



## TERMO DE AUTUAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: 021/2024

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 112 E, PARA CONSTAR, LAVRO E ASSINO O PRESENTE TERMO, DE AUTUAÇÃO PARA QUE SURTAS OS EFEITOS LEGAIS.

CAMPO MOURÃO/PR, 01 DE FEVEREIRO DE 2024

NOME: JARDEL ALEXANDRE LISBOA

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

## Página de assinaturas



**Jardel Lisboa**  
733.780.031-20  
Signatário

### HISTÓRICO

- 02 fev 2024**  
10:08:09  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br))
- 02 fev 2024**  
10:11:57  **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
- 02 fev 2024**  
10:11:57  **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, 01 de fevereiro 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 psiquiatria e psicologia pelo Ciscomcam.

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

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

### OBSERVAÇÕES

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

## Página de assinaturas



**Orlando Scholz**  
024.077.349-71  
Signatário

### HISTÓRICO

- 02 fev 2024**  
14:35:20  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br))
- 02 fev 2024**  
14:38:34  **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 177.51.114.190 localizado em Maringá - Parana - Brazil
- 02 fev 2024**  
14:38:40  **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 177.51.114.190 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 psicologia e psiquiatria pelo Ciscomcam.

**Processo Administrativo nº 21**

**Modalidade:** Inexigibilidade

**Prazo de Entrega:** 365

**Local de Entrega:** CISCOMCAM

**Dotação Orçamentária:**

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

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

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

Campo Mourão, 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

- 02 fev 2024**  
10:12:38  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br))
- 02 fev 2024**  
14:47:12  **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 143.208.43.103 localizado em Cascavel - Parana - Brazil
- 02 fev 2024**  
14:47:12  **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 143.208.43.103 localizado em Cascavel - Parana - Brazil





## PARECER CONTÁBIL

**Processo Administrativo nº 21**

**Data do Processo Administrativo: 01/02/2024**

**Modalidade: Inexigibilidade**

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

**Dotação Orçamentária:**

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

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

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

Campo Mourão, 01 de fevereiro de 2024

**Alexandre Sebastião dos Santos**  
Contador

## Página de assinaturas



**Alexandro Santos**  
019.886.109-58  
Signatário

### HISTÓRICO

- 02 fev 2024**  
15:32:57  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br))
- 02 fev 2024**  
15:39:41  **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
- 02 fev 2024**  
15:39:47  **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 Ciscomcam, autorizo a abertura de processo administrativo para aquisição do produto/serviço solicitado neste documento.

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

**Processo Administrativo nº 21**

**Modalidade:** Inexigibilidade

**Prazo de Entrega:** 365

**Local de Entrega:** CISCOMCAM

Item	Descrição do Produto / Serviço	Qtd.	QUANT. MESES	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Natureza da Despesa	Desdobramento da Despesa
<b>PISCOLOGIA</b>							
6007	90.04.01.146-0 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLOGICA (PSICOLOGIA) (CLÍNICA)	120	12	R\$ 600,00	R\$ 72.000,00	3.390.39.00.	50.30
<b>PSIQUIATRIA</b>							
3391	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLÍNICA)	690	12	R\$ 57,27	R\$ 39.516,30	3.390.39.00.	50.30
<b>TOTAL</b>					<b>R\$</b>	<b>111.516,30</b>	

Campo Mourão, 01 de fevereiro de 2024

Leandro Roque Avila  
Coordenador do CISCOMCAM

Página de assinaturas



**Leandro Avila**

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE D...

Signatário

HISTÓRICO

- 02 fev 2024**  
10:13:41  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br))
- 02 fev 2024**  
10:23:59  **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 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil
- 02 fev 2024**  
10:23:59  **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 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil





## AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

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

**Processo Administrativo nº 21**

**Modalidade:** Inexigibilidade

**Prazo de Entrega:** 365

**Local de Entrega:** CISCOMCAM

Item	Descrição do Produto / Serviço	Qtd.	QUANT. MESES	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Natureza da Despesa	Desdobramento da Despesa
<b>PISCOLOGIA</b>							
6007	90.04.01.146-0 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA (PSICOLOGIA) (CLÍNICA)	120	12	R\$ 600,00	R\$ 72.000,00	3.390.39.00.	50.30
<b>PSIQUIATRIA</b>							
3391	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLÍNICA)	690	12	R\$ 57,27	R\$ 39.516,30	3.390.39.00.	50.30
<b>TOTAL</b>					<b>R\$</b>		<b>111.516,30</b>

Campo Mourão, 01 de fevereiro de 2024

**RAFAEL BRITO DO  
PRADO:04933415951**

Assinado de forma digital por RAFAEL  
BRITO DO PRADO:04933415951  
Dados: 2024.02.05 08:38:28 -03'00'

Rafael Brito do Prado  
Presidente do CISCOMCAM


[Voltar](#)

### Detalhes processo licitatório

#### Informações Gerais

Entidade Executora	CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE COMUNIDADE DOS MUNIC DA REGIÃO I		
Ano*	2024		
Nº licitação/dispensa/inexigibilidade*	4		
Modalidade*	Processo Inexigibilidade		
Número edital/processo*	21		
<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 psicologia e psiquiatria pelo Ciscomcam.		
Dotação Orçamentária*	0101510302001520233390390000		
Preço máximo/Referência de preço - R\$*	111.516,30		
Data Publicação Termo ratificação	02/02/2024		
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:



## 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](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

**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)



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](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**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**15.11**

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

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

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

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

## **16. DA DIVISÃO DOS ATENDIMENTOS.**

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

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

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

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

[www.ciscomcam.com.br](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

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



**ANEXO II**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

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

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

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

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



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

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



**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

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



**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



**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: [adriano Roqueavila@gmail.com](mailto:adriano Roqueavila@gmail.com), CPF: 058.375.919-07) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil



24 jul 2023  
15:13:04



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



**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2022**

INTERESSADO: CLINICA SÃO MANOEL PSCOLOGIA LTDA

ESPECIALIDADE: PSICOLOGO

ENDEREÇO: RUA MARECHAL DEODORO, 1080 – SALA A

CIDADE: BARBOSA FERRAZ ESTADO: PARANA

TELEFONE PARA CONTATO: (44) 988637575

PESSOA PARA CONTATO: PABLO MANOEL ROCHA SANCHES

E-MAIL PARA CONTATO: [pablomanoelsanches@gmail.com](mailto:pablomanoelsanches@gmail.com)

**CLINICA SÃO MANOEL PSCOLOGIA LTDA**  
**CNPJ: 53.379.613/0001-48**  
**RUA MARECHAL DEODORO, Nº 1080- SALA A- CENTRO – BARBOSA FERRAZ-PR**

**ANEXO I**

**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA**

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

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS ATUANTES DA ÁREA DA SAÚDE divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CISCOMCAM, 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: CLINICA SÃO MANOEL PSCOLOGIA LTDA**

**Nome Fantasia: CLINICA SÃO MANOEL**

**CNPJ nº: 53.379.613/0001-48**

**Inscrição Estadual: INSETO**

**Micro Empresa: ( ) Não (X) Sim**

**Optante Simples: ( ) Não (X) Sim**

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

**Endereço: RUA MARECHAL DEODORO, 1080 – SALA A - CENTRO**

**Município: BARBOSA FERRAZ**

**UF: PARANÁ**

**CEP: 86960-000**

**Telefone Comercial: ( 44 ) 988637575      Telefone Celular: (44 ) 988637575**

**DADOS BANCÁRIOS**

<b>BANCO: Banco do Brasil</b>	<b>CÓDIGO DO BANCO: 001</b>	<b>AGÊNCIA: 1493-1</b>
<b>TIPO DE CONTA: CONTA CORRENTE</b>	<b>OPERAÇÃO:</b>	<b>Nº DA CONTA: 23.149-5</b>
<b>CIDADE E UF DA AGENCIA: Barbosa Ferraz - PR</b>		

<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>	<b>REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR</b>	<b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF</b>
<b>PABLO MANOEL ROCHA SANCHES</b>	<b>13.173.575-8 SESP-PR</b>	<b>116.050.189-02</b>

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE
PSICOLOGO	AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA	120

**PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
PABLO MANOEL ROCHA SANCHES	116.050.189-02	13.173.575-8 SESP-PR	08/39234	( 44) 988637575

**RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO**

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
PABLO MANOEL ROCHA SANCHES	116.050.189-02	13.173.575-8 SESP-PR	Pablomanoelsanches@gmail.com	( 44) 988637575

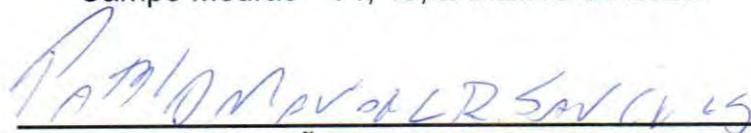
**ESPECIALIDADES**

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
PABLO MANOEL ROCHA SANCHES	PSICÓLOGO

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

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

Campo Mourão – Pr, 19, JANEIRO de 2023.



**CLINICA SÃO MANOEL PSCOLOGIA LTDA**

**CNPJ: 53.379.613/0001-48**

**PABLO MANOEL ROCHA SANCHES**

CPF: 116.050.189-02    RG: 13.173.575-8

ANEXO II

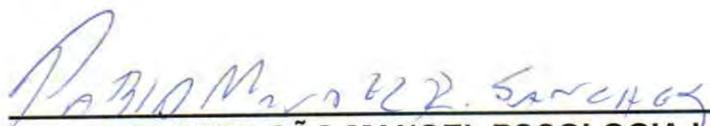
DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

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

A empresa **CLINICA SÃO MANOEL PSCOLOGIA LTDA**, inscrita no CNPJ sob nº **53.379.613/0001-48**, sediada na Rua Marechal Deodoro, nº: 1080- Sala A – Centro – Barbosa Ferraz-PR, através representante legal, **PABLO MANOEL ROCHA SANCHES**, CPF: **116.050.189-02**, RG: **13.173.575-8** 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, que 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 expressão da verdade, firmo o presente.

Campo Mourão – Pr, 19, JANEIRO de 2023.



CLINICA SÃO MANOEL PSCOLOGIA LTDA

CNPJ: 53.379.613/0001-48

PABLO MANOEL ROCHA SANCHES

CPF: 116.050.189-02 RG: 13.173.575-8

**CLINICA SÃO MANOEL PSCOLOGIA LTDA**

**CNPJ: 53.379.613/0001-48**

**RUA MARECHAL DEODORO, Nº 1080- SALA A- CENTRO – BARBOSA FERRAZ-PR**

---

---

**ANEXO III**

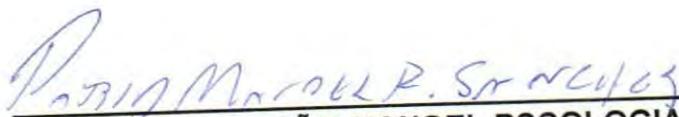
**DECLARAÇÃO DE INEXISTENCIA DE FATO  
IMPEDITIVO**

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

A empresa **CLINICA SÃO MANOEL PSCOLOGIA LTDA**, inscrita no CNPJ sob nº **53.379.613/0001-48**, sediada na Rua Marechal Deodoro, nº: 1080- Sala A – Centro – Barbosa Ferraz-PR, através representante legal, **PABLO MANOEL ROCHA SANCHES**, **CPF: 116.050.189-02**, **RG: 13.173.575-8**, 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, 19, JANEIRO de 2023.



**CLINICA SÃO MANOEL PSCOLOGIA LTDA**

**CNPJ: 53.379.613/0001-48**

**PABLO MANOEL ROCHA SANCHES**

**CPF: 116.050.189-02 RG: 13.173.575-8**

**CLINICA SÃO MANOEL PSCOLOGIA LTDA**  
**CNPJ: 53.379.613/0001-48**  
**RUA MARECHAL DEODORO, Nº 1080- SALA A- CENTRO – BARBOSA FERRAZ-PR**

---

---

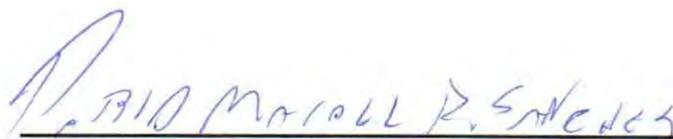
**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE PARENTESCO**

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

Eu PABLO MANOEL ROCHA SANCHES, carteira de identidade nº:13.173.575-8, expedida pela SESP-PR, inscrito no CPF sob nº:116.050.189-02, representante legal da inscrita no CNPJ: 53.379.613/0001-48, 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, 19, JANEIRO de 2023.



---

**CLINICA SÃO MANOEL PSCOLOGIA LTDA**  
**CNPJ: 53.379.613/0001-48**  
PABLO MANOEL ROCHA SANCHES  
CPF: 116.050.189-02    RG: 13.173.575-8

**CLINICA SÃO MANOEL PSCOLOGIA LTDA**  
**CNPJ: 53.379.613/0001-48**  
**RUA MARECHAL DEODORO, Nº 1080- SALA A- CENTRO – BARBOSA FERRAZ-PR**

---

---

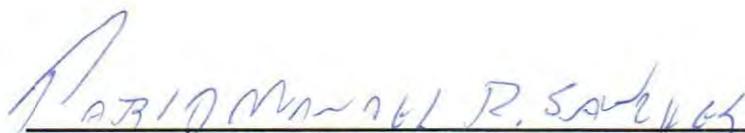
**ANEXO V**

**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 **CLINICA SÃO MANOEL PSCOLOGIA 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, 19, JANEIRO de 2023.



**CLINICA SÃO MANOEL PSCOLOGIA LTDA**

**CNPJ: 53.379.613/0001-48**

**PABLO MANOEL ROCHA SANCHES**

**CPF: 116.050.189-02    RG: 13.173.575-8**

## CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA

### CLINICA SAO MANOEL PSICOLOGIA LTDA

Pelo presente instrumento particular de Contrato Social:

**PABLO MANOEL ROCHA SANCHES**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, EMPRESARIO, nascido(a) em 22/07/1999, nº do CPF 116.050.189-02, residente e domiciliado na cidade de Barbosa Ferraz - PR, na RUA MARECHAL DEODORO, nº 1080, CENTRO, CEP: 86960-000;

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: **CLINICA SAO MANOEL PSICOLOGIA LTDA**, e usará a expressão CLINICA SAO MANOEL como nome fantasia.

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

A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: RUA MARECHAL DEODORO, nº 1080, SALA A;, CENTRO, Barbosa Ferraz - PR, CEP: 86960000.

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

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

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

E exercerá as seguintes atividades:

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

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

A sociedade iniciará suas atividades em 05/01/2024 e seu prazo de duração será por tempo indeterminado.

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

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

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

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

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

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

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

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

O Administrador declara, sob as penas da lei, de que não está impedido de exercer a administração da empresa, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrar sob os efeitos dela, a pena que vede, ainda

## **CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA**

### **CLINICA SAO MANOEL PSCOLOGIA LTDA**

---

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

#### **CLÁUSULA IX - DO PRÓ LABORE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **CLÁUSULA XV - DO FORO**

Fica eleito o Foro da Comarca de Barbosa Ferraz - 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.

Barbosa Ferraz - PR, 05 de janeiro de 2024

---

PABLO MANOEL ROCHA SANCHES  
Sócio/Administrador



## ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa CLINICA SAO MANOEL PSCOLOGIA LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
11605018902	PABLO MANOEL ROCHA SANCHES



CERTIFICO O REGISTRO EM 05/01/2024 09:05 SOB N° 41212183421.  
PROTOCOLO: 240061292 DE 05/01/2024.  
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12400118621. CNPJ DA SEDE: 53379613000148.  
NIRE: 41212183421. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 05/01/2024.  
CLINICA SAO MANOEL PSCOLOGIA LTDA

SEBASTIAO MOTA  
SECRETÁRIO-GERAL  
empresafacil.pr.gov.br

A validade deste documento, se impresso, fica sujeito à comprovação de sua autenticidade nos respectivos portais, informando seus respectivos códigos de verificação.



# Prefeitura Municipal de Barbosa Ferraz

Estado do Paraná

DIVISÃO DE CADASTRO E TRIBUTAÇÃO

## ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO - Nº 3378

CGCM

33876

Cadastro Municipal

2984

RAZÃO SOCIAL

CLÍNICA SÃO MANOEL PSICOLOGIA LTDA

NOME FANTASIA

CLINICA SAO MANOEL

ENDEREÇO RUA MARECHAL DEODORO DA FONSECA, 1080 CEP

BAIRRO CENTRO COMPLEMENTO:

CNPJ / CPF

53.379.613/0001-48

INSC. ESTADUAL

RAMO DE ATIVIDADE PRINCIPAL

86.50-0-03- ATIVIDADES DE PSICOLOGIA E PSICANÁLISE.

INÍCIO DA ATIVIDADE

05/01/2024

OBSERVAÇÃO:

O ENDEREÇO ACIMA TRATA-SE DE UM LOCAL DE REFERÊNCIA.

Edifício da Prefeitura Municipal de Barbosa Ferraz, em 22 de janeiro de 2024

VALIDADE ATÉ 22/01/2025

**MANTER AFIXADO EM LOCAL VISÍVEL**  
Certidão de Regularidade para o Exercício

*Karolaine Gondra*  
KAROLAINE GONDRA PEREIRA

CPF: 128.987.888-00

DEPT. DE TRIBUTAÇÃO



## REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 53.379.613/0001-48 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 05/01/2024
---	---	--------------------------------

NOME EMPRESARIAL CLINICA SAO MANOEL PSCOLOGIA LTDA
---

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) CLINICA SAO MANOEL	PORTE ME
--	-------------

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.50-0-03 - Atividades de psicologia e psicanálise
--

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não informada
---

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

LOGRADOURO R MARECHAL DEODORO	NÚMERO 1080	COMPLEMENTO SALA A
----------------------------------	----------------	-----------------------

CEP 86.960-000	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO BARBOSA FERAZ	UF PR
-------------------	---------------------------	----------------------------	----------

ENDEREÇO ELETRÔNICO LSSCONTABILIDADE@UOL.COM.BR	TELEFONE (44) 3275-1154/ (0000) 0000-0000
--	--

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****
--

SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 05/01/2024
-----------------------------	--

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL
------------------------------

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

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

Emitido no dia 18/01/2024 às 10:09:11 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

## CERTIDÃO SIMPLIFICADA

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

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

Nome Empresarial: CLINICA SAO MANOEL PSCOLOGIA LTDA NIRE : 41212183421 Natureza Jurídica: Sociedade Empresária Limitada			Protocolo: PRC2419254240		
NIRE (Sede) 41212183421	CNPJ 53.379.613/0001-48	Data de Ato Constitutivo 05/01/2024	Início de Atividade 05/01/2024		
Endereço Completo Rua MARECHAL DEODORO, Nº 1080, SALA A;, CENTRO - Barbosa Ferraz/PR - CEP 86960-000					
Objeto Social CLÍNICA MÉDICA; ATIVIDADES DE PSICOLOGIA E PSICANÁLISE					
Capital Social R\$ 10.000,00 (dez mil reais) Capital Integralizado R\$ 10.000,00 (dez mil reais)		Porte ME (Microempresa)		Prazo de Duração Indeterminado	
Dados do Sócio					
Nome PABLO MANOEL ROCHA SANCHES	CPF/CNPJ 116.050.189-02	Participação no capital R\$ 10.000,00	Espécie de sócio Sócio	Administrador S	Término do mandato Indeterminado
Dados do Administrador					
Nome PABLO MANOEL ROCHA SANCHES		CPF 116.050.189-02	Término do mandato Indeterminado		
Último Arquivamento			Situação		
Data 05/01/2024	Número 20240061292	Ato/eventos 090 / 315 - ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA	ATIVA Status SEM STATUS		

Esta certidão foi emitida automaticamente em 25/01/2024, às 14:09:44 (horário de Brasília).  
Se impressa, verificar sua autenticidade no <https://www.empresafacil.pr.gov.br>, com o código QKGJGDGY.



PRC2419254240



LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA  
Secretário(a) Geral

Data da consulta: 18/01/2024 10:10:10

### Identificação do Contribuinte - CNPJ Matriz

CNPJ: **53.379.613/0001-48**

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

Nome Empresarial: **CLINICA SAO MANOEL PSCOLOGIA LTDA**

### Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **Optante pelo Simples Nacional desde 05/01/2024**

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

[+ Mais informações](#)

[Voltar](#)

[Gerar PDF](#)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BARBOSA FERRAZ**

*Estado do Paraná*

**SECRETARIA DE FAZENDA**

**DIVISÃO DE CADASTRO E TRIBUTAÇÃO**

**Certidão Negativa de Débitos N° 117**

**CERTIFICAMOS**, conforme requerido por **CLINICA SAO MANOEL PSICOLOGIA LTDA**, CPF/CNPJ n° **53.379.613/0001-48**, para fins **LICITAÇÃO**, que **NÃO CONSTAM DÉBITOS RELATIVOS A TRIBUTOS MUNICIPAIS** (impostos, taxas, contribuição de melhoria e dívida ativa dos cadastros Mobiliários e Imobiliários), até a presente data **em nome de CLÍNICA SÃO MANOEL PSICOLOGIA LTDA**, CPF/CNPJ n° **53.379.613/0001-48**, situado(a) na cidade de Barbosa Ferraz - PR.

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

Observação:

**CÓDIGO DE**

**C6BFEAC677CB9D4074CCD594B494AE1**

Esta Certidão tem validade até **23 de março de 2024**

**Barbosa Ferraz - PR, terça-feira, 23 janeiro**



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

## **Certidão Negativa**

de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual  
**Nº 032697363-30**

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **53.379.613/0001-48**

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 17/05/2024 - 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: CLINICA SAO MANOEL PSCOLOGIA LTDA**  
**CNPJ: 53.379.613/0001-48**

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 15:45:12 do dia 08/01/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 06/07/2024.

Código de controle da certidão: **0DD6.69D2.24F3.6E74**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

### **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: CLINICA SAO MANOEL PSCOLOGIA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)  
CNPJ: 53.379.613/0001-48  
Certidão nº: 4283952/2024  
Expedição: 18/01/2024, às 10:12:19  
Validade: 16/07/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **CLINICA SAO MANOEL PSCOLOGIA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **53.379.613/0001-48**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

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

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

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

Certidão emitida gratuitamente.

#### **INFORMAÇÃO IMPORTANTE**

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

**Certificado de Regularidade do FGTS - CRF**

**Inscrição** : 53379613/0001-48  
**Razão Social** : CLINICA SAO MANOEL PSCOLOGIA LTDA  
**Nome Fantasia** : CLINICA SAO MANOEL  
**Endereço** : RUA MARECHAL DEODORO 1080 SALA A / CENTRO / BARBOSA FERRAZ / PR / 86960-000

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

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

**Validade:** 25/01/2024 a 23/02/2024  
**Certificação Número:** 2024012513573368652437

Informação obtida em 25/01/2024, às 13:58:13.

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

## DECLARAÇÃO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Brasília, 22 de janeiro de 2024.

Declaro para os devidos fins que **Pablo Manoel Rocha Sanches**, portadora do CPF: 116.050.189-02, concluiu o curso de **Especialização em Neuropsicologia Clínica** no IBNeuro - Instituto Brasileiro de Neuropsicologia e Ciências Cognitivas.

O curso iniciou em janeiro de 2023 e finalizou em janeiro de 2024. A carga horária total do curso foi de 360 horas-aula.



Danilo Assis Pereira  
Diretor Geral - IBNeuro.

INSTITUTO  
BRASILEIRO DE  
NEUROPSICOL  
OGIA E  
CIENCIA:08388  
250000152

Assinado de forma  
digital por INSTITUTO  
BRASILEIRO DE  
NEUROPSICOLOGIA E  
CIENCIA:0838825000  
0152  
Dados: 2024.01.23  
10:52:04 -03'00'

### EDIFÍCIO ATHENAS

SGAS 902, Lote 74, Entrada A, Sala nº 127  
Asa Sul - Brasília-DF - CEP 70390-020

 (61) 3226-3002  (61) 99831-1621

 [ibneuro.com.br](http://ibneuro.com.br)  
 [ibneuro@ibneuro.com.br](mailto:ibneuro@ibneuro.com.br)  
 @ibneuro  
 ibneuro2

**CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA**  
CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA  
CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL



**NOME**  
PABLO MANOEL ROCHA SANCHES

**REGIÃO/JURISDIÇÃO**  
CRP 08

**DATA DE INSCRIÇÃO**  
28/04/2023

**CPF**  
116.060.189-02

**R.G / UF**  
13.173.575-8

**DATA DE NASCIMENTO**  
22/07/1988

**NACIONALIDADE**  
BARBOSA FERRAZ

**NACIONALIDADE**  
BRASILEIRA(O)

**LOCAL DE EXPEDIÇÃO / DATA**  
Curitiba 04/06/23

**REGIÃO/REGISTRO CRP**  
08/39234



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL





DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica de Energia Elétrica  
 COPEL DISTRIBUIÇÃO SA  
 RUA R JOSE SIDORO SAIZETTO, 100  
 CEP 81202200 - CURITIBA/PR  
 CNPJ 04389900001008 - I.E. 0422307388

Responsável pela Iluminação Pública: Município 32764177

Classificação:  
RESIDE/RESIDENCIAL

Tipo de Fornecimento:  
BIFASICO / 50A

MANOEL SANCHES

R MAL DEODORO DA FONSECA, 1080 - CF 1078

CEP: 86960000  
 Cidade: BARBOSA FERRAZ - PR  
 CPF: 13001639920



UNIDADE CONSUMIDORA

46844759

CÓDIGO DO CLIENTE

8809208

PAGUE COM PIX

REF: MÊS / ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

01/2024

18/02/2024

R\$ 240,24



NOTA FISCAL No 82240160 - SERIE 3 / DATA EMISSAO: 26/01/2024

Consulte Chave de Acesso em:  
<https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/nf3eConsulta?wsdl>  
 Chave de acesso:  
 41240104368998000106660030822401602088960180  
 Protocolo de Autorizacao - ss \*00 00  
 EMITIDA EM CONTINGENCIA - Pendente de Autorizacao

DATAS  
DE LEITURAS

Leitura Anterior  
26/12/2023

Leitura Atual  
25/01/2024

N. Dias  
30

Proxima Leitura  
26/02/2024

Itens da Fatura	Unidade	Quantidade	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS / COFINS	ICMS	Tarifa unit. (R\$)
(01) CONSUMO	kWh	254	0,397677	98,47	4,01	17,72	0,302140
(02) USO SISTEMA	kWh	254	0,421377	107,03	4,37	19,26	0,326370
(03) CONT ILUMIN				34,74			
TOTAL				240,24			



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número

**116.050.189-02**

Nome

**PABLO MANOEL ROCHA SANCHES**

Nascimento

**22/07/1999**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 13.173.575-8 DATA DE EXPEDIÇÃO: 02/12/2010

NOME: PABLO MANOEL ROCHA SANCHES

FLIAÇÃO: REGINALDO CORREIA SANCHES

SILVANA GOMES DA ROCHA

DATA DE NASCIMENTO: 22/07/1999

NATURALIDADE: BARBOSA FERRAZ/PR

COMARCA=BARBOSA FERRAZ/PR, DA SEDE

C.NASC=12865, LIVRO=30A, FOLHA=241

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

CURITIBA/PR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 13.173.575-8



POLEGAR DIREITO



PABLO MANOEL R. SANCHES

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE**

**SUS**

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

700 7009 0761 6974

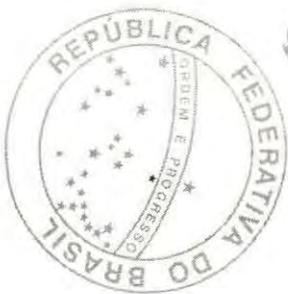
Nome: PABLO MANOEL ROCHA SANCHES

Data de Nascimento: 22/07/1999

Sexo: MASCULINO Emissão: 30/01/2024 11:53:08

Município de residência: BARBOSA FERRAZ - PR





# Centro Universitário Integrado



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

10 de dezembro de 2022 e outorga de grau em 01 de fevereiro de 2023,  
confere o título de Bacharel em Psicologia a

**Pablo Manoel Rocha Sanches**

de nacionalidade Brasileira, natural do Estado do Paraná  
nascido em 22 de julho de 1999, RG 13.173.575-8, SESP/PR

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

Campo Mourão - PR, 07 de fevereiro de 2023.

Assinatura manuscrita de Luciana Pontes.

Luciana Pontes  
Diretora Acadêmica

Assinatura manuscrita de Maria da Conceição Montans Baer.

Maria da Conceição Montans Baer  
Reitora

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO

Mantenedora: Centro Educacional Integrado Ltda.

CNPJ 79.264.628/0001-54

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

Curso Psicologia

FORMAÇÃO DE PSICÓLOGO

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

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO

Diploma registrado de acordo com o Decreto nº 9.235, de 15/12/2017, art.  
99, § 2º, e Portaria nº 1.095, de 25/10/2018, art.5.  
Registro nº 243, Livro 001, Fls. 61, Processo 002, de 07/02/2023.

Campo Mourão-PR, 07 de fevereiro de 2023.



Maria Danieli Menegassi de Castro  
Secretaria Acadêmica

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



# B.P KWITSCHAL CLÍNICA MÉDICA – EIRELI



## 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:** B.P Kwitschal – Clínica Médica – Eireli

**CNPJ nº:** 39.991.574/0001-04

**Nome Fantasia:** B.P Kwitschal – Clínica Médica – Eireli

**Inscrição Estadual:**

**Micro Empresa ou Empresa de Pequeno Porte:** ( ) Não (x) Sim

**Optante Simples:** ( ) Não (x) Sim

**Número do CNAE Nacional:** 86.30-5/03

**Descrição:** Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

**Endereço:** Rua São José, 1359

**Município:** Campo Mourão

**UF:** PR

**CEP:** 87.303-190

**Telefone Comercial:** (44) 3523-1494

**Telefone Celular:** (44) 99977-5395

#### DADOS BANCÁRIOS (conta Jurídica):

<b>BANCO:</b> Banco do Brasil	<b>CÓDIGO DO BANCO:</b> 001	<b>AGÊNCIA:</b> 0406-5
<b>TIPO DE CONTA:</b> Conta Corrente	<b>OPERAÇÃO:</b>	<b>Nº DA CONTA:</b> 19651-7
<b>CIDADE E UF DA AGENCIA:</b> Campo Mourão - PR		

<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>	<b>REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR</b>	<b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF</b>
BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL	94530180 / SSPR-PR	055.393.639-57

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE
PSIQUIATRIA – Portaria 24/2018, Portaria 12/2023	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	690/ano

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL	055.393.639-57	94530180 / SSPR-PR	29753/SC	(44) 99898-1300

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL	055.393.639-57	94530180 / SSPR-PR	kapacontabilidade@hotmail.com	(44) 99898-1300

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
Barbara Pasqualin Kwitschal	Psiquiatria na Clínica Médica e Cirúrgica

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

INSERIR LOCAL DE ATENDIMENTO:	INSERIR ENDEREÇO DO LOCAL DE ANTEDIMENTO
CISCOMCAM	R. Mambore, 1542 - Centro, Campo Mourão - PR, 87302-140

Campo Mourão – Pr, 29 de Janeiro de 2024

BARBARA PASQUALIN  
KWITSCHAL:05539363957  
957

Assinado de forma digital por  
BARBARA PASQUALIN  
KWITSCHAL:05539363957  
Dados: 2024.01.29 15:52:58  
-03'00'

B.P KWITSCHAL – CLÍNICA MÉDICA - EIRELI

39.991.574/0001-04

BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL

055.393.639-57

530180 SSPR-PR

# B.P KWITSCHAL CLÍNICA MÉDICA – EIRELI



## 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 B.P KWITSCHAL – CLÍNICA MÉDICA – EIRELI inscrita no CNPJ sob nº 39.991.574/0001/04, sediada na Rua São José, nº1359, Centro na cidade de Campo Mourão, através representante legal, Barbara Pasqualin Kwitschal, RG 94530180 SSPR-PR e CPF 055.393.639-57, 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 8.666/93 e alterações posteriores.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Campo Mourão – Pr, 29 de Janeiro de 2024

BARBARA PASQUALIN Assinado de forma digital por  
KWITSCHAL:05539363 BARBARA PASQUALIN  
957 KWITSCHAL:05539363957  
Dados: 2024.01.26 14:32:09 -03'00'

---

B.P KWITSCHAL – CLÍNICA MÉDICA - EIRELI

39.991.574/0001-04

BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL

055.393.639-57

530180 SSPR-PR

**B.P KWITSCHAL  
CLÍNICA MÉDICA – EIRELI**



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

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

A empresa B.P KWITSCHAL – CLÍNICA MÉDICA - EIRELI, estabelecida na Rua São José, 1359 – Centro – Campo Mourão - PR, inscrita no CNPJ sob nº 39.991.574/0001/04, neste ato representada pelo seu representante Barbara Pasqualin Kwitschal, 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, 29 de Janeiro de 2024

BARBARA PASQUALIN  
KWITSCHAL:0553936  
3957

Assinado de forma digital por  
BARBARA PASQUALIN  
KWITSCHAL:05539363957  
Dados: 2024.01.26 14:32:53  
-03'00'

---

B.P KWITSCHAL – CLÍNICA MÉDICA - EIRELI

39.991.574/0001-04

BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL

055.393.639-57

530180 SSPR-PR

**B.P KWITSCHAL  
CLÍNICA MÉDICA – EIRELI**



**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, Barbara Pasqualin Kwitschal, carteira de identidade nº 94530189 expedida pela SSPR-PR, inscrito no CPF sob nº 055.393.639-57, Representante legal da B.P KWITSCHAL – CLÍNICA MÉDICA – EIRELI inscrita no CNPJ sob o nº 39.991.574/0001-04, 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, 29 de Janeiro de 2024

BARBARA PASQUALIN  
KWITSCHAL:05539363  
957

Assinado de forma digital  
por BARBARA PASQUALIN  
KWITSCHAL:05539363957  
Dados: 2024.01.26 14:33:37  
-03'00'

---

**B.P KWITSCHAL – CLÍNICA MÉDICA - EIRELI**  
39.991.574/0001-04  
BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL  
055.393.639-57  
530180 SSPR-PR

**B.P KWITSCHAL  
CLÍNICA MÉDICA – EIRELI**



**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 **B.P KWITSCHAL – CLÍNICA MÉDICA - EIRELI**, 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, 29 de Janeiro de 2024

BARBARA  
PASQUALIN  
KWITSCHAL:0553936  
3957

Assinado de forma digital  
por BARBARA PASQUALIN  
KWITSCHAL:05539363957  
Dados: 2024.01.26 14:34:20  
-03'00'

---

**B.P KWITSCHAL – CLÍNICA MÉDICA - EIRELI**  
39.991.574/0001-04  
BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL  
055.393.639-57  
530180 SSPR-PR

Data da consulta: 26/01/2024 11:38:07

### Identificação do Contribuinte – CNPJ Matriz

CNPJ: **39.991.574/0001-04**

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

Nome Empresarial: **B.P. KWITSCHAL - CLINICA MEDICA LTDA**

### Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **Optante pelo Simples Nacional desde 01/01/2022**

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

[+ Mais informações](#)

[Voltar](#)

[Gerar PDF](#)

		<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b>	
<b>CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</b>			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>39.991.574/0001-04</b> MATRIZ	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>	DATA DE ABERTURA <b>02/12/2020</b>	
NOME EMPRESARIAL <b>B.P. KWITSCHAL - CLINICA MEDICA 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> <b>87.11-5-01 - Clínicas e residências geriátricas</b> <b>87.11-5-03 - Atividades de assistência a deficientes físicos, imunodeprimidos e convalescentes</b> <b>87.11-5-04 - Centros de apoio a pacientes com câncer e com AIDS</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>206-2 - Sociedade Empresária Limitada</b>			
LOGRADOURO <b>R SAO JOSE</b>	NÚMERO <b>1359</b>	COMPLEMENTO *****	
CEP <b>87.303-190</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>CENTRO</b>	MUNICÍPIO <b>CAMPO MOURAO</b>	UF <b>PR</b>
ENDEREÇO ELETRÔNICO <b>JOAOKAPA@HOTMAIL.COM</b>		TELEFONE <b>(44) 3523-1494/ (44) 9977-5395</b>	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>02/12/2020</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 **29/01/2024** às **16:08:54** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL

## Consulta Quadro de Sócios e Administradores - QSA

<b>CNPJ:</b>	39.991.574/0001-04
<b>NOME EMPRESARIAL:</b>	B.P. KWITSCHAL - CLINICA MEDICA LTDA
<b>CAPITAL SOCIAL:</b>	R\$110.000,00 (Cento e dez mil reais)

O Quadro de Sócios e Administradores(QSA) constante da base de dados do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) é o seguinte:

<b>Nome/Nome Empresarial:</b>	BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL
<b>Qualificação:</b>	49-Sócio-Administrador

Para informações relativas à participação no QSA, acessar o e-CAC com certificado digital ou comparecer a uma unidade da RFB.

Emitido no dia 29/01/2024 às 15:53 (data e hora de Brasília).

[VOLTAR](#)[IMPRIMIR](#)[Passo a passo para o CNPJ](#)[Consultas CNPJ](#)[Estatísticas](#)[Parceiros](#)[Serviços CNPJ](#)

**B. P. KWITSCHAL – CLÍNICA MÉDICA – EIRELI**  
**INSTRUMENTO DE CONSTITUIÇÃO**

**BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL**, brasileira, natural de Londrina-PR, nascida em 12 de março de 1990, solteira, médica, portadora da cédula de identidade nº 9.453.018-0-SSP-PR, expedida em 23 de junho de 2006, e do CPF nº 055.393.639-57, residente e domiciliada na Rua 3618, nº 29, apto 301, Centro, CEP 88330-239, na cidade Balneário Camboriú - SC, constituem uma **EIRELI** (Empresa Individual de Responsabilidade Limitada), mediante as seguintes cláusulas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA:** A empresa girará sob o nome empresarial de: **B. P. KWITSCHAL - CLÍNICA MÉDICA – EIRELI** e terá sede e domicílio na cidade de Campo Mourão, Estado do Paraná, à Rua São José, 1359, Centro, CEP 87303-190.

**CLÁUSULA SEGUNDA:** O capital social será de R\$ 110.000,00 (cento e deis mil reais) dividido em 110.000 (cento e deis mil) quotas de valor nominal R\$ 1,00 (Um real), integralizadas, neste ato em moeda corrente do País, pelo empresário:

<b>SÓCIO</b>	<b>QUOTAS</b>	<b>CAPITAL R\$</b>
<b>BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL</b>	<b>110.000</b>	<b>110.000,00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>110.000</b>	<b>110.000,00</b>

**CLÁUSULA TERCEIRA:** O objeto social da **EIRELI** será: Serviços de atividade médica ambulatorial restrita a consultas, atividades médicas ambulatorial com recursos para realização de exames complementares, Clínica e residência geriátricas, atividades de assistência a deficientes físicos, Imuno deprimidos e convalescentes, Centro de apoio a pacientes com câncer e com Aids. CNAE 86.30-5-03 – 86.30-5-01 – 86.30-5-02 – 87.11-5-01 – 87.11-5-03 – 87.11-5-04.

**CLÁUSULA QUARTA:** A **EIRELI** iniciará suas atividades em 01 dezembro de 2020, e seu prazo de duração é indeterminado.

**CLÁUSULA QUINTA:** A responsabilidade do titular é restrita ao valor de suas quotas, respondendo ainda pela integralização do capital social.

**B. P. KWITSCHAL – CLÍNICA MÉDICA – EIRELI**  
**INSTRUMENTO DE CONSTITUIÇÃO**

2

**CLÁUSULA SEXTA:** A administração da **EIRELI** caberá ao Titular **BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL** com os poderes e atribuições de Administradora, autorizado o uso do nome empresarial individualmente, vedado, no entanto, em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor próprio ou de terceiros bem como onerar ou alienar bens imóveis da **EIRELI**.

**Parágrafo 1º** - Faculta-se ao administrador, nos limites de seus poderes, constituir procuradores em nome da **EIRELI**, devendo ser especificado 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 2º** - Poderão ser designados administradores não titulares, na forma prevista no art.º 1.061 da lei 10.406/2002.

**CLÁUSULA SÉTIMA:** O titular da **EIRELI** declara, sob as penas da lei, que não participa de nenhuma outra empresa dessa modalidade.

**CLÁUSULA OITAVA:** 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 ao empresário, na proporção de suas quotas, os lucros ou perdas apurados.

**CLÁUSULA NONA:** A **EIRELI** poderá a qualquer tempo, abrir ou fechar filial ou outra dependência, mediante deliberação assinada pelo titular.

**CLÁUSULA DÉCIMA:** O empresário poderá fixar uma retirada mensal, a título de “pro labore”, observadas as disposições regulamentares pertinentes.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA:** Falecendo ou interditado o titular da **EIRELI**, a empresa continuará suas atividades com os herdeiros, sucessores e o incapaz. Não sendo possível ou inexistindo interesse destes, o valor de seus haveres será apurado e 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 **EIRELI** se resolva em relação a seu titular.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA:** 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, fê pública, ou a propriedade.

**B. P. KWITSCHAL – CLÍNICA MÉDICA – EIRELI**  
**INSTRUMENTO DE CONSTITUIÇÃO**

**CLÁUSULA SEXTA:** A administração da **EIRELI** caberá ao Titular **BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL** com os poderes e atribuições de Administradora, autorizado o uso do nome empresarial individualmente, vedado, no entanto, em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor próprio ou de terceiros bem como onerar ou alienar bens imóveis da **EIRELI**.

**Parágrafo 1º** - Faculta-se ao administrador, nos limites de seus poderes, constituir procuradores em nome da **EIRELI**, devendo ser especificado 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 2º** - Poderão ser designados administradores não titulares, na forma prevista no art.º 1.061 da lei 10.406/2002.

**CLÁUSULA SÉTIMA:** O titular da **EIRELI** declara, sob as penas da lei, que não participa de nenhuma outra empresa dessa modalidade.

**CLÁUSULA OITAVA:** 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 ao empresário, na proporção de suas quotas, os lucros ou perdas apurados.

**CLÁUSULA NONA:** A **EIRELI** poderá a qualquer tempo, abrir ou fechar filial ou outra dependência, mediante deliberação assinada pelo titular.

**CLÁUSULA DÉCIMA:** O empresário poderá fixar uma retirada mensal, a título de "pro labore", observadas as disposições regulamentares pertinentes.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA:** Falecendo ou interditado o titular da **EIRELI**, a empresa continuará suas atividades com os herdeiros, sucessores e o incapaz. Não sendo possível ou inexistindo interesse destes, o valor de seus haveres será apurado e 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 **EIRELI** se resolva em relação a seu titular.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA:** 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.

**B. P. KWITSCHAL – CLÍNICA MÉDICA – EIRELI**  
**INSTRUMENTO DE CONSTITUIÇÃO**

3

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA:** Fica eleito o foro de Campo Mourão, Estado do Paraná, para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato.

E, por estar assim justo e contratado, lavra, data e assina, o presente instrumento particular de constituição de Empresa Individual de Responsabilidade Limitada, **EIRELI**, em 01 (uma) vias de igual teor e forma, obrigando-se fielmente por si e seus herdeiros a cumpri-lo em todos os seus termos.

Campo Mourão, 27 de novembro de 2020.

**BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL**



## ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa B.P. KWITSCHAL - CLINICA MEDICA - EIRELI consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF	Nome
05539363957	BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL



CERTIFICO O REGISTRO EM 02/12/2020 15:32 SOB N° 41601068720.  
PROTOCOLO: 207398860 DE 02/12/2020.  
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12005966965. CNPJ DA SEDE: 39991574000104.  
NIRE: 41601068720. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 01/12/2020.  
B.P. KWITSCHAL - CLÍNICA MÉDICA - EIRELI

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

A validade deste documento, se impresso, fica sujeito à comprovação de sua autenticidade nos respectivos portais, informando seus respectivos códigos de verificação.

**B. P. KWITSCHAL – CLÍNICA MÉDICA – EIRELI**  
**INSTRUMENTO DE CONSTITUIÇÃO**

**BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL**, brasileira, natural de Londrina-PR, nascida em 12 de março de 1990, solteira, médica, portadora da cédula de identidade nº 9.453.018-0-SSP-PR, expedida em 23 de junho de 2006, e do CPF nº 055.393.639-57, residente e domiciliada na Rua 3618, nº 29, apto 301, Centro, CEP 88330-239, na cidade Balneário Camboriú - SC, constituem uma **EIRELI** (Empresa Individual de Responsabilidade Limitada), mediante as seguintes cláusulas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA:** A empresa girará sob o nome empresarial de: **B. P. KWITSCHAL - CLÍNICA MÉDICA – EIRELI** e terá sede e domicílio na cidade de Campo Mourão, Estado do Paraná, à Rua São José, 1359, Centro, CEP 87303-190.

**CLÁUSULA SEGUNDA:** O capital social será de R\$ 110.000,00 (cento e deis mil reais) dividido em 110.000 (cento e deis mil) quotas de valor nominal R\$ 1,00 (Um real), integralizadas, neste ato em moeda corrente do País, pelo empresário:

<b>SÓCIO</b>	<b>QUOTAS</b>	<b>CAPITAL R\$</b>
<b>BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL</b>	<b>110.000</b>	<b>110.000,00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>110.000</b>	<b>110.000,00</b>

**CLÁUSULA TERCEIRA:** O objeto social da **EIRELI** será: Serviços de atividade médica ambulatorial restrita a consultas, atividades médicas ambulatorial com recursos para realização de exames complementares, Clínica e residência geriátricas, atividades de assistência a deficientes físicos, Imuno deprimidos e convalescentes, Centro de apoio a pacientes com câncer e com Aids. CNAE 86.30-5-03 – 86.30-5-01 – 86.30-5-02 – 87.11-5-01 – 87.11-5-03 – 87.11-5-04.

**CLÁUSULA QUARTA:** A **EIRELI** iniciará suas atividades em 01 dezembro de 2020, e seu prazo de duração é indeterminado.

**CLÁUSULA QUINTA:** A responsabilidade do titular é restrita ao valor de suas quotas, respondendo ainda pela integralização do capital social.

**B. P. KWITSCHAL – CLÍNICA MÉDICA – EIRELI**  
**INSTRUMENTO DE CONSTITUIÇÃO**

2

**CLÁUSULA SEXTA:** A administração da **EIRELI** caberá ao Titular **BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL** com os poderes e atribuições de Administradora, autorizado o uso do nome empresarial individualmente, vedado, no entanto, em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor próprio ou de terceiros bem como onerar ou alienar bens imóveis da **EIRELI**.

**Parágrafo 1º** - Faculta-se ao administrador, nos limites de seus poderes, constituir procuradores em nome da **EIRELI**, devendo ser especificado 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 2º** - Poderão ser designados administradores não titulares, na forma prevista no art.º 1.061 da lei 10.406/2002.

**CLÁUSULA SÉTIMA:** O titular da **EIRELI** declara, sob as penas da lei, que não participa de nenhuma outra empresa dessa modalidade.

**CLÁUSULA OITAVA:** 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 ao empresário, na proporção de suas quotas, os lucros ou perdas apurados.

**CLÁUSULA NONA:** A **EIRELI** poderá a qualquer tempo, abrir ou fechar filial ou outra dependência, mediante deliberação assinada pelo titular.

**CLÁUSULA DÉCIMA:** O empresário poderá fixar uma retirada mensal, a título de “pro labore”, observadas as disposições regulamentares pertinentes.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA:** Falecendo ou interditado o titular da **EIRELI**, a empresa continuará suas atividades com os herdeiros, sucessores e o incapaz. Não sendo possível ou inexistindo interesse destes, o valor de seus haveres será apurado e 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 **EIRELI** se resolva em relação a seu titular.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA:** 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, fê pública, ou a propriedade.

**B. P. KWITSCHAL – CLÍNICA MÉDICA – EIRELI**  
**INSTRUMENTO DE CONSTITUIÇÃO**

**CLÁUSULA SEXTA:** A administração da **EIRELI** caberá ao Titular **BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL** com os poderes e atribuições de Administradora, autorizado o uso do nome empresarial individualmente, vedado, no entanto, em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor próprio ou de terceiros bem como onerar ou alienar bens imóveis da **EIRELI**.

**Parágrafo 1º** - Faculta-se ao administrador, nos limites de seus poderes, constituir procuradores em nome da **EIRELI**, devendo ser especificado 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 2º** - Poderão ser designados administradores não titulares, na forma prevista no art.º 1.061 da lei 10.406/2002.

**CLÁUSULA SÉTIMA:** O titular da **EIRELI** declara, sob as penas da lei, que não participa de nenhuma outra empresa dessa modalidade.

**CLÁUSULA OITAVA:** 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 ao empresário, na proporção de suas quotas, os lucros ou perdas apurados.

**CLÁUSULA NONA:** A **EIRELI** poderá a qualquer tempo, abrir ou fechar filial ou outra dependência, mediante deliberação assinada pelo titular.

**CLÁUSULA DÉCIMA:** O empresário poderá fixar uma retirada mensal, a título de "pro labore", observadas as disposições regulamentares pertinentes.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA:** Falecendo ou interditado o titular da **EIRELI**, a empresa continuará suas atividades com os herdeiros, sucessores e o incapaz. Não sendo possível ou inexistindo interesse destes, o valor de seus haveres será apurado e 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 **EIRELI** se resolva em relação a seu titular.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA:** 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.

**B. P. KWITSCHAL – CLÍNICA MÉDICA – EIRELI**  
**INSTRUMENTO DE CONSTITUIÇÃO**

3

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA:** Fica eleito o foro de Campo Mourão, Estado do Paraná, para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato.

E, por estar assim justo e contratado, lavra, data e assina, o presente instrumento particular de constituição de Empresa Individual de Responsabilidade Limitada, **EIRELI**, em 01 (uma) vias de igual teor e forma, obrigando-se fielmente por si e seus herdeiros a cumpri-lo em todos os seus termos.

Campo Mourão, 27 de novembro de 2020.

**BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL**

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 E CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
**BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL**

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF  
 9453018SSPPR

CPF  
 055.393.639-57

DATA NASCIMENTO  
 12/03/1990

FILIAÇÃO  
 GILMAR KWITSCHAL  
 TANIA REGINA PASQUALIN KWITSCHAL

PERMISSÃO ACC CAT. HAB. B

Nº REGISTRO 04800373062 VALIDADE 29/01/2024 1ª HABILITAÇÃO 30/10/2009

OBSERVAÇÕES

*Barbara Pasqualin Kwitschal*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL NOVA IGUAÇU, RJ DATA EMISSÃO 31/01/2019

ASSINATURA DO EMISSOR 58091314034 RJ214723763

**RIO DE JANEIRO**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1803265889

PROIBIDO PLASTIFICAR 1803265889

DE ACALAN AM BACE ES GO MA MT MS MG PR PE PA RJ

**CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE**

Cartão Nacional de Saúde

**SUS** 703.404.217.077.616  
**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

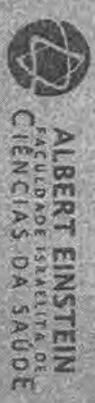
Nome: *Barbara Fogaça Lin Kuvischal*

Data de Nascimento: *12/03/1990*

Sexo: *fem* Data de emissão: *09/12/2020*

Município de residência: *Vol. Cardealine SC*

Item 315



**ALBERT EINSTEIN**  
FACULDADE ISRAELITA DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

## CERTIFICADO

Conferimos a **Barbara Pasqualin Kwitschal**, RG. 94530180, o presente certificado de conclusão do curso de pós-graduação *latu sensu* em:

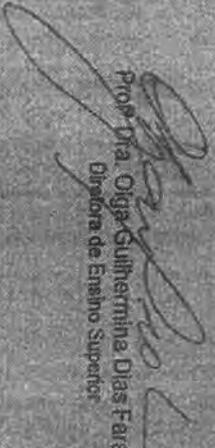
### Psiquiatria na Clínica Médica e Cirúrgica

na área de conhecimento em Ciências da Saúde, promovido pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, credenciado pela Portaria Ministerial MEC/SERES nº 1 de 06/01/2012 e D.O.U de 09/01/2012, realizado no período de 01/03/2021 a 28/02/2022, compreendendo 420 horas.

São Paulo, 31 de agosto de 2022.

  
Felipe de Freitas Mendonça Marques  
Secretário Acadêmico da Pós-graduação

Pós-graduado(s)

  
Profa. Dra. Olga Guillermina Dias Farah  
Diretora de Ensino Superior



**UNIVERSIDADE IGUAÇU - 0330**  
**ASSOCIAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE NOVA IGUAÇU**

CNPJ: 30.834.199/0001-80

Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 1.318, de 16/09/1993 -  
D.O.U. de 20/09/1993, Seção I, p. 14017

Curso de  
**MEDICINA - 7414**

- Autorizado pelo Decreto Federal nº 78962, de 15/12/1976 -  
D.O.U. de 19/12/1976, Seção 1, p. 16361.
- Reconhecido pela Portaria MEC nº 572, de 13/10/1981 -  
D.O.U. de 15/10/1981, Seção I, p. 19546.
- Reconhecimento renovado pela Portaria MEC/SERES nº 435,  
de 30/07/2014 - D.O.U. de 31/07/2014, Seção 1, pp. 31-32.

**UNIVERSIDADE IGUAÇU - 0330**  
**ASSOCIAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE NOVA IGUAÇU**

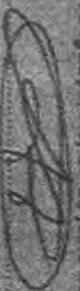
CNPJ: 30.834.199/0001-80

Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 1.318, de 16/09/1993 -  
D.O.U. de 20/09/1993, Seção I, p. 14017

Diploma registrado sob o nº 42137 no Livro 20, na folha B6 por  
delegação de competência do Ministério da Educação, nos  
termos da Lei Federal nº 9.394, de 20/12/1996 e do Decreto nº  
9.236, de 15/12/2017.

Processo nº 42137/43578-2020/02

Nova Iguaçu, RJ, 27 de julho de 2020

  
Andréa Matias Evangelho  
Secretária Geral - Portaria GR nº 66/2020



  
DANIEL KNABBEN ORTELADO  
Presidente



# Universidade Iguazu

UNIG  
UNIVERSIDADE DE IGUAÇU

Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 1.318, de 16/09/1993 -  
D.O.U. de 20/09/1993, Seção I, p. 14017

O Reitor da Universidade Iguazu,  
no uso de suas atribuições, e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina,  
em 27 de julho de 2020 e colação de grau em 27 de julho de 2020, confere o título de

*Médico*

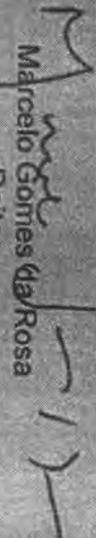
*Barbara Paqueline Kuitzsch*

brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida em 12 de março de 1990.

Documento de Identificação nº 9.453.018-0, expedido pela Secretaria de Estado de Segurança Pública - PR.

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

Nova Iguaçu, RJ, 27 de julho de 2020

  
Marcelo Gomes da Rosa  
Reitor

Barbara Paqueline Kuitzsch  
Diplomada

## Barbara Pasqualin Kwitschal



CRM: 55197-PR

Data de Inscrição: 15/01/2024

Primeira inscrição na UF: 10/01/2024

Inscrição: Secundária

Situação: Regular

Inscrições em outro estado: SC/29753 (Ativo), RJ/1177788 (Transferido), SP/236244 (Ativo)

Especialidades/Áreas de Atuação: Médico sem especialidade registrada.

Endereço: Exibição não autorizada pelo médico.

Telefone: Exibição não autorizada pelo médico.



## ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa B.P. KWITSCHAL - CLINICA MEDICA - EIRELI consta asslnado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF	Nome
05539363957	BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL



CERTIFICO O REGISTRO EM 02/12/2020 15:32 SOB N° 41601068720.  
PROTOCOLO: 207398860 DE 02/12/2020.  
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12005966965. CNPJ DA SEDE: 39991574000104.  
NIRE: 41601068720. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 01/12/2020.  
B.P. KWITSCHAL - CLÍNICA MÉDICA - EIRELI

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

A validade deste documento, se impresso, fica sujeito à comprovação de sua autenticidade nos respectivos portais, informando seus respectivos códigos de verificação.

Data da consulta: 26/01/2024 11:38:07

### Identificação do Contribuinte – CNPJ Matriz

CNPJ: **39.991.574/0001-04**

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

Nome Empresarial: **B.P. KWITSCHAL - CLINICA MEDICA LTDA**

### Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **Optante pelo Simples Nacional desde 01/01/2022**

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

[+ Mais informações](#)

[Voltar](#)

[Gerar PDF](#)

 <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</b>			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>39.991.574/0001-04</b> MATRIZ	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>		DATA DE ABERTURA <b>02/12/2020</b>
NOME EMPRESARIAL <b>B.P. KWITSCHAL - CLINICA MEDICA 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> <b>87.11-5-01 - Clínicas e residências geriátricas</b> <b>87.11-5-03 - Atividades de assistência a deficientes físicos, imunodeprimidos e convalescentes</b> <b>87.11-5-04 - Centros de apoio a pacientes com câncer e com AIDS</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>206-2 - Sociedade Empresária Limitada</b>			
LOGRADOURO <b>R SAO JOSE</b>	NÚMERO <b>1359</b>	COMPLEMENTO *****	
CEP <b>87.303-190</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>CENTRO</b>	MUNICÍPIO <b>CAMPO MOURAO</b>	UF <b>PR</b>
ENDEREÇO ELETRÔNICO <b>JOAOKAPA@HOTMAIL.COM</b>		TELEFONE <b>(44) 3523-1494/ (44) 9977-5395</b>	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>02/12/2020</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 **26/01/2024** às **14:30:23** (data e hora de Brasília).

Página: **1/1**

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

## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 39.991.574/0001-04  
**Razão Social:** B P KWITSCHAL CLINICA MEDICA EIRELI  
**Endereço:** RUA SAO JOSE 1359 / CENTRO / CAMPO MOURAO / PR / 87303-190

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:** 2024011302153809859925

Informação obtida em 26/01/2024 11:13:19

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>3822/2024</b>
Contribuinte: <b>B.P. KWITSCHAL - CLINICA MEDICA - EIRELI</b>	RG:
CPF: <b>39.991.574/0001-04</b>	Ponto de Referência:
Endereço: <b>RUA SAO JOSE, nº 1359</b>	Validade: <b>26/02/2024</b>
Bairro: <b>CENTRO</b>	
Complemento:	
Requerente:	
Cód. Contrib.: <b>61147443</b>	

### [ FINALIDADE ]

PARA FINS DIVERSOS

### [ OBSERVAÇÕES ]

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

CAMPO MOURÃO/PR, 26 de janeiro de 2024.

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

Emitido Via Portal

Rua Brasil, 1487 - CAMPO MOURÃO - PARANÁ - CAIXA POSTAL, 420 - CEP 87301-140  
TEL.: (44) 3518-1144 - FAX: (44) 3518-1104- CNPJ MF nº 75904524/0001-06  
Home-page: [www.campomourao.pr.gov.br](http://www.campomourao.pr.gov.br) E-mail: [prefeitura@campomourao.pr.gov.br](mailto:prefeitura@campomourao.pr.gov.br)



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

## **Certidão Negativa**

de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual  
Nº 032297512-00

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **39.991.574/0001-04**

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 22/03/2024 - 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: B.P. KWITSCHAL - CLINICA MEDICA LTDA**  
**CNPJ: 39.991.574/0001-04**

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

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

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

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

Emitida às 14:52:08 do dia 26/01/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 24/07/2024.

Código de controle da certidão: **FF56.7120.CEEC.927E**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

**CONTA**

**FONE SANEPAR: 0800-200-0115**

NOME DO CLIENTE <b>SHIRLEI KWITSCHAL</b>		MATRÍCULA <b>0444.7379</b>
ENDEREÇO <b>R 5 JOSÉ Q135 D16A</b>		Nº LADO - Nº FRENTE
CEP <b>87.303-190</b>	LÓCAL <b>CAMPO MOURAO</b>	
ROTEIRO DE LEITURA <b>026-08-24-002-48940</b>	HIDROMETRO <b>Y19SG0199102-4-1</b>	CAT - RES - COM - IND - UTP - POP <b>034 - 001 - - - -</b>

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA	Turbidez	Cer	Cloro	Floor	Dist. Totais	Distinções no verso
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	109	109	109	0	109	
Nº Amostras Realizadas	120	120	120	12	120	
Nº Amostras que Atenderam à Legislação	119	120	120	12	120	

Conclusão: **Foram solucionadas as amostras que nco atenderam a legislação.**

HISTÓRICO DE PAGAMENTOS - CONDICIONADO AS OBSERVAÇÕES CONSTANTES NO VERSO

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS LANÇADOS	SANEPAR(R\$)
MULTA AGUA	1,76
MULTA ESGOTO	1,41
JUROS MORATORIOS	1,24
AT. MONET. P/ ATRASO	0,34

FAIXAS DE CONSUMO	VOLUME	VALOR M3/R\$ AGUA	TOTAIS AGUA	ESGOTO
COM Mínimo	5		88,16	70,53

HISTÓRICO DE CONSUMO/m³

02/23	03/23	04/23	05/23	06/23	07/23	08/23	09/23	10/23	11/23	12/23
3	3	3	2	4	3	2	2	3	3	3

DIAS DE CONSUMO	DATA LEITURA	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO/m³	REFERÊNCIA
30	12/01/2024	125	127	2	01/2024

MOTIVO DA AUSENCIA DE LEITURA	MEDIA DE CONSUMO/m³ ÚLTIMOS 5 MESES	VENCIMENTO
	2	24/01/2024

PREVISÃO PRÓXIMA LEITURA	ÁGUA	ESGOTO	SERVIÇOS	TOTAL
09/02/2024	88,16	70,53	4,75	163,44

EMAIL SANEPAR: [ATENDIMENTOAOCLIENTE@SANEPAR.COM.BR](mailto:ATENDIMENTOAOCLIENTE@SANEPAR.COM.BR)  
FACILITE SUA VIDA, CADASTRE NO DEBITO AUTOMATICO.

TRIBUTOS FEDERAIS - LEI 12.741 - VALOR APROXIMADO R\$ 13,75

AUTENTICAÇÃO NO VERSO OBSERVAÇÕES NO VERSO COMPROVANTE CLIENTE

82630000001-3 63440109202-4 40124044473-7 79012024219-9



CTRL:0444.7379.0124.2115 ROTEIRO:026-08-24-002-48940

5707CA3FDDFCFB831DA84FE58BCC0868A9FF268442148B1CBCF5C408E6AD0469

	0444.7379	01/2024	2 1	24/01/2024	163,44
	MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	VALOR TOTAL	

AUTENTICAÇÃO NO VERSO  
COMPROVANTE SANEPAR

**PAGUE COM PIX**



## Sistema de Credenciamento

### Declaração

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

#### Dados Fornecedor

---

CNPJ: 39.991.574/0001-04  
Razão Social: B.P. Kwittschal - Clinica Médica  
E-mail: kapacontabilidade@hotmail.com  
Telefone: 4435231494  
Banco: Banco do Brasil  
Conta: 19651-7  
Agência: 0406  
Tipo Conta: 1

#### Credenciamento:

Data Inicio: 31/01/2023 08:00  
Data Encerramento: 15/12/2023 17:00

#### Níveis cadastrados:

---

#### I - Credenciamento

#### II - Habilitação Jurídica

Cartao CNPJ: doc.pdf

Ato constitutivo: doc1.pdf

Documento dos sócios: doc1.pdf

Alvará de Licença de Localização e/ou Funcionamento: doc1.pdf

Licença Sanitária: doc1.pdf

Cartao CNPJ: doc1.pdf

#### III - Regularidade Fiscal e Trabalhista

**Certidão Trabalhista: 770 - Data Emissão: 2023-11-23 - Data Vencimento: 2024-05-21**

**Certidão Municipal: 771 - Data Emissão: 2024-01-26 - Data Vencimento: 2024-02-26**

**Certidão Estadual: 772 - Data Emissão: 2023-11-23 - Data Vencimento: 2024-03-22**

**Certidão FGTS: 773 - Data Emissão: 2024-01-26 - Data Vencimento: 2024-02-11**

**Certidão Federal: 774 - Data Emissão: 2024-01-26 - Data Vencimento: 2024-07-24**

#### **IV - Capacidade Técnica**

**Orgao: CISCOMCAM - Quantitativo: 690 Un.**

#### **V - Proposta**

**Categoria: PSQUIATRIA - Procedimento: CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA - Valor: R\$ 50.9 - Qtd: 690**

#### **VI - Profissionais**

**Nome: BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL - Especialidade : psiquiatria - CPF: 055.393.639-57**

**Nome: BARBARA P KWITSCHAL - Especialidade : PSQUIATRIA - CPF: 055.393.639-57**

**Nome: BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL - Especialidade : PSQUIATRIA - CPF: 055.393.639-57**

**Nome: BARBARA PASQUALIN KWITSCHAL - Especialidade : PSQUIATRIA - CPF: 055.393.639-57**

---

**Esta declaração é uma comprovante de credenciamento**

**Comprovante de credenciamento online emitido através do site [www.credenciamento.ciscomcam.com.br](http://www.credenciamento.ciscomcam.com.br) em: 29/01/2024 18:42:39**

**CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1**

**Ass: \_\_\_\_\_**

# Edital de Chamamento Público nº 4/2024

Última atualização 16/02/2024

**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:** 16/02/2024 **Situação:** Divulgada no PNCP **Data de início de recebimento de propostas:** 02/02/2024 08:00 (horário de Brasília)

**Data fim de recebimento de propostas:** 02/02/2024 10:00 (horário de Brasília)

**Id contratação PNCP:** 95640322000101-1-000007/2024 **Fonte:** Elotech Gestão Pública Ltda

## Objeto:

Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psicologia e psiquiatria pelo Ciscomcam.

## VALOR TOTAL ESTIMADO DA COMPRA

R\$ 111.516,30

[Itens](#) [Arquivos](#) [Histórico](#)

Número	Descrição	Quantidade	Valor unitário estimado	Valor total estimado	Detalhar
1	90.04.01.146-0 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA - (PSICOLOGIA) (CLÍNICA)	120	R\$ 600,00	R\$ 72.000,00	
2	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLÍNICA)	690	R\$ 57,27	R\$ 39.516,30	

Exibir: 1-2 de 2 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 : 21/2024  
b) Licitação Nº : 4/2024  
c) Modalidade : Inexigibilidade:  
d) Data Homologação : 05/02/2024  
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psicologia e psiquiatria 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: B. P. KWITSHAL - CLINICA MEDICA LTDA - CNPJ: 39.991.574/0001-04**

Valor Total do Fornecedor: 72.000,00 (setenta e dois mil reais).

### **LOTE 1 PSICOLOGIA**

Valor Total do Lote: 72.000,00 (setenta e dois mil reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.04.01.146-0 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLOGICA - (PSICOLOGIA) (CLÍNICA)	Unidad	120	R\$ 600,00	R\$ 72.000,00

**FORNECEDOR: CLINICA SAO MANOEL PSICOLOGIA LTDA - CNPJ: 53.379.613/0001-48**

Valor Total do Fornecedor: 39.516,30 (trinta e nove mil, quinhentos e dezesseis reais e trinta centavos).

### **LOTE 2 PSIQUIATRIA**

Valor Total do Lote: 39.516,30 (trinta e nove mil, quinhentos e dezesseis reais e trinta centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	Unidad	690	R\$ 57,00	R\$ 39.516,00



## **CIS-COMCAM**

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

---

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 111.516,30 (cento e onze mil, quinhentos e dezesseis e reais e trinta centavos)

**Valor Total Homologado- R\$ 111.516,30**

Campo Mourão, 05 de fevereiro de 2024.

---

Ivani Fiore Dal Molin  
Agente de Contratação  
Portaria 03/2024 – Publicado em: 12/01/2024

## Página de assinaturas



**Ivani Molin**  
517.896.809-30  
Signatário

### HISTÓRICO

- 05 fev 2024**  
10:05:53  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br))
- 05 fev 2024**  
10:22:44  **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 177.51.117.247 localizado em Maringá - Parana - Brazil
- 05 fev 2024**  
10:22:44  **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 177.51.117.247 localizado em Maringá - Parana - Brazil





# CIS-COMCAM

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

## TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

01 – HOMOLOGAR a presente Licitação nestes termos:

- a) Processo Nº : 21/2024  
b) Licitação Nº : 4/2024  
c) Modalidade : Inexigibilidade:  
d) Data Homologação : 05/02/2024  
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de psicologia e psiquiatria 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: B. P. KWITSHAL - CLINICA MEDICA LTDA - CNPJ: 39.991.574/0001-04  
Valor Total do Fornecedor: 39.516,30 (trinta e nove mil, quinhentos e dezesseis reais e trinta centavos).

### LOTE 2 PSIQUIATRIA

Valor Total do Lote: 39.516,30 (trinta e nove mil, quinhentos e dezesseis reais e trinta centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	Unidad	690	R\$ 57,00	R\$ 39.516,00

FORNECEDOR: CLINICA SAO MANOEL PSICOLOGIA LTDA - CNPJ: 53.379.613/0001-48  
Valor Total do Fornecedor: 72.000,00 (setenta e dois mil reais).

### LOTE 1 PSICOLOGIA

Valor Total do Lote: 72.000,00 (setenta e dois mil reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.04.01.146-0 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA - (PSICOLOGIA) (CLÍNICA)	Unidad	120	R\$ 600,00	R\$ 72.000,00



# CIS-COMCAM

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

---

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 111.516,30 (cento e onze mil, quinhentos e dezesseis e reais e trinta centavos)

**Valor Total Homologado- R\$ 111.516,30**

Campo Mourão, 05 de fevereiro de 2024.

RAFAEL BRITO DO  
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por RAFAEL  
BRITO DO PRADO:04933415951  
Dados: 2024.02.27 14:07:22 -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