave de validação      **735327592a12b576d14371b4504ac071cdd5e358**

Emitida eletronicamente via internet em **22/12/2023**.

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

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

**MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ nº 49.399.216/0001-60**

**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:** MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA

**Nome Fantasia:** MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA

**CNPJ nº:** 49.399.216/0001-60

**Inscrição Estadual:** ISENTO

**Micro Empresa:** ( ) Não ( X ) Sim

**Optante Simples:**( ) Não ( X ) Sim

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

**Endereço:** R JUSTO MANFRON, 920, CASA 23, LAMENHA PEQUENA

**Município:** ALMIRANTE TAMANDARÉ **UF:** PR

**CEP:** 83.508-185

**Telefone Comercial:** (44) 3423-0642    **Telefone Celular:** ( ) **DADOS**

**BANCÁRIOS:**

<b>BANCO:</b> BANCO DO BRASIL S.A	<b>CÓDIGO DO BANCO:</b> 001	<b>AGÊNCIA:</b> 3511-4
<b>TIPO DE CONTA:</b> C/C	<b>OPERAÇÃO:</b>	<b>Nº DA CONTA:</b> 36.425-8
<b>CIDADE E UF DA AGENCIA:</b> CURITIBA - PR		

**MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ nº 49.399.216/0001-60**

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL - RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF
MARIANA DE AGUIAR KOUBIK	12.922.044-9 expedida por SESP/PR	094.586.829-40

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	BIOPSIA DO COLO UTERINO BIÓPSIA/PUNÇÃO DE VULVA CONSULTA MÉDICA CRIOCAUTERIZAÇÃO / ELETROCOAGULAÇÃO DE COLO DE ÚTERO DIU DRENAGEM DA GLÂNDULA DE BARTHOLIN/SKENE ESWAZIAMENTO PERCUTÂNEO DE CISTO MAMÁRIO EXÉRESE DE PÓLIPO DE ÚTERO	100 EXAMES/ CONSULTAS

**PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
MARIANA DE AGUIAR KOUBIK	094.586.829-40	CRM-PR	0043681	(41)99950-3838

**RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO**

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
MARIANA DE AGUIAR KOUBIK	094.586.829-40	CRM-PR	empresarial@contabilamerica.com	(44)3423-0642

**ESPECIALIDADES**

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
MARIANA DE AGUIAR KOUBIK	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

**MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ n° 49.399.216/0001-60**

**LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS**

**CISCOMCAM CONSÓRCIO**  
**INTERMUNICIPAL DE SAUDE**

**Rua Mamboré, 1542 – Centro, Campo**  
**mourão – PR, 87302-140**

Campo Mourão – Pr, 25 de janeiro de 2024.



**MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ 49.399.216/0001-60**  
**MARIANA DE AGUIAR KOUBIK**  
**CPF 094.586.829-40**  
**RG 12.922.044-9**

---

**MARIANA KOUBIK SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**  
**CNPJ nº 49.399.216/0001-60**

**ANEXO II**

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

A empresa **MARIANA KOUBIK SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, inscrita no CNPJ sob nº 49.399.216/0001-60, sediada na Rua Mambore, nº 1542, Centro, na cidade de Campo Mourão - PR, através representante legal, Mariana de Aguiar Koubik, portadora da Carteira de Identidade RG de nº 12.922.044-9 e CPF de nº 094.586.829-40, declara, sob as penas da Lei, que:

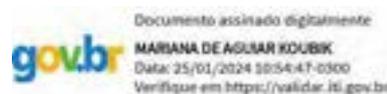
não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;

não está impedido de transacionar com a Administração Pública;

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

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

Campo Mourão – Pr, 25 de Janeiro de 2024.



**MARIANA KOUBIK SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**  
49.399.216/0001-60  
**MARIANA DE AGUIAR KOUBIK**  
094.586.829-40  
12.922.044-9

---

**MARIANA KOUBIK SERVIÇOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ nº 49.399.216/0001-60**

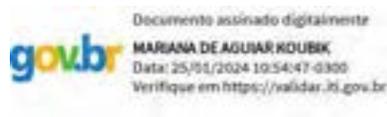
**ANEXO III**

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

**MARIANA KOUBIK SERVIÇOS MEDICOS LTDA**, estabelecida na Rua Mambore, nº 1542, Centro, Campo Mourão - PR, inscrita no CNPJ sob nº 49.399.216/0001-60, neste ato representada por sua sócia administradora Mariana de Aguiar Koubik, no uso de suas atribuições legais, vem: DECLARAR, para fins de participação neste procedimento licitatório em pauta, sob as penas da Lei, que inexistente qualquer fato impeditivo a sua participação na licitação citada, que não foi declarada inidônea e que não está suspensa de participar em processos de licitação ou impedida de contratar com a Administração Pública, e que se compromete a comunicar ocorrência de fatos supervenientes.

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, 25 de Janeiro de 2024.



**MARIANA KOUBIK SERVIÇOS MEDICOS LTDA**  
49.399.216/0001-60  
**MARIANA DE AGUIAR KOUBIK**  
094.586.829-40  
12.922.044-9

---

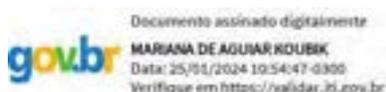
**MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ nº 49.399.216/0001-60**

**ANEXO IV**

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

Eu, Mariana de Aguiar Koubik, carteira de identidade nº 12.922.044-9 expedida por SESP/PR, inscrito no CPF sob nº 094.586.829-40, Representante legal da **MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA** inscrita no CNPJ sob o nº 49.399.216/0001-60, DECLARO, sob as penas da Lei, para os devidos fins que não possuo parentesco consanguíneo ou afim, até 3º grau, com empregados e/ou dirigentes do órgão licitante.

Campo Mourão – Pr, 25 de Janeiro de 2024.



**MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA**  
49.399.216/0001-60  
MARIANA DE AGUIAR KOUBIK  
094.586.829-40  
12.922.044-9

---

**CONTRATO SOCIAL**  
**MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA**

1

**MARIANA DE AGUIAR KOUBIK**, brasileira, solteira, médica, natural da cidade de Paranavaí – PR, nascida no dia 10/06/1995, portadora da Carteira de Identidade RG de nº 12.922.044-9, expedida por SESP/PR e CPF de nº 094.586.829-40, residente e domiciliada Rua Justo Manfron, 920, Casa 23, Lamenha Pequena, Almirante Tamandaré-PR, CEP 83.508-185;

Resolve por este instrumento particular de Contrato Social, **CONSTITUIR** uma "**SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA UNIPESSOAL**" mediante as cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA:** A sociedade girará sob a denominação de: **MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA**, com sede e foro na Rua Justo Manfron, 920, Casa 23, Lamenha Pequena, Almirante Tamandaré-PR, CEP 83.508-185

**CLÁUSULA SEGUNDA:** A sociedade terá por objeto social: **CLINICA MEDICA E PRESTACAO DE SERVICOS MEDICO-HOSPITALARES EM ESTABELECIMENTOS DE TERCEIROS**

**CLÁUSULA TERCEIRA:** O prazo de duração da sociedade será indeterminado, iniciando suas atividades a partir da data de assinatura desse Contrato Social, sendo ela, 26 de janeiro de 2023.

**CLÁUSULA QUARTA:** O capital social da sociedade será de R\$ 30.000,00 (Trinta Mil) reais, dividido em 30.000 (Trinta Mil) quotas de R\$ 1,00 (UM) real cada uma, inteiramente subscrito e integralizado pela sócia no presente ato, o qual encontra-se distribuído da seguinte forma:

SOCIO	QUOTAS	VALOR (R\$)	%
MARIANA DE AGUIAR KOUBIK	30.000	30.000,00	100
<b>TOTAL.....</b>	<b>30.000</b>	<b>30.000,00</b>	<b>100%</b>

**CLÁUSULA QUINTA:** As quotas são indivisíveis e não poderão ser cedidas ou transferidas a terceiros sem o consentimento dos outros sócios, a quem fica assegurado,

## CONTRATO SOCIAL MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA

---

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.

**CLAUSULA SEXTA:** Fica autorizado a redução de capital social, após a integralização do capital, no caso de perdas irreparáveis, ou se o capital for comprovadamente excessivo em relação ao objeto da sociedade, devendo ser realizada com a redução proporcional do valor nominal das quotas.

*Parágrafo Único:* No caso do capital ser demasiado em relação ao objeto da sociedade, a redução será realizada com a diminuição do valor nominal das quotas, através de restituição do valor ou da diferença de prestações devidas, devendo a forma ser objeto de deliberação pelos sócios.

**CLAUSULA SÉTIMA:** A responsabilidade de cada sócio será restrita ao valor de suas quotas, mas todos respondem solidariamente pela integralização do capital social.

*Parágrafo Único:* Os sócios não respondem subsidiariamente pelas obrigações sociais.

**CLÁUSULA OITAVA:** A administração da sociedade caberá a sócia: **MARIANA DE AGUIAR KOUBIK**, já qualificada anteriormente, a qual lhe é atribuído todos os poderes necessários para fazer uso da denominação social, bem como gerir os negócios sociais e representar a sociedade, ativa e passiva, judicial e extrajudicialmente, inclusive perante terceiros, repartições públicas federais estatuais e municipais, autarquias e órgãos previdenciários.

*Parágrafo Primeiro:* A sócia administradora está dispensada da prestação de caução, podendo, no entanto, realizarem uma retirada mensal à título de "pró-labore", a ser fixada mensalmente em comum acordo entre os sócios, sendo esta levada a débito na conta de despesas gerais da sociedade.

*Parágrafo Segundo:* É expressamente vedado a sócia administradora, o uso da denominação em quaisquer negócios alheios aos objetivos da sociedade, ou assumir obrigações em favor dos sócios ou de terceiros. 

*Parágrafo Terceiro:* As procurações outorgadas pela sociedade deverão especificar expressamente os poderes conferidos e determinar prazo de

---

**CONTRATO SOCIAL**  
**MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA**

---

validade, limitado a no máximo 01(UM) ano, com exceção das procurações "ad judícia" que poderão ser outorgados por prazo indeterminado. As procurações outorgadas a empregados da sociedade são revogadas automaticamente ao término do contrato de trabalho.

**CLÁUSULA NONA:** O exercício social coincidirá com o ano civil e, anualmente em 31 de dezembro, serão levantados pelos administradores o Balanço Patrimonial, Balanço de Resultado Econômico e o Inventário, sendo que os resultados positivos e negativos serão partilhados entre os sócios na proporção de suas quotas.

**CLÁUSULA DÉCIMA:** Nos quatro meses seguintes ao término do exercício social, os sócios deliberarão sobre as contas e designarão administrador quando for o caso.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA:** A sociedade poderá a qualquer tempo, abrir ou fechar filial ou outra dependência, mediante alteração contratual assinada por todos os sócios.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA:** Falecendo ou interditando qualquer sócio, a sociedade continuará sua atividade com os herdeiros, sucessores ou curador do sócio incapaz. Não sendo possível ou inexistindo interesse destes ou do sócio remanescente, o valor de seus haveres será apurado e liquidado com base na situação patrimonial da sociedade, à data da resolução, verificada em balanço especialmente levantado.

**CLAUSULA DÉCIMA TERCEIRA:** Ocorrerá extinção da sociedade nas hipóteses as quais as leis referentes a Sociedade Limitada preverem, ou quando as partes assim decidirem.

*Parágrafo Primeiro:* Extinguindo-se a sociedade por ordem judicial ou encerrando suas atividades, os sócios se comprometem neste último caso, a arquivar o distrato social perante a Junta Comercial competente.

*Parágrafo Segundo:* Caso haja deliberação das partes na extinção da sociedade e conseqüente finalização da empresa, haverá a apuração dos haveres, dos créditos e débitos para que se faça posteriormente a partilha e a liquidação do que se fizer necessário.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA:** A administradora declara, sob as penas da lei, de que não está impedida de exercer a administração da sociedade, por lei especial, ou em

---



**CONTRATO SOCIAL**  
**MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA**

---

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

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA:** A responsabilidade técnica perante o Conselho Regional de Medicina do Paraná pelos trabalhos executados, ficará a cargo da sócia: **MARIANA DE AGUIAR KOUBIK**, portadora da Carteira Profissional nº 43.681, expedida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA:** Declara sob as penas da Lei, que a sociedade se enquadra na condição de MICROEMPRESA, nos termos da Lei Complementar nº.123, de 14/12/2006

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA:** Fica eleito o Foro da Comarca de Almirante Tamandaré, Estado do Paraná, em detrimento de outro por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas deste instrumento de constituição de sociedade limitada.

E, por assim, estar justa e contratada, lavra, data e assina o presente instrumento de Contrato Social de Sociedade Limitada Unipessoal de igual teor e forma, obrigando-se fielmente por si e por seus herdeiros a cumpri-lo em todos os seus termos.

Almirante Tamandaré-PR, 26 de janeiro de 2023.



**MARIANA DE AGUIAR KOUBIK**  
CPF de nº 094.586.829-40

---



## TERMO DE AUTENTICIDADE

Eu, SERGIO LUIS MIRANDA, com inscrição ativa no CRC/PR, sob o nº 044501O3, inscrito no CPF nº 02069906930, 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
02069906930	044501O3	SERGIO LUIS MIRANDA



CERTIFICO O REGISTRO EM 31/01/2023 09:29 SOB Nº 41211311719.  
PROTOCOLO: 230633013 DE 30/01/2023.  
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12301338927. CNPJ DA SEDE: 49399216000160.  
NIRE: 41211311719. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 26/01/2023.  
MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA  
SECRETÁRIO-GERAL  
[www.empresafacil.pr.gov.br](http://www.empresafacil.pr.gov.br)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 12.922.044-9



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 12.922.044-9

DATA DE EXPEDIÇÃO: 13/11/2009

NOME: **MARIANA DE AGUIAR Koubik**

FILIAÇÃO: ROBERTO Koubik

ANA CLAUDIA GALVÃO DE AGUIAR Koubik

NATURALIDADE: PARANAVAI/PR

DATA DE NASCIMENTO: 10/06/1995

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

C.NASC=28928, LIVRO=79A, FOLHA=155

CURRBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

É PROIBIDO PLASTIFICAR



Documento assinado digitalmente

MARIANA DE AGUIAR Koubik

Data: 25/01/2024 10:28:30-0300

Verifique em <https://validar.j5.gov.br>



## CERTIDÃO SIMPLIFICADA

### Sistema Nacional de Registro de Empresas Mercantis - SINREM

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

<b>Nome Empresarial:</b> MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA <b>NIRE :</b> 41211311719 <b>Natureza Jurídica:</b> Sociedade Empresária Limitada			<b>Protocolo:</b> PRC2419256084		
<b>NIRE (Sede)</b> 41211311719	<b>CNPJ</b> 49.399.216/0001-60	<b>Data de Ato Constitutivo</b> 31/01/2023	<b>Início de Atividade</b> 26/01/2023		
<b>Endereço Completo</b> Rua Justo Manfron, Nº 920, CASA 23,, Lamenha Pequena - Almirante Tamandaré/PR - CEP 83508-185					
<b>Objeto Social</b> CLINICA MEDICA E PRESTACAO DE SERVICOS MEDICO-HOSPITALARES EM ESTABELECIMENTOS DE TERCEIROS					
<b>Capital Social</b> R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) <b>Capital Integralizado</b> R\$ 30.000,00 (trinta mil reais)		<b>Porte</b> ME (Microempresa)	<b>Prazo de Duração</b> Indeterminado		
<b>Dados do Sócio</b>					
<b>Nome</b> MARIANA DE AGUIAR KOUBIK	<b>CPF/CNPJ</b> 094.586.829-40	<b>Participação no capital</b> R\$ 30.000,00	<b>Espécie de sócio</b> Sócio	<b>Administrador</b> S	<b>Término do mandato</b> Indeterminado
<b>Dados do Administrador</b>					
<b>Nome</b> MARIANA DE AGUIAR KOUBIK	<b>CPF</b> 094.586.829-40	<b>Término do mandato</b> Indeterminado			
<b>Último Arquivamento</b>			<b>Situação</b>		
<b>Data</b> 31/01/2023	<b>Número</b> 20230633013	<b>Ato/eventos</b> 090 / 315 - ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA	<b>ATIVA</b> <b>Status</b> SEM STATUS		

Esta certidão foi emitida automaticamente em 25/01/2024, às 08:49:55 (horário de Brasília).  
Se impressa, verificar sua autenticidade no <https://www.empresafacil.pr.gov.br>, com o código **AHVMGHJY**.



PRC2419256084

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA  
Secretário(a) Geral

		<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b>	
<b>CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</b>			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>49.399.216/0001-60</b> <b>MATRIZ</b>	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>		DATA DE ABERTURA <b>31/01/2023</b>
NOME EMPRESARIAL <b>MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA</b>			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****			PORTE <b>ME</b>
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS <b>86.30-5-01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos</b> <b>86.30-5-02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>206-2 - Sociedade Empresária Limitada</b>			
LOGRADOURO <b>R JUSTO MANFRON</b>	NÚMERO <b>920</b>	COMPLEMENTO <b>CASA 23</b>	
CEP <b>83.508-185</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>LAMENHA PEQUENA</b>	MUNICÍPIO <b>ALMIRANTE TAMANDARE</b>	UF <b>PR</b>
ENDEREÇO ELETRÔNICO <b>EMPRESARIAL@CONTABILAMERICA.COM</b>		TELEFONE <b>(44) 3423-0642/ (0000) 0000-0000</b>	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>31/01/2023</b>	
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 **31/01/2023** às **10:39:38** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

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

## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 49.399.216/0001-60  
**Razão Social:** MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA  
**Endereço:** RUA JUSTO MANFRON, 920 / ESCRITÓRIO AMÉRICA / JARDIM SAN FERNANDO / UMUARAMA / PR / 87508-185

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

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

**Validade:** 06/01/2024 a 04/02/2024

**Certificação Número:** 2024010600582079093346

Informação obtida em 23/01/2024 17:51:55

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**



ESTADO DO PARANÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALMIRANTE TAMANDARÉ  
SECRETARIA DE FINANÇAS

Data: 23/01/2024 16h20min

Número	Validade
775	22/02/2024

## CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Nome / Razão Social

MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA CNPJ: 49399216000160

Aviso

Sem débitos pendentes até a presente data.

Comprovação Junto à

Finalidade

Mensagem

Certificamos que até a presente data não constam débitos tributários relativos à inscrição abaixo caracterizada.

A Fazenda Municipal se reserva o direito de cobrar débitos que venham a ser constatados, mesmo se referentes a períodos compreendidos nesta certidão.

Código de Controle

CWCMCJUO5UASJTW1

A validade do documento pode ser consultada no site da prefeitura por meio do código de controle informado.  
<http://tamandare.pr.gov.br>

Almirante Tamandaré (PR), 23 de Janeiro de 2024



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

## **Certidão Negativa**

de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual  
Nº 032726608-08

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **49.399.216/0001-60**

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

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

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

**Válida até 22/05/2024 - Fornecimento Gratuito**

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via Internet  
[www.fazenda.pr.gov.br](http://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: MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ: 49.399.216/0001-60**

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

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

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

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

Emitida às 17:46:23 do dia 23/01/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 21/07/2024.

Código de controle da certidão: **A301.0407.8E86.8106**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 49.399.216/0001-60

Certidão nº: 5466652/2024

Expedição: 23/01/2024, às 17:53:21

Validade: 21/07/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **49.399.216/0001-60**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

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

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

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

Certidão emitida gratuitamente.

### **INFORMAÇÃO IMPORTANTE**

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



## **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ**

### **Certificado de Especialista**

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, de acordo com a resolução vigente, certifica que registrou, em 30/03/2023, no livro nº. 8, RQE nº. 32317, folha nº. 219, a qualificação do médico(a),

**MARIANA DE AGUIAR KOUBIK, CRM nº. 43681,**

**na especialidade de**

**GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

Chave de validação     **f7de4887925b0c570ffaae093b00d7a0006eefb4**

Emitida eletronicamente via internet em **25/01/2024**

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

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

### Cartão Nacional de Saúde - CNS

Sra. MARIANA DE AGUIAR Koubik,

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



Documento assinado digitalmente  
**MARIANA DE AGUIAR Koubik**  
Data: 25/01/2024 10:13:55-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

# CRM-PR

Conselho Regional de Medicina do Paraná

## CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO

Inscrição: 0043681 em 07/01/2020

Nome:

MARIANA DE AGUIAR KOUBIK

Filiação:

ROBERTO KOUBIK e ANA CLAUDIA GALVÃO DE AGUIAR KOUBIK

Nacionalidade:

BRASIL

Nascimento:

10/06/1995

Naturalidade:

Paranavai-PR

Diplomado pela:

FACULDADE EVANGÉLICA MACKENZIE DO PARANÁ

Formado em:

07/01/2020

Identidade:

129220449

Órgão Expedidor:

SESP-PR

CPF:

094.586.823-40

Documento assinado digitalmente

MARIANA DE AGUIAR KOUBIK

Data: 25/01/2024 10:23:06-0300

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

**gov.br**

0043681



POLEGAR DIREITO



Assinatura do Portador

MÉDICO



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

**CPF**

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

**094.586.829-40**

Nome

MARIANA DE AGUIAR KOURIK

Nascimento

10/06/1995





## Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná



A Diretora Geral da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná,  
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina em  
19 de outubro de 2019 e a colação de grau em 07 de janeiro de 2020, confere o título de  
**Médica a**

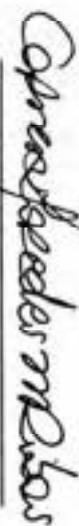
**Mariana de Aguiar Koubik,**

brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida em 10 de junho de 1995, portadora do  
RG nº 12.922.044-9/PR,

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.  
Curitiba, 05 de fevereiro de 2020.

  
Ana Cristina Tomazi  
Secretária - Geral

  
Diplomada

  
Carmen Australia Paredes Marcondes Ribas  
Diretora - Geral

**Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná  
Instituto Presbiteriano Mackenzie**

CNPJ: 60.967.551/0001-50

Reconhecida pela Portaria nº 1044, de 09/09/2016,  
publicada no DOU nº 175, Seção 1, pág. 11, de 12/09/2016.

**Curso de Medicina**

Reconhecido pela Portaria nº 745, de 25/11/2016,  
publicada no DOU nº 227, Seção 1, pág. 90, de 28/11/2016.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

CNPJ 75.095.679/0001-49

Reconhecida pela Portaria nº 995, de 17 de agosto de 2016,  
publicada no D.O.U. de 18 de agosto de 2016, seção 01, página 23.



MINISTERIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Pro-Reitoria de Graduação

NAA - Unidade de Diplomas

Por delegação de competência do D.A.U., Portaria nº 71, de  
21/10/77, Portaria da SESU, nº 30, de 23/05/79, e nos termos  
da Portaria Ministerial nº 726, de 21/10/77

Diploma registrado sob nº **265162**, no

Livro DIV 549, Fls 13, Proc 23075.009517/2020-48

Curitiba, 10 de março de 2020

Luciano André Vanz

Diretor da Unidade de Diplomas

Por delegação de competência, de acordo com o art. 6º do  
Decreto nº 83.937/79 e nos termos da Portaria nº 2.098, de 20  
de maio de 2019 do Reitor da UFPR.



Documento assinado digitalmente:

MARIANA DE AGUIAR KOUBIK

Data: 25/01/2024 10:23:38-0300

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

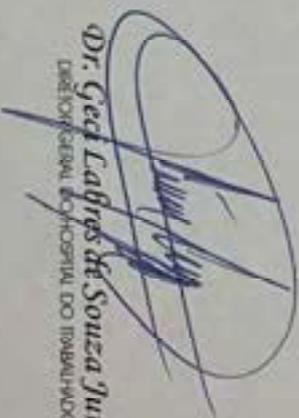
gov.br

PROGRAMA CREDENCIADO PELO CNRM/MEC - PARECER Nº 874/2020 DE 10/12/2020

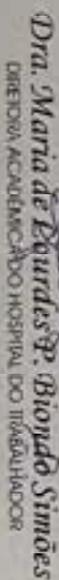
## Certificado de Residência Médica

Certificamos que a **Dra. Mariana de Aguiar Koubik**, CRM 43681 - PR, CPF 094.586.829-40,  
concluiu a Residência Médica na Especialidade de **Ginecologia e Obstetrícia**,  
cursada no período de 02 de março de 2020 a 01 de março de 2023, a quem conferimos  
o título de Especialista, de acordo com a Lei 6.932, publicada no Diário Oficial da União em 07/07/81.

Curitiba, 03 de março de 2023.

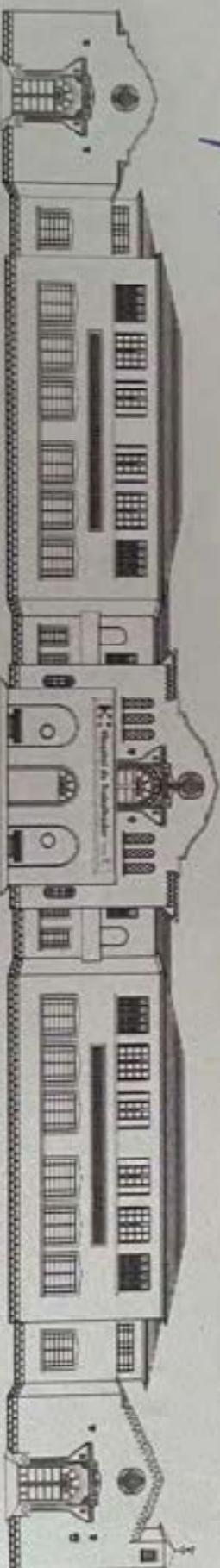


**Dr. Gecl Lages de Souza Junior**  
DIRETOR GERAL DO HOSPITAL DO TRABALHADOR



**Dra. Maria de Lourdes P. Biondo Simões**  
DIRETORA ACADÊMICA DO HOSPITAL DO TRABALHADOR

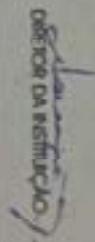
**Dra. Mariana de Aguiar Koubik**  
MÉDICA RESIDENTE



ESTE CERTIFICADO FOI REGISTRADO NA  
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CONRAME/AMREC)

EM 03/03/2023

N.º DO REGISTRO 440764

  
COORDINADOR DA INSTITUIÇÃO



Documento assinado digitalmente  
**MARIANA DE AGUIAR KUBIK**  
Data: 25/01/2024 10:28:30 -0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Realize serviços e consultas online em um dos nossos canais de atendimento: Internet, terminais de autoatendimento e aplicativo para smartphone

Quer ter acesso aos serviços exclusivos como alteração de endereço?

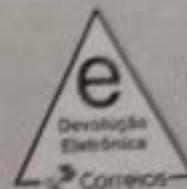
Vá até uma unidade do Detran/PR e cadastre-se no Detran+



**DETRAN PR**

DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO DO PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ



MARIANA DE AGUIAR Koubik  
RUA JUSTO MANFRON, 920 CASA 23 / SANTA FELICIDADE  
CURITIBA/PR - Sujeito a atraso na distribuição

Atualize seu endereço  
Seu CEP correto é  
83508-185

Seq.: 2747 DNS: 2217  
POSTADO EM: 21/12/20

PARA USO DOS CORREIOS

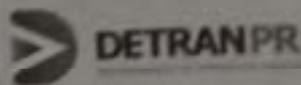
<input type="checkbox"/> 07 - MUDOU-SE	<input type="checkbox"/> 07 - AUSENTE	Retornado ao Serviço Postal em: _____/_____/_____
<input type="checkbox"/> 08 - ENDEREÇO INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/> 08 - NÃO PROCURADO	Assinatura do Responsável: _____
<input type="checkbox"/> 09 - NÃO EXISTE Nº INDICADO	<input type="checkbox"/> 10 - OBJETO DANIFICADO	Matrícula: _____
<input type="checkbox"/> 10 - FALSO	<input type="checkbox"/> 11 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE	
<input type="checkbox"/> 11 - DESCONHECIDO	<input type="checkbox"/> 12 - FALTA COMPLEMENTO (COLETIV./OU)	
<input type="checkbox"/> 12 - RECUSADO	<input type="checkbox"/> 13 - CAIXA POSTAL CANCELADA	

Documento assinado digitalmente  
**MARIANA DE AGUIAR Koubik**  
Data: 25/01/2024 10:23:37 -0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>



006291446402289000000274711211223

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO



Av. Victor Ferreira do Amaral, 2940 82600-900 Curitiba - Paraná  
[www.detrان.pr.gov.br](http://www.detrان.pr.gov.br)



Responsável pela Iluminação Pública: Município 4435253833

Classificação:  
B1 Residencial / Residencial

Tipo de Fornecedor:  
Bifásico /63A

DATAS DE  
LEITURAS

Leitura anterior  
01/11/2023

Leitura atual  
08/12/2023

Nº de dias  
37

Próxima Leitura  
09/01/2024

Nome: **JOHNNY KLEBER FERREIRA**

UNIDADE CONSUMIDORA

**112220339**

Endereço: Av Irmaos Pereira, 5401 - Ap1404  
And14 - Novo Centro Jd  
CEP: 87301-770  
Cidade: Campo Mourao - Estado: PR  
CPF: 089.764.529-41



NOTA FISCAL No. 74159136 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 09/12/2023

Consulte Chave de Acesso em:  
<https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/NF3eConsulta?wsdl>  
Chave de Acesso  
4123 1204 3688 9800 0106 6600 3074 1591 3610 8968 6897  
Protocolo de Autorização: 1412300059486718 - 09/12/2023 às 03:34:48+00:00

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
12/2023	20/01/2024	R\$33,29

Items de fatura	Unid.	Quant.	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	ICMS (CFOP)	ICMS	Tarifa unit. (R\$)	Tributo	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ENERGIA ELET CONSUMO	kWh	50	0,319000	15,95	0,85	0,00	0,302140	COFINS PIS	33,28	4,3886% 0,9522%	1,46 0,32
ENERGIA ELET USO SISTEMA	kWh	50	0,346800	17,34	0,93	0,00	0,328370				
TOTAL				33,29	1,78	0,00					

HISTÓRICO DE CONSUMO / kWh	
CONSUMO FATURADO	Nº DIAS FAT.
DEZ23	50
NOV23	37
OUT23	
SET23	
AGO23	
JUL23	
JUN23	
MAI23	
ABR23	
MAR23	
FEV23	
JAN23	
DEZ22	

Medidor	Gravidade	Forma de Pagamento	Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo Medidor	Consumo kWh
0431076081	CONSUMO kWh	TP	1	8	1	7

Reservado ao Fisco

PERÍODO FISCAL: 09/12/2023

**5639.666B.DAD9.E17F.1817.BB18.667C.DAEF**

REAVISO DE VENCIMENTO

INCLUSO NA FATURA PIS R\$0,32 E COFINS R\$1,46 CONFORME RES. ANEEL 130/2005.  
DOE SANGUE. Mais informacoes: 0800 645 4555 ou www.hemepar.pr.gov.br.  
A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados à prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações.  
Periodos Band.Tarif.: Verde:02/11-08/12

UNIDADE CONSUMIDORA	MÊS REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
112220339	12/2023	20/01/2024	R\$33,29



Documento assinado digitalmente  
gov.br MARIANA DE AGUIAR KOUBIK  
Data: 25/01/2024 10:13:55-0300  
Verifique em <https://validar.id.gov.br>

Número da fatura: FAT-01-20235508968689-3

PIX

836000000007 332901110004 001010202354 508968689036



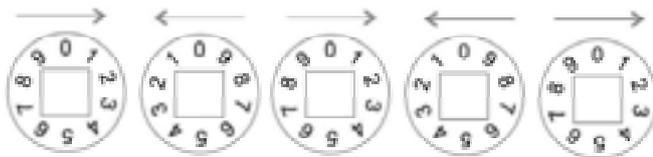


Precisou da Copel? Manda um whats!  41 3013-8973

## INFORMAÇÕES SUPLEMENTARES

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

## EM CASO DE DÚVIDAS, ANOTE AQUI A LEITURA DO MEDIDOR



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

DATA DA LEITURA

Copel: 0800 51 00 116  
Site: [www.copel.com](http://www.copel.com)  
Ouvidoria Copel: 0800 64 70 606  
E-mail: [ouvidoria@copel.com](mailto:ouvidoria@copel.com)  
Site: [www.copel.com/ouvidoria](http://www.copel.com/ouvidoria)

Agência Nacional de Energia elétrica - ANEEL: 167  
Ligação gratuita de telefones fixos e móveis



Accesse a Agência Virtual da COPEL

Baixe o Aplicativo da COPEL



ANDROID



iOS



Cuide bem do seu melhor amigo!  
Prenha seu cão no dia da leitura.  
Isso garante a segurança do nosso pessoal e a sua tranquilidade.  
(Lei nº 121/199 - Lei da Posse Responsável)



**JOHNNY KLEBER FERREIRA**  
Av Irmaos Pereira, 5401 - Ap1404 And14  
Novo Centro Jd  
CEP: 87301-770 - Campo Mourao - PR



**DÉBITO AUTOMÁTICO**

É SEGURO, FÁCIL E TRANSPARENTE.

### ONDE PAGAR SUA CONTA DE LUZ

Em locais credenciados, como Correios, bancos conveniados, supermercados, farmácias, entre outros. Consulte o local mais cômodo para você em [www.copel.com](http://www.copel.com).

**DÉBITO AUTOMÁTICO É MAIS PRÁTICO E SEGURO!**

NUMERO : (41) 99950-3838

Email: [empresarial@contabilamerica.com](mailto:empresarial@contabilamerica.com)

 Documento assinado digitalmente  
MARIANA DE AGUIAR KOURIK  
Data: 25/01/2024 10:28:30-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>



**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: Dr. Romulo Maciel Lustosa Cirurgia Buco-Maxilo-Facial LTDA.**

**Nome Fantasia: Dr. Romulo Maciel Lustosa Cirurgia Buco-Maxilo-Facial LTDA.**

**CNPJ nº: 480960880001-13**

**Inscrição Estadual:**

**Micro Empresa: ( ) Não ( X ) Sim**

**Optante Simples:( ) Não ( X ) Sim**

**Número do CNAE Nacional: 0086.3/05.04 Descrição: Atividade Odontológica**

**Endereço: Av Goioerê 2000**

**Município: Campo Mourão UF: Paraná**

**CEP: 87303-110**

**Telefone Comercial: (44)3523-8934 Telefone Celular: (44)98825-4000x**

**DADOS BANCÁRIOS:**

<b>BANCO: Sicredi</b>	<b>CÓDIGO DO BANCO:748</b>	<b>AGÊNCIA:0726</b>
<b>TIPO DE CONTA:Corrente</b>	<b>OPERAÇÃO:</b>	<b>Nº DA CONTA:87104-1</b>
<b>CIDADE E UF DA AGENCIA: Campo Mourão-PR</b>		

<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>	<b>REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR</b>	<b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF</b>
Romulo Maciel Lustosa	9.615.908-0 SSP/PR	058.024.879-84

<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME</b>	<b>QUANTIDADE</b>
----------------------	---------------------------------------	-------------------



# CIS-COMCAM

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

Cirurgia Buco-Maxilo-Facial	CONSULTA BUCOMAXILO FACIAL	20
	EXTRAÇÃO DE TERCEIRO MOLAR INCLUSO	20

## PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
Romulo Maciel Lustosa	058.024.879-84	9.615.908-0	25031/PR	(44)988672887

## RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
Romulo Maciel Lustosa	058.024.879-84	9.615.908-0	<a href="mailto:Financeirodr.romulomlustosa@gmail.com">Financeirodr.romulomlustosa@gmail.com</a>	(44)988672887

## ESPECIALIDADES

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
Inserir o profissional Romulo Maciel Lustosa	Inserir a especialidade que irá prestar o serviço. Cirurgia Buco-Maxilo-Facial

## LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

INSERIR LOCAL DE ATENDIMENTO Impe.Odonto – Sala 3	INSERIR ENDEREÇO DO LOCAL DE ATENDIMENTO Av Goioere 2000, Campo Mourão-PR CEP 87303-110
--	---

Campo Mourão – Pr, 15, Dezembro e 2023.

ROMULO MACIEL  
LUSTOSA:05802487984

Assinado de forma digital por ROMULO MACIEL  
LUSTOSA:05802487984  
Dados: 2023.12.28 11:33:50 -03'00'

### ASSINATURA

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA Dr. Romulo Maciel Lustosa Cirurgia Buco-Maxilo-Facial  
LTDA. N° CNPJ 480960880001-13

NOME REPRESENTANTE LEGAL Romulo Maciel Lustosa

CPF REPRESENTANTE LEGAL 058.024.879-84

RG REPRESENTANTE LEGAL 9.615.908-0

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](mailto: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**

---

# INSTRUMENTO DE CONSTITUIÇÃO DA SOCIEDADE LIMITADA UNIPESSOAL DR. ROMULO MACIEL LUSTOSA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL LTDA

Por este instrumento particular, **ROMULO MACIEL LUSTOSA**, brasileiro, maior, natural de Ponta Grossa-PR, solteiro, nascido em 06/07/1992, cirurgião dentista, inscrito no CPF/MF sob nº 058.024.879-84, portador da carteira nacional de habilitação sob nº 05105396022/Detran-PR, expedida em 10/07/2015, residente e domiciliado na Rua Timburi, 24, Jardim Francisco Ferreira Albuquerque, CEP: 87309-116, Campo Mourão-PR., ajusta constituir uma **SOCIEDADE LIMITADA UNIPESSOAL**, que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

## DENOMINAÇÃO, SEDE, PRAZO DE DURAÇÃO E OBJETO SOCIAL

**CLÁUSULA PRIMEIRA:** - A sociedade limitada unipessoal girará sob o nome empresarial de **DR. ROMULO MACIEL LUSTOSA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL LTDA**, e será regida por este instrumento constitutivo e considerando a disposição constante do parágrafo único do art. 1.052 do Código Civil e em obediência ao contido na **INSTRUÇÃO NORMATIVA DREI Nº 81, DE 10 DE JUNHO DE 2020**.

**CLÁUSULA SEGUNDA:** - A sociedade limitada unipessoal terá a sua sede na Avenida Goioerê, 2000, Sala 03, Centro, CEP: 87303-110, Campo Mourão-PR, podendo abrir e encerrar filiais, agências e escritórios, em qualquer parte do território nacional.

**CLÁUSULA TERCEIRA :** - O prazo de duração da sociedade limitada unipessoal é por tempo indeterminado, iniciando suas atividades em 26/09/2022.

**CLÁUSULA QUARTA:** - A sociedade limitada unipessoal terá como objeto social o ramo de atividades a seguir: ATIVIDADE ODONTOLÓGICA E TREINAMENTO EM DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E GERENCIAL.

## CAPITAL SOCIAL E QUOTAS

**CLÁUSULA QUINTA:** - O capital da sociedade limitada unipessoal será de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), dividido em 20.000 (vinte mil) quotas de capital, pelo valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, totalmente subscritas e integralizadas pelo titular, em moeda corrente do país, no presente ato a seguir:

Nome	(%)	Cotas	Valor R\$
Romulo Maciel Lustosa	100,00	20.000	20.000,00
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>20.000</b>	<b>20.000,00</b>

**Parágrafo Segundo:** - A responsabilidade do sócio único é solidária e limitada à importância total do capital social integralizado, nos termos do artigo 1.052, da Lei nº

# INSTRUMENTO DE CONSTITUIÇÃO DA SOCIEDADE LIMITADA UNIPESSOAL DR. ROMULO MACIEL LUSTOSA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL LTDA

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

**Parágrafo Terceiro:** - Sobre as quotas acima, pesa a cláusula restritiva de incomunicabilidade e impenhorabilidade.

## ADMINISTRAÇÃO

**CLÁUSULA SEXTA:** Fica investido na função de administrador da sociedade limitada unipessoal o sócio único **ROMULO MACIEL LUSTOSA**, com os poderes e atribuições de gerir e administrar os negócios da sociedade, representá-la ativa e passivamente, judicial e extrajudicialmente, perante órgãos públicos, instituições financeiras, entidades privadas e terceiros em geral, bem como praticar todos os demais atos necessários à consecução dos objetivos ou à defesa dos interesses e direitos da sociedade, autorizado o uso do nome empresarial individualmente, vedado, no entanto, em atividades estranhas ao objeto social como fiança, aval, endosso.

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

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

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

**CLÁUSULA SÉTIMA:** - O sócio único 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.

**CLÁUSULA OITAVA:** - O sócio único, fixará uma retirada mensal, a título de "pró-labore", observadas as disposições regulamentares pertinentes.

**CLÁUSULA NONA:** - Designação de administradores não sócios:

# INSTRUMENTO DE CONSTITUIÇÃO DA SOCIEDADE LIMITADA UNIPESSOAL DR. ROMULO MACIEL LUSTOSA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL LTDA

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

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

## RESOLUÇÃO DAS QUOTAS DO SÓCIO ÚNICO EM RELAÇÃO À SOCIEDADE

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

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

## DA DISSOLUÇÃO E LIQUIDAÇÃO DA SOCIEDADE

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

## DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS, CONTÁBEIS E SOCIAIS

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

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

## DESIMPEDIMENTO

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA** - O sócio único declara para todos os efeitos legais,

# INSTRUMENTO DE CONSTITUIÇÃO DA SOCIEDADE LIMITADA UNIPESSOAL DR. ROMULO MACIEL LUSTOSA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL LTDA

que não está impedido, nos termos da lei e da cláusula sétima deste contrato, de exercer a atividade que lhes competem neste instrumento, em virtude de condenação criminal ou qualquer tipo de impedimento legal.

## ENQUADRAMENTO

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA** - O sócio único declara que a atividade se enquadra em Microempresa - ME, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, e que não se enquadra em qualquer das hipóteses de exclusão relacionadas no § 4º do art. 3º da mencionada lei.

## DISPOSIÇÕES GERAIS

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

Lavrado em 01 (uma) via, lido, compreendido, conferido e elaborado de conformidade com a intenção do sócio único ora presente e que o mesmo assine e rubrique todas as suas folhas, obrigando-se fielmente por si, seus herdeiros e sucessores legais a cumpri-lo em todos os seus termos.

Campo Mourão-PR, 26 de setembro de 2022.

ROMULO MACIEL  
LUSTOSA:0580248798

4

Assinado de forma digital por  
ROMULO MACIEL  
LUSTOSA:05802487984  
Dados: 2023.12.28 11:35:18 -03'00'

---

Romulo Maciel Lustosa



## ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa DR. ROMULO MACIEL LUSTOSA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
05802487984	ROMULO MACIEL LUSTOSA

ROMULO MACIEL  
LUSTOSA:058024879  
84

Assinado de forma digital por  
ROMULO MACIEL  
LUSTOSA:05802487984  
Dados: 2023.12.28 11:35:36 -03'00'



CERTIFICO O REGISTRO EM 27/09/2022 09:47 SOB N° 41211043897.  
PROTOCOLO: 226632350 DE 27/09/2022.  
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12212685747. CNPJ DA SEDE: 48096088000113.  
NIRE: 41211043897. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 26/09/2022.  
DR. ROMULO MACIEL LUSTOSA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL LTDA

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA  
SECRETÁRIO-GERAL  
[www.empresafacil.pr.gov.br](http://www.empresafacil.pr.gov.br)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ



POLEGAR DIREITO



*Rômulo Maciel Lustosa*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

9.615.908 0

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

28/06/2002

NOME

ROMULO MACIEL LUSTOSA

FILIAÇÃO

LEODGAR LUIZ LUSTOSA

REJANE LILIAN MACIEL LUSTOSA

NATURALIDADE

PONTA GROSSA/PR

DATA DE NASCIMENTO

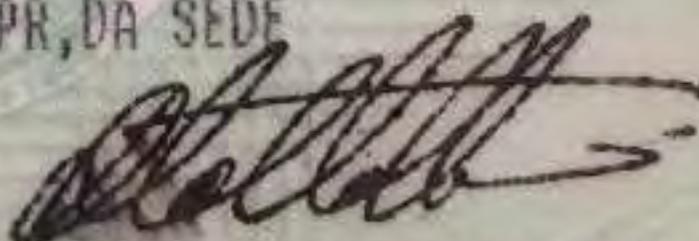
06/07/1992

DOC ORIGEM

COMARCA=PONTA GROSSA/PR, DA SEDE

C.NASC 62658, LIVRO=213A, FOLHA=149

CPF



DR. PAULO ERNESTO ARAUJO CUNHA  
DIRETOR - M/PR

CURITIBA - PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PR

NOME: ROMULO MACIEL LUSTOSA

DOC. IDENTIFICADOR/EMISSOR/UF: 26159003 DEAP PR

CPF: 109.028.879-84 DATA NASCIMENTO: 26/07/1992

PLACAO: LESSONAR LUSTOSA

RETRAB: LUSTOSA ROMULO MACIEL LUSTOSA

PERMISSÃO: ACC: CAT. HAB: 1

Nº REGISTRO: 05103396429 VIGENCIA: 06/07/2023 1ª HABILITAÇÃO: 08/12/2019

ORINAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: CAMPO NOVO, PR DATA EMISSÃO: 08/07/2020

ASSINADO DIGITALMENTE  
 DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

05103396429  
 10902887984

2108445213

PARANÁ

DENATRAN CONTRAN

QR-CODE



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

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

SERPRO / SENATRAN

ROMULO MACIEL  
 LUSTOSA:05802487984  
 7984

Assinado de forma digital por  
 ROMULO MACIEL  
 LUSTOSA:05802487984  
 Dados: 2023.12.28 11:36:05  
 -03'00'



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

**058.024.879-84**

Nome

**ROMULO MACIEL LUSTOSA**

Nascimento

**06/07/1992**





## 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 Dr. Romulo Maciel Lustosa Cirurgia Buco-Maxilo-Facial LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 480960880001-13, sediada na Avenida Goioerê, nº 2000, Centro na cidade de Campo Mourão, através representante legal, Romulo Maciel Lustosa, RG 9.615.908-0 e CPF 058.024.879-84, declara, sob as penas da Lei, que:

não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;

não está impedido de transacionar com a Administração Pública;

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

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

Campo Mourão – Pr, 15, Dezembro e 2023.

ROMULO MACIEL  
LUSTOSA:05802487984

Assinado de forma digital por  
ROMULO MACIEL  
LUSTOSA:05802487984  
Dados: 2023.12.28 11:36:26 -03'00'

#### ASSINATURA

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA DR. ROMULO MACIEL LUSTOSA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL LTDA

Nº CNPJ 480960880001-13

NOME REPRESENTANTE LEGAL ROMULO MACIEL LUSTOSA

CPF REPRESENTANTE LEGAL 058.024.879-84

RG REPRESENTANTE LEGAL 9.615.908-0



**ANEXO III**

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

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

Dr. Romulo Maciel Lustosa Cirurgia Buco-Maxilo-Facial LTDA., estabelecida na Avenida Goioerê, nº 2000, Centro na cidade de Campo Mourão-PR, inscrita no CNPJ sob nº 480960880001-13, neste ato representada pelo seu representante Romulo Maciel Lustosa, RG 9.615.908-0 e CPF 058.024.879-84, 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

ROMULO MACIEL

LUSTOSA:05802487984

ASSINATURA

Campo Mourão – Pr, 15, Dezembro e 2023.

Assinado de forma digital por ROMULO

MACIEL LUSTOSA:05802487984

Dados: 2023.12.28 11:36:55 -03'00'

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA Dr. Romulo Maciel Lustosa Cirurgia Buco-Maxilo-Facial LTDA., N° CNPJ 480960880001-13

NOME REPRESENTANTE LEGAL Romulo Maciel Lustosa

CPF REPRESENTANTE LEGAL 058.024.879-84

RG REPRESENTANTE LEGAL 9.615.908-0



**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, Romulo Maciel Lustosa, carteira de identidade nº 9.615.908-0 expedida pela SSP-PR, inscrito no CPF sob nº 058.024.879-84, Representante legal da Dr. Romulo Maciel Lustosa Cirurgia Buco-Maxilo-Facial LTDA inscrita no CNPJ sob o nº 480960880001-13, 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, 15, Dezembro e 2023.

**ROMULO MACIEL**

**LUSTOSA:05802487984**

Assinado de forma digital por ROMULO

MACIEL LUSTOSA:05802487984

Dados: 2023.12.28 11:37:14 -03'00'

**ASSINATURA**

**RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA Dr. Romulo Maciel Lustosa Cirurgia Buco-Maxilo-Facial  
LTDA Nº CNPJ 480960880001-13**

**NOME REPRESENTANTE LEGAL Romulo Maciel Lustosa**

**CPF REPRESENTANTE LEGAL 058.024.879-84**

**RG REPRESENTANTE LEGAL 9.615.908-0**



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>48.096.088/0001-13</b> MATRIZ	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>	DATA DE ABERTURA <b>27/09/2022</b>	
NOME EMPRESARIAL <b>DR. ROMULO MACIEL LUSTOSA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL LTDA</b>			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****		PORTE <b>ME</b>	
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>86.30-5-04 - Atividade odontológica</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS <b>85.99-6-04 - Treinamento em desenvolvimento profissional e gerencial</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>206-2 - Sociedade Empresária Limitada</b>			
LOGRADOURO <b>AV GOIOERÉ</b>	NÚMERO <b>2000</b>	COMPLEMENTO <b>SALA 03</b>	
CEP <b>87.303-110</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>CENTRO</b>	MUNICÍPIO <b>CAMPO MOURAO</b>	UF <b>PR</b>
ENDEREÇO ELETRÔNICO <b>ROMULOMLUSTOSA@GMAIL.COM</b>	TELEFONE <b>(44) 8867-2887/ (0000) 0000-0000</b>		
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>27/09/2022</b>	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

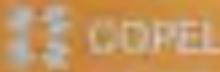
Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia **15/06/2023** às **15:34:48** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

**ROMULO MACIEL**  
**LUSTOSA:0580248**  
**7984**

Assinado de forma digital por  
ROMULO MACIEL  
LUSTOSA:05802487984  
Dados: 2023.12.28 11:37:32  
-03'00'



DANFE - Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica de Energia Elétrica  
 COPEL DISTRIBUIÇÃO S/A  
 RUA R. JOSE ZIDORO BIAZZO 156  
 CEP 81200240 - CURITIBA/PR  
 CNPJ 04368898000106 - I.E. 903330739H

Responsável pela Iluminação Pública: Município 4436263833

Classificação:  
 COMERCIAL/ATIV ODONTOLOGICA C RECURS P PROC

Tipo de Fornecimento:  
 BIFASICO / 50A

**CLINICA ODONTOLOGICA MACIEL LUSTOSA LTDA**

AV GOIDERE, 2000 - FRENTE QD135 LT4A

CEP: 87303110  
 Cidade: CAMPO MOURAO - PR  
 CPJ: 10944774000124



PAGUE COM PIX

UNIDADE COMERCIAL

52501663

CONTA DE CLIENTE

89049849

R\$ (1.521,8)

RECEBIM. / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
10/2023	12/11/2023	R\$ 530,45



NOTA FISCAL Nº 85399044 - SERIE 3 / DATA EMISSÃO: 20/10/2023

Consulte Chave de Acesso em:  
<https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/NF3eConsulta?wsdl>  
 Chave de acesso:  
 41231004368898000106660030653990442052828378  
 Protocolo de Autorização: - as +00:00  
 EMITIDA EM CONTINGENCIA - Pendente de Autorização

DATA DE FATURAMENTO	Leitura Anterior	Leitura Atual	N. Dias	PRÓXIMA LEITURA
	20/09/2023	20/10/2023	30	21/11/2023

Itens da Fatura	Unidade	Quantidade	Preço unit. (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PTS / COPONS	ICMS	Taxa (R\$) unit. (R\$)
(01) CONSUMO	kWh	680	0,390783	265,89	18,97	40,40	0,200140
(02) USO SISTEMA	kWh	800	0,428708	343,03	11,94	44,34	0,228375
(03) CONT ILUMIN				87,48			
TOTAL				696,40			

ROMULO  
 MACIEL  
 LUSTOSA:05802  
 487984

Assinado de forma digital por ROMULO MACIEL  
 LUSTOSA:05802487984  
 Dados: 2023.12.28 11:37:50 -03'00'



## CERTIDÃO SIMPLIFICADA

### Sistema Nacional de Registro de Empresas Mercantis - SINREM

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

<b>Nome Empresarial:</b> DR. ROMULO MACIEL LUSTOSA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL LTDA <b>NIRE :</b> 41211043897 <b>Natureza Jurídica:</b> Sociedade Empresária Limitada			<b>Protocolo:</b> PRC2318748370		
<b>NIRE (Sede)</b> 41211043897	<b>CNPJ</b> 48.096.088/0001-13	<b>Data de Ato Constitutivo</b> 27/09/2022	<b>Início de Atividade</b> 26/09/2022		
<b>Endereço Completo</b> Avenida Goioerê, Nº 2000, SALA 03,, Centro - Campo Mourão/PR - CEP 87303-110					
<b>Objeto Social</b> ATIVIDADE ODONTOLOGICA E TREINAMENTO EM DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E GERENCIAL.					
<b>Capital Social</b> R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) <b>Capital Integralizado</b> R\$ 20.000,00 (vinte mil reais)		<b>Porte</b> ME (Microempresa)	<b>Prazo de Duração</b> Indeterminado		
<b>Dados do Sócio</b>					
<b>Nome</b> ROMULO MACIEL LUSTOSA	<b>CPF/CNPJ</b> 058.024.879-84	<b>Participação no capital</b> R\$ 20.000,00	<b>Espécie de sócio</b> Sócio	<b>Administrador</b> S	<b>Término do mandato</b> Indeterminado
<b>Dados do Administrador</b>					
<b>Nome</b> ROMULO MACIEL LUSTOSA	<b>CPF</b> 058.024.879-84	<b>Término do mandato</b> Indeterminado			
<b>Último Arquivamento</b>			<b>Situação</b>		
<b>Data</b> 27/09/2022	<b>Número</b> 20226632350	<b>Ato/eventos</b> 090 / 315 - ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA	<b>ATIVA</b> <b>Status</b> SEM STATUS		

Esta certidão foi emitida automaticamente em 06/12/2023, às 08:37:05 (horário de Brasília).  
Se impressa, verificar sua autenticidade no <https://www.empresafacil.pr.gov.br>, com o código **AGIKJF5F**.



PRC2318748370

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA  
Secretário(a) Geral

ROMULO MACIEL  
LUSTOSA:058024  
87984

Assinado de forma digital  
por ROMULO MACIEL  
LUSTOSA:05802487984  
Dados: 2023.12.28 11:38:07  
-03'00'



**CIS-COMCAM**

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

**ANEXO V**

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

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

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

Campo Mourão – Pr, 15, Dezembro e 2023.

ROMULO MACIEL

Assinado de forma digital por ROMULO

MACIEL LUSTOSA:05802487984

LUSTOSA:05802487984

Dados: 2023.12.28 11:38:25 -03'00'

ASSINATURA

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA Dr. Romulo Maciel Lustosa Cirurgia Buco-Maxilo-Facial LTDA N° CNPJ 480960880001-13

NOME REPRESENTANTE LEGAL Romulo Maciel Lustosa

CPF REPRESENTANTE LEGAL 058.024.879-84

RG REPRESENTANTE LEGAL 9.615.908-0

### Identificação do Contribuinte - CNPJ Matriz

CNPJ: **48.096.088/0001-13**

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

Nome Empresarial: **DR. ROMULO MACIEL LUSTOSA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL LTDA**

### Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **Optante pelo Simples Nacional desde 27/09/2022**

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

[+ Mais informações](#)

[Voltar](#)

[Gerar PDF](#)

ROMULO MACIEL  
LUSTOSA:058024  
87984

Assinado de forma digital  
por ROMULO MACIEL  
LUSTOSA:05802487984  
Dados: 2023.12.28  
11:38:46 -03'00'



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

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

**Nome: DR. ROMULO MACIEL LUSTOSA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL LTDA**  
**CNPJ: 48.096.088/0001-13**

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

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

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

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

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

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

Emitida às 17:56:45 do dia 09/10/2023 <hora e data de Brasília>.

Válida até 06/04/2024.

Código de controle da certidão: **69F4.4DBB.E506.7E91**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

**ROMULO MACIEL** Assinado de forma digital por  
ROMULO MACIEL  
**LUSTOSA:058024** LUSTOSA:05802487984  
**87984** Dados: 2023.12.28 11:39:08  
-03'00'



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

**Certidão Negativa**  
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual  
Nº 032404371-70

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **48.096.088/0001-13**

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

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

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

**Válida até 03/04/2024 - Fornecimento Gratuito**

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via Internet  
[www.fazenda.pr.gov.br](http://www.fazenda.pr.gov.br)

ROMULO

MACIEL

LUSTOSA:058

02487984

Assinado de forma  
digital por ROMULO  
MACIEL  
LUSTOSA:05802487984  
Dados: 2023.12.28  
11:39:26 -03'00'



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

## CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Protocolo:	N. Certidão: <b>49015/2023</b>
Contribuinte: <b>DR. ROMULO MACIEL LUSTOSA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL LTDA</b>	
CPF: <b>48.096.088/0001-13</b>	RG:
Endereço: <b>AVENIDA GOIOERE, nº 2000</b>	
Bairro: <b>CENTRO</b>	
Complemento: <b>SALA 03</b>	Ponto de Referência:
Requerente:	
Cód. Contrib.: <b>612207161</b>	Validade: <b>04/01/2024</b>

### [ FINALIDADE ]

PARA FINS DIVERSOS

### [ OBSERVAÇÕES ]

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

CAMPO MOURÃO/PR, 5 de dezembro de 2023.

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

ROMULO MACIEL  
LUSTOSA:058024  
87984

Assinado de forma digital  
por ROMULO MACIEL  
LUSTOSA:05802487984  
Dados: 2023.12.28  
11:39:50 -03'00'

Emitido Via Portal

Voltar

Imprimir



## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 48.096.088/0001-13

**Razão Social:** DR ROMULO MACIEL LUSTOSA CIRURGIA BUCO M

**Endereço:** AVENIDA GOIERE 2000 / CENTRO / CAMPO MOURAO / PR / 87303-110

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:** 01/12/2023 a 30/12/2023

**Certificação Número:** 2023120110272715417758

Informação obtida em 05/12/2023 16:13:24

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**

ROMULO MACIEL  
LUSTOSA:058024  
87984

Assinado de forma digital  
por ROMULO MACIEL  
LUSTOSA:05802487984  
Dados: 2023.12.28  
11:40:08 -03'00'



## Poder Judiciário Federal

Tribunal Regional do Trabalho da 9ª Região

**Código de verificação:** 35.406.695.583

### CERTIDÃO ELETRÔNICA DE AÇÕES TRABALHISTAS

Certifica-se, conforme pesquisa no Sistema de Processo Eletrônico da Justiça do Trabalho (PJe) no Tribunal Regional do Trabalho da 9ª Região, que até a presente data **NÃO CONSTAM** ações trabalhistas neste Tribunal Regional, em tramitação ou arquivadas provisoriamente, ajuizadas em face da pessoa jurídica, de direito público ou privado, identificada pelos dados fornecidos pelo solicitante e de sua inteira responsabilidade.

**Raiz do CNPJ pesquisado:** 48.096.088

#### Observações:

1. Por problemas técnicos, esta certidão não contempla os débitos registrados no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas (BNDT), que podem ser consultados no sítio eletrônico do Tribunal Superior do Trabalho (TST) disponível em: <http://www.tst.jus.br/certidao>
2. Esta certidão não contempla processos arquivados definitivamente, nem processos de classes que não estejam discriminadas a seguir.
3. Esta certidão contempla o polo passivo somente nas seguintes ações no 1º grau: alvará judicial (Alvará), alvará judicial - lei 6858/80 (AlvJud), arresto (Arrest), atentado (Atent), ação civil coletiva (ACC), ação civil pública cível (ACPCiv), ação de cumprimento (ACum), ação de exigir contas (AEC), ação trabalhista - rito ordinário (ATOrd), ação trabalhista - rito sumaríssimo (ATSum), ação trabalhista - rito sumário (alçada) (ATAlc), busca e apreensão (BusApr), carta de ordem cível (CartOrdCiv), carta precatória cível (CartPrecCiv), carta rogatória cível (RogatoCiv), cautelar inominada (Caulnom), caução (Caução), consignação em pagamento (ConPag), cumprimento de sentença (CumSen), cumprimento provisório de sentença (CumPrSe), embargos de declaração cível (EDCiv), embargos de terceiro cível (ETCiv), embargos infringentes na execução fiscal (ElfEFis), embargos à adjudicação (EAdj), embargos à arrematação (EArr), embargos à execução (EE), exceção de incompetência (ExInc), execução de certidão de crédito judicial (ExCCJ), execução de termo de ajuste de conduta (ExTAC), execução de termo de conciliação de ccp (ExCCP), execução de título extrajudicial (ExTiEx), execução fiscal (ExFis), exibição (Exibic), habeas corpus cível (HCCiv), habeas data (HD), impugnação ao valor da causa cível (IVCCiv), incidente de falsidade (IncFal), incidente de falsidade (IncFal), inquérito para apuração de falta grave (IAFG), interdito proibitório (Interdito), justificação (Justif), mandado de segurança coletivo (MSCol), mandado de segurança cível (MSCiv), monitória (Monito), oposição (Oposic), petição cível (PetCiv), prestação de contas - oferecidas (PrCoOf), procedimento conciliatório (PCon), produção antecipada da prova (PAP), recurso de julgamento parcial (RJParc), reintegração / manutenção de posse (RtMtPosse), restauração de autos (ResAutCiv), restauração de autos (ResAutCrim), seqüestro (Seques), seqüestro (Seques), tutela antecipada antecedente (TutAntAnt), tutela cautelar antecedente (TutCautAnt)
4. Esta certidão contempla o polo passivo somente nas seguintes ações no 2º grau: ação anulatória de cláusulas convencionais (AACC), ação rescisória (AR), carta precatória cível (CartPrecCiv), cautelar inominada (Caulnom), conflito de competência cível (CCCiv), correção parcial ou reclamação correicional (CorPar), dissídio coletivo (DC), dissídio coletivo de greve (DCG), exceção de impedimento (ExImp), exceção de impedimento (ExImpedi), exceção de suspeição (ExcSusp), exceção de suspeição (ExcSuspei), habeas corpus cível (HCCiv), habeas data cível (HDCiv), impugnação ao valor da causa cível (IVCCiv), incidente de assunção de competência (IAC), incidente de resolução de demandas repetitivas (IRDR), incidente de uniformização de jurisprudência (IUJ), incidente de uniformização de jurisprudência

(IUJ), mandado de segurança coletivo (MSCol), mandado de segurança cível (MSCiv), outros procedimentos (OutPro), pedido de mediação pré-processual (PMPP), pedido de providências (PP), pedido de revisão do valor da causa (PRVC), petição cível (PetCiv), processo administrativo (PA), processo administrativo disciplinar em face de magistrado (PADMag), processo cautelar (ProcCau), processo de conhecimento (ProcCon), processo de execução (ProcExe), protesto (Protes), reclamação (Rcl), reclamação disciplinar (RD), recurso administrativo (RecAdm), recursos (Rec), recursos (Rec), suspensão de liminar e de sentença (SLS), suspensão de liminar e de sentença (SLS), suspensão de liminar ou antecipação de tutela (SLAT), tutela antecipada antecedente (TutAntAnt), tutela cautelar antecedente (TutCautAnt)

5. Esta pesquisa foi realizada a partir da raiz do CNPJ informado pelo solicitante.
6. Para verificar a autenticidade desta certidão, acesse: <https://pje.trt9.jus.br/certidoes/>

Certidão emitida em 14/09/2023 às 15:12

ROMULO MACIEL

LUSTOSA:05802487984

Assinado de forma digital por  
ROMULO MACIEL

LUSTOSA:05802487984

Dados: 2023.12.28 11:40:51 -03'00'

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MOURÃO**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**LICENÇA SANITÁRIA Nº 514 / 2023**

**RAZÃO SOCIAL:** DR. ROMULO MACIEL LUSTOSA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL LTDA

**NOME FANTASIA:**

**CPF/CNPJ:** 48.096.088/0001-13

**ENDEREÇO:** GOIOERÊ DE 1311 A 2630

**BAIRRO:** CENTRO

**NUMERO:** 2000

**DATA DE EMISSÃO:** 20/07/2023

**DATA DE VALIDADE:** 20/07/2024

**Atividades Licenciadas:**

Principal: 8630504 Atividade odontológica

**Observações:**

*Maria Gorete Carlece da Silva*

Maria Gorete Carlece da Silva  
Vigilância Sanitária - Mat. 6142236-02  
Secretaria da Saúde

Autoridade Sanitária

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

ROMULO MACIEL  
LUSTOSA:058024  
87984

Assinado de forma digital  
por ROMULO MACIEL  
LUSTOSA:05802487984  
Dados: 2023.12.28  
11:41:09 -03'00'

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ



POLEGAR DIREITO



*Rômulo Maciel Lustosa*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

9.615.908 0

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

28/06/2002

NOME

ROMULO MACIEL LUSTOSA

FILIAÇÃO

LEODGAR LUIZ LUSTOSA

REJANE LILIAN MACIEL LUSTOSA

NATURALIDADE

PONTA GROSSA/PR

DATA DE NASCIMENTO

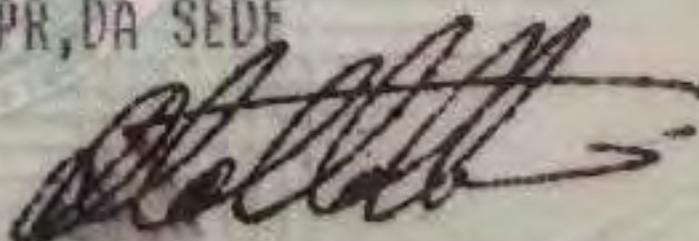
06/07/1992

DOC ORIGEM

COMARCA=PONTA GROSSA/PR, DA SEDE

C.NASC 62658, LIVRO=213A, FOLHA=149

CPF



DR. PAULO ERNESTO ARAUJO CUNHA  
DIRETOR - M/PR

CURITIBA - PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PR

NOME: ROMULO MACIEL LUSTOSA

DOC. IDENTIFICADOR/EMISSOR/UF: 26159003 DENAT PR

CPF: 109.028.879-84 DATA NASCIMENTO: 26/07/1992

PLACAR: LESSONAR LUIZ LUSTOSA

RETRAB: LUIZAN MACIEL LUSTOSA

PERMISSÃO: ACC: CAT. HAB: 1

Nº REGISTRO: 05103396429 VIGÊNCIA: 08/07/2023 1ª HABILITAÇÃO: 08/12/2019

ORIENTAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: CAMPO NOBREGA, PR DATA EMISSÃO: 08/07/2020

ASSINADO DIGITALMENTE  
 DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

05103396429  
 10902887984

2108445213

PARANÁ

DENATRAN CONTRAN

QR-CODE



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

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

SERPRO / SENATRAN

ROMULO MACIEL  
 LUSTOSA:05802487  
 984

Assinado de forma digital por  
 ROMULO MACIEL  
 LUSTOSA:05802487984  
 Dados: 2023.12.28 11:44:09 -03'00'



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

**058.024.879-84**

Nome

**ROMULO MACIEL LUSTOSA**

Nascimento

**06/07/1992**



ROMULO

MACIEL

LUSTOSA:058024  
87984

Assinado de forma digital

por ROMULO MACIEL

LUSTOSA:05802487984

Dados: 2023.12.28

11:44:29 -03'00'



Responsável pela Iluminação Pública:

Classificação:  
 RESIDE/RESIDENCIAL

Tipo de Fornecimento:  
 TRIFÁSICO / 60A

**LEODGAR LUIZ LUSTOSA**

R JATOBA, 442

CEP: 87308786  
 Cidade: CAMPO MOURAO - PR  
 CPF: 46539603991



PAGUE COM PIX

A5(1.8.21.4)

UNIDADE CONSUMIDORA

**90149920**

COMPOSIÇÃO

**11480438**

REF. MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11/2023	26/11/2023	R\$ 494,04



NOTA FISCAL No 88192023 - SERIE 3 / DATA EMISSAO: 07/11/2023

Consulta Chave de Acesso em:  
<https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/NF3eConsulta?wsdl>  
 Chave de acesso:  
 4123104368896000108660030681920232012686668  
 Protocolo de Autorizacao: - as +00:00  
 EMITIDA EM CONTINGENCIA - Pendente de Autorizacao

DATA DELETIVADA	Leitura Anterior	Leitura Atual	N. Dias	Proxima Leitura
	06/10/2023	07/11/2023	32	07/12/2023

Itens de Fatura	Unidade	Quantidade	Preço unit. (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS / COFINS	ICMS	Tarifa unil. (R\$)
(01) CONSUMO	kWh	496	0,390806	193,64	9,08	34,89	0,302140
(02) LISO SISTEMA	kWh	496	0,424737	210,67	9,88	37,92	0,328370
(03) CONT. LUMIN				68,06			
(04) MULTA POR A				8,03			
(05) ACRESCIMO M				0,93			
(06) FUND. PRO-RE				10,00			
(07) JUROS CONTA				3,82			
TOTAL				494,04			

ROMULO MACIEL  
 LUSTOSA:058024  
 87984  
 Assinado de forma digital por ROMULO MACIEL LUSTOSA:05802487984  
 Dados: 2023.12.28 11:44:55 -03'00'

ROMULO  
MACIEL  
LUSTOSA:05802  
487984

Assinado de forma  
digital por ROMULO  
MACIEL  
LUSTOSA:05802487984  
Dados: 2023.12.28  
11:45:10 -03'00'

TEM SE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

Republica Federativa do Brasil  
Conselho Federal e Regional de Odontologia

CRD: PARANA Inscricao: PR-CD-25031

Tipo  
CIRURGAO-DENTISTA

Nome  
ROMULO MACIEL LUSTOSA

Pai  
LEODGAR LUIZ LUSTOSA

Mae  
REJANE LILIAN MACIEL LUSTOSA

C. P. F. Nascimento Naturalidade  
058.024.879-84 06/07/1992 PONTA GROSSA - PR

CURTITIBA, 1 OUT 2019.

AGUINALDO COELHO DE FARIAS, CD  
Presidente do CRO-PR

VALIDA EM TODA A REPUBLICA

IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS - ART. 1º - LEI 3048, DE 1 DE MAIO DE 1975



POSSUIR DIREITO



Assinatura do Portador

Identidade Civil  
No.: 9.615.908-0 Orgao: SESP UF: PR Data: 28/06/2002

Identidade Eleitoral  
No.: 074343580604 Zona: 170 Secao: 003 UF: PR

Inscricao no CRO  
Livro: A254 Folha: 14 Processo: 428/2015 Data: 20/02/2015

Registro no CFO  
Livro: A2774 Folha: 59 Processo: 4413/2015 Data: 20/02/2015

Observacoes Gerais  
Tipo sanguineo: O POSITIVO Doador: SIM

Especialidade em:  
1) CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAIS



# Universidade Estadual de Maringá

Reconhecida pelo Decreto Federal n° 77.583, de 11/05/1976, publicado no Diário Oficial da União de 12/05/1976  
MARINGÁ - PARANÁ

O Reitor da Universidade Estadual de Maringá,  
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Odontologia  
no ano letivo de 2014, confere o título de  
**Cirurgião Dentista**

a  
**Rômulo Maciel Lustosa**

brasileiro, natural do Estado do Paraná, nascido no dia 06 de julho de 1992,  
R.G. n° 9.615.908-0 - PR

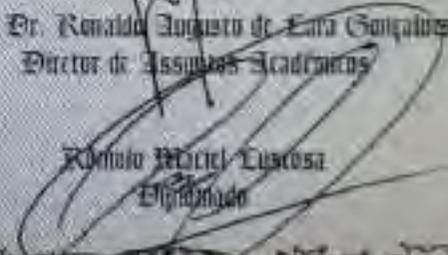
e considerando o termo de Colação de Grau lavrado no dia 30 de janeiro de 2015, outorga o presente Diploma,  
a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Maringá, 30 de janeiro de 2015.

  
Prof. Dr. Mauro Luciano Bacoso  
Reitor

  
Prof. Dr. Sergio Sôimo  
Coordenador do Curso

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

  
Rômulo Maciel Lustosa  
Diplomado



ROMULO MACIEL  
LUSTOSA:058024879

Assinado de forma digital por

ROMULO MACIEL

LUSTOSA:05802487984

Dados: 2023.12.28 11:45:30 -03'00'



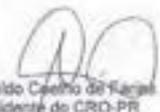


## TERMO DE ADITAMENTO

Em anexo, no verso deste CERTIFICADO de ESPECIALIDADE em **CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAIS**, o termo de aditamento para fins de registro de ESPECIALIDADE do (a) **PR-CD-25031 – ROMULO MACIEL LUSTOSA**, nascido (a) em **06/07/1992**, em **PONTA GROSSA - PR**, filho (a) de **LEODGAR LUIZ LUSTOSA** e **REJANE LILIAN MACIEL LUSTOSA**. Certificado este conferido pela **UEM-UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ** expedido em **19/07/2018**.

Tal aditamento se faz necessário e para dar continuidade às anotações relativas ao título de especialista ficando o certificado aditado neste anexo, que passa a integrá-lo para todos os efeitos.

Curitiba, 30 de setembro de 2019.

	<b>CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA</b>
Especialidade = <b>CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAIS</b>	
Processo CFO <b>36355/2019</b> registrado no livro <b>BMF29</b>	
Fls. <b>170</b>	Sr. <b>4071/2019</b>
<b>CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO PARANÁ</b>	
Inscrição no livro <b>E-PR9</b> folha <b>23</b> em <b>17/09/2019</b>	
Curitiba, <b>30 de setembro de 2019</b>	
 Claudinei Grossato Secretário do CRO/PR	 Aginaldo Coelho de Fátima Presidente do CRO-PR

(OBS: este termo de aditamento deve ser fixado no verso do referido CERTIFICADO)

**ROMULO MACIEL**  
**LUSTOSA:05802487**  
**984**

Assinado de forma digital por  
ROMULO MACIEL  
LUSTOSA:05802487984  
Dados: 2023.12.28 11:46:10 -03'00'



# ESTADO DO PARANÁ UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

RECONHECIDA PELO DECRETO FEDERAL N.º 77.583 DE 11/05/1976, PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 12/05/1976



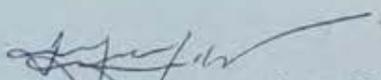
## CERTIFICADO

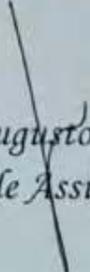
*concedido a Rômulo Maciel Lustosa por ter concluído o curso de Pós-Graduação em Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial - Área de Concentração: Cirurgia, com 8640 horas-aula, em nível de Especialização, aprovado pelo Conselho Interdepartamental do Centro de Ciências da Saúde através da Resolução Nº 070/14, de 07/05/2014, e promovido por esta Universidade no período de 02 de março de 2015 a 28 de fevereiro de 2018.*

*Maringá, 19 de julho de 2018.*

ROMULO  
MACIEL  
LUSTOSA:058  
02487984

Assinado de forma  
digital por ROMULO  
MACIEL  
LUSTOSA:05802487984  
Dados: 2023.12.28  
11:46:28 -03'00'

  
Prof. Dr. Liogi Iwaki Filho  
Coordenador

  
Ronaldo Augusto de Lara Gonçalves  
Diretor de Assuntos Acadêmicos



## HISTÓRICO

DISCIPLINAS	C/H			% Freq.	Nota	Situação Final
	Teór.	Prát.	Total			
BIOÉTICA	16	0	16	100	10,0	Aprovado
CLÍNICA ODONTOLÓGICA I	256	712	968	100	10,0	Aprovado
CLÍNICA ODONTOLÓGICA II	256	712	968	100	10,0	Aprovado
CLÍNICA ODONTOLÓGICA III	256	712	968	100	10,0	Aprovado
EMERGÊNCIA MÉDICA EM ODONTOLOGIA	16	0	16	100	9,5	Aprovado
ÉTICA E LEGISLAÇÃO ODONTOLÓGICA	30	0	30	100	8,5	Aprovado
METODOLOGIA CIENTÍFICA	60	0	60	100	9,5	Aprovado
PLANEJAMENTO CLÍNICO INTEGRADO I	254	0	254	100	10,0	Aprovado
PLANEJAMENTO CLÍNICO INTEGRADO II	244	0	244	100	9,5	Aprovado
PLANEJAMENTO CLÍNICO INTEGRADO III	260	0	260	100	10,0	Aprovado
PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO	20	0	20	100	10,0	Aprovado
POLÍTICAS DE SAÚDE E GESTÃO	60	0	60	100	9,5	Aprovado
PRÁTICA AMBULATORIAL I	0	440	440	100	9,8	Aprovado
PRÁTICA AMBULATORIAL II	0	440	440	100	9,8	Aprovado
PRÁTICA AMBULATORIAL III	0	440	440	100	10,0	Aprovado
PRÁTICA HOSPITALAR I	0	712	712	100	10,0	Aprovado
PRÁTICA HOSPITALAR II	0	712	712	100	10,0	Aprovado
PRÁTICA HOSPITALAR III	0	712	712	100	10,0	Aprovado
VISITAS HOSPITALARES I	0	440	440	100	10,0	Aprovado
VISITAS HOSPITALARES II	0	440	440	100	9,5	Aprovado
VISITAS HOSPITALARES III	0	440	440	100	10,0	Aprovado
<b>Carga Horária do Curso: 8640</b>			<b>Total da Carga Horária Cursada: 8640</b>			

Trab. De Conc. De Curso: "Lipoma in the face associated with maxillofacial trauma"  
Orientador: Vilmar Divanir Gottardo, Doutor em Biologia Oral.

Nota: 10,0

Data: 28/02/2018

Resultado: Aprovado

Este curso obedeceu a todas as disposições da Resolução nº 01/2007 da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional.

Maringá, 19 de julho de 2018.

600171

Registro nº: 301/2018-DAA  
Livro: RPGE-65  
Folhas: 76  
Data do Registro: 19/07/2018

### CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO:

De 7,0 a 10,0 = Aprovado  
De 0,0 a 6,9 = Reprovado  
Frequência Obrigatória Mínima: 75%

**ROMULO MACIEL**  
**LUSTOSA:0580248**  
**7984**

Assinado de forma digital por  
ROMULO MACIEL  
LUSTOSA:05802487984  
Dados: 2023.12.28 11:46:43  
-03'00'

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ



POLEGAR DIREITO



*Rômulo Maciel Lustosa*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

9.615.908 0

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

28/06/2002

NOME

ROMULO MACIEL LUSTOSA

FILIAÇÃO

LEODGAR LUIZ LUSTOSA

REJANE LILIAN MACIEL LUSTOSA

NATURALIDADE

PONTA GROSSA/PR

DATA DE NASCIMENTO

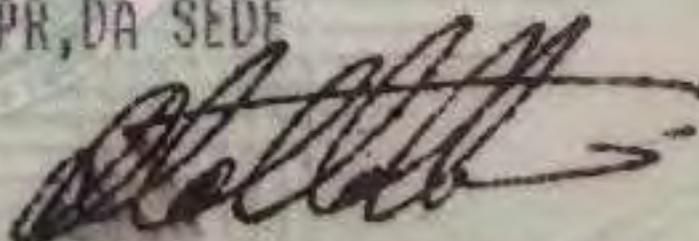
06/07/1992

DOC ORIGEM

COMARCA=PONTA GROSSA/PR, DA SEDE

C.NASC 62658, LIVRO=213A, FOLHA=149

CPF



DR. PAULO ERNESTO ARAUJO CUNHA  
DIRETOR - M/PR

CURITIBA - PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PR

BRASIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
2108445213

NOME: ROMULO MACIEL LUSTOSA

DOC. IDENTIFICADOR/EMISSOR/UF: 26153003 DENAT PR

CPF: 109.028.879-84 DATA NASCIMENTO: 26/07/1992

PLACAO: LESSONAR LUIZ LUSTOSA

RETRAB: SILEZAN MACIEL LUSTOSA

PERMISSÃO: ACC: CAT. HAB: 1

Nº REGISTRO: 00103396429 VIGÊNCIA: 08/07/2020 1ª HABILITAÇÃO: 08/12/2019

ORINAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: CAMPO NOBREGA, PR DATA EMISSÃO: 08/07/2020

ASSINADO DIGITALMENTE  
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

00103396429  
10010339649

PARANÁ

DENATRAN CONTRAN

QR-CODE



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

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

SERPRO / SENATRAN

Número de telefone celular: (44) 988672887  
E-mail: [financeirodr.romulomlustosa@gmail.com](mailto:financeirodr.romulomlustosa@gmail.com)

**Dr. Dror Yona**  
**CRM20603**



**CIRURGIÃO GERAL**

**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: Yona Serviços Médicos Ltda - ME

Nome fantasia: Yona Serviços Médicos

CNPJ: 07.071.888/0001-00

Inscrição Estadual: Isento

Micro Empresa: Sim

Optante do Simples: Sim

CNAE Nacional: 86.30-5-03 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas  
86.30-5-01 Atividade médica ambulatorial com recursos para  
realização de procedimentos cirúrgicos

Endereço: Rua São Josafat, 1418 - Sala 21 Campo Mourão - PR CEP: 87302-170

Fone: (44)2523-2864/(44)99918-9451

**Dr. Dror Yona**  
CRM 20603

**CENTRO MÉDICO**

**RUA SÃO JOSAFAT, 1418 - SALA 21**  
**FONE:(44)2523-2864 / (44)99918-9451**  
**CAMPO MOURÃO - PR**  
**CEP: 87302-170**

**Dr. Dror Yona**  
CRM20603



**CIRURGIÃO GERAL**

**DADOS BANCÁRIOS**

Banco: 084 Sisprime  
Agência: 0009-4  
Conta Corrente: 00075471-4  
Campo Mourão - PR

Representante Legal: Dror Yona  
RG: 19.405.649-1 SSP-SP  
CPF: 253.890.908-29

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO/EXAME	QUANTIDADE
CIRURGIÃO GERAL	CIRURGIA GERAL ELETIVA	20
PROCTOLOGISTA	LIGADURA ELÁSTICA DE HEMORRÓIDAS POR SESSÃO	100
GASTROENTEROLOGIA	CONSULTAS CLÍNICAS	700
UROLOGIA	INCREMENTO DE MATERIAL PARA CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	20

**CENTRO MÉDICO**

Dr. Dror Yona  
CRM 20603  
RUA SÃO JOSAFAT, 1418 - SALA 21  
FONE:(44)2523-2864 / (44)99918-9451  
CAMPO MOURÃO - PR  
CEP: 87302-170

**Dr. Dror Yona**  
CRM20603



**CIRURGIÃO GERAL**

**PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

Profissional: Dror Yona  
CPF: 253.890.908-29  
RG: 19.405.649-1 SSP-SP  
CRM: 20603  
Telefone: (44)2523-2864

**RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO**

Eduardo Ferreira Pisani  
CPF: 057.097.428-30 SSP-SP  
RG: 13.585.066-6  
EMAIL: efpisani@gmail.com  
FONE: (44)92002-4912

**ESPECIALIDADES**

<b>DROR YONA</b>	<b>CIRURGIÃO GERAL PROCTOLOGISTA GASTROENTEROLOGISTA UROLOGIA</b>
------------------	---

**LOCAL ONDE SERÃO FEITOS OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS**

**CENTRO MÉDICO - Rua São Josafat, 1418 - Sala 21 - Campo Mourão - PR**

Campo Mourão, 05 de Dezembro de 2023

**Dr. Dror Yona**  
CRM 20603

Yona Serviços Médicos - CNPJ: 07.071.888/0001-00

Representante legal: Dror Yona

CPF: 253.890.908-29

RG: 19.405.649-1 SSP-SP

**CENTRO MÉDICO**

**RUA SÃO JOSAFAT, 1418 - SALA 21  
FONE: (44)2523-2864 / (44)99918-9451  
CAMPO MOURÃO - PR  
CEP: 87302-170**

**Dr. Dror Yona**  
CRM20603



**CIRURGIÃO GERAL**

ANEXO II  
DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

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

A empresa Yona Serviços Médicos Ltda - ME, inscrita no CNPJ sob nº 07.071.888-00, sediada na Rua São Josafat, 1418 - Sala 21, Centro, na cidade de Campo Mourão, através representante legal, Dror Yona, CPF 253.890.908-29, RG 19.405.649-1 SSP-SP, declara, sob as penas da Lei, que:

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

Campo Mourão, 05 de Dezembro de 2023

**Dr. Dror Yona**  
CRM 20603

Yona Serviços Médicos - CNPJ: 07.071.888/0001-00  
Representante legal: Dror Yona  
CPF: 253.890.908-29  
RG: 19.405.649-1 SSP-SP

**CENTRO MÉDICO**

**RUA SÃO JOSAFAT, 1418 - SALA 21**  
**FONE:(44)2523-2864 / (44)99918-9451**  
**CAMPO MOURÃO - PR**  
**CEP: 87302-170**

**Dr. Dror Yona**  
**CRM20603**



**CIRURGIÃO GERAL**

ANEXO III  
DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO

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

Yona Serviços Médicos Ltda - ME, estabelecida na Rua São Josafat, 1418, Sala 21, inscrita no CNPJ sob nº 07.071.888-00, neste ato representada pelo seu sócio Dror Yona, 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, 05 de Dezembro de 2023

---

Yona Serviços Médicos - CNPJ: 07.071.888/0001-00  
Representante legal: Dror Yona  
CPF: 253.890.908-29  
RG: 19.405.649-1 SSP-SP

**CENTRO MÉDICO**

**RUA SÃO JOSAFAT, 1418 - SALA 21**  
**FONE:(44)2523-2864 / (44)99918-9451**  
**CAMPO MOURÃO - PR**  
**CEP: 87302-170**

**Dr. Dror Yona**  
CRM20603



**CIRURGIÃO GERAL**

**ANEXO IV**  
**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO**

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

Eu, Dror Yona, carteira de identidade nº 19.405.649-1 expedida pela SSP-SP, inscrito no CPF sob nº 253.890.908-29, Representante legal da Yona Serviços Médicos Ltda - ME, inscrita no CNPJ número 07.071.888-00, 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, 05 de Dezembro de 2023

**Dr. Dror Yona**  
CRM 20603

Yona Serviços Médicos - CNPJ: 07.071.888/0001-00

Representante legal: Dror Yona

CPF: 253.890.908-29

RG: 19.405.649-1 SSP-SP

**CENTRO MÉDICO**

**RUA SÃO JOSAFAT, 1418 - SALA 21**  
**FONE:(44)2523-2864 / (44)99918-9451**  
**CAMPO MOURÃO - PR**  
**CEP: 87302-170**

**Dr. Dror Yona**  
CRM20603



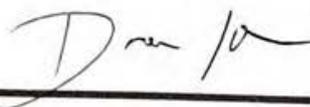
**CIRURGIÃO GERAL**

**ANEXO V**  
**DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE**

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

O representante legal da Empresa Yona Serviços Médicos Ltda- ME, 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, 05 de Dezembro de 2023

 **Dr. Dror Yona**  
CRM 26693

Yona Serviços Médicos - CNPJ: 07.071.888/0001-00

Representante legal: Dror Yona

CPF: 253.890.908-29

RG: 19.405.649-1 SSP-SP

**CENTRO MÉDICO**

**RUA SÃO JOSAFAT, 1418 - SALA 21**  
**FONE:(44)2523-2864 / (44)99918-9451**  
**CAMPO MOURÃO - PR**  
**CEP: 87302-170**

**YONA SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ 07.071.888/0001-00**  
**QUARTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL**

1. **DROR YONA**, brasileiro, casado sob o regime de comunhão parcial de bens, nascido em 31/10/1969, médico, portador da Cédula de Identidade Civil nº 19.405.649-1 – SSP-SP, inscrito no CPF sob nº 253.890.908-29, residente e domiciliado na Av. José Custódio de Oliveira, nº 1825, apto 1002, Centro, CEP 87300-020, Campo Mourão – PR; e

2. **FATHIA NORDON DE GOUVEIA**, brasileira, casada sob o regime de separação total de bens, nascida em 27/05/1950, empresária, portadora da Cédula de Identidade Civil nº 3.796.725 – SSP-PR, inscrita no CPF sob nº 006.321.328-17, residente e domiciliada na Av. José Custódio de Oliveira, 1825, apto 1002, Centro, CEP 87300-020, Campo Mourão – PR.

**Únicos sócios da sociedade empresária limitada: YONA SERVICOS MEDICOS LTDA**, estabelecida em Campo Mourão – PR, na Rua São Josafat, nº 1418, Sala 21, Centro, CEP 87302-170, com contrato social registrado na Junta Comercial do Paraná sob nº 41205348509, em sessão em 04 de novembro de 2004 e última alteração contratual registrada sob nº 20144273756, inscrita no CNPJ nº 07.071.888/0001-00, resolvem assim alterar os mesmos mediante as cláusulas e condições seguintes:

**Cláusula Primeira:** O objeto social passa a ser: **atividade médica restrita a consultas e procedimentos cirúrgicos realizados exclusivamente a nível hospitalar.**

**Cláusula Segunda:** À vista da modificação ora ajustada, em consonância com o que determina o artigo 2.031 da lei número 10.406/2002, os sócios resolvem, por este instrumento, **ATUALIZAR E CONSOLIDAR O CONTRATO SOCIAL**, tornando assim sem efeito, a partir desta data, as cláusulas e condições contidas no contrato primitivo e alterações, passando a ter a seguinte redação:



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO PARANÁ - SEDE

CERTIFICO O REGISTRO EM 16/06/2015 09:53 SOB Nº 20152307338  
PROTOCOLO: 152307338 DE 12/06/2015. NIRE: 41205348509.  
YONA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

Libertad Bogus  
SECRETÁRIA GERAL  
CURITIBA, 16/06/2015

Página 1 de 5

**YONA SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ 07.071.888/0001-00**  
**QUARTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL**  
**YONA SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ 07.071.888/0001-00**  
**CONSOLIDAÇÃO CONTRATO SOCIAL**

- 1. DROR YONA**, brasileiro, casado sob o regime de comunhão parcial de bens, nascido em 31/10/1969, médico, portador da Cédula de Identidade Civil nº 19.405.649-1 – SSP-SP, inscrito no CPF sob nº 253.890.908-29, residente e domiciliado na Av. José Custódio de Oliveira, nº 1825, apto 1002, Centro, CEP 87300-020, Campo Mourão – PR; e
- 2. FATHIA NORDON DE GOUVEIA**, brasileira, casada sob o regime de separação total de bens, nascida em 27/05/1950, empresária, portadora da Cédula de Identidade Civil nº 3.796.725 – SSP-PR, inscrita no CPF sob nº 006.321.328-17, residente e domiciliada na Av. José Custódio de Oliveira, 1825, apto 1002, Centro, CEP 87300-020, Campo Mourão – PR.

**Cláusula Primeira:** A sociedade girará sob o nome empresarial de **YONA SERVICOS MEDICOS LTDA**.

**Cláusula Segunda:** A sociedade terá sede e domicílio na cidade de Campo Mourão – PR, à Rua São Josafat, nº 1418, Sala 21, Centro, CEP 87302-170.

**Cláusula Terceira:** O capital social é de **R\$ 10.000,00** (dez mil reais) divididos em 10.000 (dez mil) quotas de valor nominal R\$ 1,00 (hum real) cada, integralizadas em moeda corrente do País, assim distribuídas entre os sócios.

NOME	QUOTAS	(%)	VALOR R\$
Dror Yona	9.000	90,00	9 000,00
Fathia Nordon de Gouveia	1.000	10,00	1 000,00
<b>TOTAL</b>	<b>10.000</b>	<b>100,00</b>	<b>10.000,00</b>

*Handwritten signature/initials*



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO PARANÁ – SEDE  
CERTIFICO O REGISTRO EM 16/06/2015 09:53 SOB Nº 20152307338  
PROTOCOLO: 152307338 DE 12/06/2015. NIRE: 41205348509,  
YONA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

Libertad Bogus  
SECRETÁRIA GERAL  
CURITIBA, 16/06/2015

**YONA SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ 07.071.888/0001-00**  
**QUARTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL**

**Cláusula Quarta:** O objeto social será **atividade médica restrita a consultas e procedimentos cirúrgicos realizados exclusivamente a nível hospitalar.**

**Cláusula Quinta:** A sociedade iniciou suas atividades em **01 de novembro de 2004** e seu prazo de duração é indeterminado.

**Cláusula Sexta:** 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 Sétima:** A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas todos respondem solidariamente pela integralização do capital social.

**Cláusula Oitava:** A administração da sociedade caberá ao sócio **DROR YONA** com os poderes e atribuições de **administrador**, autorizado o uso do nome empresarial **individualmente e isoladamente**, vedado, no entanto, em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor de qualquer dos quotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da sociedade, sem autorização do(s) outro(s) sócio(s).

**Cláusula Nona:** Ao término de cada exercício social, 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 aos sócios, na proporção de suas quotas, os lucros ou perdas apuradas.

**§ Primeiro:** A sociedade poderá levantar balanços intermediários em qualquer época do exercício social.



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO PARANÁ - SEDE  
CERTIFICO O REGISTRO EM 16/06/2015 09:53 SOB Nº 20152307338  
PROTOCOLO: 152307338 DE 12/06/2015. NIRE: 41205348509  
YONA SERVIÇOS MEDICOS LTDA

Libertad Bogus  
SECRETARIA GERAL  
CURITIBA, 16/06/2015

Página 3 de 5

**YONA SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ 07.071.888/0001-00**  
**QUARTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL**

**§ Segundo:** Os lucros apurados poderão ser distribuídos pelos sócios antecipadamente ou no término do exercício social.

**§ Terceiro:** Será permitida a distribuição desproporcional de lucros ou prejuízos mediante deliberação unânime dos sócios ou deixar em suspenso os lucros então apurados.

**Cláusula Décima:** Nos quatro meses seguintes ao término do exercício social, os sócios deliberarão sobre as contas e designarão administradores quando for o caso.

**Cláusula Décima Primeira:** A sociedade poderá a qualquer tempo, abrir ou fechar filial ou outra dependência, mediante alteração contratual assinada por todos os sócios.

**Cláusula Décima Segunda:** Os sócios poderão, de comum acordo, fixar uma retirada mensal, a título de *pró-labore*, observadas as disposições regulamentares pertinentes.

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

**§ Único -** O mesmo procedimento será adotado em outros casos em que a sociedade se resolva em relação a seu sócio.

**Cláusula Décima Quarta:** O(s) administrador(es) declara(m), sob as penas da lei, de que não está(ão) impedido(s) 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



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO PARANÁ - SEDE

CERTIFICO O REGISTRO EM 16/06/2015 09:53 SOB Nº 20152307338.  
PROTOCOLO: 152307338 DE 12/06/2015. NIRE: 41205348509.  
YONA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

Libertad Boqus  
SECRETARIA GERAL  
CURITIBA, 16/06/2015

Página 4 de 5

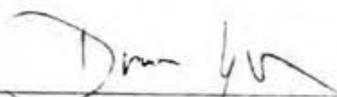
**YONA SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ 07.071.888/0001-00**  
**QUARTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL**

por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, fé pública, ou a propriedade

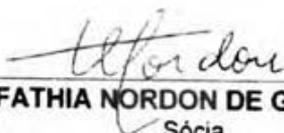
**Cláusula Décima Quinta:** Fica eleito o foro de Campo Mourão – PR, com a exclusão de qualquer outro foro, por mais privilegiado que seja, para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato.

E, por estarem de comum acordo, assinam o presente instrumento em 01 (uma) única via, na presença das testemunhas abaixo, que também o firmam.

Campo Mourão – PR, 04 de maio de 2015.

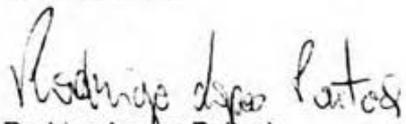


**DROR YONA**  
Sócio Administrador



**FATHIA NORDON DE GOUVEIA**  
Sócia

Testemunhas:



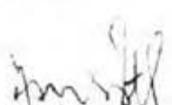
Rodrigo Lopes Paitach

RG 9.429.017-1 – SESP-PR



Dalton Gaspar

RG 3.847.9598 – SSP-PR



Elaborado por: Ambrózio Lecheta Paitach

CRC-PR 009317/O-0



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO PARANÁ - SEDE  
CERTIFICO O REGISTRO EM 16/06/2015 09:53 SOB Nº  
20152307338.  
PROTOCOLO: 152307338 DE 12/06/2015. NIRE: 41205348509.  
YONA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

Libertad Bogus  
SECRETÁRIA GERAL  
CURITIBA, 16/06/2015

Página 5 de 5

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

**3.796.725-3**

2 via

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

08/07/2017

NOME

**FATHIA NORDON DE GOUVEIA**

FILIAÇÃO

CHAIM ELJASZ NORDON  
DINA NORDON

NATURALIDADE

S.PAULO - SP

DATA DE NASCIMENTO

**27/05/1950**

DOC ORIGEM

SÃO PAULO-SP BOM RETIRO CC:LV.B08 /FLS.158 /Nº01828

CPF

**006321328/17**



Caetano Paulo Filho  
Delegado de Polícia Divisionário MRGD.SSP.SP

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

0095-0

MAIOR DE 65 ANOS

ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT



POLEGAR DIREITO

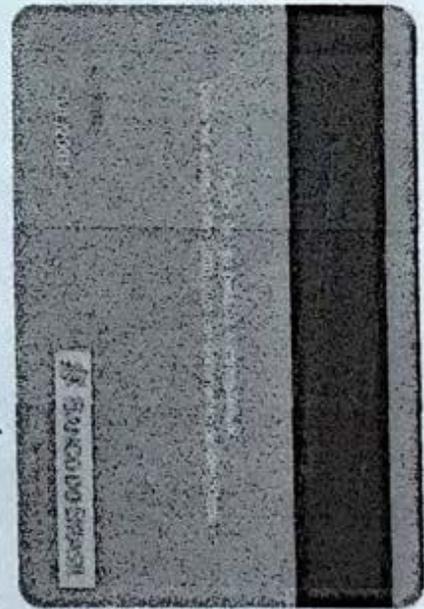
*[Handwritten signature]*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

42354445







# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NUMERO DE INSCRIÇÃO 07.071.888/0001-00 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 04/11/2004	
NOME EMPRESARIAL YONA SERVICOS MEDICOS LTDA			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****		PORTE EPP	
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 86.30-5-01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada			
LOGRADOURO R RUA SAO JOSAFAT	NUMERO 1418	COMPLEMENTO SALA 21	
CEP 87.302-170	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO CAMPO MOURAO	UF PR
ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE (44) 3523-2864		
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 04/11/2004		
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 16/11/2023 às 09:49:24 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1



ESTADO DO PARANÁ  
POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ  
CORPO DE BOMBEIROS  
5GB - SPCIP CAMPO MOURAO



**CLCB - CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO DO CORPO DE BOMBEIROS - CLCB**  
**3.9.01.22.0000863605-01**

A Seção de Prevenção Contra Incêndio e a Desastres do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Paraná licencia a edificação/estabelecimento/evento/área de risco abaixo qualificada, por estar em conformidade com a legislação de prevenção contra incêndio e a desastres em vigor:

**CONDOMÍNIO CENTRO MÉDICO DE CAMPO MOURÃO**

Nome Fantasia: CENTRO MEDICO  
CPF/CNPJ: 79.264.404/0001-42  
Código da Atividade Econômica (CNAE):  
8112/5-00 - CONDOMÍNIOS PREDIAIS  
Logradouro: R S JOSAFAT Número: 1418  
Complemento: CENTRO Bairro: CAMPO MOURAO Município: CAMPO MOURAO-PR

**PREVENÇÃO E COMBATE A INCÊNDIO E A DESASTRES**

Área Total: 4.746,65 m<sup>2</sup>  
Área Vistoriada: 474,66 m<sup>2</sup>  
Ocupação: H-6 - CLÍNICA E CONSULTÓRIO MÉDICO E ODONTOLÓGICO  
Capacidade de Público: 30 PESSOAS  
Uso de GLP: MÁXIMO 3 RECIPIENTES P-13KG EM ABRIGO EXTERNO  
Medidas de prevenção e combate a incêndios e a desastres:  
ILUMINAÇÃO DE EMERGÊNCIA  
EXTINTORES DE INCÊNDIO  
SINALIZAÇÃO DE EMERGÊNCIA  
HIDRANTE E MANGOTINHOS  
SAÍDAS DE EMERGÊNCIA

Projeto Técnico NIB:

**OBSERVAÇÕES**

Esta licença perde a validade, a qualquer tempo, caso ocorram alterações que impliquem em inconformidade com a legislação de prevenção e combate a incêndio e a desastres em vigor.  
O Corpo de Bombeiros Militar poderá fiscalizar a edificação/estabelecimento/área de risco/evento a qualquer tempo.

**LICENÇA VÁLIDA ATÉ: 22 de Novembro de 2023**



Documento emitido eletronicamente pelo Sistema PrevFogo.  
A autenticidade deve ser confirmada no endereço [www.prevfogo.pr.gov.br](http://www.prevfogo.pr.gov.br) através do link "Verificar Autenticidade Documentos."

Número autenticidade: 699ce120.f5ff0b25.bde052e9.2089cd09-2

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MOURÃO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**  
**LICENÇA SANITÁRIA Nº 220 / 2023**

**RAZÃO SOCIAL:** YONA SERVICOS MEDICOS LTDA.

**NOME FANTASIA:**

**CPF/CNPJ:** 07.071.888/0001-00

**ENDEREÇO:** SÃO JOSAFAT ATÉ 189 LADO ÍMPAR

**BAIRRO:** CENTRO

**NUMERO:** 1418

**DATA DE EMISSÃO:** 12/04/2023

**DATA DE VALIDADE:** 12/04/2024

**Atividades Licenciadas:**

Principal: 8630503 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Secundário: 8630501 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos

**Observações:**

  
**Suellen Gomes Santos Fantin**  
Enfermeira - COREN-PR 268.248  
Vigilância Sanitária - Mat. 1126180-01  
Secretaria de Saúde  
Autoridade Sanitária

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



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MOURÃO**  
**SECRETARIA DE CONTROLE, FISCALIZAÇÃO E OUVIDORIA**

Rua Brasil, 1487 - CAMPO MOURÃO - PARANÁ - CAIXA POSTAL, 420 - CEP 87301-140  
Fone/Fax: (41)3518-1144 - e-mail: prefeitura@campomourao.pr.gov.br - homepage: www.campomourao.pr.gov.br

CMC 11706	NÚMERO DO ALVARÁ 462/2004
EXERCÍCIO 2023	DATA DE VALIDADE 22/11/2023

## ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO

NOME / RAZÃO SOCIAL  
**370720 - YONA SERVICOS MEDICOS LTDA.**

NOME FANTASIA SOBRENOME

LOGRADOURO  
**RUA SAO JOSAFAT**

NÚMERO  
**1418**

COMPLEMENTO  
**SALA 21**

CEP  
**87.302-170**

BAIRRO  
**CENTRO**

MUNICÍPIO  
**Campo Mourão**

ESTADO  
**PR**

CFP / CNPJ  
**07.071.888/0001-00**

RG / INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA INÍCIO ATIVIDADE  
**25/10/2004**

ATIVIDADE(S) PRINCIPAL(IS)  
**006.016.037 CLINICA MEDICA**

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

RESTRIÇÃO COMPLEMENTAR

CONTADOR / CONTABILIDADE RESPONSÁVEL  
**ORGANIZAÇÃO CONTABIL LUX LTDA**

O PRESENTE ALVARÁ AUTORIZA A EXPLORAÇÃO DE NEGÓCIOS CONFORME ACIMA DESCRITO ENQUANTO SATISFAZER AS EXIGÊNCIAS QUE LEGITIMARAM SUA CONCESSÃO, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE.

### Restrições

**CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO DO CORPO DE BOMBEIROS VÁLIDO ATÉ 22/11/2023.**

 Assinado digitalmente por:  
**ADRIANO DE OLIVEIRA DEL CANALE**  
assinado digitalmente 039 951.839-80  
26/01/2023 08:31:26

CAMPO MOURÃO/PR, 26/01/2023  
VALIDAÇÃO

**MANTER EM LOCAL VISÍVEL AO PÚBLICO**



### OBSERVAÇÕES / INFORMES

- 1) De conformidade com a legislação vigente deverão ser comunicados ao Setor de Tributação da prefeitura em prazo inferior a 30 dias quaisquer alterações cadastrais.
- 2) Em caso de encerramento das atividades inerentes a este alvará, deverá ser requerido em prazo inferior a 15 dias junto ao Setor de Tributação da prefeitura a BAIXA deste alvará, sob pena de enquadramento de débitos dos exercícios seguintes.

# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MOURÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

## LICENÇA SANITÁRIA Nº 82 / 2023

**RAZÃO SOCIAL:** SISNOR - SISTEMA INTEGRADO DE SAUDE DO NORTE DO PARANA

**NOME FANTASIA:** CENTER CLINICAS

**CPF/CNPJ:** 06.353.041/0001-48

**ENDEREÇO:** MANOEL MENDES DE CAMARGO ATE 1260

**BAIRRO:** CENTRO **NUMERO:** 851

**DATA DE EMISSÃO:** 17/02/2023 **DATA DE VALIDADE:** 17/02/2024

### Atividades Licenciadas:

Principal: 8610101 Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

Secundário: 8610102 Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

### Observações:

  
**Suellen Gomes Santos Fantin**  
Enfermeira - COREN-PR 268.248  
Vigilância Sanitária - Mat. 1126180-01  
Secretaria de Saúde  
Autoridade Sanitária

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



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MOURÃO**  
**SECRETARIA DE CONTROLE, FISCALIZAÇÃO E OUVIDORIA**

Rua Brasil, 1487 - CAMPO MOURÃO - PARANÁ - CAIXA POSTAL 420 - CEP 87301-140  
Fone/Fax: (41)3518-1144 - e-mail: prefeitura@campomourao.pr.gov.br - homepage: www.campomourao.pr.gov.br

CMC 11529	NÚMERO DO ALVARÁ 295/2004
EXERCÍCIO 2023	DATA DE VALIDADE 07/03/2024

# ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO PROVISÓRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL  
367958 - SIGNOR - SISTEMA INTEGRADO DE SAUDE DO NORTE DO PARANA

NOME FANTASIA / SOBRENOME  
CENTER CLINICAS

LOGRADOURO  
AVENIDA MANOEL MENDES DE CAMARGO

NÚMERO  
851

COMPLEMENTO  
BLOCO I SALA I

CEP  
87.302-080

BARRIO  
CENTRO

MUNICÍPIO  
Campo Mourão

ESTADO  
PR

CPF / CNPJ  
06.353.041/0001-48

RG / INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA INÍCIO ATIVIDADE  
02/07/2004

ATIVIDADE(S) PRINCIPAL(ES)  
0086.1/01.01 Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências  
0086.3/05.03 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

REGÍSTRIO DE FUNDAMENTO

RESTRIÇÃO COMPLEMENTAR

CONTADOR / CONTABILIDADE RESPONSÁVEL  
CARLOS ROBERTO CINTRA

O PRESENTE ALVARÁ AUTORIZA A EXPLORAÇÃO DE NEGÓCIOS CONFORME ACIMA DESCRITO ENQUANTO SATISFAZER AS EXIGÊNCIAS QUE LEGITIMARAM SUA CONCESSÃO, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE.

### Restrições

ALVARÁ TEMPORÁRIO VÁLIDO ATÉ 07/03/2024 - AGUARDANDO APRESENTAR O CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO DO CORPO DE BOMBEIROS.

*Marcio F. Carraro Rocha*  
Marcio F. Carraro Rocha  
Secretário do Planejamento  
Portaria Nº 812/2021 - GAPRI

CAMPO MOURÃO/PR, 06/12/2023

VALIDAÇÃO



**MANTER EM LOCAL VISÍVEL AO PÚBLICO**

### OBSERVAÇÕES / INFORMES

- 1) De conformidade com a legislação vigente deverão ser comunicadas ao Setor de Tributação da prefeitura em prazo inferior a 30 dias quaisquer alterações cadastrais.
- 2) Em caso de encerramento das atividades inerentes a este alvará, deverá ser requerido em prazo inferior a 15 dias junto ao Setor de Tributação da prefeitura a BA do presente alvará, sob pena de enquadramento de débitos dos exercícios seguintes.

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

## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 07.071.888/0001-00  
**Razão Social:** YONA SERVICOS MEDICOS LTDA  
**Endereço:** R SAO JOSAFAT 1418 2 ANDAR SL 24 / CENTRO / CAMPO MOURAO / PR / 87302-170

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:** 13/01/2024 a 11/02/2024

**Certificação Número:** 2024011301135817254308

Informação obtida em 24/01/2024 11:17:43

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**

Voltar

Imprimir



## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 07.071.888/0001-00  
**Razão Social:** YONA SERVICOS MEDICOS LTDA  
**Endereço:** R SAO JOSAFAT 1418 2 ANDAR SL 24 / CENTRO / CAMPO MOURAO / PR / 87302-170

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:** 29/10/2023 a 27/11/2023

**Certificação Número:** 2023102901111927329104

Informação obtida em 08/11/2023 10:43:15

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**

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

## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 07.071.888/0001-00  
**Razão Social:** YONA SERVICOS MEDICOS LTDA  
**Endereço:** R SAO JOSAFAT 1418 2 ANDAR SL 24 / CENTRO / CAMPO MOURAO / PR / 87302-170

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:** 13/01/2024 a 11/02/2024

**Certificação Número:** 2024011301135817254308

Informação obtida em 24/01/2024 11:17:43

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://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: <b>43819/2023</b>
Contribuinte: <b>YONA SERVICOS MEDICOS LTDA.</b>	RG:
CPF: <b>07.071.888/0001-00</b>	Ponto de Referência:
Endereço: <b>RUA SAO JOSAFAT, n° 1418</b>	Validade: <b>08/12/2023</b>
Bairro: <b>CENTRO</b>	
Complemento: <b>SALA 21</b>	
Requerente:	
Cod. Contrib. <b>370720</b>	

### [ FINALIDADE ]

PARA FINS DIVERSOS

### [ OBSERVAÇÕES ]

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

CAMPO MOURÃO/PR, 8 de novembro de 2023.

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



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

## CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Protocolo:	N. Certidão: <b>3445/2024</b>
Contribuinte: <b>YONA SERVICOS MEDICOS LTDA.</b>	RG:
CPF: <b>07.071.888/0001-00</b>	Ponto de Referência:
Endereço: <b>RUA SAO JOSAFAT, nº 1418</b>	Validade: <b>23/02/2024</b>
Bairro: <b>CENTRO</b>	
Complemento: <b>SALA 21</b>	
Requerente:	
Cód. Contrib.: <b>370720</b>	

### [ FINALIDADE ]

PARA FINS DIVERSOS

### [ OBSERVAÇÕES ]

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

CAMPO MOURÃO/PR, 24 de janeiro 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 032183242-70

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: 07.071.888/0001-00  
Nome: **CNPJ NÃO CONSTA NO CADASTRO DE CONTRIBUINTES DO ICMS/PR**

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

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

**Válida até 07/03/2024 - Fornecimento Gratuito**

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via Internet  
[www.fazenda.pr.gov.br](http://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: YONA SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ: 07.071.888/0001-00**

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 05:08:29 do dia 22/01/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 20/07/2024.

Código de controle da certidão: **C6D9.D8EA.2ACA.8DFE**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



**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: YONA SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ: 07.071.888/0001-00**

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

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

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

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

Emitida às 09:10:33 do dia 23/08/2023 <hora e data de Brasília>.

Válida até 19/02/2024.

Código de controle da certidão: **55E6.6D6C.908F.E506**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: YONA SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 07.071.888/0001-00

Certidão nº: 62404191/2023

Expedição: 08/11/2023, às 10:37:34

Validade: 06/05/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **YONA SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **07.071.888/0001-00**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

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

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

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

Certidão emitida gratuitamente.

### **INFORMAÇÃO IMPORTANTE**

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

STATE OF NEW YORK  
 DEPARTMENT OF CORRECTIONS  
 11117




*Debra Y...*

STATE OF NEW YORK  
 DEPARTMENT OF CORRECTIONS  
 18-407-549 1  
 DRON YONA  
 MORDECHAI YONA  
 E FATHIS MORGON  
 131111  
 180-08-080 108  
 180-08-080 108  
 180-08-080 108  
 180-08-080 108



**CPF**  
 253-890-908-29

ISSUED BY THE STATE OF NEW YORK

# CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

# SUS

## SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

704 7097 9220 5633

**Nome:** DROR YONA

**Data de Nascimento:** 31/10/1969

**Sexo:** MASCULINO

**Emissão:** 07/11/2023 14:45:49

**Município de residência:** CAMPO MOURAO - PR



# CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO



Documento  
de Identidade Conforme  
Lei Nº 6.206/75

POLEGAR DIREITO

CRM Nº

**20603**

Data da Inscrição

**18/11/2003**

Nome

**DROR YONA**

Assinatura do Portador

## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

### CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO

**PARANÁ**

Filiação

**MORDECHAI YONA**

**FATHIA NORDON**

Naturalidade

**ISRAEL**

Data de Nascimento

**31/10/1969**

RG

**19.405.649-1 (SP)**

Data Expedição

**09/09/1991**

CPF

**253890908-29**

Título de Eleitor

**1603058501-32**

Seção

**0090**

Zona

**003**

Certificado Militar Nº

**017/87-040**

Tipo Sanguíneo

**AB**

Fator RH

**Positivo**

Observações

**Não Doador de Órgãos e Tecidos**

Local e Data

**Curitiba, 10 de dezembro de 2003**

Presidente

**Dr. Donizeti D. Granberauino Fung**  
Presidente



# FUNDAÇÃO LUSÍADA CELUS

CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DA FUNDAÇÃO LUSÍADA

## Faculdade de Ciências Médicas de Santos

☉ Diretor Geral do Centro de Estudos Superiores da Fundação Lusíada,  
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina  
em 16 de novembro de 1995, confere o título de

**Médico a**

**Dror Dora**

brasileiro, natural de Israel, nascido a 31 de outubro de 1969,  
RG 19.405.649-1 - SP

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

Santos, 16 de novembro de 1995

*[Handwritten Signature]*  
Diretor Geral

\_\_\_\_\_  
Secretária Geral

*[Handwritten Signature]*  
Diretor do Setor

Diplomado



Diretor Geral: DR. ERALDO AURELIO FRANZESE  
Diretor do Setor: PROF. DR. NEY ROMITTI  
Secretária Geral: NEUZA MARIA ALONSO

Curso de  
MEDICINA

Reconhecido pelo Decreto Federal n.º 72489 de 18-07-73  
publicado no Diário Oficial da União em 19-07-73

**UNIVERSIDADE DE SAO PAULO**

Diploma registrado sob n.º 1090093

Processo n.º 96.1.1670.1.5

Em 08 de fevereiro de 1996.

Por Delegação de Competência do Ministério da Educação  
e Cultura (Portarias N.ºs 726/77, 71/77, 30/79 e 31/80)

CONFERE

Em 08/02/1996

Uel. N.º 210 Silveira  
Seção de Registro

DIPLOMA REGISTRADO NA UNIVERSIDADE  
DE SAO PAULO, POR DELEGAÇÃO DE  
COMPETÊNCIA DO MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO E CULTURA.

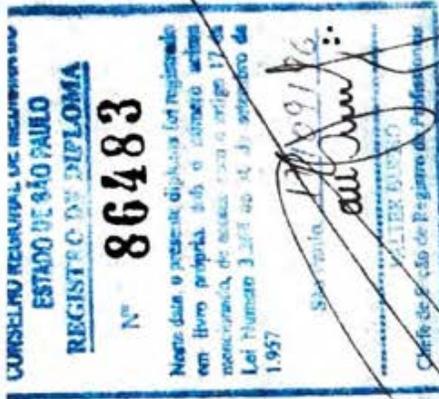
São Paulo, 08 FEV 1996

Prof. Dra. LOR CURY  
Secretária Geral

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA  
DO ESTADO DO PARANÁ

Médico inscrito sob nº 20653

Em 18 de fevereiro de 1996





# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

## CERTIFICADO DE REGULARIDADE DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

<b>Inscrito sob CRM</b> 3617	<b>CNPJ</b> 07.071.888/0001-00	<b>Inscrição</b> 03/03/2009	<b>Validade</b> 03/03/2024
<b>Razão Social</b> YONA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	<b>Nome Fantasia</b> YONA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.		
<b>Endereço</b> R S JOSAFAT - CENTRO, 1418, SL 21	<b>Município / UF</b> CAMPO MOURÃO / PR	<b>CEP</b> 87302-170	
<b>Responsável</b> 20603 - DROR YONA	<b>Classificação</b> CONSULTÓRIO MÉDICO - TIPO III		

Este certificado atesta a REGULARIDADE da inscrição do estabelecimento acima neste Conselho Regional de Medicina, em cumprimento à Lei nº. 6.839, de 30/10/1980 e às Resoluções CFM nº. 997 de 23/05/1980 e 1.980 de 11/07/2011. Ressalvada a ocorrência de alteração nos dados acima, este certificado é válido até 03/03/2024. Este certificado deverá ser afixado em local visível ao público e acessível à fiscalização.

Chave de validação nº. **767d2e44da4be67dc7b96c730008aa688c330d07**

Emitida eletronicamente via internet em **13/11/2023**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do

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

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MOURÃO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**  
**LICENÇA SANITÁRIA Nº 220 / 2023**

**RAZÃO SOCIAL:** YONA SERVICOS MEDICOS LTDA.

**NOME FANTASIA:**

**CPF/CNPJ:** 07.071.888/0001-00

**ENDEREÇO:** SÃO JOSAFAT ATÉ 189 LADO ÍMPAR

**BAIRRO:** CENTRO

**NUMERO:** 1418

**DATA DE EMISSÃO:** 12/04/2023

**DATA DE VALIDADE:** 12/04/2024

**Atividades Licenciadas:**

Principal: 8630503 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Secundário: 8630501 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos

**Observações:**

  
**Suellen Gomes Santos Fantin**  
Enfermeira - COREN-PR 268.248  
Vigilância Sanitária - Mat. 1126180-01  
Secretaria de Saúde  
Autoridade Sanitária

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



ESTADO DO PARANÁ  
POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ  
CORPO DE BOMBEIROS  
5GB - SPCIP CAMPO MOURAO



**CLCB - CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO DO CORPO DE BOMBEIROS - CLCB**  
**3.9.01.22.0000863605-01**

A Seção de Prevenção Contra Incêndio e a Desastres do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Paraná licencia a edificação/estabelecimento/evento/área de risco abaixo qualificada, por estar em conformidade com a legislação de prevenção contra incêndio e a desastres em vigor:

**CONDOMÍNIO CENTRO MÉDICO DE CAMPO MOURÃO**

Nome Fantasia: CENTRO MEDICO  
CPF/CNPJ: 79.264.404/0001-42  
Código da Atividade Econômica (CNAE):  
8112/5-00 - CONDOMÍNIOS PREDIAIS  
Logradouro: R S JOSAFAT Número: 1418  
Complemento: CENTRO Bairro: CAMPO MOURAO Município: CAMPO MOURAO-PR

**PREVENÇÃO E COMBATE A INCÊNDIO E A DESASTRES**

Área Total: 4.746,65 m<sup>2</sup>  
Área Vistoriada: 474,66 m<sup>2</sup>  
Ocupação: H-6 - CLÍNICA E CONSULTÓRIO MÉDICO E ODONTOLÓGICO  
Capacidade de Público: 30 PESSOAS  
Uso de GLP: MÁXIMO 3 RECIPIENTES P-13KG EM ABRIGO EXTERNO  
Medidas de prevenção e combate a incêndios e a desastres:  
ILUMINAÇÃO DE EMERGÊNCIA  
EXTINTORES DE INCÊNDIO  
SINALIZAÇÃO DE EMERGÊNCIA  
HIDRANTE E MANGOTINHOS  
SAÍDAS DE EMERGÊNCIA

Projeto Técnico NIB:

**OBSERVAÇÕES**

Esta licença perde a validade, a qualquer tempo, caso ocorram alterações que impliquem em inconformidade com a legislação de prevenção e combate a incêndio e a desastres em vigor.  
O Corpo de Bombeiros Militar poderá fiscalizar a edificação/estabelecimento/área de risco/evento a qualquer tempo.

**LICENÇA VÁLIDA ATÉ: 22 de Novembro de 2023**



Documento emitido eletronicamente pelo Sistema PrevFogo.  
A autenticidade deve ser confirmada no endereço [www.prevfogo.pr.gov.br](http://www.prevfogo.pr.gov.br) através do link "Verificar Autenticidade Documentos."

Número autenticidade: 699cef20.f5ff0b25.bde052e9.2089cd09-2



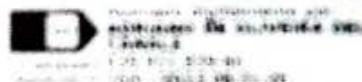
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MOURÃO**  
**SECRETARIA DE CONTROLE, FISCALIZAÇÃO E OUVIDORIA**

Rua Brasil 1467 - Centro - CEP: 85200-000 - Fone: (41) 3522-1000 - Fax: (41) 3522-1001  
 E-mail: [controle@camposmourao.pr.gov.br](mailto:controle@camposmourao.pr.gov.br) - [www.camposmourao.pr.gov.br](http://www.camposmourao.pr.gov.br)

ANO 2023	NUMERO DO ALVARÁ 452/2023
EXERCÍCIO 2023	DATA DE EMISSÃO 22/11/2023

## ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO

**PROFESSOR: MORAES DE OLIVEIRA WILSON S. TEIX.**



CAMPO MOURÃO/PR, 22/11/2023

**MANTER EM LOCAL VISÍVEL AO PÚBLICO**



Este documento é de uso exclusivo do Poder Executivo Municipal de Campo Mourão e não pode ser reproduzido ou utilizado para fins comerciais sem a autorização expressa do Poder Executivo Municipal. A reprodução não autorizada acarretará em sanções legais. Este documento é de uso exclusivo do Poder Executivo Municipal de Campo Mourão e não pode ser reproduzido ou utilizado para fins comerciais sem a autorização expressa do Poder Executivo Municipal. A reprodução não autorizada acarretará em sanções legais.



# CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## CERTIFICADO

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná  
de acordo com a RESOLUÇÃO CFM nº 1666/2003,  
certifica que registrou no livro nº 27 sob nº 13040 a qualificação do

**DR. DROR YONA**  
na especialidade de  
**CIRURGIA GERAL**

com validade em todo Território Nacional.

Curitiba, 10 de maio de 2004.

  
DONIZETTI DIMER GIAMBERDINO FILHO  
PRESIDENTE

  
RAQUEL RÖTTA BURKIEWICZ  
1ª SECRETÁRIA



**IAMSPE**

**Hospital do Servidor Público Estadual - "FMO"**  
**Serviços de Gastroenterologia Cirúrgica**



**CERTIFICADO**



**Conferido a *Dr. Dror Yona***

***Pela participação No XIX Curso de Especialização em Coloproctologia do H.S.P.E., que constou de aulas teóricas, seminários, cirurgias, visitas à enfermaria e discussões de artigos de revista TENDO SIDO APROVADO NA AVALIAÇÃO FINAL resultante dos resultados das provas semestrais e frequência ao curso.***

*Realizado em São Paulo, de 09 de Março a 07 de Dezembro de 2000.*

***Carga Horária Total: 320 Horas***

*Luiz Godoy*  
**Dr. Antonio Cláudio de Godoy**  
**Diretor**

**Serviço de Gastroenterologia Cirúrgica**  
**HSPE - "F.M.O."**

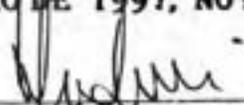
**COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**DEPARTAMENTO DE CIRURGIA**  
**DISCIPLINA DE CIRURGIA GERAL E DO TRAUMA**  
**ATLS - ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT**

**CERTIFICADO**

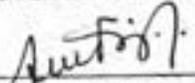
**DROR YONA**

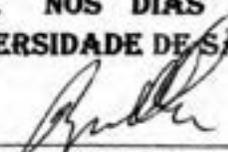
PARTICIPOU NA QUALIDADE DE ALUNO, DO CURSO ATLS # 14.939-P, ORGANIZADO SOB A ÉGIDE DO "AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS", NOS DIAS 15 E 16 DE NOVEMBRO DE 1997, NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

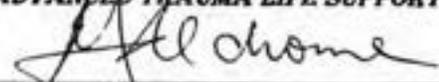
16 DE NOVEMBRO DE 1997

  
DR. DARIO BIROLINI

GOVERNADOR DO CAPÍTULO BRASILEIRO DO ACS  
AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

  
DR. ADONIRAM DE MAURO FIGUEIREDO  
DIRETOR DO CURSO Nº 14.939-P

  
DR. RENATO SÉRGIO POGGETTI  
COORDENADOR DO PROGRAMA ATLS  
ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT

  
DR. MAURÍCIO DE O. A. ALCHORNE  
COORDENADOR DO CURSO Nº 14.939-P



# Casa de Saúde Santa Marcelina

Programa Credenciado pelo CNRM/MEC Parecer nº 38/95 de 14/12/95

## CERTIFICADO

Certificamos que o Dr. *Dror Yona* CRM 86.483. SP  
concluiu Residência Médica na área básica de *Cirurgia Geral* no período de  
*01/02/96* a *31/01/99* e na área de concentração \_\_\_\_\_ no período de  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, a quem conferimos o título de especialista, de acordo com a  
Lei 6.932, publicada no Diário Oficial em 09/07/81.

São Paulo, 11 de Agosto de 1.999

Dra. Giuseppina Raineri  
Diretora Assist. Med. Hospitalar

Dr. Adnan Naser  
Coordenador COREME

Médico Residente

# Edital de Chamamento Público nº 3/2024

Última atualização 30/01/2024

**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:** 30/01/2024 **Situação:** Divulgada no PNCP **Data de início de recebimento de propostas:** 30/01/2024 08:00 (horário de Brasília)

**Data fim de recebimento de propostas:** 30/01/2024 11:00 (horário de Brasília)

**Id contratação PNCP:** 95640322000101-1-000003/2024 **Fonte:** Elotech Gestão Pública Ltda

## Objeto:

Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de ginecologista, plantonista, cirurgião torácico e ortodontista bucomaxilooferecidas pelo Ciscomcam.

## VALOR TOTAL ESTIMADO DA COMPRA

R\$ 485.855,30

[Itens](#) [Arquivos](#) [Histórico](#)

Número	Descrição	Quantidade	Valor unitário estimado	Valor total estimado	Detalhar
1	02.01.01.066 - BIOPSIA DO COLO UTERINO	90	R\$ 30,60	R\$ 2.754,00	<a href="#">Detalhar</a>
2	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	1000	R\$ 57,27	R\$ 57.270,00	<a href="#">Detalhar</a>
3	90.04.01.015 CONSULTA BUCOMAXILO FACIAL (CLINICA)	240	R\$ 57,27	R\$ 13.744,80	<a href="#">Detalhar</a>
4	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	1728	R\$ 115,00	R\$ 198.720,00	<a href="#">Detalhar</a>
5	02.01.01.051 - BIOPSIA/PUNCAO DE VULVA	15	R\$ 30,60	R\$ 459,00	<a href="#">Detalhar</a>

Exibir: 1-5 de 15 itens

Página



[Voltar](#)



Criado pela Lei nº 14.133/21, o Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP) é o site eletrônico oficial destinado à divulgação centralizada e obrigatória dos atos exigidos em sede de licitações e contratos administrativos abarcados pelo novo 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 correção das informações e dos arquivos relativos às contratações disponibilizadas no PNCP por força da Lei nº 14.133/2021 são de estrita responsabilidade dos órgãos e entidades contratantes.

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

0800 978 9001

## AGRADECIMENTO AOS PARCEIROS





# 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 : 18/2024  
b) Licitação Nº : 3/2024  
c) Modalidade : Inexigibilidade:  
d) Data Homologação : 30/01/2024  
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de ginecologista, plantonista, cirurgião torácico e ortodontista bucomaxilooferecidas pelo Ciscomcam.

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

FORNECEDOR: DR. ROMULO MACIEL LUSTOSA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL LTDA - CNPJ: 48.096.088/0001-13

Valor Total do Fornecedor: 109.744,80 (cento e nove mil, setecentos e quarenta e quatro reais e oitenta centavos).

LOTE 3 CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIL

Valor Total do Lote: 109.744,80 (cento e nove mil, setecentos e quarenta e quatro reais e oitenta centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.04.01.015 CONSULTA BUCOMAXILO FACIAL (CLINICA)	Unidad	240	R\$ 57,27	R\$ 13.745,00
2	90.04.01.176 - EXTRAÇÃO DE TERCEIRO MOLAR INCLUSO	Unidad	240	R\$ 400,00	R\$ 96.000,00

FORNECEDOR: I. BESSON SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 52.521.065/0001-86

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

LOTE 4 LOTE 4

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

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
------	-----------	---------	--------	-------------	-------------



# CIS-COMCAM

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

1	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	Serviço	1728	R\$ 115,00	R\$ 198.720,00
---	---	---------	------	------------	----------------

FORNECEDOR: MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 49.399.216/0001-60  
Valor Total do Fornecedor: 69.045,50 (sessenta e nove mil e quarenta e cinco reais e cinquenta centavos).

## LOTE 1 GINECOLOGIA

Valor Total do Lote: 69.045,50 (sessenta e nove mil e quarenta e cinco reais e cinquenta centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	02.01.01.066 - BIOPSIA DO COLO UTERINO	Unidad	90	R\$ 30,60	R\$ 2.754,00
2	02.01.01.051 - BIOPSIA/PUNCAO DE VULVA	Unidad	15	R\$ 30,60	R\$ 459,00
3	03.01.01.007 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CISCOMCAM)	Unidad	1200	R\$ 50,90	R\$ 61.080,00
4	03.09.03.004 CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO (CISCOMCAM)	Unidad	40	R\$ 37,66	R\$ 1.506,00
5	04.01.01.004 - ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA	Unidad	10	R\$ 15,98	R\$ 160,00
6	90.04.01.011 DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO) (CISCOMCAM)	Unidad	60	R\$ 30,06	R\$ 1.804,00
7	04.09.07.012 DRENAGEM DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE (CISCOMCAM)	Unidad	10	R\$ 18,16	R\$ 182,00
8	04.10.01.002 ESVAZIAMENTO PERCUTANEO DE CISTO MAMARIO (CISCOMCAM)	Unidad	10	R\$ 34,59	R\$ 346,00
9	04.09.06.009 EXERESE DE POLIPO DE UTERO (CISCOMCAM)	Unidad	20	R\$ 37,76	R\$ 755,00

FORNECEDOR: YONA SERVICOS MEDICOS LTDA - ME - CNPJ: 07.071.888/0001-00  
Valor Total do Fornecedor: 108.345,00 (cento e oito mil, trezentos e quarenta e cinco reais).

## LOTE 2 CIRURGIÃO TORÁCICO

Valor Total do Lote: 108.345,00 (cento e oito mil, trezentos e quarenta e cinco reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	Unidad	1000	R\$ 57,27	R\$ 57.270,00



## CIS-COMCAM

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

2	04.07.02.031 LIGADURA ELASTICA DE HEMORROIDAS (SESSAO) (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 396,75	R\$ 39.675,00
3	90.04.01.106 - INCREMENTO DE MATERIAL PARA CIRURGIA VIDEOLAPAROSCOPICA	Unidad	20	R\$ 570,00	R\$ 11.400,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 485.855,30 (quatrocentos e oitenta e cinco mil, oitocentos e cinquenta e cinco e trinta)

**Valor Total Homologado- R\$ 485.855,30**

Campo Mourão, 30 de janeiro de 2024.

Ivani Fiore Dal Molin  
Agente de Contratação  
Portaria 03/2024 – Publicado em: 12/01/2024

Página de assinaturas



**Ivani Molin**  
517.896.809-30  
Signatário

HISTÓRICO

- 30 jan 2024**  
15:36:24  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br))
- 30 jan 2024**  
15:37:19  **Ivani Fiore Dal Molin** (E-mail: [vani\\_fiore@hotmail.com](mailto:vani_fiore@hotmail.com), CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 177.51.117.152 localizado em Maringá - Parana - Brazil
- 30 jan 2024**  
15:37:19  **Ivani Fiore Dal Molin** (E-mail: [vani\\_fiore@hotmail.com](mailto:vani_fiore@hotmail.com), CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 177.51.117.152 localizado em Maringá - Parana - Brazil





## TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

01 – HOMOLOGAR a presente Licitação nestes termos:

- a) Processo Nº : 18/2024  
b) Licitação Nº : 3/2024  
c) Modalidade : Inexigibilidade:  
d) Data Homologação : 30/01/2024  
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de ginecologista, plantonista, cirurgião torácico e ortodontista bucomaxilooferecidas pelo Ciscomcam.

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

**FORNECEDOR: DR. ROMULO MACIEL LUSTOSA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL LTDA - CNPJ: 48.096.088/0001-13**

Valor Total do Fornecedor: 109.744,80 (cento e nove mil, setecentos e quarenta e quatro reais e oitenta centavos).

**LOTE 3 CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIL**

Valor Total do Lote: 109.744,80 (cento e nove mil, setecentos e quarenta e quatro reais e oitenta centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.04.01.015 CONSULTA BUCOMAXILO FACIAL (CLINICA)	Unidad	240	R\$ 57,27	R\$ 13.745,00
2	90.04.01.176 - EXTRAÇÃO DE TERCEIRO MOLAR INCLUSO	Unidad	240	R\$ 400,00	R\$ 96.000,00

**FORNECEDOR: I. BESSON SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 52.521.065/0001-86**

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

**LOTE 4 LOTE 4**

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

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
------	-----------	---------	--------	-------------	-------------



# CIS-COMCAM

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

1	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	Serviço	1728	R\$ 115,00	R\$ 198.720,00
---	---	---------	------	------------	----------------

FORNECEDOR: MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 49.399.216/0001-60  
Valor Total do Fornecedor: 69.045,50 (sessenta e nove mil e quarenta e cinco reais e cinquenta centavos).

## LOTE 1 GINECOLOGIA

Valor Total do Lote: 69.045,50 (sessenta e nove mil e quarenta e cinco reais e cinquenta centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	02.01.01.066 - BIOPSIA DO COLO UTERINO	Unidad	90	R\$ 30,60	R\$ 2.754,00
2	02.01.01.051 - BIOPSIA/PUNCAO DE VULVA	Unidad	15	R\$ 30,60	R\$ 459,00
3	03.01.01.007 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CISCOMCAM)	Unidad	1200	R\$ 50,90	R\$ 61.080,00
4	03.09.03.004 CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO (CISCOMCAM)	Unidad	40	R\$ 37,66	R\$ 1.506,00
5	04.01.01.004 - ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA	Unidad	10	R\$ 15,98	R\$ 160,00
6	90.04.01.011 DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO) (CISCOMCAM)	Unidad	60	R\$ 30,06	R\$ 1.804,00
7	04.09.07.012 DRENAGEM DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE (CISCOMCAM)	Unidad	10	R\$ 18,16	R\$ 182,00
8	04.10.01.002 ESVAZIAMENTO PERCUTANEO DE CISTO MAMARIO (CISCOMCAM)	Unidad	10	R\$ 34,59	R\$ 346,00
9	04.09.06.009 EXERESE DE POLIPO DE UTERO (CISCOMCAM)	Unidad	20	R\$ 37,76	R\$ 755,00

FORNECEDOR: YONA SERVICOS MEDICOS LTDA - ME - CNPJ: 07.071.888/0001-00  
Valor Total do Fornecedor: 108.345,00 (cento e oito mil, trezentos e quarenta e cinco reais).

## LOTE 2 CIRURGIÃO TORÁCICO

Valor Total do Lote: 108.345,00 (cento e oito mil, trezentos e quarenta e cinco reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	Unidad	1000	R\$ 57,27	R\$ 57.270,00

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO  
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por  
RAFAEL BRITO DO  
PRADO:04933415951  
Dados: 2024.01.31 09:14:09 -03'00'



# CIS-COMCAM

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

2	04.07.02.031 LIGADURA ELASTICA DE HEMORROIDAS (SESSAO) (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 396,75	R\$ 39.675,00
3	90.04.01.106 - INCREMENTO DE MATERIAL PARA CIRURGIA VIDEOLAPAROSCOPICA	Unidad	20	R\$ 570,00	R\$ 11.400,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 485.855,30 (quatrocentos e oitenta e cinco mil, oitocentos e cinquenta e cinco e trinta)

**Valor Total Homologado- R\$ 485.855,30**

Campo Mourão, 30 de janeiro de 2024.

**RAFAEL BRITO DO  
PRADO:04933415951**

Assinado de forma digital por RAFAEL  
BRITO DO PRADO:04933415951  
Dados: 2024.01.31 09:14:58 -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**

---

## **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