



**CIS-COMCAM**

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

## TERMO DE AUTUAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: 043/2024

ASSUNTO: CREDENCIAMENTO DE PLANTONISTA, PSICOLOGO E  
OTORRINOLARINGOLOGISTA

MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE

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

CAMPO MOURÃO/PR, 03 DE ABRIL DE 2024

NOME: JARDEL ALEXANDRE LISBOA

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

## Página de assinaturas



**Jardel Lisboa**  
733.780.031-20  
Signatário

### HISTÓRICO

- 03 abr 2024**  
15:05:53  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br))
- 03 abr 2024**  
15:15:35  **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 - Paraná - Brazil
- 03 abr 2024**  
15:15:35  **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 - Paraná - Brazil





## PEDIDO DE COMPRA DE PRODUTOS/SERVIÇO

Ao

Setor de Compras/Licitações/Contratos

Ivani Fiore Dal Molin

Campo Mourão, 03 de abril 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 Plantão, Otorrinolaringologia e psicologia pelo Ciscamcam.

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

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

### OBSERVAÇÕES

**ORLANDO AUGUSTO BAGGIO**  
Coordenador de Redes CISCOMCAM/QualiCIS

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

## Página de assinaturas



**Orlando Scholz**  
024.077.349-71  
Signatário

### HISTÓRICO

- 03 abr 2024**  
15:07:12  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br))
- 03 abr 2024**  
15:46:17  **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 177.51.114.1 localizado em Maringá - Paraná - Brazil
- 03 abr 2024**  
15:46:20  **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 177.51.114.1 localizado em Maringá - Paraná - Brazil





## SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

Excelentíssimo Sr. Presidente e  
Sr. Coordenador

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

**Objeto:** Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Plantão, Otorrinolaringologia e Psicologia oferecidas pelo Ciscomcam.

**Processo Administrativo nº 43**

**Modalidade:** Inexigibilidade

**Prazo de Entrega:** 365

**Local de Entrega:** CISCOMCAM

**Dotação Orçamentária:**

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

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

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

Campo Mourão, 03 de abril 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

- 03 abr 2024**  
15:07:48  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br))
- 03 abr 2024**  
15:08:45  **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 - Paraná - Brazil
- 03 abr 2024**  
15:08:45  **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 - Paraná - Brazil





## PARECER CONTÁBIL

**Processo Administrativo nº 43**

**Data do Processo Administrativo: 03/04/2024**

**Modalidade: Inexigibilidade**

**Objeto:** Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Plantão, Otorrinolaringologia e Psicologia oferecidas pelo Ciscomcam.

**Dotação Orçamentária:**

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

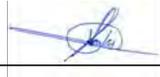
**A despesa oriunda para aquisição do produto/serviço solicitado neste documento seguirá como:**

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

Campo Mourão, 03 de abril de 2024

**Alexandro Sebastião dos Santos**  
Contador

## Página de assinaturas



**Alexandro Santos**  
019.886.109-58  
Signatário

### HISTÓRICO

- 03 abr 2024**  
16:30:18  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br))
- 04 abr 2024**  
07:25:01  **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 138.186.110.127 localizado em Maringá - Paraná - Brazil
- 04 abr 2024**  
07:25:06  **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 138.186.110.127 localizado em Maringá - Paraná - Brazil





## AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

**Objeto:** Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Plantão, Otorrinolaringologia e Psicologia oferecidas pelo Ciscocomcam.

**Processo Administrativo nº 43**

**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>OTORRINOLARINGOLOGIA</b>							
3391	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	1200	12	R\$ 57,27	R\$ 68.724,00	3.390.39.00.	50.30
1672	03.01.01.007 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CISCOMCAM)	100	12	R\$ 50,90	R\$ 5.090,00	3.390.39.00.	50.30
1278	04.04.01.027 REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL (CISCOMCAM)	100	12	R\$ 6,71	R\$ 671,00	3.390.39.00.	50.30
3731	04.04.01.027 REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL (CLINICA)	50	12	R\$ 6,71	R\$ 335,50	3.390.39.00.	50.30
1290	04.04.01.034 TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR (CISCOMCAM)	50	12	R\$ 13,45	R\$ 672,50	3.390.39.00.	50.30
3733	04.04.01.034 TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR (CLINICA)	100	12	R\$ 13,45	R\$ 1.345,00	3.390.39.00.	50.30
1326	02.09.04.004 VIDEOLARINGOSCOPIA (CISCOMCAM)	50	12	R\$ 59,61	R\$ 2.980,50	3.390.39.00.	50.30
3717	02.09.04.004 VIDEOLARINGOSCOPIA (CLINICA)	100	12	R\$ 59,61	R\$ 5.961,00	3.390.39.00.	50.30
1688	04.04.01.005 DRENAGEM DE ABSCESSO FARINGEO (CISCOMCAM)	50	12	R\$ 22,56	R\$ 1.128,00	3.390.39.00.	50.30
3729	04.04.01.005 DRENAGEM DE ABSCESSO FARINGEO (CLINICA)	100	12	R\$ 22,56	R\$ 2.256,00	3.390.39.00.	50.30
1160	04.01.01.008 FRENECTOMIA (CLINICA)	100	12	R\$ 10,75	R\$ 1.075,00	3.390.39.00.	50.30
<b>PSICOLOGIA</b>							
3724	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLINICA)	500	12	R\$ 21,17	R\$ 10.585,00	3.390.39.00.	50.30
1292	03.01.04.004 TERAPIA INDIVIDUAL (CLINICA)	1200	12	R\$ 21,17	R\$ 25.404,00	3.390.39.00.	50.30
<b>PLANTÃO</b>							
5381	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	1728	12	R\$ 115,00	R\$ 198.720,00	3.390.39.00.	50.30
<b>TOTAL</b>					<b>R\$</b>	<b>324.947,50</b>	



## **CIS-COMCAM**

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

---

Campo Mourão, 03 de abril de 2024

*Leandro A*

---

Leandro Roque Avila  
Coordenador do CISCOMCAM



Página de assinaturas



**Leandro Avila**

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE D...

Signatário

HISTÓRICO

- 03 abr 2024**  
15:09:01  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br))
- 04 abr 2024**  
09:29:13  **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 - Paraná - Brazil
- 04 abr 2024**  
09:29:13  **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 - Paraná - Brazil





## AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

**Objeto:** Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Plantão, Otorrinolaringologia e Psicologia oferecidas pelo Ciscamcam.

**Processo Administrativo nº 43**

**Modalidade:** Inexigibilidade

**Prazo de Entrega:** 365

**Local de Entrega:** CISCAMCAM

Item	Descrição do Produto / Serviço	Qtd.	QUANT. MESES	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Natureza da Despesa	Desdobramento da Despesa
<b>OTORRINOLARINGOLOGIA</b>							
3391	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	1200	12	R\$ 57,27	R\$ 68.724,00	3.390.39.00.	50.30
1672	03.01.01.007 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CISCAMCAM)	100	12	R\$ 50,90	R\$ 5.090,00	3.390.39.00.	50.30
1278	04.04.01.027 REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL (CISCAMCAM)	100	12	R\$ 6,71	R\$ 671,00	3.390.39.00.	50.30
3731	04.04.01.027 REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL (CLINICA)	50	12	R\$ 6,71	R\$ 335,50	3.390.39.00.	50.30
1290	04.04.01.034 TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR (CISCAMCAM)	50	12	R\$ 13,45	R\$ 672,50	3.390.39.00.	50.30
3733	04.04.01.034 TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR (CLINICA)	100	12	R\$ 13,45	R\$ 1.345,00	3.390.39.00.	50.30
1326	02.09.04.004 VIDEOLARINGOSCOPIA (CISCAMCAM)	50	12	R\$ 59,61	R\$ 2.980,50	3.390.39.00.	50.30
3717	02.09.04.004 VIDEOLARINGOSCOPIA (CLINICA)	100	12	R\$ 59,61	R\$ 5.961,00	3.390.39.00.	50.30
1688	04.04.01.005 DRENAGEM DE ABSCESSO FARINGEO (CISCAMCAM)	50	12	R\$ 22,56	R\$ 1.128,00	3.390.39.00.	50.30
3729	04.04.01.005 DRENAGEM DE ABSCESSO FARINGEO (CLINICA)	100	12	R\$ 22,56	R\$ 2.256,00	3.390.39.00.	50.30
1160	04.01.01.008 FRENECTOMIA (CLINICA)	100	12	R\$ 10,75	R\$ 1.075,00	3.390.39.00.	50.30
<b>PSICOLOGIA</b>							
3724	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLINICA)	500	12	R\$ 21,17	R\$ 10.585,00	3.390.39.00.	50.30
1292	03.01.04.004 TERAPIA INDIVIDUAL (CLINICA)	1200	12	R\$ 21,17	R\$ 25.404,00	3.390.39.00.	50.30
<b>PLANTÃO</b>							
5381	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	1728	12	R\$ 115,00	R\$ 198.720,00	3.390.39.00.	50.30
<b>TOTAL</b>					<b>R\$</b>	<b>324.947,50</b>	



## **CIS-COMCAM**

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

Campo Mourão, 03 de abril de 2024

**RAFAEL BRITO DO  
PRADO:04933415951**

Assinado de forma digital por  
RAFAEL BRITO DO  
PRADO:04933415951  
Dados: 2024.04.04 09:26:28 -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*	15		
Modalidade*	Processo Inexigibilidade		
Número edital/processo*	43		
<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 Plantão, Otorrinolaringologia e Psicologia oferecidas pelo Ciscomcam.		
Dotação Orçamentária*	0101510302001520233390390000		
Preço máximo/Referência de preço - R\$*	324.947,50		
Data Publicação Termo ratificação	03/04/2024		
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**



# **CIS-COMCAM**

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

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

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

### **1. PREÂMBULO.**

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

### **2. DO OBJETO.**

**2.1**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 haja alterações no contrato social;
- 6.14 Comprovante atualizado do endereço indicado no documento de constituição ou alteração da empresa.
- 6.15 Certidão Simplificada da Junta Comercial, no caso de empresas constituídas junto as Juntas Comerciais, Certidão do Cartório de Registro de Pessoa Jurídica, tratando-se de empresas constituídas junto aos Cartórios de Pessoa Jurídica **ou** mesmo o relatório de “Consulta QSA / Capital Social” emitido no site da Receita Federal do Brasil, desde que acompanhado com os CPF dos titulares, sócios e representantes legais da Pessoa Jurídica, **emitida com prazo não superior a 60 (sessenta) dias**.
- 6.16 **Em caso** de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, apresentar o **Anexo V** – Modelo de Declaração de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte;
- 6.17 **Em caso** de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte apresentar comprovante de opção pelo Simples obtido através do site do Ministério da Fazenda: <http://www8.receita.fazenda.gov.br/simplesnacional/aplicacoes.aspx?id=21> ou de outro site público que efetivamente ateste a opção pelo simples, como o <http://www.sintegra.gov.br>
- 6.18 Prova de regularidade fiscal perante a **Fazenda Nacional**, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02/10/2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.
- 6.19 Prova de regularidade fiscal perante a **Fazenda Estadual**, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- 6.20 Prova de regularidade com a **Fazenda Municipal** do domicílio ou sede do licitante, relativa à atividade em cujo exercício contrata ou concorre;
- 6.21 Prova de situação regular perante o **Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS** (art. 27, a, Lei nº 8.036/90), através da apresentação do CRF – Certificado de Regularidade do FGTS;



# CIS-COMCAM

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

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

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

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

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

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

## **6.26 Documentos dos Profissionais.**

**6.26.1** Cópia do RG;

**6.26.2** Cópia do CPF;

**6.26.3** Cópia do cartão SUS;

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

**6.26.5** Cópia da Carteira Profissional do respectivo conselho da classe;

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

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

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

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

**6.26.10** Número do telefone celular e e-mail.

## **6.27 Documentos do responsável pelo faturamento:**

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

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

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



# CIS-COMCAM

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

**6.27.1** Número do telefone celular e e-mail

**6.27.2** Cópia do RG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 7. DO PROCEDIMENTO DO CREDENCIAMENTO

**7.1** O credenciamento será amplamente divulgado, com sua publicação no Jornal Tribuna do Interior, no site do Ciscomcam ([www.ciscomcam.com.br](http://www.ciscomcam.com.br)), bem como acesso mediante solicitação pelo aplicativo de mensagens (44) 99772-0041 ou pelo e-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br).

**7.2** Os inscritos serão credenciados segundo a avaliação da Comissão Permanente de Licitação, designada pela Portaria nº 14/2023 de 05/04/2023, publicado no Jornal Tribuna do Interior em 06/04/2023, edição 10.867, página 03, da documentação exigida no item "6 - DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO".

**7.3** Para renovação do Credenciamento, o responsável pela Unidade contratante deverá proceder, no mínimo anualmente, através da imprensa oficial e de jornal diário ao chamamento público para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos interessados;

**7.4** Ressalta-se que é expressamente proibido a solicitação para qualquer um dos  
Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140  
Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01  
[www.ciscomcam.com.br](http://www.ciscomcam.com.br) / e-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br)



# **CIS-COMCAM**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **9. DOS VALORES.**

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

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



# CIS-COMCAM

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

## ANEXO VI LISTA DE DOCUMENTOS

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

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

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

RESPONSÁVEL DO CNPJ:

RESPONSÁVEL

DO

DOCUMENTAÇÃO:

CONTATO:

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



# CIS-COMCAM

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

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

## DOCUMENTAÇÃO DO PROFISSIONAL

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



# CIS-COMCAM

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



**CIS-COMCAM**

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

---

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

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



# **CIS-COMCAM**

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

---

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



# **CIS-COMCAM**

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

---

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

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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

## Página de assinaturas



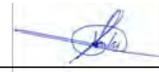
**Adriano Avila**  
058.375.919-07  
Signatário



**Ivani Molin**  
517.896.809-30  
Signatário



**Joana Silva**  
058.222.369-52  
Signatário



**Alexandro Santos**  
019.886.109-58  
Signatário

## HISTÓRICO

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



24 jul 2023  
15:13:04



**Adriano Roque Avila** (E-mail: [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



## 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: 35.480.513/0001-21  
Razão Social: LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA  
E-mail: leo.hms94@gmail.com  
Telefone: 44999937747  
Banco: 237 - BRADESCO S.A.  
Conta: 5633 - 2  
Agência: 181-3  
Tipo Conta: 1

#### Credenciamento:

Data Inicio: 01/01/2024 08:00  
Data Encerramento: 01/08/2024 17:00

#### Níveis cadastrados:

---

#### I - Credenciamento

#### II - Habilitação Jurídica

Cartao CNPJ: doc.pdf

Ato constitutivo: doc1.pdf

Documento dos sócios: doc1.pdf

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

Licença Sanitária: doc1.pdf

Cartao CNPJ: doc1.pdf

### III - Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidão Municipal: 787 - Data Emissão: 2024-02-06 - Data Vencimento: 2024-05-06

Certidão Estadual: 788 - Data Emissão: 2024-02-06 - Data Vencimento: 2024-06-05

Certidão Federal: 789 - Data Emissão: 2024-08-04 - Data Vencimento: 2024-08-04

Certidão Trabalhista: 790 - Data Emissão: 2024-02-06 - Data Vencimento: 2024-08-04

Certidão Falencias: 842 - Data Emissão: 2024-03-04 - Data Vencimento: 2024-06-04

Certidão FGTS: 843 - Data Emissão: 2024-03-05 - Data Vencimento: 2024-03-27

### IV - Capacidade Técnica

### V - Proposta

**Categoria: OTORRINOLARINGOLOGIA - Procedimento: REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL - Valor: R\$ 6 - Qtd: 50**

**Categoria: OTORRINOLARINGOLOGIA - Procedimento: REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL - Valor: R\$ 6 - Qtd: 50**

**Categoria: Selecione uma categoria - Procedimento: RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ - Valor: R\$ 31 - Qtd: 10**

**Categoria: OTORRINOLARINGOLOGIA - Procedimento: VIDEOLARINGOSCOPIA - Valor: R\$ 65 - Qtd: 100**

**Categoria: OTORRINOLARINGOLOGIA - Procedimento: DRENAGEM DE ABSCESSO FARINGEO - Valor: R\$ 22 - Qtd: 1**

**Categoria: OTORRINOLARINGOLOGIA - Procedimento: FRENECTOMIA - Valor: R\$ 10 - Qtd: 1**

**Categoria: OTORRINOLARINGOLOGIA - Procedimento: CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA - Valor: R\$ 50.9 - Qtd: 100**

### VI - Profissionais

**Nome: Leonardo Henrique Micheletti Sotocorno - Especialidade : Otorrinolaringologia - CPF: 080.751.839-59**

---

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: 06/02/2024 11:48:44

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

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

**LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO**

**SERVICOS MEDICOS LTDA**

**CNPJ: 35.480.513/0001-21**

Rua Mandaguari, 182 - Ap 402, Zona 07 - CEP 87.020-230, Maringá/PR

Contato: (44) 9 9993-7747 | E-mail: [leo.hms94@gmail.com](mailto:leo.hms94@gmail.com)

**ANEXO I**

**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA**

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

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

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

**Razão Social:** LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA

**Nome Fantasia:** LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA

**CNPJ nº:** 35.480.513/0001-21

**Inscrição Estadual:** \*\*\*\*

**Micro Empresa:** ( x ) Não ( ) Sim

**Optante Simples:** ( ) Não ( x ) Sim

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

**Endereço:** Rua Mandaguari, 182 - Ap 402, Zona 07

**Município:** Maringá **UF:** PR

**CEP:** 87.020-230

**Telefone Comercial:** ( )

**Telefone Celular:** (44) 9 9993-7747

**DADOS BANCÁRIOS:**

<b>Banco:</b> Bradesco S/A	<b>Código do Banco:</b> 237	<b>Agência:</b> 181-3
<b>Tipo de Conta:</b> Corrente	<b>Operação:</b>	<b>Nº da Conta:</b> 5633-2
<b>Cidade e UF da Agência:</b> Terra Boa/PR		

**LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO****SERVICOS MEDICOS LTDA****CNPJ: 35.480.513/0001-21**

Rua Mandaguari, 182 - Ap 402, Zona 07 - CEP 87.020-230, Maringá/PR

Contato: (44) 9 9993-7747 | E-mail: [leo.hms94@gmail.com](mailto:leo.hms94@gmail.com)

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL - RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF
Leonardo Henrique Micheletti Sotocorno	10.742.107-6	080.751.839-59

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO/EXAME	QUANTIDADE
Otorrinolaringologia	Amigdalectomia	2
Otorrinolaringologia	Adenoidectomia	2
Otorrinolaringologia	Timpanotomia com colocação de tubo de ventilação: (precisa de material de vídeo ou microscópio)	6
Otorrinolaringologia	Septoplastia (precisa de vídeo)	2
Otorrinolaringologia	Turbinectomia inferior Uni/bilateral (precisa de vídeo)	1
Otorrinolaringologia	Turbinectomia média Uni/bilateral (precisa de vídeo)	1
Otorrinolaringologia	Antrostomia maxilar Uni/bilateral: (precisa de vídeo)	1
Otorrinolaringologia	Etmoidectomia Uni/bilateral (precisa de vídeo)	1
Otorrinolaringologia	Esfenoidectomia Uni/bilateral (precisa de vídeo)	1
Otorrinolaringologia	Abertura de seios frontal Uni/bilateral (precisa de vídeo):	1
Otorrinolaringologia	Timpanoplastia Uni/bilateral (precisa de vídeo ou microscópio)	1
Otorrinolaringologia	Cauterização de epistaxe (em centro cirúrgico ou não, caso em centro cirúrgico, precisa de vídeo)	1

**LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO****SERVICOS MEDICOS LTDA****CNPJ: 35.480.513/0001-21**

Rua Mandaguari, 182 - Ap 402, Zona 07 - CEP 87.020-230, Maringá/PR

Contato: (44) 9 9993-7747 | E-mail: [leo.hms94@gmail.com](mailto:leo.hms94@gmail.com)

Otorrinolaringologia	Biópsia nasal (em centro cirúrgico ou não) - caso em centro cirúrgico precisa de vídeo	1
Otorrinolaringologia	Rinosseptoplastia/ Rinoplastia Funcional	1

**PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF</b>	<b>REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR</b>	<b>Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE</b>	<b>TELEFONE</b>
Leonardo Henrique Micheletti Sotocorno	080.751.839-59	10.742.107-6 SSP/PR	43481/PR	(44) 9 9993-7747

**RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO**

<b>NOME</b>	<b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF</b>	<b>REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR</b>	<b>E-MAIL</b>	<b>TELEFONE</b>
Leonardo Henrique Micheletti Sotocorno	080.751.839-59	10.742.107-6 SSP/PR	notas@runy.me	(44) 9 9993-7747

**LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO**

**SERVICOS MEDICOS LTDA**

**CNPJ: 35.480.513/0001-21**

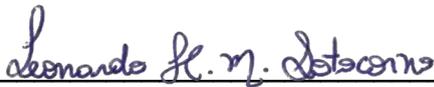
Rua Mandaguari, 182 - Ap 402, Zona 07 - CEP 87.020-230, Maringá/PR

Contato: (44) 9 9993-7747 | E-mail: [leo.hms94@gmail.com](mailto:leo.hms94@gmail.com)

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

<b>Centro de Especialidades Kely Cristina Rocha</b>	<b>Rua Valencia, nº 79, Centro, CEP 87240-000, Terra Boa/PR</b>
<b>CNPJ 75.793.786/0001-40</b>	<b>(anexar alvará ou licença sanitária do local, junto a esse anexo).</b>

Campo Mourão/PR, 05 de Março de 2023.



LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI  
SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA

CNPJ: 35.480.513/0001-21

Leonardo Henrique Micheletti Sotocorno

CPF: 080.751.839-59

**LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO**

**SERVICOS MEDICOS LTDA**

**CNPJ: 35.480.513/0001-21**

Rua Mandaguari, 182 - Ap 402, Zona 07 - CEP 87.020-230, Maringá/PR

Contato: (44) 9 9993-7747 | E-mail: [leo.hms94@gmail.com](mailto:leo.hms94@gmail.com)

**ANEXO I**

**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA**

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

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

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

**Razão Social:** LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA

**Nome Fantasia:** LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA

**CNPJ nº:** 35.480.513/0001-21

**Inscrição Estadual:** \*\*\*\*

**Micro Empresa:** ( x ) Não ( ) Sim

**Optante Simples:** ( ) Não ( x ) Sim

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

**Endereço:** Rua Mandaguari, 182 - Ap 402, Zona 07

**Município:** Maringá **UF:** PR

**CEP:** 87.020-230

**Telefone Comercial:** ( )

**Telefone Celular:** (44) 9 9993-7747

**DADOS BANCÁRIOS:**

<b>Banco:</b> Bradesco S/A	<b>Código do Banco:</b> 237	<b>Agência:</b> 181-3
<b>Tipo de Conta:</b> Corrente	<b>Operação:</b>	<b>Nº da Conta:</b> 5633-2
<b>Cidade e UF da Agência:</b> Terra Boa/PR		

**LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO****SERVICOS MEDICOS LTDA****CNPJ: 35.480.513/0001-21**

Rua Mandaguari, 182 - Ap 402, Zona 07 - CEP 87.020-230, Maringá/PR

Contato: (44) 9 9993-7747 | E-mail: [leo.hms94@gmail.com](mailto:leo.hms94@gmail.com)

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL - RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF
Leonardo Henrique Micheletti Sotocorno	10.742.107-6	080.751.839-59

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO/EXAME	QUANTIDADE
Otorrinolaringologia	REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL	
Otorrinolaringologia	REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL	
Otorrinolaringologia	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ	
Otorrinolaringologia	VIDEOLARINGOSCOPIA	
Otorrinolaringologia	DRENAGEM DE ABSCESSO FARINGEO	
Otorrinolaringologia	FRENECTOMIA	
Otorrinolaringologia	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	

**PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
Leonardo Henrique Micheletti Sotocorno	080.751.839-59	10.742.107-6 SSP/PR	43481/PR	(44) 9 9993-7747

**LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO**

**SERVICOS MEDICOS LTDA**

**CNPJ: 35.480.513/0001-21**

Rua Mandaguari, 182 - Ap 402, Zona 07 - CEP 87.020-230, Maringá/PR

Contato: (44) 9 9993-7747 | E-mail: [leo.hms94@gmail.com](mailto:leo.hms94@gmail.com)

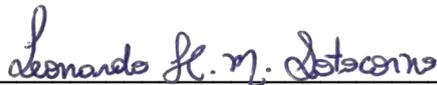
**RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO**

<b>NOME</b>	<b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF</b>	<b>REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR</b>	<b>E-MAIL</b>	<b>TELEFONE</b>
Leonardo Henrique Micheletti Sotocorno	080.751.839-59	10.742.107-6 SSP/PR	notas@runy.me	(44) 9 9993-7747

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

<b>Centro de Especialidades Kely Cristina Rocha</b>  <b>CNPJ 75.793.786/0001-40</b>	<b>Rua Valencia, nº 79, Centro, CEP 87240-000, Terra Boa/PR</b>  <b>(anexar alvará ou licença sanitária do local, junto a esse anexo).</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Campo Mourão/PR, 05 de Março de 2023.



**LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI  
SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA**

**CNPJ: 35.480.513/0001-21**

**Leonardo Henrique Micheletti Sotocorno**

**CPF: 080.751.839-59**



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERRA BOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
DIVISAO DE VIGILANCIA SANITARIA  
RUA PRES.TANCREDO NEVES, 240 - CENTRO  
Terra Boa - PR - CEP: 87240-000  
Fone: (44) 3641-8000 - Fax: (44) 3641-1687  
WWW.TERRABOA.PR.GOV.BR - VIGSATERRABOA@HOTMAIL.COM



A Vigilância Sanitária no uso de suas atribuições e de acordo a Legislação vigente, concede ao estabelecimento a presente.

# LICENÇA SANITÁRIA N° 207/24

**Razão Social:** CENTRO DE ESPECIALIDADES KELLY CRISTINA ROCHA

**Nome Fantasia:**

**CNPJ/CPF:** 75.793.786/0001-40

**Endereço:** RUA VALÊNCIA, N° 79

**Bairro:** CENTRO

**Município:** Terra Boa

**Ramos de Subclasse:**

8630-5/03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

**Responsável Legal:** LEUKTEMBERGG MENEGHETTI DA COSTA

**CPF:** 019.978.389-66

**Data de Emissão:** 22/02/2024

**Vencimento:** 22/02/2025

**Observações:**

*Anderson Bazarin*  
Anderson Leandro Ap. Bazarin  
Chefe da divisão de Vigilância Sanitária  
Portaria 496/2021

Responsável pela Vigilância Sanitária

1 - ESTE DEVE SER AFIXADO EM LOCAL VISÍVEL AO PÚBLICO. (Art. 166 - Código de Saúde do Paraná)

2 - O ESTABELECIMENTO, MESMO COM A LICENÇA SANITÁRIA DEVIDAMENTE REGULARIZADA, PODE SOFRER AUTUAÇÃO OU INTERVENÇÃO DE OUTROS ÓRGÃOS DAS ESFERAS FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL, QUE TÊM INTERFACE COM O SUS E POSSUAM ATRIBUIÇÃO ESPECÍFICA PARA INTERCEDER NO ESTABELECIMENTO. (Art. 167 do Código de Saúde do Paraná)

**LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO**

**SERVICOS MEDICOS LTDA**

**CNPJ: 35.480.513/0001-21**

Rua Mandaguari, 182 - Ap 402, Zona 07 - CEP 87.020-230, Maringá/PR

Contato: (44) 9 9993-7747 | E-mail: [leo.hms94@gmail.com](mailto:leo.hms94@gmail.com)

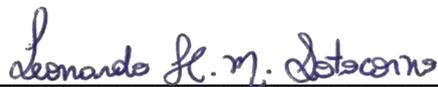
## **ANEXO II**

### **MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

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

A empresa LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 35.480.513/0001-21, sediada na Rua Mandaguari, 182 - Ap 402, Zona 07 - CEP 87.020-230, Cidade Maringá/PR, através representante legal, Leonardo Henrique Micheletti Sotocorno, CPF nº 080.751.839-59 e RG nº 99660783, declara, sob as penas da Lei, que:  
não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;  
não está impedido de transacionar com a Administração Pública;  
não foi apenada com rescisão de contrato, quer por deficiência dos serviços, quer por outro motivo igualmente grave, no transcorrer dos últimos 5 (cinco) anos;  
não incorre nas demais condições impeditivas previstas na Lei Federal nº 14.133/21 e alterações posteriores. Por ser expressão da verdade, firmo o presente

Campo Mourão/PR, 05 de Março de 2023.



---

LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI  
SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA  
CNPJ: 35.480.513/0001-21  
Leonardo Henrique Micheletti Sotocorno  
CPF: 080.751.839-59

**LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO**

**SERVICOS MEDICOS LTDA**

**CNPJ: 35.480.513/0001-21**

Rua Mandaguari, 182 - Ap 402, Zona 07 - CEP 87.020-230, Maringá/PR

Contato: (44) 9 9993-7747 | E-mail: [leo.hms94@gmail.com](mailto:leo.hms94@gmail.com)

**ANEXO III**

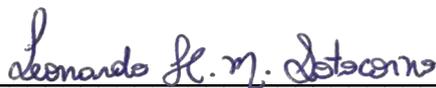
**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO**

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

LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA, estabelecida na Rua Mandaguari, 182 - Ap 402, Zona 07 - CEP 87.020-230, Maringá/PR, inscrita no CNPJ sob nº 35.480.513/0001-21, neste ato representada pelo seu Leonardo Henrique Micheletti Sotocorno, 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, 05 de Março de 2023.



---

LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI  
SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA

CNPJ: 35.480.513/0001-21

Leonardo Henrique Micheletti Sotocorno

CPF: 080.751.839-59

**LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO**

**SERVICOS MEDICOS LTDA**

**CNPJ: 35.480.513/0001-21**

Rua Mandaguari, 182 - Ap 402, Zona 07 - CEP 87.020-230, Maringá/PR

Contato: (44) 9 9993-7747 | E-mail: [leo.hms94@gmail.com](mailto:leo.hms94@gmail.com)

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO**

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

Eu, Leonardo Henrique Micheletti Sotocorno, carteira de identidade nº 10.742.107-6 expedida pela SESP/PR, inscrito no CPF sob nº 080.751.839-59, Representante legal da LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA inscrita no CNPJ sob o nº 35.480.513/0001-21, 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, 05 de Março de 2023.



---

LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI  
SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA

CNPJ: 35.480.513/0001-21

Leonardo Henrique Micheletti Sotocorno

CPF: 080.751.839-59

**LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO**

**SERVICOS MEDICOS LTDA**

**CNPJ: 35.480.513/0001-21**

Rua Mandaguari, 182 - Ap 402, Zona 07 - CEP 87.020-230, Maringá/PR

Contato: (44) 9 9993-7747 | E-mail: [leo.hms94@gmail.com](mailto:leo.hms94@gmail.com)

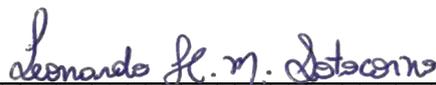
**ANEXO V**

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

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

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

Campo Mourão/PR, 05 de Março de 2023.



---

LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI  
SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA  
CNPJ: 35.480.513/0001-21  
Leonardo Henrique Micheletti Sotocorno  
CPF: 080.751.839-5903.20230



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>35.480.513/0001-21</b> MATRIZ	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>	DATA DE ABERTURA <b>11/11/2019</b>	
NOME EMPRESARIAL <b>LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA</b>			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****		PORTE <b>ME</b>	
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS <b>86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>206-2 - Sociedade Empresária Limitada</b>			
LOGRADOURO <b>R MANDAGUARI</b>	NÚMERO <b>182</b>	COMPLEMENTO <b>APT 402</b>	
CEP <b>87.020-230</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>ZONA 07</b>	MUNICÍPIO <b>MARINGA</b>	UF <b>PR</b>
ENDEREÇO ELETRÔNICO <b>LEGALIZACAO@RUNY.ME</b>	TELEFONE <b>(44) 3031-1015</b>		
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>11/11/2019</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 **06/02/2024** às **08:38:56** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

**LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVIÇOS MEDICOS LTDA  
CONTRATO SOCIAL**

**LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO**, Brasileiro, solteiro, médico, nascido em 02/07/1994, residente e domiciliado na na Rua Mandaguari, 182, Apt 402, Zona 07 - CEP 87.020-230, Maringá - PR, portador da cédula de identidade RG nº 9.966.078-3 SSP/PR e CPF/MF sob o nº 080.751.839-59 e CNH nº. 05841112155 DETRAN-PR. RESOLVE por este instrumento particular de Contrato Social, constituir uma Sociedade Empresária Limitada Unipessoal, regulada pelo tipo de Sociedade Limitada, que será regida nos Termos do Código Civil – Lei nº. 10.406/02, Artigos 1052 à 1087, e como norma supletiva à Lei nº. 6.404/76, e especialmente pelas cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA:** A sociedade girará sob o nome empresarial de **LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVIÇOS MEDICOS LTDA**.

**CLÁUSULA SEGUNDA:** A sociedade empresária terá sua sede na Rua Mandaguari, 182, Apt 402, Zona 07 - CEP 87.020-230, Maringá - PR.

**Parágrafo Único:**A Sociedade Empresária poderá a qualquer tempo, por decisão de seu sócio, abrir ou fechar filial ou outra dependência, em qualquer parte do território nacional, mediante alteração contratual assinada pelo sócio.

**CLÁUSULA TERCEIRA:** A sociedade terá por objetivo social o ramo de: **ATIVIDADES MÉDICAS E ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**.

**CLÁUSULA QUARTA:** A Sociedade Empresária terá seu prazo de duração indeterminado e iniciará suas atividades a partir da obtenção do seu registro.

**CLAÚSULA QUINTA:** O capital social é de R\$ 5.000,00 (Cinco mil reais), divididos em 5.000 (Cinco mil) quotas de R\$ 1,00 (um real) cada uma, subscritas e integralizadas, neste ato, em moeda corrente do País, pelos sócios na seguinte forma:

**LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO** integraliza neste ato 5.000 (Cinco mil) quotas, pelo valor de R\$ 5.000,00 (Cinco mil reais), em moeda corrente do País neste ato;

**O Capital Social ficará assim distribuído entre os sócios:**

<b>NOME DOS SÓCIOS</b>	<b>QUOTAS</b>	<b>VALOR R\$</b>	<b>PART. %</b>
<b>LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO</b>	5.000	5.000,00	100
<b>TOTAIS</b>	<b>5.000</b>	<b>5.000,00</b>	<b>100</b>

**CLÁUSULA SEXTA:** As quotas são indivisíveis.

**CLÁUSULA SÉTIMA:** A responsabilidade do sócio unipessoal é restrita ao valor de suas quotas, mas responde solidariamente pela integralização do capital social. (Art. 1.052, CC/2002)

**CLÁUSULA OITAVA:** A Administração da empresa caberá a **LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO**, com os poderes e atribuições de praticar os atos referentes à gestão social, representar a empresa judicial e extrajudicialmente, para fins estranhos ao objeto social, tais como, abonos, avais, fianças, seja a favor da titular, seja a favor de terceiros.

**Parágrafo Primeiro:** Faculta-se ao administrador, nos limites de seus poderes, constituir procuradores em nome da empresa, devendo ser especificado no instrumento de mandato, os atos

**LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVIÇOS MEDICOS LTDA  
CONTRATO SOCIAL**

e operações que poderão praticar, bem como, o seu prazo de duração, que no caso de mandato judicial, poderá ser por prazo indeterminado.

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

**CLÁUSULA NONA:** O administrador fará jus a uma retirada mensal, a título de pró-labore, em valores pelo mesmo estabelecido, independentemente de alteração deste contrato.

**CLÁUSULA DÉCIMA:** O exercício social será encerrado no dia 31 de dezembro de cada ano, quando serão levantados o Balanço Patrimonial, a Demonstração do Resultado do Exercício, e demais demonstrações e relatórios exigidos pelas normas contábeis e pela legislação, cabendo aos sócios na proporção de suas quotas, os lucros ou perdas apuradas.

**CLÁUSULA DÉCIMAPRIMEIRA:** Em caso de falecimento ou interdição do titular, a empresa continuará suas atividades com os herdeiros sucessores e, não sendo possível ou inexistindo interesse destes ou do(s) sócio(s) remanescente(s), o valor de seus haveres será apurado e liquidado com base na situação patrimonial da empresa, na data da resolução, verificada em balanço especialmente levantado.

**Parágrafo único:** O mesmo procedimento será adotado em outros casos em que a empresa se resolva em relação a seu titular.

**CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA:** O administrador declara, sob as penas da lei, 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, ainda que temporariamente) por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, ou contra a economia popular, contra sistema financeiro nacional, contra as normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, fé pública ou a propriedade.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA:** Fica eleito o foro de Maringá/Pr., para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato.

E por estar assim justo e contratado assina o presente instrumento.

Maringá/Pr, 01 de Novembro 2019.

---

**LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO**



MINISTÉRIO DA ECONOMIA  
 Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital  
 Secretaria de Governo Digital  
 Departamento Nacional de Registro Empresarial e Integração

## ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA consta assinado digitalmente por:

Identificação do(s) Assinante(s)	
<b>CPF/CNPJ</b>	<b>Nome</b>
08075183959	LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO



CERTIFICO O REGISTRO EM 11/11/2019 16:38 SOB Nº 41209195201.  
 PROTOCOLO: 196801443 DE 11/11/2019. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:  
 11905213797. NIRE: 41209195201.  
 LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVIÇOS MEDICOS LTDA

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA  
 SECRETÁRIO-GERAL  
 CURITIBA, 11/11/2019  
[www.empresafacil.pr.gov.br](http://www.empresafacil.pr.gov.br)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ



*Américo A. B. Balaz*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

10.742.107-6

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

24/07/2006

NOME

VINICIUS AUGUSTUS BARUSSO BELEZE

FILIAÇÃO

ALCIDES BELEZE FILHO

MARIA ELIZABETE BARUSSO BELEZE

NATURALIDADE

CAMBE/PR

DATA DE NASCIMENTO

15/07/1990

DOC ORIGEM

COMARCA=CAMBE/PR, DA SEDE

C.NASC 13754, LIVRO=69A, FOLHA=29

CPF

CURITIBA PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LUIS FERNANDO V. ARTIGAS  
DIRETOR - BPR

LEI N°7 116 DE 29/08/83

Voltar

Imprimir



## **Certificado de Regularidade do FGTS - CRF**

**Inscrição:** 35.480.513/0001-21  
**Razão Social:** LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO S  
**Endereço:** RUA MANDAGUARI 182 / ZONA 07 / MARINGA / PR / 87020-230

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:** 27/02/2024 a 27/03/2024

**Certificação Número:** 2024022719464219230871

Informação obtida em 05/03/2024 16:16:22

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



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

**Certidão Negativa de Débitos N° 31257/2024**

**Certificamos**, conforme requerido por **LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA**, CPF/CNPJ n° **35.480.513/0001-21**, para fins **DE LICITAÇÃO**, que **NÃO CONSTAM DÉBITOS MUNICIPAIS** (impostos, taxas, contribuições, receitas não tributárias, inscritos em dívida ativa ou não dos Cadastros Mobiliários e Imobiliários) até a presente data em nome de **LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA**, CPF/CNPJ n° **35.480.513 /0001-21**, situado(a) na cidade de Maringá.

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

Emitida em: **06/02/2024**

Válida até: **06/05/2024**

Certidão emitida com base nas normas:

CTN - Código Tributário Nacional

CTM - Código Tributário Municipal

Decreto Municipal n° 1500/2017

Código de Autenticação: **F251D75453183EE6A6D1CB6E3E2349BD**

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



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

## **Certidão Negativa**

de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual  
Nº 032807771-07

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **35.480.513/0001-21**

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 05/06/2024 - 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: LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ: 35.480.513/0001-21**

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 08:55:04 do dia 06/02/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 04/08/2024.

Código de controle da certidão: **206C.7F39.928E.B209**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA  
(MATRIZ E FILIAIS)  
CNPJ: 35.480.513/0001-21  
Certidão nº: 8519118/2024  
Expedição: 06/02/2024, às 09:02:20  
Validade: 04/08/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **35.480.513/0001-21**, **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.

Código de Autenticidade: 70AC3E871656CF85033C2C1012792CAB

		<b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ</b> Estado do Paraná SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA	
Cadastro: 220623	CNPJ/CPF: 35.480.513/0001-21	Protocolo Geral: 15304/2020	02/03/2020, Concede
<b>INSCRIÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS</b>			
LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA			
<b>LOCALIZAÇÃO</b> RUA MANDAGUARI, 182 APT 402 - ZONA 07 Área Construída Utilizada: 0,00 m <sup>2</sup> Área Total Utilizada: 0,00 m <sup>2</sup>		Área de Pátio: 0,00 m <sup>2</sup> Área de Processamento: 0,00 m <sup>2</sup>	<u>Zona / Quadra / Data</u> 07 109 007  <u>Cadastro Imobiliário</u> 7250765
<b>ATIVIDADE</b> PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATIVIDADES MÉDICAS E ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.			
<b>OBSERVAÇÕES</b> ESTA INSCRIÇÃO NÃO DÁ DIREITO A EXECUÇÃO DA REFERIDA ATIVIDADE NO LOCAL ACIMA.			

Expedido em 02/03/2020

Código validador nº 61CD25086

Prezado contribuinte!

1. Juntamente com a "Inscrição de Prestadores de Serviços" está sendo entregue o *código validador* acima descrito. Guarde-o com segurança.
2. O código será requisitado para validação do usuário no primeiro acesso aos sistemas informatizados da Prefeitura, após a solicitação de *senha web*.
3. A *senha web* deverá ser solicitada no endereço eletrônico <https://isse.maringa.pr.gov.br>.
4. Não é necessário a solicitação de *senha web* para empresas que utilizam o *Certificado Digital e-CNPJ*. Neste caso, basta acessar diretamente o sistema pretendido.

Dúvidas, entre em contato através do e-mail: [isseletronico@maringa.pr.gov.br](mailto:isseletronico@maringa.pr.gov.br).  
Procedimento válido a partir de 12/12/2016.

# PODER JUDICIÁRIO

## Comarca de Maringá - Estado do Paraná

### CARTÓRIO DISTRIBUIDOR E ANEXOS

Praça Des. Franco Ferreira da Costa , s/n - CEP 87.013-900 - Telefone: (44) 3029-8871

Site: www.distribuidormaringa.com.br - Email: certidaodistribuidormga@gmail.com

### CERTIDÃO NEGATIVA



Número: 202403041650219810077

**A autenticidade desta certidão poderá ser confirmada no endereço <http://www.distribuidormaringa.com.br>**

**\*\* RUBENS AUGUSTO MONTEIRO WEFFORT \*\***, Distribuidor e anexos da Comarca de Maringá, Estado do Paraná, etc...

C E R T I F I C A, a pedido verbal de parte interessada, que revendo em o Cartório a seu cargo, os livros de registro e distribuição de feitos CÍVEIS, nos mesmos constatou a INEXISTÊNCIA, de quaisquer pedidos de FALÊNCIA, CONCORDATAS E RECUPERAÇÃO JUDICIAL e EXTRAJUDICIAL (Lei nº 11.101/2005) contra:

**LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA**

**CNPJ: 35.480.513/0001-21**

#### Observações:

Não Há.

*\*\*\* Buscas Efetuadas nos Últimos 20 anos.*

*\*\*\* A certidão em nome de PESSOA JURÍDICA considera os processos referentes à matriz e filiais.*

*\*\*\* Esta CERTIDÃO não aponta, ordinariamente, os processos em que a pessoa cujo nome foi pesquisado figura como Autor(a).*

**\*\*\* CERTIDÃO EMITIDA POR PROCESSO ELETRÔNICO COM BASE NA LEI 11.419 DE 19.12.2006. \*\*\***

**\*\*\* EMOLUMENTOS -> VALOR DA CERTIDÃO: R\$ 45,38 = 164 VRC - R\$ 0,91 = ISSQN 2% \*\*\***

O referido é verdade e dá fé.

Maringá, segunda-feira, 4 de março de 2024.

CARTÓRIO DISTRIBUIDOR E ANEXOS DE MARINGÁ/PR  
assinado digitalmente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 9.966.078-3



POLEGAR DIREITO



*Bernardo Henrique Michelletti Botecome*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALID

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 9.966.078-3

DATA DE EXPEDIÇÃO: 30/11/2011

NOME: **LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO**

FILIAÇÃO: VALTER SOTOCORNO

FATIMA APARECIDA MICHELETTI SOTOCORNO

NATURALIDADE: TERRA BOA/PR

DATA DE NASCIMENTO: 02/07/1994

DOC. ORIGEM: COMARCA=TERRA BOA/PR, DA SEDE

C.NASC=9690, LIVRO=28A, FOLHA=61

CPF: 080.751.839-59

CURRTBA/PR

  
NEWTON TADEU ROCHNA  
DIRETOR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

**É PROIBIDO PLASTIFICAR**

VALID



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

# CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

**080.751.839-59**

Nome

**LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO**

Nascimento

**02/07/1994**

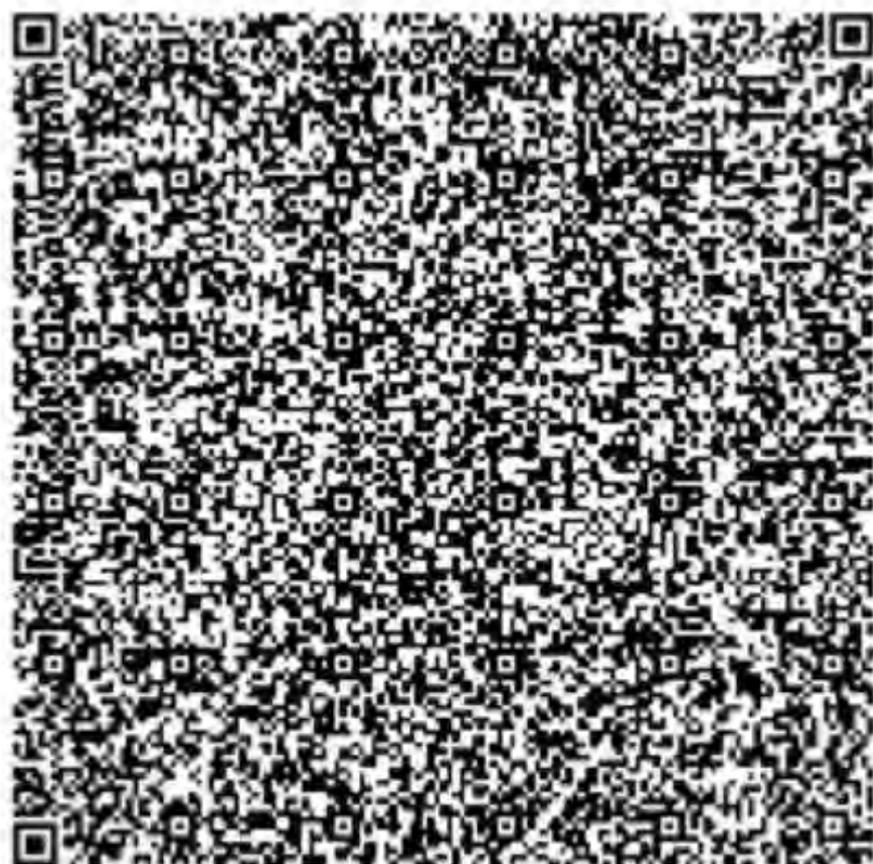




**LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI  
SOTOCORNO**

CNS 709205288452330

CPF 080.751.839-59





HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA  
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



## ATESTADO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

**ATESTO**, que o(a) Dr.(a) **LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO**, CRM N<sup>o</sup> **220372**, concluiu Programa de Residência Médica na área - **OTORRINOLARINGOLOGIA** - Parecer de credenciamento CNRM n<sup>o</sup>: **1743/2021 DE 22/10/2021** no período de **01.03.21** a **29.02.24**, e que seu Certificado de Conclusão encontra-se para registro conforme o estabelecido na Resolução n<sup>o</sup> 06, de 19 de dezembro de 1980, da Comissão Nacional de Residência Médica.

Ribeirão Preto, SP, 01 de março de 2024.

SILVANA MARIA QUINTANA  
Coordenadora da COREME

Hospital das Clínicas FMRP-USP - Centro de Recursos Humanos - Seção de Residência Médica  
Campus Universitário - Monte Alegre - CEP 14048-900 - Ribeirão Preto - SP - Brasil  
Fone: 16-3602-2164 ou 3602-1548 - E-mail: coreme@hcrp.usp.br



**AUTENTICIDADE DO DOCUMENTO** ASSINATURA ELETRONICA - Documento assinado eletronicamente por meio de certificado digital de acordo com as disposições normativas da ICP-Brasil. A autenticação deste documento poderá ser verificada na página: <https://www.hcrp.usp.br/vdd>, informando os dados ao lado.

Identificador: **14TRVLRVCV** Senha: **68620**



# Universidade Estadual de Maringá

RECONHECIDA PELO DECRETO FEDERAL N.º 77.583, DE 11/05/76, PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 12/05/76  
MARINGÁ - PARANÁ

O Reitor da Universidade Estadual de Maringá,  
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina  
no ano letivo de 2019, confere o título de

## Médico

à

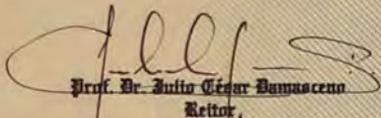
# Leonardo Henrique Micheletti Sotocorno

brasileiro, natural do Estado do Paraná, nascido no dia 02 de julho de 1994

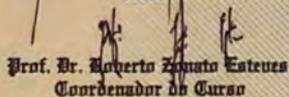
R.G. n.º 9.966.078-3 - PR

e considerando o termo de Colação de Grau lavrado no dia 16 de dezembro de 2019, outorga o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

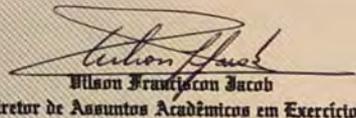
Maringá, 16 de dezembro de 2019.



Prof. Dr. Julio César Damasceno  
Reitor



Prof. Dr. Roberto Zanato Esteves  
Coordenador do Curso



Wilson Francisco Jacob  
Diretor de Assuntos Acadêmicos em Exercício

Leonardo H. M. Sotocorno  
Leonardo Henrique Micheletti Sotocorno  
Diplomado



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, mantida pela Superintendência Geral de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior do Estado do Paraná - CNPJ: 77.046.951/0001-26. Curso de Graduação em MEDICINA, reconhecido pela Portaria Ministerial nº 871 de 21/07/1995, publicada no D.O.U. de 24/07/1995 e renovado pelo Decreto Estadual nº 12.598 de 21/11/2014, publicado no D.O.E. de 24/11/2014.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
REITORIA - PRÓ-REITORIA DE ENSINO



Diretoria de Assuntos Acadêmicos  
Divisão de Registro de Diplomas

DIPLOMA REGISTRADO sob

Nº: 2563/2019

Livro: RG-212

Fls: 036

Processo: 2567/2019

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

Maringá, 16 de dezembro de 2019.

Prof. Dr. Julio César Damasceno  
Reitor





# CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - PARANÁ

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

**NOME**

LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI  
SOTOCORNO

**CRM/UF**

43481/PR

**FILIAÇÃO**

FATIMA APARECIDA MICHELETTI  
SOTOCORNO  
VALTER SOTOCORNO

**DATA DE INSCRIÇÃO**

17/12/2019

**VIA**

01

*Leonardo H M Sotocorno*

ASSINATURA DO PORTADOR



CPF

080.751.839-59

IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR

9966078-3 / SSP-PR

TÍTULO DE ELEITOR

095983320655

SEÇÃO

0009

ZONA

173

DATA DE NASCIMENTO

02/07/1994

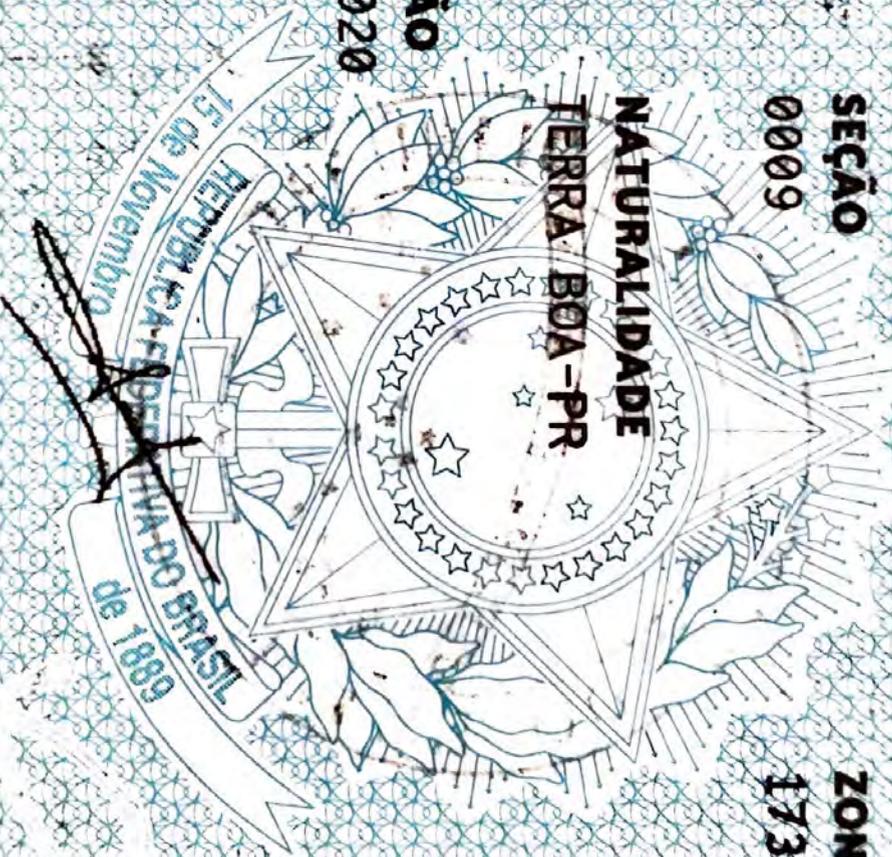
NATURALIDADE

TERRA BOA-PR

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO

CURITIBA-PR 12/02/2020

441780



ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER EFEITO DE ACORDO COM A LEI 6.206/75.



## Contatos

Celular: 44999937747 

Email: leo.hms94@gmail.com 



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERRA BOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
DIVISAO DE VIGILANCIA SANITARIA  
RUA PRES.TANCREDO NEVES, 240 - CENTRO  
Terra Boa - PR - CEP: 87240-000  
Fone: (44) 3641-8000 - Fax: (44) 3641-1687  
WWW.TERRABOA.PR.GOV.BR - VIGSATERRABOA@HOTMAIL.COM



A Vigilância Sanitária no uso de suas atribuições e de acordo a Legislação vigente, concede ao estabelecimento a presente.

# LICENÇA SANITÁRIA N° 207/24

**Razão Social:** CENTRO DE ESPECIALIDADES KELLY CRISTINA ROCHA

**Nome Fantasia:**

**CNPJ/CPF:** 75.793.786/0001-40

**Endereço:** RUA VALÊNCIA, N° 79

**Bairro:** CENTRO

**Município:** Terra Boa

**Ramos de Subclasse:**

8630-5/03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

**Responsável Legal:** LEUKTEMBERGG MENEGHETTI DA COSTA

**CPF:** 019.978.389-66

**Data de Emissão:** 22/02/2024

**Vencimento:** 22/02/2025

**Observações:**

*Anderson Bazarin*  
Anderson Leandro Ap. Bazarin  
Chefe da divisão de Vigilância Sanitária  
Portaria 496/2021

Responsável pela Vigilância Sanitária

1 - ESTE DEVE SER AFIXADO EM LOCAL VISÍVEL AO PÚBLICO. (Art. 166 - Código de Saúde do Paraná)

2 - O ESTABELECIMENTO, MESMO COM A LICENÇA SANITÁRIA DEVIDAMENTE REGULARIZADA, PODE SOFRER AUTUAÇÃO OU INTERVENÇÃO DE OUTROS ÓRGÃOS DAS ESFERAS FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL, QUE TÊM INTERFACE COM O SUS E POSSUAM ATRIBUIÇÃO ESPECÍFICA PARA INTERCEDER NO ESTABELECIMENTO. (Art. 167 do Código de Saúde do Paraná)

Responsável pela Iluminação Pública Municipal 4476418000

Classificação:  
 RESIDE/RESIDENCIAL

Tipo de Fornecimento  
 BIFASICO / 50A

**VALTER SOTOCORNO**  
 R ADRIANO FRANCO, 27

CEP: 87240000  
 Cidade: TERRA BOA - PR  
 CPF: 93806497920



UNIDADE CONSUMIDORA

**25718339**

▲ CÓDIGO DEBITO AUTOMÁTICO ▲

CÓDIGO DO CLIENTE

**25297725**

PAGUE COM PIX

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR <small>AS 11 E 23 107</small>
03/2024	26/03/2024	R\$ 329,15

NOTA FISCAL No 88997934 - SERIE 3 / DATA EMISSAO 07/03/2024

Consulte Chave de Acesso em  
<https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/nf3eConsulta?wsdl>  
 Chave de acesso:  
 41240304368999000106660030889979342079133216  
 Protocolo de Autorização: - 88 +00 00  
 EMITIDA EM CONTINGENCIA - Pendente de Autorização



**DATAS DE LEITURAS**

Leitura Anterior	Leitura Atual	N. Dias	Proxima Leitura
06/02/2024	07/03/2024	30	05/04/2024

Itens da Fatura	Unidade	Quantidade	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS / COFINS	ICMS	Tarifa unit (R\$)
(01) CONSUMO	kWh	334	0,388692	129,79	6,62	23,36	0,302140
(02) USO SISTEMA	kWh	334	0,422306	141,06	6,99	26,39	0,328370
(03) CONT ILUMIN				33,31			
(04) DOACAO LBV				25,00			
TOTAL				329,16			

Legenda: (01) ENERGIA ELET CONSUMO | (02) ENERGIA ELET USO SISTEMA | (03) CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPIO | (04) DOACAO LBV-0800 0556099

CONSUMO FATURADO		No DIAS FAT	Tributo	Base Calc (R\$)	Aliquota (%)	Valor R\$	
CONSUMO	FEV 24	362	29	ICMS	270,84	18,00	48,75
	JAN 24	478	32	PIS	222,08	0,92	2,04
	DEZ 23	190	30	COFINS	222,08	4,27	9,47
	NOV 23	204	32				
	OUT 23	211	30				
	SET 23	148	29				
	AGO 23	166	32				
	JUL 23	167	31				
	JUN 23	117	29				
	MAI 23	146	32				
	ABR 23	161	29				
	MAR 23	194	30				

Reservado ao Fisco  
 150B B6E7 6F69 3228 8FC1 DDC3 8D92 6DD6

Medidor	Grandezas	Postos Horarios	Leitura Anterior	Leitura Atual	Const Medidor	Consumo kWh
0391032641	kWh	-	7998	8332	1,00	334

**REAVISO DE VENCIMENTO**

O debito sujeita ao corte a partir de 23/03/2024. O contrato sera encerrado se mantido 3 meses em corte, alem das demais cobranças conforme legislação. Valores de atividades acessórias podem ser excluidos. Eventual reaviso anterior permanece valido. Se pago, desconsidere.		Referencia	Valor
		02/2024	376,07

INCLUSO NA FATURA PIS R\$ 2,04 E COFINS R\$ 9,47, CONFORME RES. ANEEL 130/2005  
 DIGA NAO A VIOLENCIA CONTRA A MULHER. DENUNCIE LIGUE 181  
 A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados a prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações.  
 DEBITOS: 02/2024 R\$ 376,07  
 Períodos Band Tarif.: Verde 07/02-07/03

836900000032 291501110006 001010002453 967913321378

Beneficiário:	Data do documento: 07/03/2024	Carteira:	Especie:
Local Pagamento:	Ag/Cod. Beneficiário		
Encargos por atraso serão cobrados na próxima fatura			
No Documento: 20245987913321	Nesse Numero:	UNIDADE CONSUMIDORA: 25718339	DATA VENCIMENTO: 26/03/2024
Pagador: VALTER SOTOCORNO CPF: 93806497920 - R ADRIANO FRANCO, 27 - CENTRO - TERRA BOA - PR - 87240000			VALOR DO DOCUMENTO: 329,16

836900000032 291501110006 001010002453 967913321378  
 Numero da fatura: 01-20245987913321-37



[Todas](#)

BUSCAR

**Leonardo Henrique Micheletti Sotocorno****CRM:** 43481-PR**Data de Inscrição:** 17/12/2019**Primeira inscrição na UF:** 17/12/2019**Inscrição:** Principal**Situação:** Regular**Inscrições em outro estado:** SP/220372 (Ativo)**Especialidades/Áreas de Atuação:**

OTORRINOLARINGOLOGIA - RQE Nº: 34342

**Endereço:** Exibição não autorizada pelo médico.**Telefone:** Exibição não autorizada pelo médico.

Pág. 1

1 registros encontrados

## 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: 53.861.930/0001-04  
Razão Social: CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA  
E-mail: anderson@beticonsultoria.com  
Telefone: 44991090908  
Banco: SICOOB METROPOLITANO  
Conta: 342.835-4  
Agência: 4340-0  
Tipo Conta: 1

#### Credenciamento:

Data Inicio: 01/01/2024 08:00

Data Encerramento: 01/08/2024 17:00

#### Níveis cadastrados:

---

#### I - Credenciamento

#### II - Habilitação Jurídica

Cartao CNPJ: doc.pdf

Ato constitutivo: doc1.pdf

Documento dos sócios: doc1.pdf

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

Licença Sanitária: doc1.pdf

Cartao CNPJ: doc1.pdf

#### III - Regularidade Fiscal e Trabalhista

**Certidão Municipal: 872 - Data Emissão: 2024-03-07 - Data Vencimento: 2024-04-07**

**Certidão Estadual: 873 - Data Emissão: 2024-03-07 - Data Vencimento: 2024-07-05**

**Certidão Federal: 874 - Data Emissão: 2024-03-07 - Data Vencimento: 2024-09-03**

**Certidão Trabalhista: 875 - Data Emissão: 2024-03-07 - Data Vencimento: 2024-04-07**

**Certidão FGTS: 876 - Data Emissão: 2024-03-07 - Data Vencimento: 2024-04-07**

#### **IV - Capacidade Técnica**

**Orgao: CRP - Quantitativo: 1 Un.**

#### **V - Proposta**

**Categoria: PSICOLOGIA - Procedimento: TERAPIA INDIVIDUAL - Valor: R\$ 21 - Qtd: 1200**

**Categoria: PSICOLOGIA - Procedimento: ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA - Valor: R\$ 21 - Qtd: 500**

#### **VI - Profissionais**

**Nome: ANDRESSA CAROLINE PAULINO ZADI - Especialidade : PSICOLOGA - CPF: 069.373.649-62**

---

**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: 14/03/2024 12:05:28**

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

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

**ANEXO I**  
**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA**

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

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS ATUANTES DA ÁREA DA SAÚDE divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CISCOMCAM objetivando a prestação de serviços nos termos do chamamento público. Declaro que a interessada cumpre e acata as normas estabelecidas no edital de credenciamento, que estou plenamente ciente do teor e da extensão deste documento, bem como que cumpro os requisitos de habilitação, conforme documentos apresentados em anexo.

**Razão Social:** CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA

**Nome Fantasia:** CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA

**CNPJ nº:** 53.861.930/0001-04

**Inscrição Estadual:**

**Micro Empresa:** ( ) Não ( X ) Sim

**Optante Simples:** ( ) Não ( X ) Sim

**Número do CNAE Nacional:** 8650-0/03 **Descrição:** Atividades de psicologia e psicanálise

**Endereço:** Rua Joao Pessoa, 521

**Município:** Araruna **UF:** PR

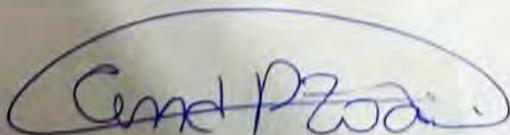
**CEP:** 87260-000

**Telefone Comercial:** ( 44 ) 99857-1358 **Telefone Celular:** ( 44 ) 99857-1358

**DADOS BANCÁRIOS:**

<b>BANCO:</b> SICOOB	<b>CÓDIGO DO BANCO:</b> 756	<b>AGÊNCIA:</b> :4340-0
<b>TIPO DE CONTA:</b> CORRENTE	<b>OPERAÇÃO:</b>	<b>Nº DA CONTA:</b> 342.835-4
<b>CIDADE E UF DA AGENCIA:</b> MARINGA - PR		

<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>	<b>REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR</b>	<b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF</b>
ANDRESSA CAROLINE PAULO ZADI	10.326.309-6 SSP PR	069.373.649-62



ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE
PSICOLOGIA/PSICANALISE	SESSÕES INDIVIDUAS DE PSICOLOGIA	1200
TERAPIA	SESSÕES INDIVIDUAS DE TERAPIA	500

**PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
ANDRESSA CAROLINE PAULO ZADI	069.373.649-62	10.326.309-6 SSP PR	ANDERSON@BE TISCONSULTORI A.COM	( 44 ) 99857-1358

**RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO**

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
ANDRESSA CAROLINE PAULO ZADI	069.373.649-62	10.326.309-6 SSP PR	ANDERSON@BE TISCONSULTORI A.COM	( 44 ) 99857-1358

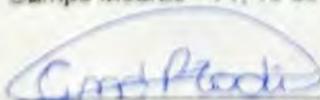
**ESPECIALIDADES**

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
ANDRESSA CAROLINE PAULO ZADI	PSICOLOGIA, PSICANALISE E TERAPIA

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

CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA	INSERIR ENDEREÇO DO LOCAL DE ATENDIMENTO RUA JOAO PESSOA, 521, CENTRO – ARARUNA – PR
--------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

Campo Mourão – Pr, 18 de março de 2024.



ANDRESSA CAROLINE PAULO ZADI  
CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA  
Nº CNPJ53 861 930/0001-04 A  
ANDRESSA CAROLINE PAULO ZADI  
CPF: 069.373.649-62  
RG: 10.326.309-6

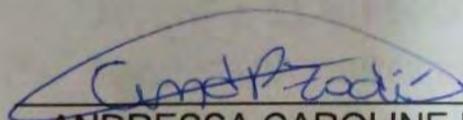
**ANEXO II**  
**DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

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

A empresa CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA inscrita no CNPJ sob nº 53.861.930/0001-04, sediada na Rua João Pessoa, nº 521, centro, na cidade de Araruna, no Estado do Paraná, através representante legal, ANDRESSA CAROLINE PAULO ZADI CPF: 069.373.649-62 RG: 10.326.309-6, declara, sob as penas da Lei, que:

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

Campo Mourão, 18 de março de 2024



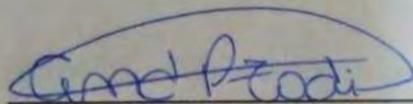
ANDRESSA CAROLINE PAULO ZADI  
CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA  
Nº CNPJ: 53.861.930/0001-04  
ANDRESSA CAROLINE PAULO ZADI  
CPF: 069.373.649-62  
RG: 10.326.309-6

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO  
IMPEDITIVO

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

A empresa CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA inscrita no CNPJ sob nº 53.861.930/0001-04, sediada na Rua João Pessoa, nº 521, centro, na cidade de Araruna, no Estado do Paraná, através representante legal, ANDRESSA CAROLINE PAULO ZADI, CPF: 069.373.649-62 RG: 10.326.309-6, 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, 18 de março de 2024



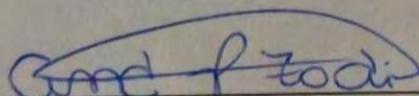
ANDRESSA CAROLINE PAULO ZADI  
CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA  
Nº CNPJ: 53.861.930/0001-04  
ANDRESSA CAROLINE PAULO ZADI  
CPF: 069.373.649-62  
RG: 10.326.309-6

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

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

Eu, ANDRESSA CAROLINE PAULO ZADI, devidamente inscrita no CPF: 069.373.649-62 E RG: 10.326.309-6, Representante legal da CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 53.861.930/0001-04 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, 18 de março de 2024



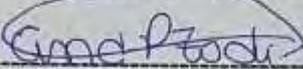
ANDRESSA CAROLINE PAULO ZADI  
CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA  
Nº CNPJ: 53.861.930/0001-04  
ANDRESSA CAROLINE PAULO ZADI  
CPF: 069.373.649-62  
RG: 10.326.309-6

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 BEM ESTAR PAULINO 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, 18 de março de 2024

  
\_\_\_\_\_

ANDRESSA CAROLINE PAULO ZADI  
CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA  
Nº CNPJ: 53.861.930/0001-04  
ANDRESSA CAROLINE PAULO ZADI  
CPF: 069.373.649-62  
RG: 10.326.309-6



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>53.861.930/0001-04</b> MATRIZ	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>	DATA DE ABERTURA <b>08/02/2024</b>	
NOME EMPRESARIAL <b>CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA</b>			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) <b>CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA</b>		PORTE <b>ME</b>	
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>86.50-0-03 - Atividades de psicologia e psicanálise</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS <b>Não informada</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>206-2 - Sociedade Empresária Limitada</b>			
LOGRADOURO <b>R RUA JOAO PESSOA</b>	NÚMERO <b>521</b>	COMPLEMENTO <b>*****</b>	
CEP <b>87.260-000</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>CENTRO</b>	MUNICÍPIO <b>ARARUNA</b>	UF <b>PR</b>
ENDEREÇO ELETRÔNICO <b>ANDERSON@BETISCONSULTORIA.COM</b>		TELEFONE <b>(44) 9109-0908/ (0000) 0000-0000</b>	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) <b>*****</b>			
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>08/02/2024</b>	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL <b>*****</b>		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL <b>*****</b>	

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

Emitido no dia **08/02/2024** às **15:56:54** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

# CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA

## CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA

Pelo presente instrumento particular de Contrato Social:

**VALDERENE TOIGO PAULINO**, BRASILEIRA, VIÚVO(A), EMPRESÁRIA, nascido(a) em 28/06/1944, nº do CPF 018.986.739-69, residente e domiciliada na cidade de Araruna - PR, na RUA JOAO PESSOA, nº 521, CENTRO, CEP: 87260-000;

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

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

A sociedade adotará como nome empresarial: **CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA**, e usará a expressão CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA como nome fantasia.

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

A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: RUA RUA JOAO PESSOA, nº 521, CENTRO, Araruna - PR, CEP: 87260000.

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

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

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

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 29/01/2024 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\$ 1.000,00 (um mil reais), dividido em 1000 quotas, no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, formado por R\$ 1.000,00 (um mil reais) em moeda corrente no País

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

Nome dos Sócios	Qtd Quotas	Valor Em R\$	%
VALDERENE TOIGO PAULINO	1000	1.000,00	100,00
TOTAL:	1000	1.000,00	100,00

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

A administração da sociedade será exercida ISOLADAMENTE pelo não sócio **ANDRESSA CAROLINE PAULINO ZADI**, BRASILEIRA, CASADO(A), Comunhão Parcial, psicóloga, nascido(a) em 05/10/1989, nº do CPF 069.373.649-62, residente e domiciliada na cidade de Araruna - PR, na RUA joao pessoa, nº 521, centro, CEP: 87260-000, que fará parte da administração, com os poderes e atribuições de representar a empresa ativa e passivamente, judicial ou extrajudicialmente, podendo praticar todos os atos compreendidos no objeto social, autorizado o uso do nome empresarial, sempre no interesse da empresa, ficando vedado, entretanto, em negócios estranhos aos fins sociais em assuntos de interesse da empresa, podendo assinar quaisquer documentos de comum acordo em todos os órgãos públicos, contrair empréstimos em estabelecimentos bancários.

**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,

## CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA

### CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA

---

cabendo ao(s) sócio(s), os lucros ou perdas apuradas.

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

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

#### **CLÁUSULA IX - DO PRÓ LABORE**

Os sócios poderão, de comum acordo, fixar uma retirada mensal, a título de pro labore para os sócios administradores, observadas as disposições regulamentares pertinentes.

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

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

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

Retirando-se, falecendo ou 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 - DO FORO**

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

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

Araruna - PR, 29 de janeiro de 2024

---

ANDRESSA CAROLINE PAULINO ZADI  
Administrador

---

VALDERENE TOIGO PAULINO  
Sócio



## ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
01898673969	VALDERENE TOIGO PAULINO



CERTIFICO O REGISTRO EM 08/02/2024 14:10 SOB Nº 41212276801.  
PROTOCOLO: 240667735 DE 07/02/2024.  
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12401898019. CNPJ DA SEDE: 53861930000104.  
NIRE: 41212276801. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 29/01/2024.  
CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA

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

TALÃO No. 19

PÁGINA No. 10  
Processo No. 25504  
TOSHIO OYAMA  
Mtr. 000000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DO PARANÁ  
REGISTRO CIVIL



COMARCA, MUNICÍPIO E DISTRITO DE CAMPO MOURAOS

Joaõ Pacheco Gomes  
Oficial Vitalício

Ana Maria Colledan  
Escrivente Juramentada

CASAMENTO N.º 1046

CERTIFICO que, a fls. 138V do livro n.º B 12 de registro de casamentos, foi lavrado hoje o assento de casamento de

"" DIDIMO FERREIRA PAULINO e VALDEIRENE TOIGO ""

contraído perante o Juiz Substituto Dr. Wilsson Willy e as testemunhas Nadl. Ferreira Paulino, casado, de comercio, Valdeair Toigo, solteiro, comerciante, Anita Sartori Toigo, casada, doméstica, residentes nesta cidade

Ele, nascido em S. Pedro de União - c/ de Jacuí - Minas Gerais, aos 25 de janeiro de 1.934, solteiro, brasileiro, com 35 anos de idade, comerciante, residente em Araruna - Estado do Paraná, filho de: - ANI-CETO FERREIRA PAULINO e ALTA MARIA DE JESUS, brasileiros, naturais de Minas Gerais, ambos já falecidos.

Ela, nascida em Agua Doce - c/ de Jacóba - Santa Catarina, aos 28 de junho de 1.944, solteira, brasileira, doméstica, com 25 anos de idade residente em Araruna - Estado do Paraná, filha de: - ALVARO TOIGO e TEREZA-ZANATTA TOIGO, brasileiros, naturais do Rio Grande do Sul - casadas, residentes em Araruna - Estado do Paraná.

a qual passou assinar-se "" VALDEIRENE TOIGO PAULINO ""

Foram apresentados os documentos a que se refere o art. 180 Ns. 12 e 14 de Código Civil Brasileiro.

Observações: "" CASADOS SOB O REGIMEN DE COMUNHAO DE BENS ""

Joaõ Pacheco Gomes

OFFICIAL DO REGISTRO CIVIL

O referido é verdade e dou fé.

CAMPO MOURAOS - Campo Mourão, 22 de janeiro de 1970

Ana Maria Colledan  
OFICIAL Substituto

**SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL CIVIL NIZA  
MUNICÍPIO DE ARARUNA**



**ÓBITO Nº 1.747**

CERTIFICO, que as folhas 143, do ~~livro C-06~~ de Registro de óbitos, foi lavrado hoje o assento de "**DIDIMO FERREIRA PAULINO**", falecido(a) aos seis dias do mês de Agosto do ano de dois mil e seis (06-08-2006), as 06:50, horas, em domicílio, conforme DO. nº 06876463, arquivada as folhas 292/003, do sexo: **Masculino**, residente e domiciliado na Rua Duque de Caxias-171, nesta cidade, estado civil: **casado**, profissão: **agricultor/aposentado**, nascido em São Pedro da União -MG., aos 25-01-1934, contava com 72 anos de idade, filho(a) de: **ANICETO FERREIRA PAULINO** e **ALTA MARIA DE JESUS**, falecidos. Foi declarante: **Alessandra Aparecida Paulino Zadi**, (filha do falecido), portador(a) da CIRGPR. 5.855.404-9. O atestado foi firmado pela Dr<sup>a</sup>. **Luana Graziela Batista-CRM.23282-PR**, que deu como causa morte: **PARADA CARDIO RESPIRATORIA, IAM e HIPERTENÇÃO ARTERIAL SISTEMICA**. O seu sepultamento foi feito no Cemitério Municipal desta cidade. Deixa viúva a Sr<sup>a</sup> **VALDERENE TOIGO PAULINO**, conforme Certidão de Casamento nº 4946, fls. 138 verso, lvº B-12 do C.R.C de Campo Mourão-PR., e as filhas: **ALESSANDRA** e **JULIANA**, com 33 e 28 anos respectivamente. Portador da CIRGPR. 984.956, CIC. 123 428 239-91, TE. 20494540680 da ZEPR. 74- Seção 13, deste Município. Não deixou bens a inventariar, nem testamento conhecido. Isento de custas na forma da Lei de Gratuidade. As demais informações são ignoradas pela Declarante.\*\*\*\*\*

O referido é verdade e dou fê.  
Araruna - PR., 07 de Agosto de 2006.

1.ª VIA

*Lillian Malaco*  
Lillian Malaco  
Esc. Autorizada - Port. 09/92



CNPJ 78.184.470/0001-40  
COMARCA DE PEABIRU - ESTADO DO PARANÁ -  
JOANA AUGUSTA JANI NIZA  
ESCREVENTE AUTORIZADA

VALDOMIRO MOREIRA NIZA  
TITULAR - CPF 011.626.919-72  
RUA DUQUE DE CAXIAS, 630 - Caixa Postal nº 99 - CEP 87260-000  
SÔNIA REGINA MALACO LANÇA  
ESCREVENTE SUBSTITUTA

E-mail: [srml\\_sonia@yahoo.com.br](mailto:srml_sonia@yahoo.com.br)  
LILLIAN MALACO  
ESCREVENTE AUTORIZADA  
FONE/FAX (44) 3562-1461



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

VALDIRENE TOIGO PAULINO

Ng de Inscrição

018986739-69

Data do Nascimento

28/06/44



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura

*Valdirene Toigo Paulino*

VALDIRENE TOIGO PAULINO

S  
E  
R  
P  
R  
O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 30/10/94

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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

**RG: 1.404.739-5**



POLEGAR DIREITO



*Valdirone Boigo Paulino*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CITVA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **1.404.739-5**

DATA DE EXPEDIÇÃO: 02/02/2019

NOME: **VALDERENE TOIGO PAULINO**

FILIAÇÃO: ALVARO TOIGO

TEREZA ZANATTA TOIGO

NATURALIDADE: JOAÇABA/SC

DATA DE NASCIMENTO: 28/06/1944

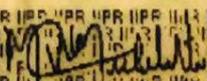
**IDOSO**

DOC. ORIGEM: COMARCA=PEABIRU/PR, ARARUNA

C.CAS=4946, LIVRO=12B, FOLHA=138

CPF: 018.986.739-69

CURITIBA/PR

  
MARCUS VINICIUS DA COSTA MICHELOTTO  
DIRETOR

**É PROIBIDO PLASTIFICAR**

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

813-19-00135

VALID

## 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 BEM ESTAR PAULINO LTDA NIRE : 41212276801 Natureza Jurídica: Sociedade Empresária Limitada			Protocolo: PRC2419975365		
NIRE (Sede) 41212276801	CNPJ 53.861.930/0001-04	Data de Ato Constitutivo 08/02/2024	Início de Atividade 29/01/2024		
Endereço Completo Rua JOAO PESSOA, Nº 521, CENTRO - Araruna/PR - CEP 87260-000					
Objeto Social Atividades de psicologia e psicanalise;					
Capital Social R\$ 1.000,00 (mil reais) Capital Integralizado R\$ 1.000,00 (mil reais)		Porte ME (Microempresa)		Prazo de Duração Indeterminado	
Dados do Sócio					
Nome VALDERENE TOIGO PAULINO	CPF/CNPJ 018.986.739-69	Participação no capital R\$ 1.000,00	Espécie de sócio Sócio	Administrador N	Término do mandato Indeterminado
Dados do Administrador					
Nome ANDRESSA CAROLINE PAULINO ZADI	CPF 069.373.649-62	Término do mandato Indeterminado			
Último Arquivamento			Situação		
Data 08/02/2024	Número 20240667670	Ato/eventos 315 / 315 - ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA	ATIVA Status SEM STATUS		

Esta certidão foi emitida automaticamente em 19/03/2024, às 21:16:38 (horário de Brasília).  
Se impressa, verificar sua autenticidade no <https://www.empresafacil.pr.gov.br>, com o código **NSMCTPAS**.



PRC2419975365

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA  
Secretário(a) Geral

### Identificação do Contribuinte - CNPJ Matriz

CNPJ: **53.861.930/0001-04**

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

Nome Empresarial: **CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA**

### Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **Optante pelo Simples Nacional desde 08/02/2024**

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

[+ Mais informações](#)

### Períodos Anteriores

Opções pelo Simples Nacional em Períodos Anteriores: **Não Existem**

Enquadramentos no SIMEI em Períodos Anteriores: **Não Existem**

### Eventos Futuros (Simples Nacional)

**Não Existem**

### Eventos Futuros (SIMEI)

**Não Existem**

### Informações de Períodos como MEI Transportador Autônomo de Cargas

**Não Existem**

[Voltar](#)

[Gerar PDF](#)



ESTADO DO PARANÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE  
ARARUNA  
DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO

Empresa ►► Fácil

# ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO PROVISÓRIO

Número 98

**Nome Fantasia:** CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA

**Razão Social:** CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA

**CNPJ:** 53.861.930/0001-04

**Atividade Principal:** 8650-0/03 - Atividades de psicologia e psicanálise (Exerce no endereço)

**Atividade(s) Secundária(s):**

**Município:** Araruna **Endereço:** RUA JOAO PESSOA, 521, CENTRO

**CEP:** 87260000

**Local e data:** Araruna, quinta, 08 de fevereiro de 2024

**Validade:** 180 dias

**LUIZ CARLOS ZAVATIN**

Departamento de Tributação

Código de Autenticidade: **5S54XKGZ**

EMITIDO ELETRONICAMENTE PELO EMPRESA FÁCIL PARANÁ

Esse documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial

Situação de Regularidade do Empregador

Inscrição (CNPJ ou CEI): 53.861.930/0001-04

Empregador não cadastrado.

Para cadastrá-lo dirija-se a uma das [Agências da CAIXA](#) munido dos documentos de constituição da empresa.

[Voltar](#)

O uso destas informações para os fins previstos em lei deve ser precedido de verificação de autenticidade no site da Caixa: [www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

**Certificado de Regularidade do FGTS - CRF**

**Inscrição** : 53861930/0001-04  
**Razão Social** : CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA  
**Nome Fantasia** : CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA  
**Endereço** : RUA JOAO PESSOA 521 / CENTRO / ARARUNA / PR / 87260-000

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

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

**Validade:** 01/04/2024 a 30/04/2024

**Certificação Número:** 2024040115203361397942

Informação obtida em 01/04/2024, às 15:20:33.

**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)**



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUNA

ESTADO DO PARANÁ

75.359.760/0001-99, RUA PREFEITO HERMES CAMPOS TEIXEIRA, Nº 390

CEP: 87260-000 ARARUNA

## CERTIDAO NEGATIVA DE DÉBITOS POR CONTRIBUINTE Nº 720 / 2024

**CERTIFICAMOS**, conforme requerido por CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA, CPF/CNPJ nº 53.861.930/0001-04, para fins **FINS DE DIREITO**, 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 **CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA** CPF/CNPJ nº **53.861.930/0001-04**, situado(a) na cidade de Araruna.

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

CÓDIGO DE AUTENTICIDADE:

C55BD12A195BA84B67D2FCB497EA7DD0

**A PRESENTE CERTIDÃO TERÁ VALIDADE DE 30 DIA(S)**

ARARUNA - PR, quinta-feira, 7 março, 2024

FUNCIÓNÁRIO:



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

## **Certidão Negativa**

de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual  
Nº 033011353-93

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **53.861.930/0001-04**

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 05/07/2024 - 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 BEM ESTAR PAULINO LTDA**  
**CNPJ: 53.861.930/0001-04**

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 12:53:32 do dia 07/03/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 03/09/2024.

Código de controle da certidão: **E218.5952.32D6.143B**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 53.861.930/0001-04

Certidão n°: 20634532/2024

Expedição: 27/03/2024, às 11:59:25

Validade: 23/09/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o n° **53.861.930/0001-04**, **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.



IDENTIDADE PROFISSIONAL DE PSICOLOGO

CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL  
LEI Nº 5786/71  
CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA

REGIÃO	INSCRIÇÃO	DATA DE INSCRIÇÃO
8ª	CRP-08/23049	02/04/2016
JURISDIÇÃO	VIA	
ESTADO DO PARANÁ	1ª	
NOME		
ANDRESSA CAROLINE PAULINO ZADI		
FILIAÇÃO		
ADEMIR ZADI ALESSANDRA APARECIDA PAULINO ZADI		
NACIONALIDADE		
ARARUNA/PR		
NACIONALIDADE	DATA NASCIMENTO	
BRASILEIRA	05/10/1989	
LOCAL DE EXPEDIÇÃO	DATA DE EXPEDIÇÃO	
CURITIBA - PR	09/06/2018	
ASSINATURA DO CHAMBELE MECÂNICA DO CRP		
Psic. João Baptista Fortes de Oliveira		

CPF	POLEGAR	
069.373.649-62		
R.G.	DATA EXPEDIÇÃO	U.F.
10.326.309-3-IIPR	29/03/2005	PR
OBSERVAÇÃO		
ASSINATURA DO PSICOLOGO		

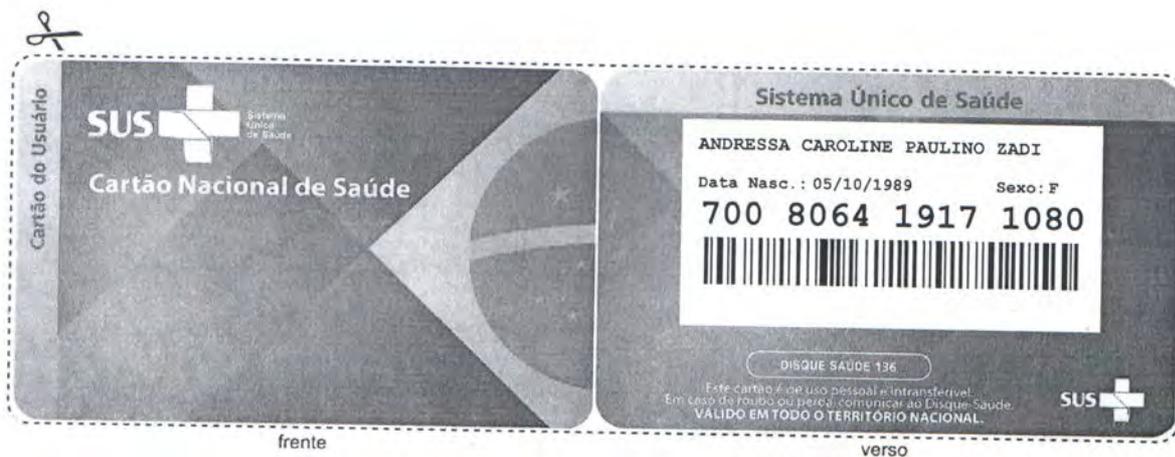
VALIDA EM TODO O PAÍS COMO DOCUMENTO DE IDENTIDADE (LEI 8298-75)





### Cartão Nacional de Saúde - CNS

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



frente

verso



VIPNET INTERNET  
10.728.280/0001-02  
AV PRESIDENTE VARGAS, 611 - ANDAR: 2º  
CENTRO  
87260-000 - ARARUNA - PR



P  
I  
X  
-  
P  
A  
G

Recibo do Pagador



748-X

74891.12321 07784.207263 63547.171049 9 95350000006990

Beneficiário VIPNET INTERNET		CPF/CNPJ Beneficiário 10.728.280/0001-02	Ag/Cod. Beneficiário 0726.63.54717	Vencimento 15/11/2023
Pagador ANDRESSA CAROLINE PAULINO ZADI / 069.373.649-62 / RUA JOAO PESSOA, 521, CENTRO / 87260-000 - ARARUNA - PR			Nº documento 9645	Nosso número 23/207784-2
Espécie R\$	Quantidade	Valor	(-) Descontos / Abatimentos	(=) Valor Documento R\$ 69,90
Demonstrativo		(-) Outras deduções	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado
(+) SCM VIP-50MEGAS-PROMOCIONAL -15/10/2023 até 14/11/2023 - R\$ 69.90				Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



748-X

74891.12321 07784.207263 63547.171049 9 95350000006990

Local de pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 15/11/2023
Beneficiário VIPNET INTERNET / CNPJ: 10.728.280/0001-02					Agência/Código beneficiário 0726.63.54717
Data do documento 16/10/2023	Nº documento 9645	Espécie doc. DM	Aceite N	Data processamento 16/10/2023	Nosso número 23/207784-2
Uso do banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento R\$ 69,90
Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário <b>APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA FIXA DE 2% MAIS MORA DE 1% AO MÊS ESSE BOLETO NÃO QUITA DÉBITOS ANTERIORES EVITE SER BLOQUEADO... Após 10 (dez) dias de atraso o sinal é BLOQUEADO automaticamente.... (+) SCM VIP-50MEGAS-PROMOCIONAL -15/10/2023 até 14/11/2023 - R\$ 69.90</b>					(-) Desconto
					(-) Outras Deduções / Abatimento
					(+) Mora / Multa / Juros
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador ANDRESSA CAROLINE PAULINO ZADI / 069.373.649-62 RUA JOAO PESSOA, 521, CENTRO 87260-000 - ARARUNA - PR					Cód. Baixa

Beneficiário Final

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação





**FACULDADE UNIÃO DE CAMPO MOURÃO**  
**ESTADO DO PARANÁ**



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

O Diretor da Faculdade União de Campo Mourão, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Psicologia, no ano letivo de 2015, confere o título de

Psicóloga

a

**Andressa Caroline Paulino Zadi**

brasileira, natural do estado do Paraná, nascida em 05 de outubro de 1989, portadora da cédula de Identidade RG 10.326.309-3 PR, e considerando o termo de Colação de Grau lavrado no dia 11 de Fevereiro de 2016, outorga o presente Diploma, afim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Campo Mourão, 30 de Setembro de 2016

*Adriana Cristina Perinça Braga*  
Adriana Cristina Perinça Braga  
Secretária Acadêmica

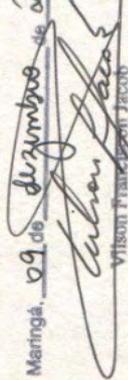
*Andressa Caroline Paulino Zadi*  
Andressa Caroline Paulino Zadi  
Diplomada

*Prof. Me. Ademilson Vedovato Cavalcanti*  
Diretor Geral

FACULDADE UNIÃO DE CAMPO MOURÃO  
Curso de Graduação em Psicologia – Bacharelado  
Formação de Psicólogo  
Reconhecido pela Portaria Ministerial nº 496 de 29/06/2015,  
publicada no D.O.U. de 30/06/2015.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
REITORIA - PRÓ-REITORIA DE ENSINO  
 Diretoria de Assuntos Acadêmicos  
Divisão de Registro de Diplomas

DIPLOMA REGISTRADO sob  
nº 2219/2016 Livro 20F-54  
Fls. 127 Processo 2016/2221  
de acordo com o disposto no artigo 48, §. 1º da  
Lei nº 9.394, de 20/12/1996.

Maringá, 09 de dezembro de 2016  
  
Wilson Francisco Jacob  
Chefe da Divisão de Registro de Diplomas

Por delegação de competência, de acordo com a  
Portaria nº 1.338 - GREJEM, de 03/11/2006



ESTADO DO PARANÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE  
ARARUNA  
DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO

Empresa ►► Fácil

# ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO PROVISÓRIO

Número 98

**Nome Fantasia:** CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA

**Razão Social:** CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA

**CNPJ:** 53.861.930/0001-04

**Atividade Principal:** 8650-0/03 - Atividades de psicologia e psicanálise (Exerce no endereço)

**Atividade(s) Secundária(s):**

**Município:** Araruna **Endereço:** RUA JOAO PESSOA, 521, CENTRO

**CEP:** 87260000

**Local e data:** Araruna, quinta, 08 de fevereiro de 2024

**Validade:** 180 dias

**LUIZ CARLOS ZAVATIN**

Departamento de Tributação

Código de Autenticidade: **5S54XKGZ**

EMITIDO ELETRONICAMENTE PELO EMPRESA FÁCIL PARANÁ

Esse documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial

## Declaração de Conclusão de Curso

Declaramos para os devidos fins que, **Andressa Caroline Paulino Zadi, CPF 069.373.649-62**, concluiu o curso de pós-graduação em “**Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**”, de acordo com a Resolução CES/CNE nº 1 de 06 de abril de 2018, finalizando as horas relacionadas aos 12 módulos abaixo elencados, tendo a primeira aula ocorrido em 12/06/2023 e a última aula em 09/12/2023, tendo sido **APROVADO(A)** em todos os módulos conforme consta abaixo. A instituição está credenciada pela portaria MEC nº 1.956, de 07 de novembro de 2019.

<b>Data</b>	<b>Disciplinas</b>	<b>CH</b>	<b>Nota</b>	<b>Professor</b>	<b>Titulação</b>
21/06/2023	Psicologia aplicada ao cuidado	50h	10.0	Jose Antonio Alves Junior	Doutor
07/07/2023	Espiritualidade na prática clínica	50h	8.0	Taisa Ferreira Dias	Especialista
24/07/2023	Práticas integrativas e complementares em saúde I	50h	8.0	Andre Ricardo Machi	Doutor
04/08/2023	Práticas integrativas e complementares em saúde II	50h	10.0	Taisa Ferreira Dias	Especialista
18/08/2023	Práticas integrativas e complementares em saúde III	50h	10.0	Antonio Marcos Neves Esteca	Mestre
05/09/2023	Terapias Alternativas	50h	6.0	Roberta Granchi Dias Heinzl	Especialista
18/09/2023	Terapias Alternativas II	50h	10.0	Claudio Romualdo Borges	Doutor
19/10/2023	Fitoterapia I	50h	10.0	Jose Antonio Alves Junior	Doutor
19/10/2023	Fitoterapia II	50h	10.0	Jose Antonio Alves Junior	Doutor
12/11/2023	Homeopatia	50h	10.0	Andre Ricardo Machi	Doutor
29/11/2023	Homeopatia II	50h	10.0	Taisa Ferreira Dias	Especialista
03/12/2023	Acupuntura	50h	10.0	Antonio Marcos Neves Esteca	Mestre
	<b>Carga Horária Total</b>	<b>600</b>			

Ribeirão Preto, 13 de janeiro de 2024

Código de autenticidade: 54ff06798de004db0bbd7df0f8436a4c

---

**Metropolitan Educação Ltda**

13.411.192/0001-70

Av. Presidente Kennedy, 1677

Parque Industrial Lagoinha - Ribeirão Preto / SP

CEP: 14095-220

Tel: (16) 3617-1318

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

*Antonio Marcos Neves Esteca*

Antonio Marcos Neves Esteca  
Coordenador de Pós-Graduação

## Declaração de Conclusão de Curso

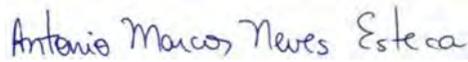
Declaramos para os devidos fins que, **Andressa Caroline Paulino Zadi, CPF 069.373.649-62**, concluiu o curso de pós-graduação em “**Intervenção ABA aplicada ao Transtorno do Espectro Autista (TEA)**”, de acordo com a Resolução CES/CNE nº 1 de 06 de abril de 2018, finalizando as horas relacionadas aos 12 módulos abaixo elencados, tendo a primeira aula ocorrido em 12/06/2023 e a última aula em 09/12/2023, tendo sido **APROVADO(A)** em todos os módulos conforme consta abaixo. A instituição está credenciada pela portaria MEC nº 1.956, de 07 de novembro de 2019.

<b>Data</b>	<b>Disciplinas</b>	<b>CH</b>	<b>Nota</b>	<b>Professor</b>	<b>Titulação</b>
21/06/2023	Módulo 1: Contextualização e Critérios Diagnósticos do Autismo	60h	6.0	Ana Cristina Teixeira Assis	Especialista
07/07/2023	Módulo 2: Princípios Básicos	60h	8.0	Ana Carolina Macalli	Mestra
23/07/2023	Módulo 3: O Comportamento Verbal	60h	8.0	Ana Cristina Teixeira Assis	Especialista
04/08/2023	Módulo 4: O processo de avaliação	60h	8.0	Aline Cristina de Souza	Mestra
18/08/2023	Módulo 5: Processo de Ensino	60h	10.0	Michelle Costa Beato	Especialista
05/09/2023	Módulo 6: O manejo de comportamentos indesejados	60h	10.0	Michelle Costa Beato	Especialista
25/09/2023	Módulo 7: Habilidades de Ensino I	60h	10.0	Ana Cristina Teixeira Assis	Especialista
20/10/2023	Módulo 8: Habilidades de Ensino II	60h	10.0	Ana Cristina Teixeira Assis	Especialista
20/10/2023	Módulo 9: Habilidades Sociais e TEA	60h	10.0	Michelle Costa Beato	Especialista
12/11/2023	Módulo 10: O ensino de habilidades funcionais e cognitivas	60h	10.0	Amanda Figueiredo Santos de Almeida	Mestra
29/11/2023	Módulo 11: As habilidades acadêmicas	60h	10.0	Patricia D´Azeredo Orlando Bacciotti	Mestra
03/12/2023	Módulo 12: ABA na Escola e o papel dos pais	60h	10.0	Ana Cristina Teixeira Assis	Especialista
	<b>Carga Horária Total</b>	<b>720</b>			

Ribeirão Preto, 13 de janeiro de 2024

Código de autenticidade: 487c84cded39ac36858d7859a6a73427

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



---

Antonio Marcos Neves Esteca  
Coordenador de Pós-Graduação

## Declaração de Conclusão de Curso

Declaramos para os devidos fins que, **Andressa Caroline Paulino Zadi, CPF 069.373.649-62**, concluiu o curso de pós-graduação em “**Neuropsicologia**”, de acordo com a Resolução CES/CNE nº 1 de 06 de abril de 2018, finalizando as horas relacionadas aos 24 módulos abaixo elencados, tendo a primeira aula ocorrido em 13/04/2023 e a última aula em 10/10/2023, tendo sido **APROVADO(A)** em todos os módulos conforme consta abaixo. A instituição está credenciada pela portaria MEC nº 1.956, de 07 de novembro de 2019.

<b>Data</b>	<b>Disciplinas</b>	<b>CH</b>	<b>Nota</b>	<b>Professor</b>	<b>Titulação</b>
16/05/2023	AS ESCOLAS PSICOLÓGICAS I	30h	8.0	Cristiana Maria Di Primio Gonçalves	Mestra
16/05/2023	AS ESCOLAS PSICOLÓGICAS II	30h	8.0	Roberta Granchi Dias Heinzl	Especialista
16/05/2023	DESENVOLVIMENTO DO CÉREBRO	30h	10.0	Antonio Marcos Neves Esteca	Mestre
16/05/2023	SISTEMA NERVOSO I	30h	10.0	Julia Cintra Terra	Especialista
16/05/2023	SISTEMA NERVOSO II	29h	10.0	Claudio Romualdo Borges	Doutor
06/06/2023	SISTEMA NERVOSO III	29h	8.0	Julyette Priscila Redling	Doutora
09/06/2023	SISTEMA NERVOSO IV	29h	8.0	Andre Ricardo Machi	Doutor
10/06/2023	A NEUROCIÊNCIA E AS ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO	29h	10.0	Jose Antonio Alves Junior	Doutor
12/06/2023	FUNDAMENTOS DA PSICOLOGIA	29h	10.0	Cristiana Maria Di Primio Gonçalves	Mestra
15/06/2023	DESENVOLVIMENTO COGNITIVO	29h	10.0	Roberta Granchi Dias Heinzl	Especialista
22/06/2023	FUNÇÕES PSICOLÓGICAS	29h	10.0	Antonio Marcos Neves Esteca	Mestre
03/07/2023	DESENVOLVIMENTO HUMANO	29h	6.0	Julia Cintra Terra	Especialista

**Metropolitan Educação Ltda**

13.411.192/0001-70

Av. Presidente Kennedy, 1677

Parque Industrial Lagoinha - Ribeirão Preto / SP

CEP: 14095-220

Tel: (16) 3617-1318

<b>Data</b>	<b>Disciplinas</b>	<b>CH</b>	<b>Nota</b>	<b>Professor</b>	<b>Titulação</b>
07/07/2023	DISTURBIOS DO SISTEMA NERVOSO	29h	8.0	Claudio Romualdo Borges	Doutor
13/07/2023	CONCEITOS E FUNÇÕES DA PSICOLOGIA E O COMPORTAMENTO	29h	10.0	Julyette Priscila Redling	Doutora
21/07/2023	DIVERSIDADE E INCLUSÃO	29h	10.0	Andre Ricardo Machi	Doutor
31/07/2023	SAÚDE COLETIVA	29h	10.0	Jose Antonio Alves Junior	Doutor
04/08/2023	PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL	29h	10.0	Cristiana Maria Di Primio Gonçalves	Mestra
10/08/2023	FAMÍLIA, CRIANÇA E ADOLESCENTE	29h	10.0	Roberta Granchi Dias Heinzl	Especialista
18/08/2023	ATIVIDADES FISIOTERAPÊUTICAS NEUROFUNCIONAIS I	29h	10.0	Antonio Marcos Neves Esteca	Mestre
25/08/2023	ATIVIDADES FISIOTERAPÊUTICAS NEUROFUNCIONAIS II	29h	8.0	Julia Cintra Terra	Especialista
05/09/2023	PSICOLOGIA E NEUROAPRENDIZAGEM	29h	10.0	Claudio Romualdo Borges	Doutor
18/09/2023	REFLEXÕES FILOSÓFICAS DA MENTE	29h	10.0	Julyette Priscila Redling	Doutora
20/09/2023	A PSICOLOGIA SOCIAL	29h	10.0	Andre Ricardo Machi	Doutor
25/09/2023	SAÚDE	29h	10.0	Cristiana Maria Di Primio Gonçalves	Mestra
	<b>Carga Horária Total</b>	<b>700</b>			

Ribeirão Preto, 13 de janeiro de 2024

Código de autenticidade: f217f55b231a7127949478b4b21174d6

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

**Metropolitan Educação Ltda**

13.411.192/0001-70

Av. Presidente Kennedy, 1677

Parque Industrial Lagoinha - Ribeirão Preto / SP

CEP: 14095-220

Tel: (16) 3617-1318

Antonio Marcos Neves Esteca

---

Antonio Marcos Neves Esteca  
Coordenador de Pós-Graduação

## Declaração de Conclusão de Curso

Declaramos para os devidos fins que, **Andressa Caroline Paulino Zadi, CPF 069.373.649-62**, concluiu o curso de pós-graduação em “**Terapia Cognitivo-Comportamental**”, de acordo com a Resolução CES/CNE nº 1 de 06 de abril de 2018, finalizando as horas relacionadas aos 12 módulos abaixo elencados, tendo a primeira aula ocorrido em 12/06/2023 e a última aula em 09/12/2023, tendo sido **APROVADO(A)** em todos os módulos conforme consta abaixo. A instituição está credenciada pela portaria MEC nº 1.956, de 07 de novembro de 2019.

<b>Data</b>	<b>Disciplinas</b>	<b>CH</b>	<b>Nota</b>	<b>Professor</b>	<b>Titulação</b>
21/06/2023	Introdução à Terapia Cognitivo-Comportamental	60h	8.0	Mariana Guedes de Oliveira Franco	Mestra
07/07/2023	Teoria Cognitivo-Comportamental aplicada à clínica: visão geral do tratamento	60h	10.0	Mariana Guedes de Oliveira Franco	Mestra
23/07/2023	A Primeira Sessão	60h	6.0	Isabela Pizarro Rebessi	Mestra
04/08/2023	A Segunda Sessão	60h	10.0	Isabela Pizarro Rebessi	Mestra
18/08/2023	Pensamentos Automáticos	60h	10.0	Isabela Lamante Scotton	Especialista
05/09/2023	Crenças	60h	6.0	Isabela Lamante Scotton	Especialista
18/09/2023	Tratamento, Término e Recaídas	60h	10.0	Isabela Pizarro Rebessi	Mestra
19/10/2023	Terapia Cognitivo-Comportamental Aplicada ao Contexto Escolar/Educacional	60h	10.0	Priscila Alves Costa	Mestra
19/10/2023	Terapia Cognitivo-Comportamental, Escola e Habilidades Socioemocionais	60h	6.0	Priscila Alves Costa	Mestra
12/11/2023	Terapia Cognitivo-Comportamental Aplicada às Empresas	60h	10.0	Cristiana Maria Di Primio Gonçalves	Mestra
29/11/2023	Terapia Cognitivo-Comportamental e Gestão de Pessoas	60h	10.0	Cristiana Maria Di Primio Gonçalves	Mestra
03/12/2023	Terapia Cognitivo-Comportamental, Gestão de Pessoas e Saúde Mental	60h	8.0	Isabela Maria Freitas Ferreira	Mestra
	<b>Carga Horária Total</b>	<b>720</b>			

**Metropolitan Educação Ltda**

13.411.192/0001-70

Av. Presidente Kennedy, 1677

Parque Industrial Lagoinha - Ribeirão Preto / SP

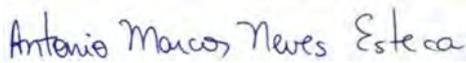
CEP: 14095-220

Tel: (16) 3617-1318

Ribeirão Preto, 14 de janeiro de 2024

Código de autenticidade: 022ca17b3ee3f9fce8c98983512355e4

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



---

Antonio Marcos Neves Esteca  
Coordenador de Pós-Graduação

**CONTATO:**

ANDRESSA CAROLINE PAULINO ZADI

TELEFONE: (44)99857-1358

EMAIL: [anderson@betisconsultoria.com](mailto:anderson@betisconsultoria.com)

## 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: 53.628.255/0001-60  
Razão Social: Tamagawa Serviços médicos  
E-mail: paola.tamagawa@grupointegrado.br  
Telefone: 44991678747  
Banco: Sicoob  
Conta: 98116-8  
Agência: 4340  
Tipo Conta: 1

#### Credenciamento:

Data Inicio: 01/01/2024 08:00

Data Encerramento: 01/08/2024 17:00

#### Níveis cadastrados:

---

#### I - Credenciamento

#### II - Habilitação Jurídica

Cartao CNPJ: doc.pdf

Ato constitutivo: doc1.pdf

Documento dos sócios: doc1.pdf

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

Licença Sanitária: doc1.pdf

Cartao CNPJ: doc1.pdf

#### III - Regularidade Fiscal e Trabalhista

**Certidão Municipal: 909 - Data Emissão: 2024-03-06 - Data Vencimento: 2024-04-05**

**Certidão Estadual: 910 - Data Emissão: 2024-03-06 - Data Vencimento: 2024-07-04**

**Certidão Federal: 911 - Data Emissão: 2024-03-06 - Data Vencimento: 2024-09-02**

**Certidão Trabalhista: 912 - Data Emissão: 2024-03-06 - Data Vencimento: 2024-09-02**

**Certidão FGTS: 913 - Data Emissão: 2024-03-11 - Data Vencimento: 2024-04-08**

**Certidão Falencias: 914 - Data Emissão: 2024-03-18 - Data Vencimento: 2024-09-06**

#### **IV - Capacidade Técnica**

**Orgao: CRM - Quantitativo: 54821 Un.**

#### **V - Proposta**

**Categoria: SERVIÇOS DE PLANTÃO POR HORA - Procedimento: PLANTÃO MÉDICO POR HORA - Valor: R\$ 115 - Qtd: 144**

#### **VI - Profissionais**

**Nome: Paola Hikari Tamagawa - Especialidade : Clínico geral - CPF: 109.477.049-30**

---

**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: 31/03/2024 18:23:38**

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

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



# CIS-COMCAM

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

## ANEXO I

### REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA

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: Tamagawa serviços médicos LTDA**

**Nome Fantasia: Tamagawa serviços médicos**

**CNPJ nº: 53.628.255/0001-60**

**Micro Empresa: ( ) Não ( x ) Sim**

**Optante Simples:( ) Não ( x ) Sim**

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

**Endereço: Rua Guimarães rosa, 971**

**Município: Goioerê UF: PR**

**CEP: 87360-000**

**Telefone Comercial: ( ) Telefone Celular: (44) 991678747**

#### DADOS BANCÁRIOS:

<b>BANCO: SICOOB</b>	<b>CÓDIGO DO BANCO: 756</b>	<b>AGÊNCIA: 4340</b>
<b>TIPO DE CONTA: CONTA CORRENTE</b>	<b>OPERAÇÃO:</b>	<b>Nº DA CONTA: 98116-8</b>
<b>CIDADE E UF DA AGÊNCIA: GOIOERÊ - PR</b>		

<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>	<b>REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR</b>	<b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF</b>
Paola Hikari Tamagawa	13.894.968-0 (SESP)	109.477.049-30



# 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
Paola Hikari Tamagawa	109.477.049-30	CFM	CRM-PR 54821	44 991678747

## RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
Paola Hikari Tamagawa	109.477.049-30	13.894.968-0 (SESP)	hikaritamagawa@hotmail.com	44991678747

## ESPECIALIDADES

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

## LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

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

Campo Mourão – Pr, 31/03/2024

*Paola H. Tamagawa*

TAMAGAWA SERVIÇOS MÉDICOS  
Nº CNPJ 53.628.255/0001-60  
PAOLA HIKARI TAMAGAWA  
CPF 109 477 049 - 30



# **CIS-COMCAM**

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

---

RG 13 894 968 - 0



# **CIS-COMCAM**

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

---



## **CIS-COMCAM**

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

### **ANEXO II**

#### **MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

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

A empresa TAMAGAWA SERVIÇOS MÉDICOS, inscrita no CNPJ sob nº 53.628.255/0001-60, sediada na Rua GUIMARÃES ROSA, No 971, JD LINDÓIA, na cidade de GOIOERÊ, através representante legal, PAOLA HIKARI TAMAGAWA, RG 13.894.968-0, CPF 109.477.049-30, declara, sob as penas da Lei, que:  
não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;  
não está impedido de transacionar com a Administração Pública;  
não foi apenada com rescisão de contrato, quer por deficiência dos serviços, quer por outro motivo igualmente grave, no transcorrer dos últimos 5 (cinco) anos;  
não incorre nas demais condições impeditivas previstas na Lei Federal nº 14.133/21 e alterações posteriores. Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Campo Mourão – Pr, 31 de março de 2024

*Paola H. Tamagawa*

TAMAGAWA SERVIÇOS MÉDICOS  
Nº CNPJ 53.628.255/0001-60  
PAOLA HIKARI TAMAGAWA  
CPF 109 477 049 - 30  
RG 13 894 968 - 0



## **CIS-COMCAM**

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

### **ANEXO III**

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

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

TAMAGAWA SERVIÇOS MÉDICOS, estabelecida na RUA GUIMARÃES ROSA, 971, JD LINDOIA, GOIOERÊ/PR, inscrita no CNPJ sob nº 53.628.255/0001-60 , neste ato representada pelo seu representante PAOLA HIKARI TAMAGAWA, 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, 31 de março de 2024

*Paola H. Tamagawa*

TAMAGAWA SERVIÇOS MÉDICOS  
Nº CNPJ 53.628.255/0001-60  
PAOLA HIKARI TAMAGAWA  
CPF 109 477 049 - 30  
RG 13 894 968 - 0



## **CIS-COMCAM**

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

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

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

Eu, Paola Hikari Tamagawa, carteira de identidade nº 13.894.968-0 expedida pela Secretaria de Segurança Pública/PR, inscrito no CPF sob nº 109.477.049-30, Representante legal da Tamagawa serviços médicos LTDA inscrita no CNPJ sob o nº 53.628.255/0001-60 , DECLARO, sob as penas da Lei, para os devidos fins que não possuo parentesco consanguíneo ou afim, até 3º grau, com empregados e/ou dirigentes do órgão licitante.

Campo Mourão – Pr, 31 de março de 2024

*Paola H. Tamagawa*

TAMAGAWA SERVIÇOS MÉDICOS  
Nº CNPJ 53.628.255/0001-60  
PAOLA HIKARI TAMAGAWA  
CPF 109 477 049 - 30  
RG 13 894 968 - 0



## **CIS-COMCAM**

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

### **ANEXO V**

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

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

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

Campo Mourão – Pr, 31 de março de 2024.

*Paola H. Tamagawa*

**TAMAGAWA SERVIÇOS MÉDICOS**  
Nº CNPJ 53.628.255/0001-60  
PAOLA HIKARI TAMAGAWA  
CPF 109 477 049 - 30  
RG 13 894 968 - 0

		<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b>	
<b>CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</b>			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>53.628.255/0001-60</b> MATRIZ	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>	DATA DE ABERTURA <b>24/01/2024</b>	
NOME EMPRESARIAL <b>TAMAGAWA SERVICOS MEDICOS LTDA</b>			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****			PORTE <b>ME</b>
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS <b>Não informada</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>206-2 - Sociedade Empresária Limitada</b>			
LOGRADOURO <b>R GUIMARAES ROSA</b>	NÚMERO <b>971</b>	COMPLEMENTO <b>QUADRA57 LOTE 07</b>	
CEP <b>87.360-000</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>JARDIM LINDOIA</b>	MUNICÍPIO <b>GOIOERE</b>	UF <b>PR</b>
ENDEREÇO ELETRÔNICO <b>HIKARITAMAGAWA@HOTMAIL.COM</b>		TELEFONE <b>(44) 9167-8747/ (0000) 0000-0000</b>	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>24/01/2024</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 **24/01/2024** às **08:18:47** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

# CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA

## TAMAGAWA SERVICOS MEDICOS LTDA

Pelo presente instrumento particular de Contrato Social:

**PAOLA HIKARI TAMAGAWA**, BRASILEIRA, SOLTEIRA, MEDICA, nascido(a) em 05/01/1998, nº do CPF 109.477.049-30, residente e domiciliada na cidade de Goioerê - PR, na RUA guimaraes rosa, nº 971, QUADRA 57;LOTE 07;; jardim lindoia, CEP: 87360-000;

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

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

A sociedade adotará como nome empresarial: **TAMAGAWA SERVICOS MEDICOS LTDA.**

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

A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: RUA GUIMARAES ROSA, nº 971, QUADRA 57;LOTE 07;; JARDIM LINDOIA, Goioerê - PR, CEP: 87360000.

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

A sociedade terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômica:ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS

**Parágrafo único.** Em estabelecimento eleito como Sede (Matriz) será(ão) exercida(s) a(s) atividade(s) de ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS.

E exercerá as seguintes atividades:

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

### 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 23/01/2024 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\$ 3.000,00 (três mil reais), dividido em 3000 quotas, no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma

**Parágrafo único.** O capital encontra-se subscrito e será integralizado até o dia 23/12/2024, em moeda corrente do País, a partir de 23/01/2024 sendo distribuídas conforme segue:

Nome do Sócio	Qtd Quotas	Valor Em R\$	%
PAOLA HIKARI TAMAGAWA	3000	3.000,00	100,00
TOTAL:	3000	3.000,00	100,00

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

A administração da sociedade será exercida pelo sócio **PAOLA HIKARI TAMAGAWA** 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 EMPRESÁRIA LIMITADA**

### **TAMAGAWA SERVICOS MEDICOS 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 Goioerê - PR, para qualquer ação fundada neste contrato, renunciando-se a qualquer outro por muito especial que seja.

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

Goioerê - PR, 23 de janeiro de 2024

---

PAOLA HIKARI TAMAGAWA  
Sócio/Administrador



## ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa TAMAGAWA SERVICOS MEDICOS LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
10947704930	PAOLA HIKARI TAMAGAWA



CERTIFICO O REGISTRO EM 24/01/2024 08:15 SOB Nº 41212229030.  
PROTOCOLO: 240474325 DE 24/01/2024.  
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12400988871. CNPJ DA SEDE: 53628255000160.  
NIRE: 41212229030. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 23/01/2024.  
TAMAGAWA SERVICOS MEDICOS LTDA

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

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



NOME  
**PAOLA HIKARI TAMAGAWA**



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
**13894968-0 SESP PR**

CPF DATA NASCIMENTO  
**109.477.049-30 05/01/1998**

FILIAÇÃO  
**RICARDO YUTAKA  
TAMAGAWA  
ERIKA MIYUKI TABATA  
TAMAGAWA**

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
**AB**

Nº REGISTRO  
**06640409384**

VALIDADE  
**11/01/2026**

1ª HABILITAÇÃO  
**16/06/2016**

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
2176699223



OBSERVAÇÕES  
**A**

*Paola H Tamagawa*

LOCAL ASSINATURA DO PORTADOR  
**GOIOERE, PR**

DATA EMISSÃO  
**12/01/2021**

*[Signature]*

23151769246  
PR919321641

ASSINATURA DO EMISSOR

PROIBIDO PLASTIFICAR  
2176699223



**DADOS RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO:**



Paola Hikari Tamagawa

Telefone: 44 991678747

E-mail: hikaritamagawa@hotmail.com



ESTADO DO PARANÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE  
GOIOERÊ  
VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Empresa ►► Fácil

# LICENÇA SANITÁRIA

Número: 32/2024

**Nome Fantasia:**

**Razão Social:** TAMAGAWA SERVICOS MEDICOS LTDA

**CNPJ:** 53.628.255/0001-60

**Inscrição Municipal:** 246988747

**Atividade(s) :** **8630-5/03** - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

**Município:** Goioerê **Endereço:** RUA GUIMARAES ROSA, 971, QUADRA 57;LOTE 07;; JARDIM LINDOIA

**CEP:** 87360000

**Local e data:** Goioerê, quinta, 15 de fevereiro de 2024

**Validade:**

**ANA FLAVIA DE SOUZA COSTA**

Vigilância Sanitária

## Observação

- não atua no endereço informado

Código de Autenticidade: **24GCV0XSEU**

EMITIDO PELO FUNCIONÁRIO ANA FLÁVIA DE SOUZA COSTA

Esse documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial

## 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: TAMAGAWA SERVICOS MEDICOS LTDA NIRE : 41212229030 Natureza Jurídica: Sociedade Empresária Limitada			Protocolo: PRC2419957620		
NIRE (Sede) 41212229030	CNPJ 53.628.255/0001-60	Data de Ato Constitutivo 24/01/2024	Início de Atividade 23/01/2024		
Endereço Completo Rua GUIMARAES ROSA, Nº 971, QUADRA 57, LOTE 07, JARDIM LINDOIA - Goioerê/PR - CEP 87360-000					
Objeto Social ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS					
Capital Social R\$ 3.000,00 (três mil reais) Capital Integralizado R\$ 0,00 (zero reais)		Porte ME (Microempresa)		Prazo de Duração Indeterminado	
Dados do Sócio					
Nome PAOLA HIKARI TAMAGAWA	CPF/CNPJ 109.477.049-30	Participação no capital R\$ 3.000,00	Espécie de sócio Sócio	Administrador S	Término do mandato Indeterminado
Dados do Administrador					
Nome PAOLA HIKARI TAMAGAWA	CPF 109.477.049-30	Término do mandato Indeterminado			
Último Arquivamento			Situação		
Data 24/01/2024	Número 20240474325	Ato/eventos 090 / 315 - ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA	ATIVA Status SEM STATUS		

Esta certidão foi emitida automaticamente em 15/03/2024, às 15:14:39 (horário de Brasília).  
Se impressa, verificar sua autenticidade no <https://www.empresafacil.pr.gov.br>, com o código **5PUFXADH**.



PRC2419957620

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA  
Secretário(a) Geral



## TERMO DE DEFERIMENTO DA OPÇÃO PELO SIMPLES NACIONAL

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

### DADOS DA MATRIZ

NOME EMPRESARIAL: **TAMAGAWA SERVICOS MEDICOS LTDA**  
CNPJ: **53.628.255/0001-60**  
DATA DA SOLICITAÇÃO: **26/02/2024**  
DATA DA ABERTURA DA EMPRESA: **24/01/2024**

Sua opção pelo Simples Nacional está confirmada com efeitos a partir de 24/01/2024.

A confirmação desta opção não exclui a responsabilidade do contribuinte quanto ao atendimento dos requisitos exigidos para o ingresso no Simples Nacional previstos na Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro 2006. Resguarda-se às Administrações Tributárias o direito de anular esta opção na hipótese de declaração falsa por parte da pessoa jurídica.

Sua opção pelo Simples Nacional implica aceitação obrigatória de sistema de comunicação eletrônica (DTE-SN), destinado, dentre outras finalidades, a:

- I – cientificar o sujeito passivo de quaisquer tipos de atos administrativos, incluídos os relativos ao indeferimento de opção pelo Simples Nacional, à exclusão desse Regime e a ações fiscais;
- II – encaminhar notificações e intimações; e
- III – expedir avisos em geral.

O DTE-SN não exclui outras formas de notificação, intimação ou avisos previstos nas legislações dos entes federados, incluídas as eletrônicas.

O sistema de comunicação eletrônica implicará o seguinte:

- I – as comunicações serão feitas, por meio eletrônico, em portal próprio, dispensando-se a sua publicação no Diário Oficial e o envio por via postal;
- II – a comunicação será considerada pessoal para todos os efeitos legais;
- III – a ciência com utilização de certificação digital ou de código de acesso possui os requisitos de validade;
- IV – considerar-se-á realizada a ciência da comunicação na data em que o sujeito passivo efetivar a consulta eletrônica ao teor da comunicação;
- V – na hipótese do item anterior, nos casos em que a consulta se dê em dia não útil, a comunicação será considerada como realizada no primeiro dia útil seguinte;
- VI – a consulta às comunicações do sistema deverá ser feita em até 45 (quarenta e cinco) dias contados da data da disponibilização da comunicação no portal, sob pena de ser considerada, automaticamente, realizada na data do término desse prazo.

NÚMERO DO RECIBO

**2453628255102627944**

CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO

**2DA1768B72960BA3AA0C712F2E0A682E475A1216**



ESTADO DO PARANÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE  
GOIOERÊ  
DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO

Empresa ►► Fácil

# ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Número :246988747

**Nome Fantasia:**

**Razão Social:** TAMAGAWA SERVICOS MEDICOS LTDA

**CNPJ:** 53.628.255/0001-60

**Inscrição Municipal:** 246988747

**Atividade Principal:** 8630-5/03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas (Não exerce no endereço)

**Atividade(s) Secundária(s):**

**Município:** Goioerê **Endereço:** RUA GUIMARAES ROSA, 971, QUADRA 57;LOTE 07;; JARDIM LINDOIA

**CEP:** 87360000

**Local e data:** Goioerê, terça, 05 de março de 2024

**Vencimento:** domingo, 31 de março de 2024

VIVIAN KARLA MOREIRA

Departamento de Tributação

## Observação

Código de Autenticidade: **2493L1C7V7**

"EMITIDO PELO FUNCIONÁRIO VINICIUS EDUARDO OLIVEIRA DA SILVA"

Esse documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial

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

## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 53.628.255/0001-60  
**Razão Social:** TAMAGAWA SERVICOS MEDICOS LTDA  
**Endereço:** RUA GUIMARAES ROSA 971 / JARDIM LINDOIA / GOIOERE / PR / 87360-000

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

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

**Validade:** 10/03/2024 a 08/04/2024

**Certificação Número:** 2024031003261974645834

Informação obtida em 11/03/2024 08:53:32

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



ESTADO DO PARANÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIOERÊ  
SECRETARIA DE FINANÇAS

Data: 06/03/2024 12h44min

Número	Validade
890	05/04/2024

## CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Nome / Razão Social

TAMAGAWA SERVICOS MEDICOS LTDA CNPJ: 53628255000160

Aviso

Sem débitos pendentes até a presente data.

Comprovação Junto à

Finalidade

Mensagem

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

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

Código de Controle

CWT4HTUDRQWIXZ81

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

Goioerê (PR), 06 de Março de 2024



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

**Certidão Negativa**  
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual  
Nº 033001955-97

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **53.628.255/0001-60**

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

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

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

**Válida até 04/07/2024 - 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: TAMAGAWA SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ: 53.628.255/0001-60**

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

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

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

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

Emitida às 12:38:23 do dia 06/03/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 02/09/2024.

Código de controle da certidão: **1377.E1F5.16F1.0C60**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: TAMAGAWA SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 53.628.255/0001-60

Certidão n°: 15387698/2024

Expedição: 06/03/2024, às 12:38:06

Validade: 02/09/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **TAMAGAWA SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o n° **53.628.255/0001-60**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

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

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

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

Certidão emitida gratuitamente.

### **INFORMAÇÃO IMPORTANTE**

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DO PARANÁ  
COMARCA DE GOIOERÊ

CARTORIO DO DISTRIBUIDOR E ANEXOS  
LIBERTADORES DA AMÉRICA, Nº329 - JARDIM LINDÓIA  
GOIOERÊ/PR - 87360000

TITULAR  
DIRCEU WARKEN - DESIGNADO  
JURAMENTADOS  
JOSE CARLOS MEDEIROS JUNIOR  
JOSLAINE M P KIMURA MEDEIROS

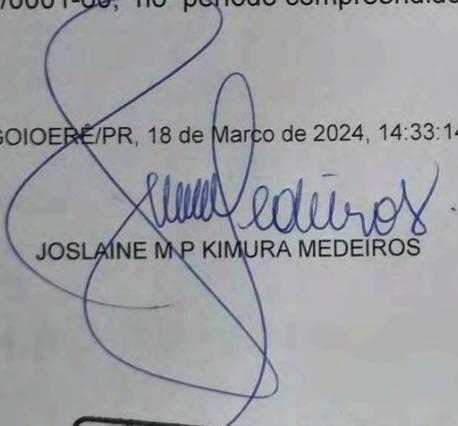
### Certidão Negativa

Certifico, a pedido de parte interessada, que revendo os livros e arquivos de distribuição de FALÊNCIA ou RECUPERAÇÃO JUDICIAL sob minha guarda neste cartório, verifiquei NÃO CONSTAR nenhum registro em andamento em nome de:

#### TAMAGAWA SERVICOS MEDICOS LTDA

CNPJ 53.628.255/0001-60, no período compreendido desde 16/10/1996, até a presente data.

GOIOERÊ/PR, 18 de Março de 2024, 14:33:14

  
JOSLAINE M P KIMURA MEDEIROS



Certificação

**CARTÓRIO DISTRIBUIDOR E ANEXOS**  
Av. Libertadores da América, nº 329 - Jd. Lindóia  
Edifício do Fórum - CEP 87360-000 - Goioerê - PR  
(44) 3521-1045 / (44) 3522-2488  
cartorioidistribuidorgoioere@hotmail.com



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **PAOLA HIKARI TAMAGAWA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **54821** desde **26/12/2023**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

**Esta Certidão tem validade até o dia 14/06/2024.**

Chave de validação      **c99785e4e7ffd744e4cd50d6bc84ad7dc70fe240**

Emitida eletronicamente via internet em **14/03/2024**.

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

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ  
RG: 13.894.968-0

POLEGAR DIREITO

PAOLA HIKARI TAMAGAWA

ASSINATURA DO TITULAR  
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 13.894.968-0 DATA DE EXPEDIÇÃO: 24/07/2013

NOME: PAOLA HIKARI TAMAGAWA

FILIAÇÃO: RICARDO YUTAKA TAMAGAWA  
ERIKA MIYUKI TABATA TAMAGAWA

NATURALIDADE: MARINGÁ/PR DATA DE NASCIMENTO: 05/01/1998

DOC. ORIGEM: COMARCA=MARINGÁ/PR, DA SEDE  
C.NASC=31406, LIVRO=40A, FOLHA=278

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
109.477.049-30

Nome  
PAOLA HIKARI TAMAGAWA

Nascimento  
05/01/1998

Sistema Único de Saúde

PAOLA HIKARI TAMAGAWA

Data Nasc.: 05/01/1998 Sexo: F

709 0048 9528 7015

DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.  
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque Saúde.

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS

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

NOME DO CLIENTE: **RICARDO YUTAKA TAMAGAWA** MATRÍCULA: **0585.6179**  
 ENDEREÇO: **R GUILHERMES ROSA** NÚMERO: **871** Nº LADO - Nº FRENTE: **878**  
 CEP: **87.360-000** LOCAL: **GOIOERÉ**

ROTEIRO DE LEITURA: **105-15-07-015-07B30** HIDRÔMETRO: **Y18A00014675-4-1** CAT - RES - COM - IND - UTP - POP: **011 001**

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA	Turbidez	Cor	Cloro	Flocos	Col. Totais	Distribuição no verso
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	35	35	35	0	35	
Nº Amostras Realizadas	42	41	42	1	40	
Nº Amostras que Atenderam à Legislação	42	41	42	1	40	

Conclusão: **Todas as amostras atenderam a legislação**

HISTÓRICO DE PAGAMENTOS - CONDICIONADO AS OBSERVAÇÕES CONSTANTES NO VERSO

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

FAIXAS DE CONSUMO	VOLUME	VALOR M3/RS		TOTAIS	
		ÁGUA	ESGOTO	ÁGUA	ESGOTO
RES Mínimo	5			48,97	39,18
De 6 a 10m3	5	1,52		7,60	6,08
De 11 a 15m3	2	8,44		16,88	13,56



HISTÓRICO DE CONSUMO/m3

01/23	02/23	03/23	04/23	05/23	06/23	07/23	08/23	09/23	10/23	11/23
6	4	5	7	11	26	6	7	5	11	10

DIAS DE CONSUMO	DATA LEITURA	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO/m3	REFERÊNCIA
28	22/12/2023	698	710	12	12/2023
MOTIVO DA AUSÊNCIA DE LEITURA		MÉDIA DE CONSUMO/m3 ÚLTIMOS 5 MESES		7	VENCIMENTO 07/01/2024
PREVISÃO PRÓXIMA LEITURA		ÁGUA	ESGOTO	SERVIÇOS	TOTAL
23/01/2024		73,45	58,76		132,21

EMAIL SANEPAR: ATENDIMENTOAOCLIENTE@SANEPAR.COM.BR  
 FACILITE SUA VIDA, CADASTRE NO DÉBITO AUTOMÁTICO.

TRIBUTOS FEDERAIS - LEI 12.741 - VALOR APROXIMADO R\$ 11,25  
 AUTENTICAÇÃO NO VERSO OBSERVAÇÕES NO VERSO COMPROVANTE CLIENTE

**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - PARANÁ  
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME  
PAOLA HIKARI TAMAGAWA

CRM/UF  
54821/PR

FILIAÇÃO  
ERIKA MIYUKI TABATA TAMAGAWA  
RICARDO YUTAKA TAMAGAWA

DATA DE INSCRIÇÃO  
26/12/2023

VIA  
1

*Paola H. Tamagawa*  
ASSINATURA DO PORTADOR



CPF  
109.477.049-30

RG/ORGÃO EMISSOR  
138949680/SESP-PR

TÍTULO DE ELEITOR  
106541460639

SEÇÃO  
0047

ZONA  
092

DATA DE NASCIMENTO  
05/01/1998

NATURALIDADE  
Maringá-PR

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO  
CURITIBA - PR - 02/01/2024

*[Assinatura]*  
ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VALIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER EFEITO, DE ACORDO COM A LEI N.º 6.206/75.

**Centro Universitário Integrado**

A Reitora do Centro Universitário Integrado,  
no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de  
**Medicina**  
no dia 18 de novembro de 2023 e outorga de grau em 01 de dezembro de 2023,  
confere o título de Médica a

**Paola Hikari Tamagawa**  
de nacionalidade Brasileira, natural do Estado do Paraná  
nascida em 05 de janeiro de 1998, RG 13.894.968-0,SESP/PR  
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Campo Mourão - PR, 23 de fevereiro de 2024.

*[Assinatura]*  
Luciana Pontes  
Diretora Acadêmica

*[Assinatura]*  
Maria da Conceição Montans Baer  
Reitora

<https://diploma.grupointegrado.br/?CodigoValidacao=1078.1078.4ab6397f5f54>



CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO

Mantenedora: Centro Educacional Integrado Ltda.

CNPJ 79.264.628/0001-54

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

Processo de Recredenciamento e-MEC Nº 202118663.

Medicina

Autorizado pela Portaria Ministerial n.º 807, de  
01/08/2017, publicada no D.O.U. , Seção 1, pág.18, em  
02/08/2017.

Processo de Reconhecimento do Curso no MEC:  
202120954

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 821, Livro 003, Fls. 206, Processo 004, de 23/02/2024.  
Campo Mourão-PR, 23 de fevereiro de 2024.



Maria Danielli Menegassi de Castro  
Secretária Acadêmica

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





ESTADO DO PARANÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE  
GOIOERÊ  
VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Empresa  Fácil

## LICENÇA SANITÁRIA

Número: 32/2024

**Nome Fantasia:**

**Razão Social:** TAMAGAWA SERVICOS MEDICOS LTDA

**CNPJ:** 53.628.255/0001-60

**Inscrição Municipal:** 246988747

**Atividade(s) :** 8630-5/03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

**Município:** Goioerê **Endereço:** RUA GUIMARAES ROSA, 971, QUADRA 57;LOTE 07;; JARDIM LINDOIA

**CEP:** 87360000

**Local e data:** Goioerê, quinta, 15 de fevereiro de 2024

**Validade:**

ANA FLAVIA DE SOUZA COSTA

Vigilância Sanitária

### Observação

- não atua no endereço informado

Código de Autenticidade: 24GCV0XSEU

EMITIDO PELO FUNCIONÁRIO ANA FLÁVIA DE SOUZA COSTA

Esse documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial



CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO  
Mantenedora: CEI - Centro Educacional Integrado LTDA.  
Credenciamento: Portaria MEC N° 1365 de 27/10/17, publicada no D.O.U. 30/10/17



## CERTIDÃO

Certificamos para os devidos fins e a quem interessar possa que, **PAOLA HIKARI TAMAGAWA**, portador(a) do R.G 13.894.968-0 SESP/PR, de nacionalidade brasileira, nascido(a) em 05/01/1998 natural de Maringá - PR, filho(a) de Erika Miyuki Tabata Tamagawa e Ricardo Yutaka Tamagawa, concluiu em 18/11/2023 o Curso Superior de Graduação **MEDICINA** com carga horária de 8479 horas, tendo recebido outorga de grau em 01/12/2023.

Certificamos ainda, que o curso dispõe do ato oficial Curso Autorizado pela Portaria N° 807, de 01/08/17 D.O.U. 02/08/17, do Ministério da Educação.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente.

Campo Mourão - PR, 04 de dezembro de 2023

**Maria Danieli Monégassi de Castro**  
Secretaria Acadêmica  
Portaria nº 082/2019 | CPF 041.608.829-51

**Código de Verificação:** 240196 3094181478 1511214899  
[interno.grupointegrado.br/validacao-protocolo](https://interno.grupointegrado.br/validacao-protocolo)

Administração Central - Avenida José Carlos de Oliveira, 1320 - CEP: 87200-020 - Campo Mourão, PR  
Unidade Centro - Colégio e Faculdade - Avenida João Pinheiro, 6170 - CEP: 87381-010 - Campo Mourão, PR  
Unidade Campo - Rodovia BR 156, Km 254 - CEP: 87000-000 - Campo Mourão, PR  
Unidade Integrado Serviço - Avenida Antônio Petrossi, 310 - CEP: 81011-110 - Campo Mourão, PR

NÚMERO DE TEL CELULAR : 44 991678747

EMAIL: HIKARITAMAGAWA@HOTMAIL.COM

# Edital de Chamamento Público nº 15/2024

Última atualização 15/04/2024

**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:** 15/04/2024 **Situação:** Divulgada no PNCP **Data de início de recebimento de propostas:** 03/04/2024 08:00 (horário de Brasília)

**Data fim de recebimento de propostas:** 03/04/2024 17:00 (horário de Brasília)

**Id contratação PNCP:** 95640322000101-1-000022/2024 **Fonte:** Elotech Gestão Pública Ltda

## Objeto:

Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Plantão, Otorrinolaringologia e Psicologia oferecidas pelo Ciscocomcam.

## VALOR TOTAL ESTIMADO DA COMPRA

R\$ 1.911.257,50

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

Número	Descrição	Quantidade	Valor unitário estimado	Valor total estimado	Detalhar
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	1200	R\$ 57,27	R\$ 68.724,00	<a href="#">Detalhar</a>
2	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLINICA)	500	R\$ 21,17	R\$ 10.585,00	<a href="#">Detalhar</a>
3	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	15522	R\$ 115,00	R\$ 1.785.030,00	<a href="#">Detalhar</a>
4	03.01.01.007 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CISCOMCAM)	100	R\$ 50,90	R\$ 5.090,00	<a href="#">Detalhar</a>
5	03.01.04.004 TERAPIA INDIVIDUAL (CLINICA)	1200	R\$ 21,17	R\$ 25.404,00	<a href="#">Detalhar</a>

Exibir: 1-5 de 14 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





**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 14.133/2021 e alterações posteriores, a vista do parecer conclusivo exarado pela comissão de Licitação, resolve:

01 – ADJUDICAR a presente Licitação nestes termos:

- a) Processo Nº : 43/2024  
b) Licitação Nº : 15/2024  
c) Modalidade : Inexigibilidade:  
d) Data Homologação : 04/04/2024  
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Plantão, Otorrinolaringologia e Psicologia oferecidas 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: CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA - CNPJ: 53.861.930/0001-04  
Valor Total do Fornecedor: 35.989,00 (trinta e cinco mil, novecentos e oitenta e nove reais).

**LOTE 2 PSICOLOGIA**

Valor Total do Lote: 35.989,00 (trinta e cinco mil, novecentos e oitenta e nove reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLINICA)	Unidad	500	R\$ 21,00	R\$ 10.585,00
2	03.01.04.004 TERAPIA INDIVIDUAL (CLINICA)	Unidad	1200	R\$ 21,00	R\$ 25.404,00

FORNECEDOR: JOAO VITOR DE LIMA POERA LTDA - CNPJ: 53.258.206/0001-82  
Valor Total do Fornecedor: 1.785.030,00 (um milhão, setecentos e oitenta e cinco mil e trinta reais).

**LOTE 3 SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO**

Valor Total do Lote: 1.785.030,00 (um milhão, setecentos e oitenta e cinco mil e trinta reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	Serviç	15522	R\$ 115,00	R\$ 1.785.030,00

FORNECEDOR: LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 35.480.513/0001-21  
Valor Total do Fornecedor: 90.238,50 (noventa mil, duzentos e trinta e oito reais e cinquenta centavos).

**LOTE 1 OTORRINOLARINGOLOGIA**



## CIS-COMCAM

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

Valor Total do Lote: 90.238,50 (noventa mil, duzentos e trinta e oito reais e cinquenta centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	Unidad	1200	R\$ 57,00	R\$ 68.724,00
2	03.01.01.007 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CISCOMCAM)	Unidad	100	R\$ 51,00	R\$ 5.090,00
3	04.04.01.027 REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL (CISCOMCAM)	Unidad	100	R\$ 7,00	R\$ 671,00
4	04.04.01.027 REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL (CLINICA)	Unidad	50	R\$ 7,00	R\$ 336,00
5	04.04.01.034 TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR (CISCOMCAM)	Unidad	50	R\$ 13,00	R\$ 673,00
6	04.04.01.034 TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 13,00	R\$ 1.345,00
7	02.09.04.004 VIDEOLARINGOSCOPIA (CISCOMCAM)	Unidad	50	R\$ 60,00	R\$ 2.981,00
8	02.09.04.004 VIDEOLARINGOSCOPIA (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 5.961,00
9	04.04.01.005 DRENAGEM DE ABSCESSO FARINGEO (CISCOMCAM)	Unidad	50	R\$ 23,00	R\$ 1.128,00
10	04.04.01.005 DRENAGEM DE ABSCESSO FARINGEO (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 23,00	R\$ 2.256,00
11	04.01.01.008 FRENECTOMIA (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 11,00	R\$ 1.075,00

FORNECEDOR: TAMAGAWA SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 53.628.255/0001-60

Valor Total do Fornecedor: 1.785.030,00 (um milhão, setecentos e oitenta e cinco mil e trinta reais).

LOTE 3 SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO

Valor Total do Lote: 1.785.030,00 (um milhão, setecentos e oitenta e cinco mil e trinta reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	Serviço	15522	R\$ 115,00	R\$ 1.785.030,00



## **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\$ 3.696.287,50 (três milhões, seiscentos e noventa e seis mil, duzentos e oitenta e sete e cinquenta reais)

**Valor Total Homologado- R\$ 3.696.287,50**

Campo Mourão, 04 de abril de 2024.

---

Ivani Fiore Dal Molin  
Presidente da Comissão Permanente de Licitação  
Portaria 03/2023 – Publicado em: 13/01/2023

Página de assinaturas



**Ivani Molin**  
517.896.809-30  
Signatário

HISTÓRICO

- 04 abr 2024**  
14:46:16  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br))
- 04 abr 2024**  
14:46:55  **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 - Paraná - Brazil
- 04 abr 2024**  
14:46:55  **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 - Paraná - Brazil





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

**TERMO DE 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 14.133/2021 e alterações posteriores, a vista do parecer conclusivo exarado pela comissão de Licitação, resolve:

01 – ADJUDICAR a presente Licitação nestes termos:

- a) Processo Nº : 43/2024  
b) Licitação Nº : 15/2024  
c) Modalidade : Inexigibilidade:  
d) Data Homologação : 04/04/2024  
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Plantão, Otorrinolaringologia e Psicologia oferecidas 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: SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 48.503.033/0001-80

Valor Total do Fornecedor: 1.785.030,00 (um milhão, setecentos e oitenta e cinco mil e trinta reais).

LOTE 3 SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO

Valor Total do Lote: 1.785.030,00 (um milhão, setecentos e oitenta e cinco mil e trinta reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	Serviço	15522	R\$ 115,00	R\$ 1.785.030,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 1.785.030,00 (um milhão, setecentos e oitenta e cinco mil e trinta reais)

**Valor Total Homologado- R\$ 1.785.030,00**

Campo Mourão, 04 de abril de 2024.

Ivani Fiore Dal Molin  
Presidente da Comissão Permanente de Licitação  
Portaria 03/2023 – Publicado em: 13/01/2023

Página de assinaturas



**Ivani Molin**  
517.896.809-30  
Signatário

HISTÓRICO

- 15 abr 2024**  
14:32:17  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br))
- 15 abr 2024**  
16:00:29  **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 189.40.70.189 localizado em Curitiba - Paraná - Brazil
- 15 abr 2024**  
16:00:29  **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 189.40.70.189 localizado em Curitiba - Paraná - Brazil





# CIS-COMCAM

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

## TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

01 – HOMOLOGAR a presente Licitação nestes termos:

- a) Processo Nº : 43/2024  
b) Licitação Nº : 15/2024  
c) Modalidade : Inexigibilidade:  
d) Data Homologação : 04/04/2024  
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Plantão, Otorrinolaringologia e Psicologia oferecidas 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: CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA - CNPJ: 53.861.930/0001-04  
Valor Total do Fornecedor: 35.989,00 (trinta e cinco mil, novecentos e oitenta e nove reais).

### LOTE 2 PSICOLOGIA

Valor Total do Lote: 35.989,00 (trinta e cinco mil, novecentos e oitenta e nove reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLINICA)	Unidad	500	R\$ 21,00	R\$ 10.585,00
2	03.01.04.004 TERAPIA INDIVIDUAL (CLINICA)	Unidad	1200	R\$ 21,00	R\$ 25.404,00

FORNECEDOR: JOAO VITOR DE LIMA POERA LTDA - CNPJ: 53.258.206/0001-82  
Valor Total do Fornecedor: 1.785.030,00 (um milhão, setecentos e oitenta e cinco mil e trinta reais).

### LOTE 3 SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO

Valor Total do Lote: 1.785.030,00 (um milhão, setecentos e oitenta e cinco mil e trinta reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	Serviç	15522	R\$ 115,00	R\$ 1.785.030,00

FORNECEDOR: LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 35.480.513/0001-21

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO  
PRADO:0493341595

Assinado de forma digital por  
RAFAEL BRITO DO  
PRADO:04933415951  
Dados: 2024.04.09 09:00:48 -03'00'



# CIS-COMCAM

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

Valor Total do Fornecedor: 90.238,50 (noventa mil, duzentos e trinta e oito reais e cinquenta centavos).

## LOTE 1 OTORRINOLARINGOLOGIA

Valor Total do Lote: 90.238,50 (noventa mil, duzentos e trinta e oito reais e cinquenta centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	Unidad	1200	R\$ 57,00	R\$ 68.724,00
2	03.01.01.007 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CISCOMCAM)	Unidad	100	R\$ 51,00	R\$ 5.090,00
3	04.04.01.027 REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL (CISCOMCAM)	Unidad	100	R\$ 7,00	R\$ 671,00
4	04.04.01.027 REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL (CLINICA)	Unidad	50	R\$ 7,00	R\$ 336,00
5	04.04.01.034 TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR (CISCOMCAM)	Unidad	50	R\$ 13,00	R\$ 673,00
6	04.04.01.034 TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 13,00	R\$ 1.345,00
7	02.09.04.004 VIDEOLARINGOSCOPIA (CISCOMCAM)	Unidad	50	R\$ 60,00	R\$ 2.981,00
8	02.09.04.004 VIDEOLARINGOSCOPIA (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 5.961,00
9	04.04.01.005 DRENAGEM DE ABSCESSO FARINGEO (CISCOMCAM)	Unidad	50	R\$ 23,00	R\$ 1.128,00
10	04.04.01.005 DRENAGEM DE ABSCESSO FARINGEO (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 23,00	R\$ 2.256,00
11	04.01.01.008 FRENECTOMIA (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 11,00	R\$ 1.075,00

FORNECEDOR: TAMAGAWA SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 53.628.255/0001-60

Valor Total do Fornecedor: 1.785.030,00 (um milhão, setecentos e oitenta e cinco mil e trinta reais).

## LOTE 3 SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO

Valor Total do Lote: 1.785.030,00 (um milhão, setecentos e oitenta e cinco mil e trinta reais).

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO  
PRADO:0493341595

Assinado de forma digital por  
RAFAEL BRITO DO  
PRADO:04933415951  
Dados: 2024.04.09 09:01:56 -03'00'



# CIS-COMCAM

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

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	Serviço	15522	R\$ 115,00	R\$ 1.785.030,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 3.696.287,50 (três milhões, seiscentos e noventa e seis mil, duzentos e oitenta e sete e cinquenta reais)

**Valor Total Homologado- R\$ 3.696.287,50**

Campo Mourão, 04 de abril de 2024.

RAFAEL BRITO DO PRADO:04933415951 Assinado de forma digital por RAFAEL BRITO DO PRADO:04933415951  
Dados: 2024.04.09 09:02:12 -03'00'

Rafael Brito do Prado  
Presidente do CIS-COMCAM



# CIS-COMCAM

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

## TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

01 – HOMOLOGAR a presente Licitação nestes termos:

- a) Processo Nº : 43/2024  
b) Licitação Nº : 15/2024  
c) Modalidade : Inexigibilidade:  
d) Data Homologação : 04/04/2024  
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Plantão, Otorrinolaringologia e Psicologia oferecidas 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: SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 48.503.033/0001-80

Valor Total do Fornecedor: 1.785.030,00 (um milhão, setecentos e oitenta e cinco mil e trinta reais).

LOTE 3 SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO

Valor Total do Lote: 1.785.030,00 (um milhão, setecentos e oitenta e cinco mil e trinta reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	Serviço	15522	R\$ 115,00	R\$ 1.785.030,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 1.785.030,00 (um milhão, setecentos e oitenta e cinco mil e trinta reais)

**Valor Total Homologado- R\$ 1.785.030,00**

Campo Mourão, 04 de abril de 2024.

RAFAEL BRITO DO  
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por  
RAFAEL BRITO DO  
PRADO:04933415951  
Dados: 2024.04.09 09:00:21 -03'00'

Rafael Brito do Prado  
Presidente do CIS-COMCAM



## CIS-COMCAM

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

### TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

01 – HOMOLOGAR a presente Licitação nestes termos:

- a) Processo Nº : 43/2024  
 b) Licitação Nº : 15/2024  
 c) Modalidade : Inexigibilidade:  
 d) Data Homologação : 04/04/2024  
 e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Plantão, Otorrinolaringologia e Psicologia oferecidas 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: CLINICA BEM ESTAR PAULINO LTDA - CNPJ: 53.861.930/0001-04  
 Valor Total do Fornecedor: 35.989,00 (trinta e cinco mil, novecentos e oitenta e nove reais).

#### LOTE 2 PSICOLOGIA

Valor Total do Lote: 35.989,00 (trinta e cinco mil, novecentos e oitenta e nove reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.08.017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (CLINICA)	Unidad	500	R\$ 21,00	R\$ 10.585,00
2	03.01.04.004 TERAPIA INDIVIDUAL (CLINICA)	Unidad	1200	R\$ 21,00	R\$ 25.404,00

FORNECEDOR: JOAO VITOR DE LIMA POERA LTDA - CNPJ: 53.258.206/0001-82  
 Valor Total do Fornecedor: 1.785.030,00 (um milhão, setecentos e oitenta e cinco mil e trinta reais).

#### LOTE 3 SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO

Valor Total do Lote: 1.785.030,00 (um milhão, setecentos e oitenta e cinco mil e trinta reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	Serviç	15522	R\$ 115,00	R\$ 1.785.030,00

FORNECEDOR: LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 35.480.513/0001-21

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.



## CIS-COMCAM

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

Valor Total do Fornecedor: 90.238,50 (noventa mil, duzentos e trinta e oito reais e cinquenta centavos).

### LOTE 1 OTORRINOLARINGOLOGIA

Valor Total do Lote: 90.238,50 (noventa mil, duzentos e trinta e oito reais e cinquenta centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	Unidad	1200	R\$ 57,00	R\$ 68.724,00
2	03.01.01.007 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CISCOMCAM)	Unidad	100	R\$ 51,00	R\$ 5.090,00
3	04.04.01.027 REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL (CISCOMCAM)	Unidad	100	R\$ 7,00	R\$ 671,00
4	04.04.01.027 REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL (CLINICA)	Unidad	50	R\$ 7,00	R\$ 336,00
5	04.04.01.034 TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR (CISCOMCAM)	Unidad	50	R\$ 13,00	R\$ 673,00
6	04.04.01.034 TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 13,00	R\$ 1.345,00
7	02.09.04.004 VIDEOLARINGOSCOPIA (CISCOMCAM)	Unidad	50	R\$ 60,00	R\$ 2.981,00
8	02.09.04.004 VIDEOLARINGOSCOPIA (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 5.961,00
9	04.04.01.005 DRENAGEM DE ABSCESSO FARINGEO (CISCOMCAM)	Unidad	50	R\$ 23,00	R\$ 1.128,00
10	04.04.01.005 DRENAGEM DE ABSCESSO FARINGEO (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 23,00	R\$ 2.256,00
11	04.01.01.008 FRENECTOMIA (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 11,00	R\$ 1.075,00

FORNECEDOR: TAMAGAWA SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 53.628.255/0001-60

Valor Total do Fornecedor: 1.785.030,00 (um milhão, setecentos e oitenta e cinco mil e trinta reais).

### LOTE 3 SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO

Valor Total do Lote: 1.785.030,00 (um milhão, setecentos e oitenta e cinco mil e trinta reais).

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.



## CIS-COMCAM

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

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	Serviço	15522	R\$ 115,00	R\$ 1.785.030,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 3.696.287,50 (três milhões, seiscentos e noventa e seis mil, duzentos e oitenta e sete e cinquenta reais)

**Valor Total Homologado- R\$ 3.696.287,50**

Campo Mourão, 04 de abril de 2024.

\_\_\_\_\_  
Rafael Brito do Prado  
Presidente do CIS-COMCAM

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.



## CIS-COMCAM

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

### 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 : 43/2024  
 b) Licitação Nº : 15/2024  
 c) Modalidade : Inexigibilidade:  
 d) Data Homologação : 04/04/2024  
 e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Plantão, Otorrinolaringologia e Psicologia oferecidas 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: SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 48.503.033/0001-80

Valor Total do Fornecedor: 1.785.030,00 (um milhão, setecentos e oitenta e cinco mil e trinta reais).

LOTE 3 SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO

Valor Total do Lote: 1.785.030,00 (um milhão, setecentos e oitenta e cinco mil e trinta reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	90.05.03.008 - PLANTÃO MÉDICO POR HORA - VALOR POR HORA DISPONÍVEL - PORTARIA 37/2019	Serviço	15522	R\$ 115,00	R\$ 1.785.030,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 1.785.030,00 (um milhão, setecentos e oitenta e cinco mil e trinta reais)

**Valor Total Homologado- R\$ 1.785.030,00**

Campo Mourão, 04 de abril de 2024.

\_\_\_\_\_  
 Rafael Brito do Prado  
 Presidente do CIS-COMCAM

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.



**CIS-COMCAM**

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

---

## **AVALIAÇÃO DO CONTROLE INTERNO**

Declaro estar ciente da elaboração do referido procedimento licitatório, não contendo irregularidades quanto a sua forma.

Campo Mourão, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

---

Maria Victoria Aparecida Santos  
Portaria de Nomeação 023/2013  
Controle Interno  
Portaria 27/2015

## Página de assinaturas



**Ivani Molin**  
517.896.809-30  
Signatário



**Maria Santos**  
026.495.449-10  
Signatário

### HISTÓRICO

- 24 abr 2024**  
09:35:06  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br))
- 24 abr 2024**  
09:36:06  **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 167.98.155.164 localizado em United Kingdom
- 24 abr 2024**  
09:36:06  **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 167.98.155.164 localizado em United Kingdom
- 24 abr 2024**  
10:27:02  **Maria Victoria Santos** (E-mail: [thidasantos666@gmail.com](mailto:thidasantos666@gmail.com), CPF: 026.495.449-10) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil
- 24 abr 2024**  
10:27:02  **Maria Victoria Santos** (E-mail: [thidasantos666@gmail.com](mailto:thidasantos666@gmail.com), CPF: 026.495.449-10) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil

