



**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: 045/2024

ASSUNTO: CREDENCIAMENTO DE GINECOLOGIA E ORTOPEDIA

MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE

CUMPRINDO O DISPOSTO NA LEI, NESTE ATO PROCEDO A ATUAÇÃO DO PROCESSO EM EPÍGRAFE, CONTENDO PÁGINAS NUMERADAS DE Nº 01 A Nº 181 E, PARA CONSTAR, LAVRO E ASSINO O PRESENTE TERMO, DE AUTUAÇÃO PARA QUE SURTAS OS EFEITOS LEGAIS.

CAMPO MOURÃO/PR, 09 DE ABRIL DE 2024

NOME: JARDEL ALEXANDRE LISBOA

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

## Página de assinaturas



**Jardel Lisboa**  
733.780.031-20  
Signatário

### HISTÓRICO

- |                         |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09 abr 2024<br>11:06:38 |    | <b>Ivani Fiore Dal Molin</b> criou este documento. (E-mail: <a href="mailto:compras@ciscomcam.com.br">compras@ciscomcam.com.br</a> )                                                                                            |
| 09 abr 2024<br>11:09:37 |  | <b>Jardel Alexandre Lisboa</b> (E-mail: <a href="mailto:jardellis@gmail.com">jardellis@gmail.com</a> , CPF: 733.780.031-20) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil |
| 09 abr 2024<br>11:09:37 |  | <b>Jardel Alexandre Lisboa</b> (E-mail: <a href="mailto:jardellis@gmail.com">jardellis@gmail.com</a> , 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, 09 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 Ginecologia e Ortopedia 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

- |                         |                                                                                     |                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09 abr 2024<br>11:08:08 |    | Ivani Fiore Dal Molin criou este documento. (E-mail: compras@ciscomcam.com.br)                                                                                                              |
| 09 abr 2024<br>11:18:19 |  | Orlando Augusto Baggio Scholz (E-mail: orlandoscholz@hotmail.com, CPF: 024.077.349-71) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.109 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil |
| 09 abr 2024<br>11:18:20 |  | Orlando Augusto Baggio Scholz (E-mail: orlandoscholz@hotmail.com, CPF: 024.077.349-71) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.109 localizado em Campo Mourao - 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 Ginecologia e Ortopedia oferecidas pelo Ciscomcam.

**Processo Administrativo nº 45**

**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, 09 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

- |                         |                                                                                     |                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09 abr 2024<br>11:07:23 |    | <b>Ivani Fiore Dal Molin</b> criou este documento. (E-mail: compras@ciscomcam.com.br)                                                                                              |
| 09 abr 2024<br>11:08:29 |  | <b>Ivani Fiore Dal Molin</b> (E-mail: vani_fiore@hotmail.com, CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 177.51.112.137 localizado em Maringá - Paraná - Brazil |
| 09 abr 2024<br>11:08:29 |  | <b>Ivani Fiore Dal Molin</b> (E-mail: vani_fiore@hotmail.com, CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 177.51.112.137 localizado em Maringá - Paraná - Brazil    |





## **PARECER CONTÁBIL**

**Processo Administrativo nº 45**

**Data do Processo Administrativo:** 09/04/2024

**Modalidade:** Inexigibilidade

**Objeto:** Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Ginecologia e Ortopedia 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, 09 de abril de 2024

**Alexandre Sebastião dos Santos**  
Contador

## Página de assinaturas



**Alexandro Santos**  
019.886.109-58  
Signatário

### HISTÓRICO

- |                         |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09 abr 2024<br>11:35:38 |    | <b>Ivani Fiore Dal Molin</b> criou este documento. (E-mail: <a href="mailto:compras@ciscomcam.com.br">compras@ciscomcam.com.br</a> )                                                                                                            |
| 09 abr 2024<br>20:55:44 |  | <b>Alexandro Sebastião Dos Santos</b> (E-mail: <a href="mailto:alexandro_s_s@hotmail.com">alexandro_s_s@hotmail.com</a> , CPF: 019.886.109-58) visualizou este documento por meio do IP 138.186.110.127 localizado em Maringá - Paraná - Brazil |
| 09 abr 2024<br>20:56:00 |  | <b>Alexandro Sebastião Dos Santos</b> (E-mail: <a href="mailto:alexandro_s_s@hotmail.com">alexandro_s_s@hotmail.com</a> , CPF: 019.886.109-58) assinou este documento por meio do IP 138.186.110.127 localizado em Maringá - Paraná - Brazil    |





# CIS-COMCAM

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

## AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

**Objeto:** Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Ginecologia e Ortopedia oferecidas pelo Ciscamcam.

**Processo Administrativo nº 45**

**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 |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------|----------------|---------------|---------------------|--------------------------|
| GINECOLOGIA |                                                                                                         |      |              |                |               |                     |                          |
| 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                    |
| 5213        | 02.01.01.066 - BIOPSIA DO COLO UTERINO                                                                  | 100  | 12           | R\$ 30,60      | R\$ 3.060,00  | 3.390.39.00.        | 50.30                    |
| 5208        | 02.01.01.051 - BIOPSIA/PUNCAO DE VULVA                                                                  | 100  | 12           | R\$ 30,60      | R\$ 3.060,00  | 3.390.39.00.        | 50.30                    |
| 5210        | 03.09.03.004 CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO (CLINICA)                             | 100  | 12           | R\$ 37,66      | R\$ 3.766,00  | 3.390.39.00.        | 50.30                    |
| 5217        | 90.04.01.011 DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO) (CLINICA)                                                   | 100  | 12           | R\$ 30,06      | R\$ 3.006,00  | 3.390.39.00.        | 50.30                    |
| 5216        | 04.09.07.012 DRENAGEM DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE (CLINICA)                                        | 100  | 12           | R\$ 18,16      | R\$ 1.816,00  | 3.390.39.00.        | 50.30                    |
| 4775        | 04.10.01.002 ESVAZIAMENTO PERCUTANIO DE CISTO MAMARIO (CLINICA)                                         | 100  | 12           | R\$ 34,59      | R\$ 3.459,00  | 3.390.39.00.        | 50.30                    |
| 5215        | 04.09.06.009 EXERESE DE POLIPO DE UTERO (CLINICA)                                                       | 100  | 12           | R\$ 37,76      | R\$ 3.776,00  | 3.390.39.00.        | 50.30                    |
| ORTOPEIDIA  |                                                                                                         |      |              |                |               |                     |                          |
| 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                    |
| 1172        | 03.03.09.003 INFILTRAÇÃO DE SUBSTANCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA, TENDINOSA) (CLINICA) | 500  | 12           | R\$ 31,59      | R\$ 15.795,00 | 3.390.39.00.        | 50.30                    |
|             |                                                                                                         |      |              |                | R\$           | 175.186,00          |                          |

Campo Mourão, 09 de abril de 2024

Leandro Roque Avila  
Coordenador do CISCOMCAM

## Página de assinaturas



**Leandro Avila**

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE D...  
Signatário

### HISTÓRICO

- |                         |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09 abr 2024<br>11:08:51 |    | <b>Ivani Fiore Dal Molin</b> criou este documento. (E-mail: <a href="mailto:compras@ciscomcam.com.br">compras@ciscomcam.com.br</a> )                                                                                                                                                                      |
| 09 abr 2024<br>11:15:18 |  | <b>Leandro Roque Avila</b> (Empresa: CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO, E-mail: <a href="mailto:coordenacao@ciscomcam.com.br">coordenacao@ciscomcam.com.br</a> , CPF: 057.666.679-30) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil |
| 09 abr 2024<br>11:15:18 |  | <b>Leandro Roque Avila</b> (Empresa: CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO, E-mail: <a href="mailto:coordenacao@ciscomcam.com.br">coordenacao@ciscomcam.com.br</a> , CPF: 057.666.679-30) 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

## 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 Ginecologia e Ortopedia oferecidas pelo Ciscamcam.

**Processo Administrativo nº 45**

**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 |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------|----------------|---------------|---------------------|--------------------------|
| GINECOLOGIA |                                                                                                         |      |              |                |               |                     |                          |
| 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                    |
| 5213        | 02.01.01.066 - BIOPSIA DO COLO UTERINO                                                                  | 100  | 12           | R\$ 30,60      | R\$ 3.060,00  | 3.390.39.00.        | 50.30                    |
| 5208        | 02.01.01.051 - BIOPSIA/PUNCAO DE VULVA                                                                  | 100  | 12           | R\$ 30,60      | R\$ 3.060,00  | 3.390.39.00.        | 50.30                    |
| 5210        | 03.09.03.004 CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO (CLINICA)                             | 100  | 12           | R\$ 37,66      | R\$ 3.766,00  | 3.390.39.00.        | 50.30                    |
| 5217        | 90.04.01.011 DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO) (CLINICA)                                                   | 100  | 12           | R\$ 30,06      | R\$ 3.006,00  | 3.390.39.00.        | 50.30                    |
| 5216        | 04.09.07.012 DRENAGEM DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE (CLINICA)                                        | 100  | 12           | R\$ 18,16      | R\$ 1.816,00  | 3.390.39.00.        | 50.30                    |
| 4775        | 04.10.01.002 ESVAZIAMENTO PERCUTANIO DE CISTO MAMARIO (CLINICA)                                         | 100  | 12           | R\$ 34,59      | R\$ 3.459,00  | 3.390.39.00.        | 50.30                    |
| 5215        | 04.09.06.009 EXERESE DE POLIPO DE UTERO (CLINICA)                                                       | 100  | 12           | R\$ 37,76      | R\$ 3.776,00  | 3.390.39.00.        | 50.30                    |
| ORTOPEDIA   |                                                                                                         |      |              |                |               |                     |                          |
| 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                    |
| 1172        | 03.03.09.003 INFILTRAÇÃO DE SUBSTANCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA, TENDINOSA) (CLINICA) | 500  | 12           | R\$ 31,59      | R\$ 15.795,00 | 3.390.39.00.        | 50.30                    |
|             |                                                                                                         |      |              |                | R\$           | 175.186,00          |                          |

Campo Mourão, 09 de abril de 2024

RAFAEL BRITO DO  
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por  
RAFAEL BRITO DO  
PRADO:04933415951  
Dados: 2024.04.17 08:37:22 -03'00'

Rafael Brito do Prado  
Presidente do CISCOMCAM

Rua Mamborê, 1542 - Fone (44) 3523-3684 – CEP 87303-140 – Campo Mourão – Pr

CNPJ: 95.640.322/0001-01 – E-mail: coordenacao@ ciscamcam.com.br



[Voltar](#)

Detalhes processo licitatório

Informações Gerais

Entidade Executora

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE COMUNIDADE DOS MUNIC DA REGIÃO I

Ano\*

2024

Nº licitação/dispensa/inexigibilidade\*

16

Modalidade\*

Processo Inexigibilidade

Número edital/processo\*

45

Recursos provenientes de organismos internacionais/multilaterais de crédito

Instituição Financeira

Contrato de Empréstimo

Descrição Resumida do Objeto\*

Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Ginecologia e Ortopedia oferecidas pelo Ciscomcam.

Dotação Orçamentária\*

0101510302001520233390390000

Preço máximo/Referência de preço - R\$\*

175.186,00

Data Publicação Termo ratificação

09/04/2024

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



**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 Ciscomcam.

**1. PREÂMBULO.**

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

**2. DO OBJETO.**

**2.1**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 todos as vias autenticadas com assinatura digital do socio administrador ou do CNPJ e todas as vias em formato de arquivo PDF, podendo ser enviadas pelo endereço de e-mail: [compras@ciscomcam.com.br](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 compartilha-la com que preferir bem como qualquer pessoa poderá entregar a documentação para a empresa interessada (por meio físico), devendo se dirigir ao departamento de compras e licitações ao funcionário responsável pelo credenciamento, conforme item 4.7;

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

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

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

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



**CIS-COMCAM**

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

**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2022**

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

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

**5. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS**

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

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

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

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

**6. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**

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

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

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

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

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



**6.6** Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente.

**6.7** Cópia da cédula de identidade dos sócios administradores

**6.8** Cópia do CPF dos sócios administradores

**6.9** Declaração de idoneidade, conforme modelo constante no **Anexo II**;

**6.10** Declaração do proponente de que não possui nenhum impedimento, tanto referente à Lei 14.133/21 quanto às demais legislações atinentes à espécie, conforme modelo constante no **Anexo III**;

**6.11** Declaração que não possui parentesco consanguíneo ou afim, até 3º grau, com empregados e/ou dirigentes do órgão licitante, conforme modelo constante no **Anexo IV**;

**6.12** Todos os anexos deverão ser preenchidos em conformidade com o modelo do anexo, devendo inserir os dados do interessado em todos os campos pertinentes, bem como assinar e preencher com os dados lá solicitados com a identidade visual da empresa a ser credenciada, não podendo constar a identidade visual do Ciscamcam como consta nos modelos de anexos, sob pena de não credenciamento.

**6.13** Cartão CNPJ conforme última atualização, caso aja alterações no contrato social;

**6.14** Comprovante atualizado do endereço indicado no documento de constituição ou alteração da empresa.

**6.15** Certidão Simplificada da Junta Comercial, no caso de empresas constituídas junto as Juntas Comerciais, Certidão do Cartório de Registro de Pessoa Jurídica, tratando-se de empresas constituídas junto aos Cartórios de Pessoa Jurídica ou mesmo o relatório de “Consulta QSA / Capital Social” emitido no site da Receita Federal do Brasil, desde que acompanhado com os CPF dos titulares, sócios e representantes legais da Pessoa Jurídica, **emitida com prazo não superior a 60 (sessenta) dias.**

**6.16** Em caso de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, apresentar o **Anexo V** – Modelo de Declaração de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte;

**6.17** Em caso de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte apresentar comprovante de opção pelo Simples obtido através do site do Ministério da fazenda: <http://www8.receita.fazenda.gov.br/simplesnacional/aplicacoes.aspx?id=21> ou de outro site público que efetivamente ateste a opção pelo simples, como o <http://www.sintegra.gov.br>

**6.18** Prova de regularidade fiscal perante a **Fazenda Nacional**, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02/10/2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.

**6.19** Prova de regularidade fiscal perante a **Fazenda Estadual**, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

**6.20** Prova de regularidade com a **Fazenda Municipal** do domicílio ou sede do licitante, relativa à atividade em cujo exercício contrata ou concorre;

**6.21** Prova de situação regular perante o **Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS** (art. 27, a, Lei nº 8.036/90), através da apresentação do CRF – Certificado de Regularidade do FGTS;



**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 RESIDÊNCIA MÉDIA na especialidade a que se deseja credenciar, podendo ser substituída por declaração de conclusão do curso (com no máximo 12 meses após a conclusão do curso) com devida identificação e autenticação da instituição responsável, declaração ou certidão emitida pelo Conselho pertinente, desde que, devidamente atualizada; ou COMPROVANTE DE EXPERIÊNCIA emitido por instituição devidamente autorizada para atendimento na área da saúde de acordo com a(s) especialidade(s) a ser(em) exercida(s)

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

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

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

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

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

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



## **CIS-COMCAM**

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

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

**6.27.2** Cópia do RG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **7. DO PROCEDIMENTO DO CREDENCIAMENTO**

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **9. DOS VALORES.**

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

**10.7** Após a conferência e posterior elaboração das planilhas pelo Setor de Faturamento do CIS-COMCAM, ficará disponível no site do CISCOMCAM ([www.ciscamcam.com.br](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 CISCOMCAM não se responsabilizará por atraso na entrega das faturas e não se comprometerá em realizar pagamentos de forma acumulativa, de forma que, não comprometera o seu orçamento mensal, ficando o credenciado responsável para entregar as faturas nas datas determinadas;

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

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

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

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

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

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

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

[www.ciscamcam.com.br](http://www.ciscamcam.com.br) / e-mail: [compras@ciscamcam.com.br](mailto:compras@ciscamcam.com.br)



# CIS-COMCAM

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

**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<br>- 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<br>- 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<br>- 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 Ciscamcam, o cadastro do serviço junto à Secretaria Municipal de Saúde de Campo Mourão, sob pena de suspensão dos pagamentos referentes aos serviços prestados;

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

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

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

**15.11**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[www.ciscamcam.com.br](http://www.ciscamcam.com.br) / e-mail: [compras@ciscamcam.com.br](mailto:compras@ciscamcam.com.br)



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<br/>LEGAL</b> | <b>REGISTRO GERAL – RG<br/>ÓRGÃO EMISSOR</b> | <b>CADASTRO DE PESSOA<br/>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 | INSERIR ENDEREÇO DO LOCAL DE ATENDIMENTO<br>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 Nº CNPJ**  
**NOME REPRESENTANTE LEGAL**  
**CPF REPRESENTANTE LEGAL**  
**RG REPRESENTANTE LEGAL**



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

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



**CIS-COMCAM**

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

**ANEXO IV**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE  
PARENTESCO**

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

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA Nº CNPJ

NOME REPRESENTANTE LEGAL

CPF REPRESENTANTE LEGAL

RG REPRESENTANTE LEGAL



**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 Nº CNPJ  
NOME REPRESENTANTE LEGAL  
CPF REPRESENTANTE LEGAL  
RG REPRESENTANTE LEGAL



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

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

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

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

RESPONSÁVEL DO CNPJ:

RESPONSÁVEL

DO

DOCUMENTAÇÃO:

CONTATO:

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



## CIS-COMCAM

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

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

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



# **CIS-COMCAM**

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

|                                                     |                                                                      |  |  |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--|--|
|                                                     | pertinente, desde que, devidamente atualizada                        |  |  |
| <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                                  |  |  |
| <b>DOCUMENTAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO</b> |                                                                      |  |  |
| <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 Nº CNPJ  
NOME REPRESENTANTE LEGAL  
CPF REPRESENTANTE LEGAL  
RG REPRESENTANTE LEGAL



**CIS-COMCAM**

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

**ANEXO 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 Nº CNPJ  
NOME REPRESENTANTE LEGAL  
CPF REPRESENTANTE LEGAL  
RG REPRESENTANTE LEGAL



**CIS-COMCAM**

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

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

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



**CIS-COMCAM**

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

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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

## Página de assinaturas



**Adriano Avila**  
058.375.919-07  
Signatário



**Ivani Molin**  
517.896.809-30  
Signatário



**Joana Silva**  
058.222.369-52  
Signatário



**Alexandro Santos**  
019.886.109-58  
Signatário

## HISTÓRICO

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



24 jul 2023

15:13:04



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



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

**ANEXO I**

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

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

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

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

**Razão Social:** MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA

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

**CNPJ nº:** 49.399.216/0001-60

**Inscrição Estadual:** ISENTO

**Micro Empresa:** ( ) Não ( X ) Sim

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

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

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

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

**CEP:** 83.508-185

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

**BANCÁRIOS:**

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

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

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

| <b>ESPECIALIDADE</b>         | <b>DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>QUANTIDADE</b>        |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| GINECOLOGIA<br>E OBSTETRÍCIA | <b>02.01.01.066</b> - BIOPSIA DO COLO UTERINO<br><b>02.01.01.051</b> - BIÓPSIA/PUNÇÃO DE VULVA<br><b>03.01.01.007</b> - CONSULTA MÉDICA<br><b>03.09.03.004</b> - CRIOCAUTERIZAÇÃO / ELETROCOAGULAÇÃO DE COLO DE ÚTERO<br><b>90.04.01.011</b> -DIU<br><b>04.09.07.012</b> - DRENAGEM DA GLÂNDULA DE BARTHOLIN/SKENE<br><b>04.10.01.002</b> - ESWAZIAMENTO PERCUTÂNEO DE CISTO MAMÁRIO<br><b>04.09.06.009</b> - EXÉRESE DE PÓLIPO DE ÚTERO | 100 EXAMES/<br>CONSULTAS |

**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> |
|--------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|
| MARIANA DE AGUIAR KOUBIK | 094.586.829-40                         | CRM-PR                              | 0043681                                | (41)99950-3838  |

**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> |
|--------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------|
| MARIANA DE AGUIAR KOUBIK | 094.586.829-40                         | CRM-PR                              | empresarial@contabilamerica.com | (44)3423-0642   |

**ESPECIALIDADES**

| <b>PROFISSIONAL</b>      | <b>ESPECIALIDADE</b>      |
|--------------------------|---------------------------|
| MARIANA DE AGUIAR KOUBIK | GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA |

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

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

|                                                              |                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CISCOMCAM CONSÓRCIO<br/>INTERMUNICIPAL DE SAUDE</b>       | <b>Rua Mamboré, 1542 – Centro, Campo<br/>mourão – PR, CEP 87302-140</b>                 |
| <b>CLÍNICA UNIDADE DE SAÚDE SIDNEI<br/>GUSMÃO DE ANDRADE</b> | <b>Rua São Paulo, 658, CENTRO, CEP 87320-<br/>000, Roncador - PR</b>                    |
| <b>CLÍNICA FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE</b>                      | <b>Rua Zenóvio Szeremeta, 1802, Centro,<br/>Juranda-PR</b>                              |
| <b>CLÍNICA FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE</b>                      | <b>Rua Tres Marias, 239, CENTRO, Setor de<br/>Saude Prédio 1 E 2, Quinta do Sol- PR</b> |

Campo Mourão – Pr, 15 de março de 2024.

 Documento assinado digitalmente  
MARIANA DE AGUIAR KOUBIK  
Data: 19/03/2024 17:10:43-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

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



**Quinta do Sol**

Gerção 2021 - 2024

Praça 14 de Setembro, 255 Fone/Fax (0xx14-3567-1313) Quinta do Sol - PR

**ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO**

**ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO**

**INSCRIÇÃO MUNICIPAL**

999-0

**Nome/Razão Social**

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE QUINTA DO SOL

**Endereço** RUA TRES MARIAS

CENTRO

Nº 239

Complemento.: SETOR DE SAUDE PRÉDIO 1 E 2

**Responsável pela Empresa**

IRIS HELOISA PEREIRA GUERRA

**CNPJ MF/ CPF**

10.380.316/0001-00

**Código**

8610102

**Ramo de Atividade Principal**

ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPI

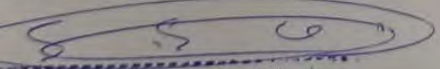
FICA O MESMO SUJEITO AS EXIGENCIAS CONSTANTES EM LEI, SOB PENA DE, SUSPENSÃO DE SUAS ATIVIDADES E DEMAIS FINALIDADES LEGAIS.

**OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES**

25% DOS IMPOSTOS QUE VOCÊ PAGA É DESTINADO À EDUCAÇÃO E 15% À SAÚDE.

Quinta do sol, 13/03/2024

Estabelecimento autorizado a exercer as atividades supras durante o exercício de:



**Silvério Sangali de Oliveira**

RG 6.850.206-3

Responsável

2024



" O SOL NASCE PARA TODOS "



# Quinta do Sol

## Secretaria Municipal de Saúde

**LICENÇA SANITÁRIA****Nº 007/2024**

Nome/Razão Social:

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

CNPJ:

**10.380.316/0001-00**

Endereço:

**RUA 3 MARIA – Nº 239****QUINTA DO SOL – PR****CEP 87265-000**

Complemento:

**Prédio 1 e 2**

Responsável pela Empresa:

**IRIS HELOIZA PEREIRA GUERRA**

CPF:

**048.739.119-58**

Ramo de Atividade:

**Atividades de Atendimento em Pronto-Socorro e unidades  
hospitalares para Atendimento a Urgências****Atividades de profissionais da área de saúde não especificadas  
anteriormente**

CNAE:

**8610-1/02****8650-0/99**

Data da vistoria:

**12/12/2023**Estabelecimento autorizado a exercer as  
Atividades supras durante o exercício de:**13/01/2024****A****Carlos A. Guimarães**  
Vigilância Sanitária**13/01/2025****RESPONSÁVEL****A fixação desta licença em local visível ao consumidor é obrigatória.****“CIDADE DOS ASTROS”****“O SOL NASCE PRA TODOS”**



MUNICÍPIO DE JURANDA  
SECRETARIA DE FINANÇAS  
DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO E FISCALIZAÇÃO



# ALVARÁ SANITÁRIO / 2024

|                                                                |                     |                           |                     |              |
|----------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|--------------|
| CONCEDIDO À:                                                   |                     | CPF/CNPJ:                 |                     |              |
| <b>Razão Social: MUNICÍPIO DE JURANDA</b>                      |                     | <b>78.196.755/0001-09</b> |                     |              |
| Nome Fantasia: MUNICÍPIO DE JURANDA                            |                     |                           |                     |              |
| ENDEREÇO:                                                      |                     |                           |                     |              |
| PRAÇA HENRIQUE SZAFERMAN, 139, BAIRRO: CENTRO, CIDADE: JURANDA |                     |                           |                     |              |
| ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL                                  |                     |                           | INÍCIO DA ATIVIDADE |              |
| 008411600 - Administração pública em geral                     |                     |                           | 30/12/2019          |              |
| ATIVIDADE(S) ECONÔMICA(S) SECUNDÁRIA(S)                        |                     |                           |                     |              |
| CADASTRO                                                       | CÓDIGO DA ATIVIDADE | NUMERO DO ALVARÁ          | VALIDADE            | DATA EMISSÃO |
| 791                                                            | 008411600           | 47                        | 28/02/2025          | 19/03/2024   |

OBS.: EM CASO DE ENCERRAMENTO, PARALISAÇÃO, MUDANÇA DE ENDEREÇO, DE RAMO OU QUALQUER OUTRA ALTERAÇÃO, PROCURAR COM URGÊNCIA AO SETOR COMPETENTE. ESTE ALVARÁ DEVERÁ FICAR EM LOCAL VISÍVEL, SEM DOBRAS E RASURAS.

Juranda(PR), 19 de março de 2024.

Autenticação: WIS031201-3058-KDHJKWWBYIVKN-4

Para consultar a opção Autenticidade de Documento em <https://juranda.atende.net/> ou através do QR Code acima.



MUNICÍPIO DE JURANDA  
SECRETARIA DE FINANÇAS  
DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO E FISCALIZAÇÃO



# ALVARÁ DE LICENÇA DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO / 2024

|                                                                |                     |                           |                     |              |
|----------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|--------------|
| CONCEDIDO À:                                                   |                     | CPF/CNPJ:                 |                     |              |
| <b>Razão Social: MUNICÍPIO DE JURANDA</b>                      |                     | <b>78.196.755/0001-09</b> |                     |              |
| Nome Fantasia: MUNICÍPIO DE JURANDA                            |                     |                           |                     |              |
| ENDEREÇO:                                                      |                     |                           |                     |              |
| PRAÇA HENRIQUE SZAFERMAN, 139, BAIRRO: CENTRO, CIDADE: JURANDA |                     |                           |                     |              |
| ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL                                  |                     |                           | INÍCIO DA ATIVIDADE |              |
| 008411600 - Administração pública em geral                     |                     |                           | 30/12/2019          |              |
| ATIVIDADE(S) ECONÔMICA(S) SECUNDÁRIA(S)                        |                     |                           |                     |              |
| CADASTRO                                                       | CÓDIGO DA ATIVIDADE | NUMERO DO ALVARÁ          | VALIDADE            | DATA EMISSÃO |
| 791                                                            | 008411600           | 82                        | 28/02/2025          | 19/03/2024   |

OBS.: EM CASO DE ENCERRAMENTO, PARALISAÇÃO, MUDANÇA DE ENDEREÇO, DE RAMO OU QUALQUER OUTRA ALTERAÇÃO, PROCURAR COM URGÊNCIA AO SETOR COMPETENTE. ESTE ALVARÁ DEVERÁ FICAR EM LOCAL VISÍVEL, SEM DOBRAS E RASURAS.

Juranda(PR), 19 de março de 2024.

Autenticação: WIS031201-3058-KXDMCWIISNKJB-1

Para consultar a opção Autenticidade de Documento em <https://juranda.atende.net/> ou através do QR Code acima.

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

**ANEXO II**

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

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

não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;

não está impedido de transacionar com a Administração Pública;

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

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

Campo Mourão – Pr, 19 de março de 2024.

Documento assinado digitalmente  
 **MARIANA DE AGUIAR KOUBIK**  
Data: 19/03/2024 17:10:43-0300  
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

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

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

**ANEXO III**

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, 19 de março de 2024.

Documento assinado digitalmente  
 **MARIANA DE AGUIAR KOUBIK**  
Data: 19/03/2024 17:10:43-0300  
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

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

---

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

**ANEXO IV**

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

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

Campo Mourão – Pr, 19 de março de 2024.

Documento assinado digitalmente  
 **MARIANA DE AGUIAR KOUBIK**  
Data: 19/03/2024 17:10:43-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

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

---

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

1

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

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

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

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

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

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

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

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

## CONTRATO SOCIAL

### MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA

em igualdade de condições e preço direito de preferência para a sua aquisição se postas à venda, formalizando, se realizada a cessão delas, a alteração contratual pertinente.

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

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

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

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

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

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

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

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

## CONTRATO SOCIAL

### MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---



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

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

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

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

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

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

Almirante Tamandaré-PR, 26 de janeiro de 2.023.



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



## TERMO DE AUTENTICIDADE

Eu, SERGIO LUIS MIRANDA, com inscrição ativa no CRC/PR, sob o nº 044501O3, inscrito no CPF nº 02069906930, DECLARO, sob as penas da Lei Penal, e sem prejuízo das sanções administrativas e cíveis, que este documento é autêntico e condiz com o original.

| IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S) |                |                     |
|----------------------------------|----------------|---------------------|
| CPF                              | Nº do Registro | Nome                |
| 02069906930                      | 044501O3       | SERGIO LUIS MIRANDA |



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

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

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

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

Emitido no dia **31/01/2023** às **10:39:38** (data e hora de Brasília).

Página: **1/1**

Identificação do Contribuinte - CNPJ Matriz

CNPJ: **49.399.216/0001-60**  
A opção pelo Simples Nacional e/ou SIMEI abrange todos os estabelecimentos da empresa  
  
Nome Empresarial: **MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA**

Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **Optante pelo Simples Nacional desde 31/01/2023**  
Situação no SIMEI: **NÃO enquadrado no SIMEI**

+ Mais informações

Documento assinado digitalmente  
 **MARIANA DE AGUIAR KOUBIK**  
Data: 19/03/2024 17:16:22-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Voltar

Gerar PDF

## CERTIDÃO SIMPLIFICADA

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

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

|                                                                                                                                                       |                                   |                                                 |                                                                    |                                          |                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Nome Empresarial:</b> MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA<br><b>NIRE :</b> 41211311719<br><b>Natureza Jurídica:</b> Sociedade Empresária Limitada |                                   |                                                 | <b>Protocolo:</b> PRC2419962698                                    |                                          |                                                         |
| <b>NIRE (Sede)</b><br>41211311719                                                                                                                     | <b>CNPJ</b><br>49.399.216/0001-60 | <b>Data de Ato Constitutivo</b><br>31/01/2023   |                                                                    | <b>Início de Atividade</b><br>26/01/2023 |                                                         |
| <b>Endereço Completo</b><br>Rua Justo Manfron, Nº 920, CASA 23,, Lamenha Pequena - Almirante Tamandaré/PR - CEP 83508-185                             |                                   |                                                 |                                                                    |                                          |                                                         |
| <b>Objeto Social</b><br>CLINICA MEDICA E PRESTACAO DE SERVICOS MEDICO-HOSPITALARES EM ESTABELECIMENTOS DE TERCEIROS                                   |                                   |                                                 |                                                                    |                                          |                                                         |
| <b>Capital Social</b><br>R\$ 30.000,00 (trinta mil reais)<br><b>Capital Integralizado</b><br>R\$ 30.000,00 (trinta mil reais)                         |                                   |                                                 | <b>Porte</b><br>ME (Microempresa)                                  | <b>Prazo de Duração</b><br>Indeterminado |                                                         |
| <b>Dados do Sócio</b>                                                                                                                                 |                                   |                                                 |                                                                    |                                          |                                                         |
| <b>Nome</b><br>MARIANA DE AGUIAR<br>KOUBIK                                                                                                            | <b>CPF/CNPJ</b><br>094.586.829-40 | <b>Participação no capital</b><br>R\$ 30.000,00 | <b>Espécie de sócio</b><br>Sócio                                   | <b>Administrador</b><br>S                | <b>Término do mandato</b><br>Indeterminado              |
| <b>Dados do Administrador</b>                                                                                                                         |                                   |                                                 |                                                                    |                                          |                                                         |
| <b>Nome</b><br>MARIANA DE AGUIAR KOUBIK                                                                                                               |                                   | <b>CPF</b><br>094.586.829-40                    | <b>Término do mandato</b><br>Indeterminado                         |                                          |                                                         |
| <b>Último Arquivamento</b><br><b>Data</b><br>31/01/2023                                                                                               |                                   | <b>Número</b><br>20230633013                    | <b>Ato/eventos</b><br>090 / 315 - ENQUADRAMENTO DE<br>MICROEMPRESA |                                          | <b>Situação</b><br>ATIVA<br><b>Status</b><br>SEM STATUS |

Esta certidão foi emitida automaticamente em 15/03/2024, às 11:26:48 (horário de Brasília).  
Se impressa, verificar sua autenticidade no <https://www.empresafacil.pr.gov.br>, com o código **NPUOMSC9**.



PRC2419962698

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA  
Secretário(a) Geral

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

## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

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

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

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

**Validade:** 03/03/2024 a 01/04/2024

**Certificação Número:** 2024030300383020608011

Informação obtida em 15/03/2024 10:58:37

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



ESTADO DO PARANÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALMIRANTE TAMANDARÉ  
SECRETARIA DE FINANÇAS

Data: 15/03/2024 10h57min

| Número | Validade   |
|--------|------------|
| 2843   | 14/04/2024 |

## CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Nome / Razão Social

MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA CNPJ: 49399216000160

Aviso

Sem débitos pendentes até a presente data.

Comprovação Junto à

Finalidade

Mensagem

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

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

Código de Controle

CWV5X2HSCUPT7B51

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

Almirante Tamandaré (PR), 15 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 032834296-04**

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

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

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

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

**Válida até 08/06/2024 - 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: MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ: 49.399.216/0001-60**

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

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

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

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

Emitida às 10:51:02 do dia 09/02/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 07/08/2024.

Código de controle da certidão: **F0FC.9950.E3DA.6FCC**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

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

CNPJ: 49.399.216/0001-60

Certidão nº: 9453918/2024

Expedição: 09/02/2024, às 14:18:55

Validade: 07/08/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

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

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

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

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

Certidão emitida gratuitamente.

### **INFORMAÇÃO IMPORTANTE**

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

**CRM-PR**

Conselho Regional de Medicina do Paraná

**CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO**

Inscrição: 0043681 em 07/01/2020

Nome:

MARIANA DE AGUIAR KOUBIK

Filiação:

ROBERTO KOUBIK e ANA CLAUDIA GALVÃO DE AGUIAR KOUBIK

Nacionalidade:

BRASIL

Nascimento:

10/06/1995

Naturalidade:

Paranavai-PR

Diplomado pela:

Formado em:

FACULDADE EVANGÉLICA MACKENZIE DO PARANÁ 07/01/2020

Identidade:

129220449

Órgão Expedidor:

SESP-PR

CPF:

094.586.823-40

Documento assinado digitalmente

MARIANA DE AGUIAR KOUBIK

Data: 19/03/2024 17:16:22-0300

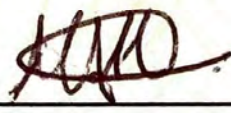
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**MÉDICO**



**POLEGAR DIREITO**



  
Assinatura do Portador

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANA

RG: 12.922.044-9



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documento assinado digitalmente



MARIANA DE AGUIAR KOUBIK

Data: 19/03/2024 17:26:48-0300

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 12.922.044-9

DATA DE EXPEDIÇÃO: 13/11/2009

NOME: MARIANA DE AGUIAR KOUBIK

FILIAÇÃO: ROBERTO KOUBIK

ANA CLAUDIA GALVÃO DE AGUIAR KOUBIK

NATURALIDADE: PARANAVA/PR

DATA DE NASCIMENTO: 10/06/1995

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

C.NASC=28926, LIVRO=79A, FOLHA=155

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ASSINATURA DO TITULAR

É PROIBIDO PLASTIFICAR



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

**CPF**

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

**094.586.829-40**

Nome

**MARIANA DE AGUIAR KOUBIK**

Nascimento

**10/06/1995**



Documento assinado digitalmente

MARIANA DE AGUIAR KOUBIK

Data: 19/03/2024 17:16:22-0300

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



HOSPITAL DO  
TRABALHADOR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

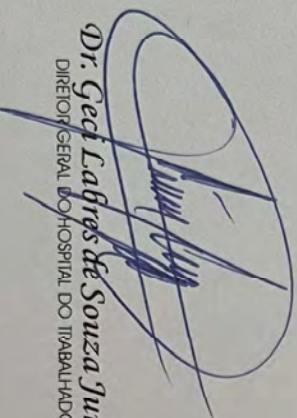
**PARANÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DA SAÚDE

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

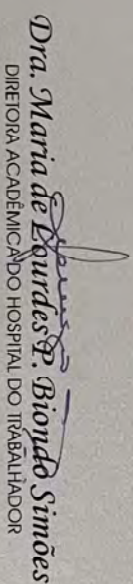
## *Certificado de Residência Médica*

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

*Curitiba, 03 de março de 2023.*

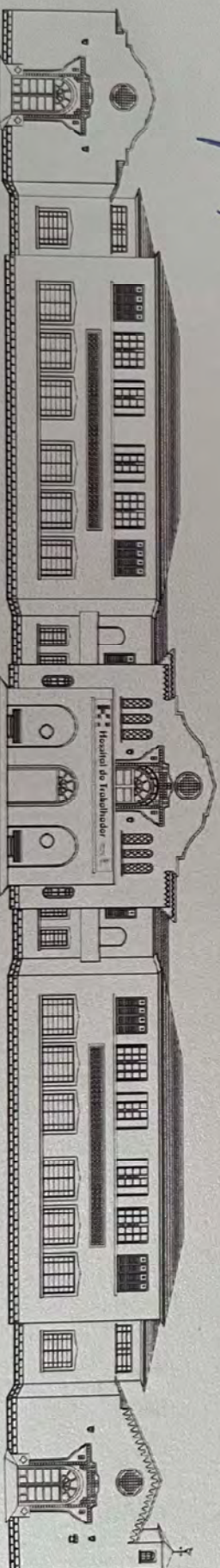


*Dr. Gecl Cabres de Souza Junior*  
DIRETOR-GERAL DO HOSPITAL DO TRABALHADOR



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

*Dra. Mariana de Aguiar Koubik*  
MÉDICA RESIDENTE





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

### **Certificado de Especialista**

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

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

**na especialidade de**

**GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

Chave de validação     **f7de4887925b0c570ffaee093b00d7a0006eefb4**

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

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

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

### Cartão Nacional de Saúde - CNS

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

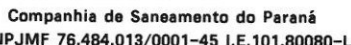


Documento assinado digitalmente  
**MARIANA DE AGUIAR Koubik**  
Data: 19/03/2024 17:10:43-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Emp. 1898

|  <b>SANEPAR</b><br>Companhia de Saneamento do Paraná<br>CNPJ/MF 76.484.013/0001-45 I.E. 101.80080-L |  |  |       | FATURA AGRUPADA               |                           |                       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------|-------------------------------|---------------------------|-----------------------|--|
| ORGÃO PRINCIPAL<br>43-PREFEITURA MUNICIPAL                                                                                                                                           |  |  | URCM  | CODIGO<br>1421.8036           | REFERENCIA<br>03/2024 2 5 |                       |  |
| ORGÃO AGRUPADOR<br>1421803-PREF MUNICIPAL FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE<br>76.950.047/0001-88                                                                                             |  |  |       | NOVO COD. AGRUP.<br>1218.0030 | VENCIMENTO<br>26/04/24    |                       |  |
| RUA ESTRELA DALVA<br>87265-000 QUINTA DO SOL                                                                                                                                         |  |  | 00269 | EMISSÃO<br>02/04/2024         | FOLHA<br>1                |                       |  |
| MATRÍCULA-CATEG.-ECONOMIA-HIDRÔM.-LEITURA-CONSUMO-ENDEREÇO-NOME-SERVIÇO                                                                                                              |  |  |       | ÁGUA                          | ESGOTO                    | SERVIÇO VALOR         |  |
| 218 - QUINTA DO SOL                                                                                                                                                                  |  |  |       |                               |                           |                       |  |
| 08720240 070 A21ZR003323951 627 53<br>R TRES MARIAS 00236<br>POSTO DE SAUDE                                                                                                          |  |  |       |                               | 346,61<br>C,00            | 346,61                |  |
| 32846459 070 Y21SG005890841 609 18<br>R URANO 00769<br>PREFEITURA MUN QUINTA DO SOL                                                                                                  |  |  |       |                               | 151,56<br>C,00            | 151,56                |  |
| VOLUME FATURADO 71<br>QTDE MATRICULAS 2                                                                                                                                              |  |  |       |                               |                           |                       |  |
| PAGTO ATE 26042024<br>APOS 30 DIAS DO VENCIMENTO SUJEITO A INTERRUPCAO DO<br>CONFORME ART.125 - RES. 003/2021 - AGEPAR                                                               |  |  |       |                               |                           |                       |  |
| PAGTO APOS 26042024 , IMPLICARA EM MULTA,<br>CORRECAO MONETARIA E JUROS DE MORA,<br>A SEREM INCLUIDAS EM CONTA FUTURA<br>CONFORME ART.125 - RES. 003/2021 - AGEPAR                   |  |  |       |                               |                           |                       |  |
| <i>Sane</i><br>15-2                                                                                                                                                                  |  |  |       |                               |                           |                       |  |
| VALOR POR EXTENSO<br>QUATROCENTOS E NOVENTA E OITO REAIS E DEZESSE-<br>TE CENTAVOS                                                                                                   |  |  |       |                               |                           | VALOR TOTAL<br>498,17 |  |

ST1126



|                                                                                                                                                                    |  |                         |  |      |  |                               |        |                        |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|------|--|-------------------------------|--------|------------------------|-----------------------|
| ORGÃO PRINCIPAL                                                                                                                                                    |  | 43-PREFEITURA MUNICIPAL |  | URCM |  | CODIGO                        |        | REFERÊNCIA             |                       |
| ORGÃO AGRUPADOR<br>1430303-PM JURANDA - FUNDO MUNICIPAL SAUDE<br>OO.814.071/0001-28<br><br>PC HENRIQUE SZAUFERMANN 00139<br>87355-000 JURANDA                      |  |                         |  |      |  | 1430.3039                     |        | 02/2024 4 5            |                       |
|                                                                                                                                                                    |  |                         |  |      |  | NOVO COD. AGRUP.<br>1303.0027 |        | VENCIMENTO<br>26/03/24 |                       |
|                                                                                                                                                                    |  |                         |  |      |  | EMISSÃO<br>07/03/2024         |        | FOLHA<br>1             |                       |
| MATRÍCULA-CATEG.-ECONOMIA-HIDRÔM.-LEITURA-CONSUMO-ENDEREÇO-NOME-SERVIÇO                                                                                            |  |                         |  |      |  | ÁGUA                          | ESGOTO | SERVIÇO                | VALOR                 |
| 303 - JURANDA                                                                                                                                                      |  |                         |  |      |  |                               |        |                        |                       |
| 22974025 070 A21ZR002289951 88 27<br>R ZENOVIO SZEREMETA 01802<br>POSTO DE SAUDE                                                                                   |  |                         |  |      |  |                               |        | 237,37<br>0,00         | 237,37                |
| 30837665 070 A21ZR003434151 122 5<br>R TIBIRICA S/N<br>ACADEMIA DA SAUDE                                                                                           |  |                         |  |      |  |                               |        | 44,08<br>0,00          | 44,08                 |
| 790 - RIO VERDE                                                                                                                                                    |  |                         |  |      |  |                               |        |                        |                       |
| 14586954 070 Y21SG146566341 59 5<br>AV PARANA S/N<br>POSTO DE SAUDE - RIO VERDE                                                                                    |  |                         |  |      |  |                               |        | 44,08<br>0,00          | 44,08                 |
| 27344062 070 Y19FA093415141 290 8<br>AV PARANA 00595<br>POSTO DE SAUDE - RIO VERDE                                                                                 |  |                         |  |      |  |                               |        | 75,62<br>0,00          | 75,62                 |
| 33787740 070 Y22SG054653041 12 5<br>R BOM JESUS S/N<br>POSTO DE SAUDE DE RIO VERDE                                                                                 |  |                         |  |      |  |                               |        | 44,08<br>0,00          | 44,08                 |
| 835 - PRIMAVERA                                                                                                                                                    |  |                         |  |      |  |                               |        |                        |                       |
| 21257303 070 109L63624041 872 5<br>R S JOAO 03552<br>POSTO DE SAUDE - PRIMAVERA                                                                                    |  |                         |  |      |  |                               |        | 44,08<br>0,00          | 44,08                 |
| 34030898 070 414T93569441 819 9<br>R PIAUI 00675<br>POSTO DE SAUDE PRIMAVERA                                                                                       |  |                         |  |      |  |                               |        | 65,53<br>0,00          | 65,53                 |
| VOLUME FATURADO 64<br>QTDE MATRICULAS 7                                                                                                                            |  |                         |  |      |  |                               |        |                        |                       |
| PAGTO ATE 26032024<br>APOS 30 DIAS DO VENCIMENTO SUJEITO A INTERRUPCAO DO<br>CONFORME ART.125 - RES. 003/2021 - AGEPAR                                             |  |                         |  |      |  |                               |        |                        |                       |
| PAGTO APOS 26032024 , IMPLICARA EM MULTA,<br>CORRECAO MONETARIA E JUROS DE MORA,<br>A SEREM INCLUIDAS EM CONTA FUTURA<br>CONFORME ART.125 - RES. 003/2021 - AGEPAR |  |                         |  |      |  |                               |        |                        |                       |
| -----<br>-<br>-<br>-<br>-<br>-<br>-<br>-<br>-----                                                                                                                  |  |                         |  |      |  |                               |        |                        |                       |
|                                                                                                                                                                    |  |                         |  |      |  |                               |        |                        |                       |
| VALOR POR EXTENSO<br>QUINHENTOS E CINQUENTA E QUATRO REAIS E OITEN-<br>TA E QUATRO CENTAVOS                                                                        |  |                         |  |      |  |                               |        |                        | VALOR TOTAL<br>554,84 |



Companhia de Saneamento do Paraná  
CNPJMF 76.484.013/0001-45 I.E.101.80080-L

## FATURA AGRUPADA

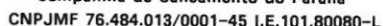
|                                                                                               |       |                               |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------|---------------------------|
| ORGÃO PRINCIPAL<br>43-PREFEITURA MUNICIPAL                                                    | URCM  | CONTROLE<br>1430.3039         | REFERÊNCIA<br>02/2024 4 5 |
| ORGÃO AGRUPADOR<br>1430303-PM JURANDA - FUNDO MUNICIPAL SAUDE<br>OO.814.071/0001-28           |       | NOVO COD. AGRUP.<br>1303.0027 | VENCIMENTO<br>26/03/24    |
| PC HENRIQUE SZAUFERMAN<br>87355-000 JURANDA                                                   | 00139 | EMIÇÃO<br>07/03/2024          | FOLHA<br>2                |
| MATRÍCULA-CATEG.-ECONOMIA-HIDRÔM.-LEITURA-CONSUMO-ENDEREÇO-NOME-SERVIÇO                       | ÁGUA  | ESGOTO                        | SERVIÇO                   |
|                                                                                               |       |                               | VALOR                     |
| * TRIBUTO:IR<br>ALÍQUOTA BASE CÁLCULO VLR.DO TRIB. VLR.DA CONTA<br>4,80 % 554,84 26,63 528,21 |       |                               |                           |
| CTRL 1430.3039.0224.4567 IPTE 232.0109.1430.3039.0224.4567                                    |       |                               |                           |
| VALOR POR EXTENSO<br>QUINHENTOS E CINQUENTA E QUATRO REAIS E OITEN-<br>TA E QUATRO CENTAVOS   |       |                               | VALOR TOTAL<br>554,84     |

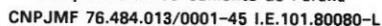
STI127

A NAO REGULARIZACAO DA(S) PENDENCIA(S) IMPLICARA  
NA SUA INSCRICAO NO CADASTRO INFORMATIVO  
ESTADUAL-CADIN, CONFORME LEI ESTADUAL 18.466/2015

82620000005-5 28210109202-5 40326143030-6 39022024459-9



[illegible]



|                                                                                                                             |  |                               |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|---------------------------|
| ORGÃO PRINCIPAL 43-PREFEITURA MUNICIPAL URCM                                                                                |  | CONTROLE<br>1303.0040         | REFERÊNCIA<br>02/2024 5 5 |
| ORGÃO AGRUPADOR<br>1303004-HOSPITAL MUNICIPAL DE JURANDA<br>78.196.755/0001-09<br>PC HENRIQUE SZAFERMANN 00139<br>87355-000 |  | NOVO COD. AGRUP.<br>1303.0040 | VENCIMENTO<br>26/03/24    |
|                                                                                                                             |  | EMISSÃO<br>07/03/2024         | FOLHA<br>2                |
| MATRÍCULA-CATEG.-ECONOMIA-HIDRÔM.-LEITURA-CONSUMO-ENDEREÇO-NOME-SERVIÇO                                                     |  | ÁGUA ESGOTO SERVIÇO           | VALOR                     |
| * TRIBUTO:IR<br>ALIQUOTA BASE CALCULO VLR.DO TRIB. VLR.DA CONTA<br>4,80 % 637,30 30,59 606,71                               |  |                               |                           |
| CTRL 1303.0040.0224.5589 IPTE 232.0109.1303.0040.0224.5589                                                                  |  |                               |                           |
| VALOR POR EXTENSO<br>SEISCENTOS E TRINTA E SETE REAIS E TRINTA CENTAVOS                                                     |  |                               | VALOR TOTAL<br>637,30     |

STI127

82600000006-5 06710109202-0 40326130300-8 40022024559-3



Responsável pela Iluminação Pública: Município 4435253833

**Classificação:**  
B1 Residencial / Residencial

**Tipo de Fornecimento:**  
Bifasico /63A

**DATAS DE  
LEITURAS**

**Leitura anterior**  
**01/11/2023**

**Leitura atual**  
**08/12/2023**

**Nº de dias**  
**37**

**Próxima Leitura**  
**09/01/2024**

**Nome:** JOHNNY KLEBER FERREIRA

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

UNIDADE CONSUMIDORA

**112220339**

CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO AUTOMÁTICO



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

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

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

| Itens de fatura          | Unid. | Quant. | Preço unit (R\$)<br>com tributos | Valor (R\$) | PIS/<br>COFINS | ICMS | Tarifa<br>unit. (R\$) |
|--------------------------|-------|--------|----------------------------------|-------------|----------------|------|-----------------------|
| ENERGIA ELET CONSUMO     | kWh   | 50     | 0,319000                         | 15,95       | 0,85           | 0,00 | 0,302140              |
| ENERGIA ELET USO SISTEMA | kWh   | 50     | 0,346800                         | 17,34       | 0,93           | 0,00 | 0,328370              |
| TOTAL                    |       |        |                                  | 33,29       | 1,78           | 0,00 |                       |

| Tributo       | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%)       | Valor (R\$)  |
|---------------|-----------------------|--------------------|--------------|
| COFINS<br>PIS | 33,28<br>33,28        | 4,3886%<br>0,9522% | 1,46<br>0,32 |

HISTÓRICO DE CONSUMO / kWh

CONSUMO FATURADO Nº DIAS FAT.

|       |    |    |
|-------|----|----|
| DEZ23 | 50 | 37 |
| NOV23 |    |    |
| OUT23 |    |    |
| SET23 |    |    |
| AGO23 |    |    |
| JUL23 |    |    |
| JUN23 |    |    |
| MAI23 |    |    |
| ABR23 |    |    |
| MAR23 |    |    |
| FEV23 |    |    |
| JAN23 |    |    |
| DEZ22 |    |    |

| Medidor    | Grandezas   | Postos<br>de leitura | Leitura<br>Atual | Leitura<br>Antiga | Const<br>Medidor | Consumo<br>kWh |
|------------|-------------|----------------------|------------------|-------------------|------------------|----------------|
| 0431076081 | CONSUMO kWh | TP                   | 1                | 8                 | 1                | 7              |

Reservado ao Fisco

PERÍODO FISCAL: 09/12/2023

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

REAVISO DE VENCIMENTO

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

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



Documento assinado digitalmente  
MARIANA DE AGUIAR KOUBIK  
Data: 19/03/2024 17:16:22-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Número da fatura: FAT-01-20235508968689-3



PIX

836000000007 332901110004 001010202354 508968689036



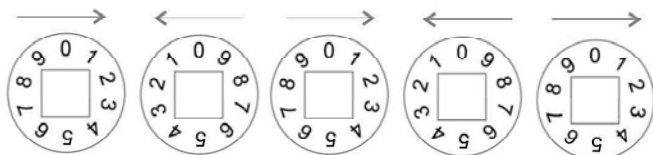


Precisou da Copel? Manda um whats! 41 3013-8973

### INFORMAÇÕES SUPLEMENTARES

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

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



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

DATA DA LEITURA \_\_/\_\_/\_\_

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

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



Acesse a  
Agência Virtual  
da COPEL

Baixe o  
Aplicativo  
da COPEL



ANDROID



iOS



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



#### JOHNNY KLEBER FERREIRA

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

#### ONDE PAGAR SUA CONTA DE LUZ

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

DÉBITO AUTOMÁTICO É MAIS PRÁTICO E SEGURO!



**DÉBITO AUTOMÁTICO**

É SEGURO, FÁCIL E TRANSPARENTE.

NUMERO : (41) 99950-3838

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



Documento assinado digitalmente

MARIANA DE AGUIAR KOUBIK

Data: 19/03/2024 17:26:48-0300

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

## 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: 53.540.672/0001-56  
Razão Social: OSMAEL PEROTTI SERVICOS ORTOPEDICOS LTDA  
E-mail: dr.josealexandrecoستا@gmail.com  
Telefone: 44988335212  
Banco: BRADESCO  
Conta: 32867-7  
Agência: 2460  
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: 923 - Data Emissão: 2024-03-22 - Data Vencimento: 2024-06-20**

**Certidão Estadual: 924 - Data Emissão: 2024-03-22 - Data Vencimento: 2024-07-20**

**Certidão Federal: 925 - Data Emissão: 2024-03-25 - Data Vencimento: 2024-09-21**

**Certidão Trabalhista: 926 - Data Emissão: 2024-03-22 - Data Vencimento: 2024-09-18**

**Certidão FGTS: 927 - Data Emissão: 2024-03-22 - Data Vencimento: 2024-04-07**

**Certidão Falencias: 928 - Data Emissão: 2024-03-22 - Data Vencimento: 1970-01-01**

#### **IV - Capacidade Técnica**

#### **V - Proposta**

**Categoria: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - Procedimento: CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA - Valor: R\$ 57.27 - Qtd: 1760**

#### **VI - Profissionais**

**Nome: OAMAEEL PEROTTI JUNIOR - Especialidade : ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - CPF: 345.539.008-07**

---

**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: 27/03/2024 14:08:08**

**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:** Osmael Perotti Serviços Ortopédicos Ltda

**Nome Fantasia:** \*\*\*\*

**CNPJ nº:** 53.540.672/0001-56

**Inscrição Estadual:** -

**Micro Empresa:** ( x ) Não ( ) Sim

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

**Número do CNAE Nacional:** 8630-5-03 **Descrição:** Atividade médica  
ambulatorial – restrita a consultas.

8610-1-01 Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e  
unidades para atendimento a urgências.

8610-1-02 Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades  
hospitalares para atendimento a urgências.

**Endereço:** Avenida Humaitá, nº 267 – Apto 402, Zona 04

**Município:** Maringá **UF:** PR

**CEP:** 87014-200

**Telefone Comercial:** ( ) **Telefone Celular:** (44) 8833-5212

**DADOS BANCÁRIOS:**

|                                |                             |                             |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>BANCO:</b> Bradesco         | <b>CÓDIGO DO BANCO:</b> 237 | <b>AGÊNCIA:</b> 2460        |
| <b>TIPO DE CONTA:</b> Corrente | <b>OPERAÇÃO:</b>            | <b>Nº DA CONTA:</b> 32867-7 |

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

| REPRESENTANTE<br>LEGAL    | REGISTRO GERAL – RG<br>ÓRGÃO EMISSOR                | CADASTRO DE PESSOA<br>FÍSICA CPF |
|---------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------|
| Osmael Perotti Junior     | 444985979 – SESP/SP                                 | 345.539.008-07                   |
| Ortopedia e Traumatologia | Consulta                                            | 1200                             |
| Ortopedia e Traumatologia | Infiltracao de substancias em<br>cavidades sinovial | 500                              |

### PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

| PROFISSIONAL          | CADASTRO DE<br>PESSOA FÍSICA -<br>CPF | REGISTRO<br>GERAL ÓRGÃO<br>EMISSOR | Nº REGISTRO<br>CONSELHO<br>COMPETENTE | TELEFONE           |
|-----------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|
| Osmael Perotti Junior | 345.539.008-07                        | 444985979 –<br>SESP/SP             | 46462-PR                              | (44) 8833-<br>5212 |

### RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

| NOME                  | CADASTRO DE<br>PESSOA FÍSICA -<br>CPF | REGISTRO<br>GERAL ÓRGÃO<br>EMISSOR | E-MAIL                                                                                                                                 | TELEFONE                                       |
|-----------------------|---------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Osmael Perotti Junior | 345.539.008-07                        | 444985979 –<br>SESP/SP             | <a href="mailto:fiscal4@escritorio&lt;br/&gt;saopaulo.cnt.br">fiscal4@escritorio<br/>saopaulo.cnt.br</a><br><br>oms.jr@hotmail.c<br>om | (44) 8833-<br>5212<br><br>(44) 9 9906-<br>0220 |

### ESPECIALIDADES

| PROFISSIONAL          | ESPECIALIDADE             |
|-----------------------|---------------------------|
| Osmael Perotti Junior | Ortopedia e Traumatologia |

### LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

|                              |                                                                                      |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| INSERIR LOCAL DE ATENDIMENTO | Rua São Josafat, nº 1418 – Centro, Campo<br>Mourão<br>CEP 87302-170<br>Centro Médico |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|



**CIS-COMCAM**

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

---

Campo Mourão – Pr, 27 de Março de 2024.

Documento assinado digitalmente  
 **OSMAEL PEROTTI JUNIOR**  
Data: 28/03/2024 15:47:18-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

---

**Osmael Perotti Junior**  
**CPF 345.539.008-07**  
**Osmael Perotti Serviços Ortopédicos Ltda**  
**CNPJ 53.540.672/0001-56**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MOURÃO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**LICENÇA SANITÁRIA Nº 580 / 2023**

**RAZÃO SOCIAL:** TOKASHIKI & TOKASHIKI LTDA - ME

**NOME FANTASIA:**

**CPF/CNPJ:** 06.975.928/0001-78

**ENDEREÇO:** SÃO JOSAFAT DE 1181 ATE 2250

**BAIRRO:** CENTRO **NUMERO:** 1418

**DATA DE EMISSÃO:** 11/08/2023 **DATA DE VALIDADE:** 11/08/2024

**Atividades Licenciadas:**

Principal: 8630503 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

**Observações:**



SUELLEN GOMES SANTOS FANTIN:06140808944  
Assinado de forma digital por SUELLEN GOMES SANTOS FANTIN:06140808944  
Dados: 2023.08.11 15:04:16 -03'00'

Autoridade Sanitária

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



**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 Osmael Perotti Serviços Médicos, inscrita no CNPJ sob nº 53.540.672/0001-56, sediada na Avenida Humaitá, nº 267 – Apto 402, Zona 04 na cidade de Maringá/PR, através representante legal, Osmael Perotti Junior, inscrito no CPF 345.539.008-07 e RG 444985979, 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 penalizada com rescisão de contrato, quer por deficiência dos serviços, quer por outro motivo igualmente grave, no transcorrer dos últimos 5 (cinco) anos;

não incorre nas demais condições impeditivas previstas na Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores. Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Campo Mourão – Pr, 28 de Março de 2024.



Documento assinado digitalmente

OSMAEL PEROTTI JUNIOR

Data: 28/03/2024 15:47:18-0300

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

**Osmael Perotti Junior**  
**CPF 345.539.008-07**  
**Osmael Perotti Serviços Ortopédicos Ltda**  
**CNPJ 53.540.672/0001-56**



**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

Osmael Perotti Serviços Ortopédicos Ltda, estabelecida na Avenida Humaitá, nº 267 – Apto 402, Zona 04 – Maringá/PR, inscrita no CNPJ sob nº 53.540.672/0001-56, neste ato representada pelo seu sócio Osmael Perotti Junior, 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, 28 de Março de 2023.

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** OSMAR PEROTTI JUNIOR  
Data: 28/03/2024 15:47:18-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Osmael Perotti Junior**  
**CPF 345.539.008-07**  
**Osmael Perotti Serviços Ortopédicos Ltda**  
**CNPJ 53.540.672/0001-56**



**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, Osmael Perotti Junior, carteira de identidade nº 444985979, expedida pela SESP/SP, inscrito no CPF sob nº 345.539.008-07, Representante legal da Osmael Perotti Serviços Ortopédicos Ltda, inscrita no CNPJ sob o nº 53.540.672/0001-56, 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, 27 de Março de 20204.

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** OSMOEL PEROTTI JUNIOR  
Data: 28/03/2024 15:47:18-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Osmael Perotti Junior**  
**CPF 345.539.008-07**  
**Osmael Perotti Serviços Ortopédicos Ltda**  
**CNPJ 53.540.672/0001-56**



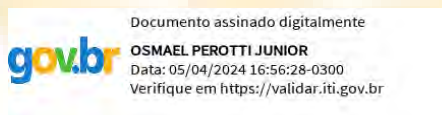
**ANEXO V**

**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 (**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, 05 de Abril de 2024.



**Osmael Perotti Junior**  
**CPF 345.539.008-07**  
**Osmael Perotti Serviços Ortopédicos Ltda**  
**CNPJ 53.540.672/0001-56**

# CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA

## OSMAEL PEROTTI SERVIÇOS ORTOPÉDICOS LTDA

**OSMAEL PEROTTI JUNIOR**, brasileiro, casado sob o regime de Comunhão Parcial, médico, nascido em 05/08/1989, residente e domiciliado na cidade de Maringá - PR, na Avenida Humaitá, nº 267 - APT 402 - Zona 04, CEP: 87014-200; inscrito no CPF nº 345.539.008-07, resolve 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: **OSMAEL PEROTTI SERVIÇOS ORTOPÉDICOS LTDA**.

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

A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: Avenida Humaitá, nº 267 - APT 402 - Zona 04, CEP: 87014-200, Maringá - PR.

### 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, ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR EM PRONTO SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGENCIAS**.

E exercerá as seguintes atividades:

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

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

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

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

A sociedade iniciará suas atividades em 15/01/2024 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\$ 5.000,00 (cinco mil reais), dividido em 5.000 quotas, no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, formado por R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) em moeda corrente no País.

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

| SÓCIO                 | QUOTAS       | VALOR               | %             |
|-----------------------|--------------|---------------------|---------------|
| OSMAEL PEROTTI JUNIOR | 5.000        | R\$ 5.000,00        | 100,00        |
| <b>TOTAL:</b>         | <b>5.000</b> | <b>R\$ 5.000,00</b> | <b>100,00</b> |

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

A administração da sociedade será exercida pelo sócio **OSMAEL PEROTTI JUNIOR** 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

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

### **OSMAEL PEROTTI SERVIÇOS ORTOPÉDICOS LTDA**

---

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

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

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

#### **CLÁUSULA IX - DO PRÓ LABORE**

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

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

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

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

Retirando-se, falecendo ou 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 Maringá - PR, para qualquer ação fundada neste contrato, renunciando-se a qualquer outro por muito especial que seja.

**CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA**  
**OSMAEL PEROTTI SERVIÇOS ORTOPÉDICOS LTDA**

---

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.

Maringá - PR, 15 de janeiro de 2024.

**OSMAEL PEROTTI JUNIOR**  
*Sócio/Administrador*



## ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa OSMAEL PEROTTI SERVIÇOS ORTOPÉDICOS LTDA consta assinado digitalmente por:

| IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S) |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| CPF/CNPJ                         | Nome                  |
| 34553900807                      | OSMAEL PEROTTI JUNIOR |



CERTIFICO O REGISTRO EM 17/01/2024 16:32 SOB Nº 41212211491.  
PROTOCOLO: 240313410 DE 17/01/2024.  
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12400669989. CNPJ DA SEDE: 53540672000156.  
NIRE: 41212211491. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 15/01/2024.  
OSMAEL PEROTTI SERVIÇOS ORTOPÉDICOS LTDA

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                 |                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <div>NÚMERO DE INSCRIÇÃO<br/>53.540.672/0001-56<br/>MATRIZ</div>                                                                                                                                                                                                                                           | <div>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO<br/>CADASTRAL</div> | <div>DATA DE ABERTURA<br/>17/01/2024</div>               |
| <div>NOME EMPRESARIAL<br/>OSMAEL PEROTTI SERVICOS ORTOPEDICOS LTDA</div>                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                 |                                                          |
| <div>TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)<br/>*****</div>                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                 | <div>PORTE<br/>ME</div>                                  |
| <div>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL<br/>86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas</div>                                                                                                                                                                         |                                                                 |                                                          |
| <div>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS<br/>86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências<br/>86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências</div> |                                                                 |                                                          |
| <div>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA<br/>206-2 - Sociedade Empresária Limitada</div>                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                          |
| <div>LOGRADOURO<br/>AV HUMAITÁ</div>                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div>NÚMERO<br/>267</div>                                       | <div>COMPLEMENTO<br/>APT 402</div>                       |
| <div>CEP<br/>87.014-200</div>                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div>BAIRRO/DISTRITO<br/>ZONA 04</div>                          | <div>MUNICÍPIO<br/>MARINGA</div>                         |
| <div>UF<br/>PR</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                 |                                                          |
| <div>ENDEREÇO ELETRÔNICO<br/>CADASTRO@ESCRITORIOSAOPAULO.CNT.BR</div>                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                 | <div>TELEFONE<br/>(44) 3226-3417/ (0000) 0000-0000</div> |
| <div>ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)<br/>*****</div>                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                 |                                                          |
| <div>SITUAÇÃO CADASTRAL<br/>ATIVA</div>                                                                                                                                                                                                                                                                    | <div>DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL<br/>17/01/2024</div>            |                                                          |
| <div>MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL</div>                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |                                                          |
| <div>SITUAÇÃO ESPECIAL<br/>*****</div>                                                                                                                                                                                                                                                                     | <div>DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL<br/>*****</div>                  |                                                          |

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

Emitido no dia 17/01/2024 às 17:17:14 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1



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

Rua Brasil, 1487 - CAMPO MOURÃO - PARANÁ - CAIXA POSTAL, 420 - CEP 87301-140  
Fone/Fax: (44)3518-1144 - e-mail: prefeitura@campomourao.pr.gov.br - homepage: www.campomourao.pr.gov.br

|                   |                                |
|-------------------|--------------------------------|
| CMC<br>11639      | NÚMERO DO ALVARÁ<br>402/2004   |
| EXERCÍCIO<br>2023 | DATA DE VALIDADE<br>01/10/2024 |

## ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO

NOME / RAZÃO SOCIAL  
**369497 - TOKASHIKI & TOKASHIKI LTDA - ME**

NOME FANTASIA / SOBRENOME

LOGRADOURO  
**RUA SAO JOSAFAT**

NÚMERO  
**1418**

COMPLEMENTO  
**SALA 10**

CEP  
**87.300-001**

BAIRRO  
**CENTRO**

MUNICÍPIO  
**Campo Mourão**

ESTADO  
**PR**

CFP / CNPJ  
**06.975.928/0001-78**

RG / INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA INÍCIO ATIVIDADE  
**10/09/2004**

ATIVIDADE(S) PRINCIPAL(IS)  
**0086.3/05.03 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas**

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

RESTRIÇÃO COMPLEMENTAR

CONTADOR / CONTABILIDADE RESPONSÁVEL  
**ZENITH ASSESSORIA CONTABIL LTDA - ME**

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

### Restrições

**CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO DO CORPO DE BOMBEIROS VÁLIDO ATÉ 01/10/2024.**



Assinado digitalmente por:  
**MARIZA FORMENTINI BUENO**  
007.686.919-90  
06/10/2023 16:02:36

CAMPO MOURÃO/PR, 06/10/2023

VALIDAÇÃO



**MANTER EM LOCAL VISÍVEL AO PÚBLICO**

### OBSERVAÇÕES / INFORMES

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

ESTE DOCUMENTO ASSINAÇÃO Nº 4610-11111-13  
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSAR <https://ic.atende.neip652059d53c08a>



## 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: OSMAEL PEROTTI SERVIÇOS ORTOPÉDICOS LTDA<br>NIRE : 41212211491<br>Natureza Jurídica: Sociedade Empresária Limitada                                              |                            |                                           | Protocolo: PRC2420254286          |                               |                                     |
| NIRE (Sede)<br>41212211491                                                                                                                                                        | CNPJ<br>53.540.672/0001-56 | Data de Ato Constitutivo<br>17/01/2024    | Início de Atividade<br>15/01/2024 |                               |                                     |
| Endereço Completo<br>Avenida HUMAITÁ, Nº 267, APT 402,, ZONA 04 - Maringá/PR - CEP 87014-200                                                                                      |                            |                                           |                                   |                               |                                     |
| Objeto Social<br>ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS, ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR EM PRONTO SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGENCIAS. |                            |                                           |                                   |                               |                                     |
| Capital Social<br>R\$ 5.000,00 (cinco mil reais)<br>Capital Integralizado<br>R\$ 5.000,00 (cinco mil reais)                                                                       |                            | Porte<br>ME (Microempresa)                | Prazo de Duração<br>Indeterminado |                               |                                     |
| <b>Dados do Sócio</b>                                                                                                                                                             |                            |                                           |                                   |                               |                                     |
| Nome<br>OSMAEL PEROTTI JUNIOR                                                                                                                                                     | CPF/CNPJ<br>345.539.008-07 | Participação no capital<br>R\$ 5.000,00   | Espécie de sócio<br>Sócio         | Administrador<br>S            | Término do mandato<br>Indeterminado |
| <b>Dados do Administrador</b>                                                                                                                                                     |                            |                                           |                                   |                               |                                     |
| Nome<br>OSMAEL PEROTTI JUNIOR                                                                                                                                                     | CPF<br>345.539.008-07      | Término do mandato<br>Indeterminado       |                                   |                               |                                     |
| <b>Último Arquivamento</b>                                                                                                                                                        |                            | <b>Ato/eventos</b>                        |                                   | <b>Situação</b>               |                                     |
| Data<br>17/01/2024                                                                                                                                                                | Número<br>20240313410      | 090 / 315 - ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA |                                   | ATIVA<br>Status<br>SEM STATUS |                                     |

Esta certidão foi emitida automaticamente em 08/04/2024, às 08:10:43 (horário de Brasília).  
Se impressa, verificar sua autenticidade no <https://www.empresafacil.pr.gov.br>, com o código **OPENTCAZ**.



PRC2420254286

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA  
Secretário(a) Geral

Identificação do Contribuinte - CNPJ Matriz

CNPJ: **53.540.672/0001-56**

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

Nome Empresarial: **OSMAEL PEROTTI SERVICOS ORTOPEDICOS LTDA**

Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **Optante pelo Simples Nacional desde 17/01/2024**

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

+ Mais informações

Voltar Gerar PDF



**CIS-COMCAM**

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

## DECLARAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO DA RAZÃO SOCIAL

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

OSMAEL PEROTTI SERVIÇOS ORTOPÉDICOS LTDA, estabelecida na Avenida Humaitá, nº 267 – Apto 402, Zona 04 – Maringá-PR, inscrita no CNPJ sob nº 53.540.672/0001-56, neste ato representada pelo seu Osmael Perotti Junior, no uso de suas atribuições legais, vem: DECLARAR, para fins de atualização do cadastro do Processo Administrativo 024/2023, Inexigibilidade 11/2023, sob as penas da Lei, que o foi alterado para Rua São Josafat, nº 1418, Centro – Campo Mourão, conforme 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, 27 de Março de 2023.

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** OSMAEL PEROTTI JUNIOR  
Data: 28/03/2024 15:47:18-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Osmael Perotti Junior**

**CPF 345.539.008-07**

**Osmael Perotti Serviços Ortopédicos Ltda**

**CNPJ 53.540.672/0001-56**

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)

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

## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 53.540.672/0001-56  
**Razão Social:** OSMAEL PEROTTI SERVICOS ORTOPEDICOS LTDA  
**Endereço:** AV HUMAITA 267 APT 402 / ZONA 04 / MARINGA / PR / 87014-200

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:** 09/03/2024 a 07/04/2024

**Certificação Número:** 2024030904060827049395

Informação obtida em 22/03/2024 16:28:04

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 MUNICIPIO DE MARINGÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA**

**Certidão Positiva de Débitos com Efeito de Negativa Nº 75459/2024**

**Certificamos**, conforme requerido por **OSMAEL PEROTTI SERVIÇOS ORTOPEDICOS LTDA**, CPF/CNPJ nº **53.540.672/0001-56**, para fins **DE LICITAÇÃO**, que **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 **OSMAEL PEROTTI SERVICOS ORTOPEDICOS LTDA**, CPF/CNPJ nº **53.540.672/0001-56**, situado(a) na cidade de Maringá , **MAS QUE SE ENCONTRAM A VENCER**.

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

---

Emitida em: **22/03/2024**

Válida até: **20/06/2024**

Certidão emitida com base nas normas:

CTN - Código Tributário Nacional

CTM - Código Tributário Municipal

Decreto Municipal nº 1500/2017

Código de Autenticação: **114A58EBF49418E4E98630EEB8974F0F**

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 033120766-95**

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **53.540.672/0001-56**

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 20/07/2024 - 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: OSMAEL PEROTTI SERVICOS ORTOPEDICOS LTDA**  
**CNPJ: 53.540.672/0001-56**

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 08:31:56 do dia 25/03/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 21/09/2024.

Código de controle da certidão: **70E4.3131.D76B.29F0**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: OSMAEL PEROTTI SERVICOS ORTOPEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 53.540.672/0001-56

Certidão nº: 19737534/2024

Expedição: 22/03/2024, às 16:33:14

Validade: 18/09/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **OSMAEL PEROTTI SERVICOS ORTOPEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **53.540.672/0001-56**, **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.



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: OSMAEL PEROTTI SERVICOS ORTOPEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 53.540.672/0001-56

Certidão nº: 19737534/2024

Expedição: 22/03/2024, às 16:33:14

Validade: 18/09/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **OSMAEL PEROTTI SERVICOS ORTOPEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **53.540.672/0001-56**, **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.

# 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](http://www.distribuidormaringa.com.br) - Email: [certidaodistribuidormga@gmail.com](mailto:certidaodistribuidormga@gmail.com)

### CERTIDÃO NEGATIVA



Número: 202403221434197297018

**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:

#### **OSMAEL PEROTTI JUNIOR**

**CPF: 345.539.008-07**

**RG: 444985979**

**Filiação: osmael perotti**

**neuza rodrigues da silva perotti**

#### **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, sexta-feira, 22 de março de 2024.

CARTÓRIO DISTRIBUIDOR E ANEXOS DE MARINGÁ/PR  
assinado digitalmente



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

Rua Brasil, 1487 - CAMPO MOURÃO - PARANÁ - CAIXA POSTAL, 420 - CEP 87301-140  
Fone/Fax: (44)3518-1144 - e-mail: prefeitura@campomourao.pr.gov.br - homepage: www.campomourao.pr.gov.br

|                   |                                |
|-------------------|--------------------------------|
| CMC<br>11639      | NÚMERO DO ALVARÁ<br>402/2004   |
| EXERCÍCIO<br>2023 | DATA DE VALIDADE<br>01/10/2024 |

## ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO

NOME / RAZÃO SOCIAL  
**369497 - TOKASHIKI & TOKASHIKI LTDA - ME**

NOME FANTASIA / SOBRENOME

LOGRADOURO  
**RUA SAO JOSAFAT**

NÚMERO  
**1418**

COMPLEMENTO  
**SALA 10**

CEP  
**87.300-001**

BAIRRO  
**CENTRO**

MUNICÍPIO  
**Campo Mourão**

ESTADO  
**PR**

CFP / CNPJ  
**06.975.928/0001-78**

RG / INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA INÍCIO ATIVIDADE  
**10/09/2004**

ATIVIDADE(S) PRINCIPAL(IS)  
**0086.3/05.03 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas**

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

RESTRIÇÃO COMPLEMENTAR

CONTADOR / CONTABILIDADE RESPONSÁVEL  
**ZENITH ASSESSORIA CONTABIL LTDA - ME**

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

### Restrições

**CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO DO CORPO DE BOMBEIROS VÁLIDO ATÉ 01/10/2024.**



Assinado digitalmente por:  
**MARIZA FORMENTINI BUENO**  
007.686.919-90  
06/10/2023 16:02:36

CAMPO MOURÃO/PR, 06/10/2023

VALIDAÇÃO



**MANTER EM LOCAL VISÍVEL AO PÚBLICO**

### OBSERVAÇÕES / INFORMES

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

ESTE DOCUMENTO ASSINAÇÃO Nº 4610-11111-13  
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSAR <https://ic.atende.neip652059d53c08a>

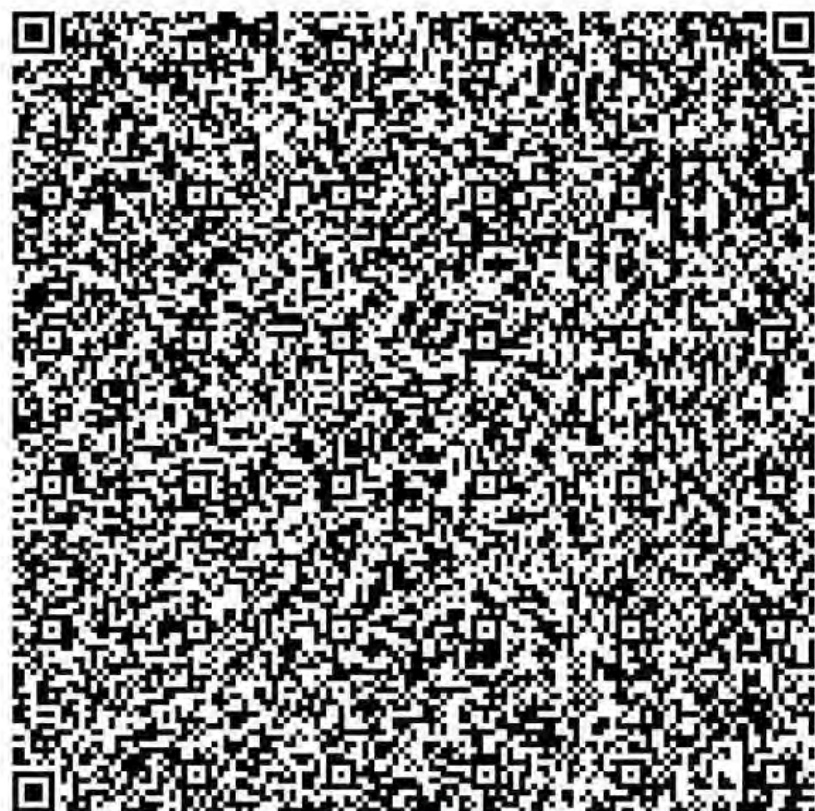




**OSMAEL PEROTTI JUNIOR**

CNS 700007190746700

CPF 345.539.008-07





**OSMAEL PEROTTI JUNIOR**

N° 7000007190746700

ESTE CERTIFICADO FOI REGISTRADO NA  
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

(CNRM / SESA / MEC)

EM: 11 / 03 / 2024

Nº DO REGISTRO 2905962



COREME

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE

BomSamaritano

 Hospital  
Santa Rita

## CERTIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

PROGRAMA CREDENCIADO PELA CNRM/MEC – PARECER Nº 1000/2023 DE 07/11/2023

Certificamos que OSMAR PEROTTI JUNIOR, médico, portador do CRM-PR 46.462 e do CPF Nº 345.593.0008-07 concluiu o curso de Residência Médica na especialidade de ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, no período de 12 de março de 2021 à 11 de março de 2024, pelo que, conferimos o título de especialista, de acordo com a Lei Federal nº 6.932, publicada no Diário Oficial da União em 07/07/1981.

Maringá, 11 de março de 2024.

  
Mauro Sérgio Ribeiro  
Presidente da Associação Beneficente Bom Samaritano

  
Dr. Adaelson Alves Silva  
Coordenador da Coreme



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



**CLCB - CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO DO CORPO DE BOMBEIROS - CLCB**  
**3.9.01.23.0001142283-61**

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TOKASHIKI &amp; TOKASHIKI LTDA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Nome Fantasia:<br>CPF/CNPJ: 06.975.928/0001-78<br>Código da Atividade Econômica (CNAE):<br>8630/5-03 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS<br>Logradouro: RUA SÃO JOSAFAT Número: 1418<br>Complemento: 1º ANDAR - SALA 10 Bairro: CENTRO Município: CAMPO MOURAO-PR                                                                                                                                                                                  |
| <b>PREVENÇÃO E COMBATE A INCÊNDIO E A DESASTRES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Área Total: 2.300,00 m²<br>Área Vistoriada: 61,00 m²<br>Ocupação: H-6 - CLÍNICA E CONSULTÓRIO MÉDICO E ODONTOLÓGICO<br>Capacidade de Público: 20 PESSOAS<br>Uso de GLP: NÃO PERMITIDO<br>Medidas de prevenção e combate a incêndios e a desastres:<br>EXTINTORES DE INCÊNDIO<br>HIDRANTE E MANGOTINHOS<br>ACESSO DE VIATURA NA EDIFICAÇÃO E ÁREAS DE RISCO<br>ILUMINAÇÃO DE EMERGÊNCIA<br>SINALIZAÇÃO DE EMERGÊNCIA<br>SAÍDAS DE EMERGÊNCIA<br>Projeto Técnico NIB: |
| <b>OBSERVAÇÕES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Esta licença perde a validade, a qualquer tempo, caso ocorram alterações que impliquem em inconformidade com a legislação de prevenção e combate a incêndio e a desastres em vigor.<br>O Corpo de Bombeiros Militar poderá fiscalizar a edificação/estabelecimento/área de risco/evento a qualquer tempo.                                                                                                                                                           |

**LICENÇA VÁLIDA ATÉ: 1 de Outubro de 2024**



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



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



**CLCB - CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO DO CORPO DE BOMBEIROS - CLCB**  
**3.9.01.23.0001142283-61**

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TOKASHIKI &amp; TOKASHIKI LTDA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Nome Fantasia:<br>CPF/CNPJ: 06.975.928/0001-78<br>Código da Atividade Econômica (CNAE):<br>8630/5-03 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS<br>Logradouro: RUA SÃO JOSAFAT Número: 1418<br>Complemento: 1º ANDAR - SALA 10 Bairro: CENTRO Município: CAMPO MOURAO-PR                                                                                                                                                                                  |
| <b>PREVENÇÃO E COMBATE A INCÊNDIO E A DESASTRES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Área Total: 2.300,00 m²<br>Área Vistoriada: 61,00 m²<br>Ocupação: H-6 - CLÍNICA E CONSULTÓRIO MÉDICO E ODONTOLÓGICO<br>Capacidade de Público: 20 PESSOAS<br>Uso de GLP: NÃO PERMITIDO<br>Medidas de prevenção e combate a incêndios e a desastres:<br>EXTINTORES DE INCÊNDIO<br>HIDRANTE E MANGOTINHOS<br>ACESSO DE VIATURA NA EDIFICAÇÃO E ÁREAS DE RISCO<br>ILUMINAÇÃO DE EMERGÊNCIA<br>SINALIZAÇÃO DE EMERGÊNCIA<br>SAÍDAS DE EMERGÊNCIA<br>Projeto Técnico NIB: |
| <b>OBSERVAÇÕES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Esta licença perde a validade, a qualquer tempo, caso ocorram alterações que impliquem em inconformidade com a legislação de prevenção e combate a incêndio e a desastres em vigor.<br>O Corpo de Bombeiros Militar poderá fiscalizar a edificação/estabelecimento/área de risco/evento a qualquer tempo.                                                                                                                                                           |

**LICENÇA VÁLIDA ATÉ: 1 de Outubro de 2024**



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



BR

BRASIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO



2º NOME E SOBRENOME

OSMAEL PEROTTI JUNIOR

1ª HABILITAÇÃO

18/09/2007

3 DATA LOCAL E UF DE NASCIMENTO

05/08/1989, JUNEIROPOLIS, SP

4a DATA EMISSÃO

10/08/2022

4b VALIDADE

10/08/2032

ACC

D

4c DOC IDENTIDADE / ORIG EMISSOR / UF

444985979 SESP SP

4d CPF

345.539.008-07

5 1º REGISTRO

0418866934

3 CAT HAB

B

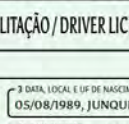
NACIONALIDADE

BRASILEIRO

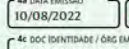
FILIAÇÃO

OSMAEL PEROTTI

NEUZA RODRIGUES DA SILVA PEROTTI



OSMAEL PEROTTI JUNIOR



7 ASSINATURA DO PORTADOR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2437311553

|     | 9 | 10 | 11         | 12 |
|-----|---|----|------------|----|
| A/C |   |    |            |    |
| A   |   |    |            |    |
| A1  |   |    |            |    |
| B   |   |    | 10/06/2032 |    |
| B1  |   |    |            |    |
| C   |   |    |            |    |
| C1  |   |    |            |    |

|    | 9 | 10 | 11 | 12 |
|----|---|----|----|----|
| D  |   |    |    |    |
| D1 |   |    |    |    |
| E  |   |    |    |    |
| E1 |   |    |    |    |
| F  |   |    |    |    |
| F1 |   |    |    |    |
| G  |   |    |    |    |
| G1 |   |    |    |    |

12 OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_

LOCAL \_\_\_\_\_  
CURITIBA, PR \_\_\_\_\_

**QR-CODE**



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

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

**SERPRO / SENATRAN**

2 e 3. Nome e Sobrenome / Name and Surname / Nombre y Apellidos - Primeira Habilitação / First Driver License / Primera Licencia de Conducir - 3. Data e Local de Nascimento / Date and Place of Birth DD/MM/YYYY / Fecha y Lugar de Nacimiento - 4a. Data de Emissão / Issuing Date DD/MM/YYYY / Fecha de Emisión - 4b. Data de Validade / Expiration Date DD/MM/YYYY / Válido Hasta - A.C. - 6. Documento(s) Identificatório(s) / Identity Document / Documento de Identificación - 7. Categoria de Licenciado(a) / License Category / Categoría de Permisos - 8. Número do Veículo / Vehicle Number / Número del Vehículo - 9. Categoria de Veículos da Carteira de Habilitação / Driver license Class / Categoría de Permiso - Nacionalidade / Nationality / Nacionalidad - 10. Filiação / Filialition / Filiación - 12. Observações / Observations / Observaciones - Local de Fim de Viagem / Voyage End / Fin de Viaje

I<BRA041886669<341<<<<<<<<<<  
8908054M3208106BRA<<<<<<<<<<8  
OSMAEL<<PEROTTI<JUNIOR<<<<<<<

Responsável pela Iluminação Pública: Município 4435253833

**Classificação:**  
B1 Residencial / Residencial

**Tipo de Fornecimento:**  
Bifásico /40A

**DATAS DE  
LEITURAS**

**Leitura anterior**  
10/01/2024

**Leitura atual**  
08/02/2024

**Nº de dias**  
29

**Próxima Leitura**  
11/03/2024

**Nome:** MILTON TAKESHI TOKASHIKI

Endereço: R Sao Josafat, 1418 - SI 10 Centro  
Medico - Centro  
CEP: 87302-170  
Cidade: Campo Mourao - Estado: PR  
CPF: 623.225.839-87

**UNIDADE CONSUMIDORA**

**13389670**

▲ CANCELAMENTO AUTOMÁTICO ▲



NOTA FISCAL No. 85728615 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 15/02/2024

Consulte Chave de Acesso em:

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

Chave de Acesso

4124 0204 3688 9800 0106 6600 3085 7286 1510 3071 1140

Protocolo de Autorização: 1412400008071184 - 15/02/2024 às 10:01:54+00:00

| REF: MÊS / ANO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|----------------|------------|---------------|
| 02/2024        | 01/03/2024 | R\$177,96     |

| Itens de fatura               | Unid. | Quant. | Preço unit (R\$)<br>com tributos | Valor (R\$) | PIS/<br>COFINS | ICMS  | Tarifa<br>unit. (R\$) | Tributo | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor (R\$) |
|-------------------------------|-------|--------|----------------------------------|-------------|----------------|-------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-------------|
| ENERGIA ELET CONSUMO          | kWh   | 197    | 0,387817                         | 76,40       | 3,13           | 13,75 | 0,302140              | ICMS    | 159,41                | 18%          | 28,69       |
| ENERGIA ELET USO SISTEMA      | kWh   | 197    | 0,421371                         | 83,01       | 3,39           | 14,94 | 0,328370              | COFINS  | 130,71                | 4,10%        | 5,36        |
| CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPIO | UN    | 1      | 18,550000                        | 18,55       |                |       |                       | PIS     | 130,71                | 0,88666%     | 1,16        |
| TOTAL                         |       |        |                                  | 177,96      | 6,52           | 28,69 |                       |         |                       |              |             |

| HISTÓRICO DE CONSUMO / kWh |              |    |
|----------------------------|--------------|----|
| CONSUMO FATURADO           | Nº DIAS FAT. |    |
| FEV24                      | 197          | 29 |
| JAN24                      | 141          | 30 |
| DEZ23                      | 254          | 32 |
| NOV23                      | 186          | 30 |
| OUT23                      | 229          | 29 |
| SET23                      | 152          | 32 |
| AGO23                      | 107          | 30 |
| JUL23                      | 127          | 32 |
| JUN23                      | 105          | 30 |
| MAI23                      | 159          | 29 |
| ABR23                      | 274          | 32 |
| MAR23                      | 212          | 30 |
| FEV23                      | 246          | 29 |

| Medidor    | Grandezas   | Postos<br>horários | Leitura<br>Anterior | Leitura<br>Atual | Cont.<br>Medidor | Consumo<br>kWh |
|------------|-------------|--------------------|---------------------|------------------|------------------|----------------|
| 0311531985 | CONSUMO kWh | TP                 | 28893               | 29090            | 1                | 197            |

**Reservado ao Fisco**

PERÍODO FISCAL: 15/02/2024

**7B04.950A.D32B.41FE.23FC.471C.8560.1159**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

INCLUSO NA FATURA PIS R\$1,16 E COFINS R\$5,36 CONFORME RES. ANEEL 130/2005.  
FATURA DO MES 01/2024 ARRECADADA POR DEBITO AUTOMATICO  
A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados à prestação do serviço de  
energia elétrica, como convênios e doações.  
Períodos Band.Tarif.: Verde:11/01-08/02

| UNIDADE CONSUMIDORA | MÊS REFERÊNCIA | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|---------------------|----------------|------------|---------------|
| 13389670            | 02/2024        | 01/03/2024 | R\$177,96     |

Número da fatura: FAT-01-20245823071114-85

836500000010 779601110009 001010202453 823071114859

NÃO RECEBER - DÉBITO AUTOMÁTICO - BANCO - 084 - AGÊNCIA - 0009



# COPEL

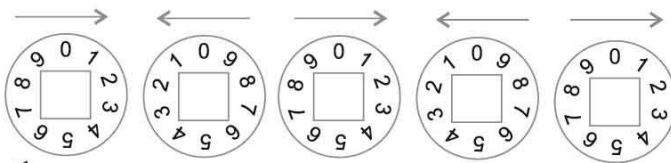
*Pura Energia*

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

## INFORMAÇÕES SUPLEMENTARES

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

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



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

DATA DA LEITURA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Acesse a  
Agência Virtual  
da COPEL

Baixe o  
Aplicativo  
da COPEL



ANDROID



IOS

Copel: 0800 51 00 116

Site: [www.copel.com](http://www.copel.com)

Ouvidoria Copel: 0800 64 70 606

Site: [www.copel.com/ouvidoria](http://www.copel.com/ouvidoria)

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167

Ligação gratuita de telefones fixos e móveis



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



### MILTON TAKESHI TOKASHIKI

R Sao Josafat, 1418 - SI 10 Centro Medico  
Centro  
CEP: 87302-170 - Campo Mourao - PR



## DÉBITO AUTOMÁTICO

É SEGURO, FÁCIL E TRANSPARENTE.

Com o site [copel.com](http://copel.com), aplicativo, whatsapp e PIX Copel,  
você vai ter tempo e energia sobra para curtir o seu dia.

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



**Centro Universitário Ingá**

O Reitor da Uningá - Centro Universitário Ingá,  
no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão em 30 de novembro de 2020, do Curso de  
Graduação em Medicina e a colação de grau em 15 de dezembro de 2020, confere o título de

**Médico**

a

**Osmael Perotti Junior,**

brasileiro, natural do Estado de São Paulo,  
nascido em 05 de agosto de 1989, RG 44.498.597-9 - SSP/SP

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

Maringá, 15 de dezembro de 2020.

Prof. M. Ricardo Bezold de Oliveira  
Reitor

Osmael Perotti Junior  
Diplomado

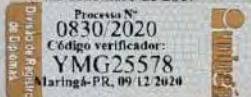
Profa. M. Maria Albertina F. Nascimento  
Pró-Reitora Acadêmica



UNINGÁ - CENTRO UNIVERSITÁRIO INGÁ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO  
DIVISÃO DE REGISTRO DE DIPLOMAS

Instituição de Ensino Superior credenciada pela Portaria do Ministério da Educação Nº 776, de 22/07/2016, publicada no D.O.U. Nº 141 de 25/07/2016.  
Curso de Graduação em Medicina – Bacharelado  
Reconhecido pela Portaria do Ministério da Educação Nº 481, de 22/10/2019, publicada no D.O.U. Nº 206, de 23/10/2019.

Diploma registrado em conformidade com Art. 2º, § 4º do Decreto Nº 9.235, de 15 de dezembro de 2017



*Maria Cristina de Castro Gobbi Marques*  
Maria Cristina de Castro Gobbi Marques  
Departamento de Documentos Controlados  
Portaria nº 63 de 03/07/2018





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

### **Certificado de Especialista**

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, de acordo com a resolução vigente, certifica que registrou, em 23/03/2024, no livro nº. 9, RQE nº. 34550, folha nº. 166, a qualificação do médico(a),

**OSMAEL PEROTTI JÚNIOR, CRM nº. 46462,**

**na especialidade de**

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

Chave de validação     **68c33a238ba654be7b9631828329dcb318646f99**

Emitida eletronicamente via internet em **23/03/2024**

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

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

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MOURÃO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**LICENÇA SANITÁRIA Nº 580 / 2023**

**RAZÃO SOCIAL:** TOKASHIKI & TOKASHIKI LTDA - ME

**NOME FANTASIA:**

**CPF/CNPJ:** 06.975.928/0001-78

**ENDEREÇO:** SÃO JOSAFAT DE 1181 ATE 2250

**BAIRRO:** CENTRO **NUMERO:** 1418

**DATA DE EMISSÃO:** 11/08/2023 **DATA DE VALIDADE:** 11/08/2024

**Atividades Licenciadas:**

Principal: 8630503 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

**Observações:**



SUELLEN GOMES SANTOS FANTIN:06140808944 Assinado de forma digital por SUELLEN GOMES SANTOS FANTIN:06140808944  
Dados: 2023.08.11 15:04:16 -03'00'

Autoridade Sanitária

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

[Home](#) > [Editais](#)

# Edital de Chamamento Público nº 16/2024

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:** 09/04/2024 08:00 (horário de Brasília)

**Data fim de recebimento de propostas:** 09/04/2024 12:00 (horário de Brasília)

**Id contratação PNCP:** 95640322000101-1-000023/2024    **Fonte:** Elotech Gestão Pública Ltda

**Objeto:**

Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Ginecologia e Ortopedia oferecidas pelo Ciscomcam.

**VALOR TOTAL ESTIMADO DA COMPRA**

R\$ 243.910,00

Itens

Arquivos

Histórico

| Número ↕ | Descrição ↕                                                                                             | Quantidade ↕ | Valor unitário estimado ↕ | Valor total estimado ↕ | Detalhar ↕ |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|------------------------|------------|
| 1        | 03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)                                         | 2400         | R\$ 57,27                 | R\$ 137.448,00         |            |
| 2        | 03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)                                         | 1200         | R\$ 57,27                 | R\$ 68.724,00          |            |
| 3        | 02.01.01.066 - BIOPSIA DO COLO UTERINO                                                                  | 100          | R\$ 30,60                 | R\$ 3.060,00           |            |
| 4        | 03.03.09.003 INFILTRAÇÃO DE SUBSTANCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA, TENDINOSA) (CLINICA) | 500          | R\$ 31,59                 | R\$ 15.795,00          |            |
| 5        | 02.01.01.051 - BIOPSIA/PUNCAO DE VULVA                                                                  | 100          | R\$ 30,60                 | R\$ 3.060,00           |            |

Exibir:

1-5 de 10 itens

Página

[← Voltar](#)



Criado pela Lei nº 14.133/21, o Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP) é o sítio eletrônico oficial destinado à divulgação centralizada e obrigatória dos atos exigidos em sede de licitações e contratos administrativos abarcados pelo novel diploma.

É gerido pelo Comitê Gestor da Rede Nacional de Contratações Públicas, um colegiado deliberativo com suas atribuições estabelecidas no Decreto nº 10.764, de 9 de agosto de 2021.

O desenvolvimento dessa versão do Portal é um esforço conjunto de construção de uma concepção direta legal, homologado pelos indicados a compor o aludido comitê.

A adequação, fidedignidade e correitude das informações e dos arquivos relativos às contratações disponibilizadas no PNCP por força da Lei nº 14.133/2021 são de estrita responsabilidade dos órgãos e entidades contratantes.

<https://portaldeservicos.economia.gov.br>

0800 978 9001

AGRADECIMENTO AOS PARCEIROS





# **CIS-COMCAM**

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

## **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 : 45/2024  
b) Licitação Nº : 16/2024  
c) Modalidade : Inexigibilidade:  
d) Data Homologação : 09/04/2024  
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Ginecologia e Ortopedia 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: CLÍNICA MÉDICA DR RENATO EITI RIGONI FUJITA LTDA - CNPJ:**

**06.342.709/0001-51**

**Valor Total do Fornecedor: 137.448,00 (cento e trinta e sete mil, quatrocentos e quarenta e oito reais).**

**LOTE 1 GINECOLOGIA**

**Valor Total do Lote: 137.448,00 (cento e trinta e sete mil, quatrocentos e quarenta e oito reais).**

| Item | Descrição                                                       | Unidade | Quant. | Valor Unit. | Valor Total    |
|------|-----------------------------------------------------------------|---------|--------|-------------|----------------|
| 1    | 03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA) | Unidad  | 2400   | R\$ 57,00   | R\$ 137.448,00 |

**FORNECEDOR: MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 49.399.216/0001-60**

**Valor Total do Fornecedor: 159.391,00 (cento e cinquenta e nove mil, trezentos e noventa e um reais).**

**LOTE 1 GINECOLOGIA**

**Valor Total do Lote: 159.391,00 (cento e cinquenta e nove mil, trezentos e noventa e um reais).**

| Item | Descrição                                                                   | Unidade | Quant. | Valor Unit. | Valor Total    |
|------|-----------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-------------|----------------|
| 1    | 03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)             | Unidad  | 2400   | R\$ 57,00   | R\$ 137.448,00 |
| 2    | 02.01.01.066 - BIOPSIA DO COLO UTERINO                                      | Unidad  | 100    | R\$ 31,00   | R\$ 3.060,00   |
| 3    | 02.01.01.051 - BIOPSIA/PUNCAO DE VULVA                                      | Unidad  | 100    | R\$ 31,00   | R\$ 3.060,00   |
| 4    | 03.09.03.004 CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO (CLINICA) | Unidad  | 100    | R\$ 38,00   | R\$ 3.766,00   |
| 5    | 90.04.01.011 DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO) (CLINICA)                       | Unidad  | 100    | R\$ 30,00   | R\$ 3.006,00   |



## CIS-COMCAM

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

|   |                                                                  |        |     |           |              |
|---|------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----------|--------------|
| 6 | 04.09.07.012 DRENAGEM DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE (CLINICA) | Unidad | 100 | R\$ 18,00 | R\$ 1.816,00 |
| 7 | 04.10.01.002 ESVAZIAMENTO PERCUTANIO DE CISTO MAMARIO (CLINICA)  | Unidad | 100 | R\$ 35,00 | R\$ 3.459,00 |
| 8 | 04.09.06.009 EXERESE DE POLIPO DE UTERO (CLINICA)                | Unidad | 100 | R\$ 38,00 | R\$ 3.776,00 |

FORNECEDOR: OSMAEL PEROTTI SERVICOS ORTOPEDICOS LTDA - CNPJ: 53.540.672/0001-56

Valor Total do Fornecedor: 84.519,00 (oitenta e quatro mil, quinhentos e dezenove reais).

LOTE 2 ORTOPEDIA

Valor Total do Lote: 84.519,00 (oitenta e quatro mil, quinhentos e dezenove reais).

| 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    | 03.03.09.003 INFILTRAÇÃO DE SUBSTANCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA, TENDINOSA) (CLINICA) | Unidad  | 500    | R\$ 32,00   | R\$ 15.795,00 |

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 381.358,00 (trezentos e oitenta e um mil, trezentos e cinquenta e oito reais)

**Valor Total Homologado- R\$ 381.358,00**

Campo Mourão, 09 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

- |                         |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09 abr 2024<br>15:06:13 |    | <b>Ivani Fiore Dal Molin</b> criou este documento. (E-mail: <a href="mailto:compras@ciscomcam.com.br">compras@ciscomcam.com.br</a> )                                                                                                |
| 09 abr 2024<br>15:06:46 |   | <b>Ivani Fiore Dal Molin</b> (E-mail: <a href="mailto:vani_fiore@hotmail.com">vani_fiore@hotmail.com</a> , CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil |
| 09 abr 2024<br>15:06:46 |  | <b>Ivani Fiore Dal Molin</b> (E-mail: <a href="mailto:vani_fiore@hotmail.com">vani_fiore@hotmail.com</a> , 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 - COMCAM

## TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

01 – HOMOLOGAR a presente Licitação nestes termos:

- a) Processo Nº : 45/2024  
b) Licitação Nº : 16/2024  
c) Modalidade : Inexigibilidade:  
d) Data Homologação : 09/04/2024  
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Ginecologia e Ortopedia 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: CLÍNICA MÉDICA DR RENATO EITI RIGONI FUJITA LTDA - CNPJ: 06.342.709/0001-51  
Valor Total do Fornecedor: 137.448,00 (cento e trinta e sete mil, quatrocentos e quarenta e oito reais).

### LOTE 1 GINECOLOGIA

Valor Total do Lote: 137.448,00 (cento e trinta e sete mil, quatrocentos e quarenta e oito reais).

| Item | Descrição                                                       | Unidade | Quant. | Valor Unit. | Valor Total    |
|------|-----------------------------------------------------------------|---------|--------|-------------|----------------|
| 1    | 03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA) | Unidad  | 2400   | R\$ 57,00   | R\$ 137.448,00 |

FORNECEDOR: MARIANA KOUBIK SERVICOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 49.399.216/0001-60  
Valor Total do Fornecedor: 159.391,00 (cento e cinquenta e nove mil, trezentos e noventa e um reais).

### LOTE 1 GINECOLOGIA

Valor Total do Lote: 159.391,00 (cento e cinquenta e nove mil, trezentos e noventa e um reais).

| Item | Descrição                                                                   | Unidade | Quant. | Valor Unit. | Valor Total    |
|------|-----------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-------------|----------------|
| 1    | 03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)             | Unidad  | 2400   | R\$ 57,00   | R\$ 137.448,00 |
| 2    | 02.01.01.066 - BIOPSIA DO COLO UTERINO                                      | Unidad  | 100    | R\$ 31,00   | R\$ 3.060,00   |
| 3    | 02.01.01.051 - BIOPSIA/PUNCAO DE VULVA                                      | Unidad  | 100    | R\$ 31,00   | R\$ 3.060,00   |
| 4    | 03.09.03.004 CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO (CLINICA) | Unidad  | 100    | R\$ 38,00   | R\$ 3.766,00   |

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO  
PRADO:04933415  
951

Assinado de forma digital por  
RAFAEL BRITO DO  
PRADO:04933415951  
Dados: 2024.04.09 17:17:47  
-03'00'



## CIS-COMCAM

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

|   |                                                                  |        |     |           |              |
|---|------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----------|--------------|
| 5 | 90.04.01.011 DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO) (CLINICA)            | Unidad | 100 | R\$ 30,00 | R\$ 3.006,00 |
| 6 | 04.09.07.012 DRENAGEM DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE (CLINICA) | Unidad | 100 | R\$ 18,00 | R\$ 1.816,00 |
| 7 | 04.10.01.002 ESVAZIAMENTO PERCUTANIO DE CISTO MAMARIO (CLINICA)  | Unidad | 100 | R\$ 35,00 | R\$ 3.459,00 |
| 8 | 04.09.06.009 EXERESE DE POLIPO DE UTERO (CLINICA)                | Unidad | 100 | R\$ 38,00 | R\$ 3.776,00 |

FORNECEDOR: OSMAEL PEROTTI SERVICOS ORTOPEDICOS LTDA - CNPJ: 53.540.672/0001-56  
Valor Total do Fornecedor: 84.519,00 (oitenta e quatro mil, quinhentos e dezenove reais).

### LOTE 2 ORTOPEDIA

Valor Total do Lote: 84.519,00 (oitenta e quatro mil, quinhentos e dezenove reais).

| 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    | 03.03.09.003 INFILTRAÇÃO DE SUBSTANCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA, TENDINOSA) (CLINICA) | Unidad  | 500    | R\$ 32,00   | R\$ 15.795,00 |

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 381.358,00 (trezentos e oitenta e um mil, trezentos e cinquenta e oito reais)

**Valor Total Homologado- R\$ 381.358,00**

Campo Mourão, 09 de abril de 2024.

**RAFAEL BRITO DO  
PRADO:04933415951**

Assinado de forma digital por RAFAEL  
BRITO DO PRADO:04933415951  
Dados: 2024.04.09 17:18:10 -03'00'

Rafael Brito do Prado  
Presidente do CIS-COMCAM

 **Prefeitura Municipal**  
**Quintão do Sol**

**EDITAL DE CHAMAMENTO PARA AUDIÊNCIA PÚBLICA**

A Prefeitura Municipal de Quintão do Sol, em atenção ao artigo 165, da Constituição Federal, que estabelece o cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal, **CONVIDA** a população Quintãoense para participar da **AUDIÊNCIA PÚBLICA** no dia 11 de Abril de 2024 as **09h00min**, a ser realizada na Câmara Municipal de Quintão do Sol, para participar da discussão da elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias 2025 – LDO.

Quintão do Sol - Pr., 08 de Abril de 2024.

  
**LEONARDO LAZZARETTI ROMERO**  
Prefeito Municipal



# Quinta do Sol

---

**PREFEITURA DE QUINTA DO SOL - ESTADO DO PARANÁ - CNPJ 76.950.047/0001-88**

## 14ª ETAPA DO PROCESSO - TERMO DE ADJUDICAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO (ART. 71, IV, DA LEI 14.133/2021).

**DISPENSA DE LICITAÇÃO 043/2024.**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 051/2024**

Pelo presente instrumento, com base na Lei nº 14.133/2021, adjudico o objeto da dispensa de licitação nº 043/2024 em favor da empresa **INGA DIGITAL LTDA**, inscrita no CNPJ sob nº 14.576.039/0001-12, com sede na cidade de **MARINGÁ-PR**, pelo valor de **R\$ 8.103,88 (OTTO MILS CENTO E TRÊS REAIS E NOVENTA E SEIS CENTAVOS)**, nos termos do artigo 71, inciso IV da referida lei.

A homologação da presente dispensa de licitação é feita nos termos do artigo 71, inciso IV da Lei 14.133/2021, tendo em vista a manifestação da Comissão de Contratação que, em análise aos documentos apresentados pela empresa vencedora, constatou o atendimento de todas as condições previstas no Termo de Referência.

A empresa vencedora fica obrigada a cumprir integralmente as condições estabelecidas no contrato que será elaborado entre as partes (ou da Nota de Empenho), bem como a executar o objeto adjudicado nos termos e prazos estipulados.

Por fim, autoriza a publicação deste Termo de Adjudicação e Homologação para Dispensa de Licitação, no Órgão Oficial do Município, de acordo com o art. 54, § 1º, combinado com o art. 176, III, da Lei 14.133/2021.

**Quinta do Sol, 09 de Abril de 2024.**

**Leonardo Lazzaretti Romero**  
**Prefeito Municipal**

|  <b>CIS-CONCAM</b><br><b>CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - COMCAM</b> |                                                                  |        |     |           |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----------|--------------|
| 5                                                                                                                                                                                                                   | 90.04.01.011 DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO) (CLÍNICA)            | Unidad | 100 | R\$ 30,00 | R\$ 3.006,00 |
|                                                                                                                                                                                                                     | 04.09.07.012 DRENAGEM DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN (SIQUE) (CLÍNICA) | Unidad | 100 | R\$ 18,00 | R\$ 1.816,00 |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | 04.10.01.002 ESVAZIAMENTO PERICUTANEO DE CISTO MAMARIO (CLÍNICA) | Unidad | 100 | R\$ 35,00 | R\$ 3.459,00 |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | 04.09.06.009 EXERESE DE POLIPO DE UTERO (CLÍNICA)                | Unidad | 100 | R\$ 38,00 | R\$ 3.776,00 |

FORNECEDOR: OSMAEL PEROTTI SERVIÇOS ORTOPÉDICOS LTDA - CNPJ: 03.540.872/0001-58  
 Valor Total do Fornecedor: R\$ 4.519,00 (quatro e quatro mil, quinhentos e dezesseis reais).

**LOTE 2 ORTOPEDIA**  
 Valor Total do Lote: R\$ 4.519,00 (quatro mil, quinhentos e dezesseis reais).

| Item | Descrição                                                                                              | Unidade | Quant. | Valor Unit. | Valor Total   |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-------------|---------------|
| 1    | 03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLÍNICA)                                        | Unidad  | 1200   | R\$ 57,00   | R\$ 68.724,00 |
| 2    | 03.03.00.003 INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BANHA, TENOSSOVA) (CLÍNICA) | Unidad  | 500    | R\$ 32,00   | R\$ 15.795,00 |

**VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO:** R\$ 381.358,00 (trezentos e oitenta e um mil, trezentos e cinquenta e oito reais)

**Valor Total Homologado: R\$ 381.358,00**

Campo Mourão, 09 de abril de 2024.

Rafael Brito do Prado  
 Presidente do CIS-CONCAM

**MUNICÍPIO DE MAMBORÊ**  
Estado do Paraná - CNPJ 75.368.928/0001-22  
Rua Gualdajara, 645 - (44) 3568-3000 - CEP: 87340-000  
e-mail: prefeitura@mambore.pr.gov.br  
[www.mambore-atende.net](http://www.mambore-atende.net)

---

**EXTRATO DE CONTRATO**  
**CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº 650/2024**

**Processo Licitatório: Dispensa de Licitação Nº 8/2024**

**Contratante:** MUNICÍPIO DE MAMBORÊ, Pessoa Jurídica de Direito Público Interno, com inscrição no CNPJ sob nº 75.368.928/0001-22 com sede administrativa na Rua Gualdajara - 645, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, o Sr. **RICARDO RADOMSKI**.

**Contratado:** **AUZAD ENGENHARIA E CONSTRUÇÕES LTDA** inscrita(s) no CPF/CNPJ sob n.º 21.244.866/001-18, com sede/domicílio na(s) Rua WERNER ZIELASKO, N 1585, JARDIM COAGRODO no Município de Toledo - PR.

**Objeto:** CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA EXECUÇÃO COMPLETA DE ENCANAMENTOS DAS ÁGUAS PLUVIAIS DA COBERTURA DO SÍSMAO DE ESPORTES ALCER ROQUE SEVITE. SERVIÇOS A SEREM EXECUTADOS RETIRADA DO ENCANAMENTO EXISTENTE E INSTALAÇÃO DE NOVO, ENCANAMENTO COM TUBOS DE 150 MM COM O FORNECIMENTO E INSTALAÇÃO DOS MATERIAIS NECESSÁRIOS. - (sendo a Despesa 005/2024 Revoçada).

**Valor:** R\$ 28.200,00 (vinte e oito mil e duzentos reais)

**Amparo Legal:** Lei Federal 14.132/21.

**Vigência:** até 31/12/2024.

**Data da Assinatura:** 05/04/2024.

Mamborê, 5 de abril de 2024.

Documento assinado no original pelo Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal **RICARDO RADOMSKI**.

**TRIBUNA**  
DO INTERIOR



**CIS-COMCAM**

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

---

## **AVALIAÇÃO DO CONTROLE INTERNO**

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

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

---

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

## Página de assinaturas



**Maria Santos**  
026.495.449-10  
Signatário



**Ivani Molin**  
517.896.809-30  
Signatário

### HISTÓRICO

- |                         |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 24 abr 2024<br>09:46:09 |    | <b>Ivani Fiore Dal Molin</b> criou este documento. (E-mail: <a href="mailto:compras@ciscomcam.com.br">compras@ciscomcam.com.br</a> )                                                                                                             |
| 24 abr 2024<br>11:07:16 |  | <b>Ivani Fiore Dal Molin</b> (E-mail: <a href="mailto:vani_fiore@hotmail.com">vani_fiore@hotmail.com</a> , CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 84.241.192.44 localizado em Amsterdam - North Holland - The Netherlands |
| 24 abr 2024<br>11:07:16 |  | <b>Ivani Fiore Dal Molin</b> (E-mail: <a href="mailto:vani_fiore@hotmail.com">vani_fiore@hotmail.com</a> , CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 84.241.192.44 localizado em Amsterdam - North Holland - The Netherlands    |
| 24 abr 2024<br>10:32:11 |  | <b>Maria Victoria Santos</b> (E-mail: <a href="mailto:thidasantos666@gmail.com">thidasantos666@gmail.com</a> , 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<br>10:32:11 |  | <b>Maria Victoria Santos</b> (E-mail: <a href="mailto:thidasantos666@gmail.com">thidasantos666@gmail.com</a> , CPF: 026.495.449-10) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil             |

