



TERMO DE AUTUAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: 064/2024

ASSUNTO: CREDENCIAMENTO DE FISIOTERAPEUTA

MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE

CUMPRINDO O DISPOSTO NA LEI, NESTE ATO PROCEDO A ATUAÇÃO DO PROCESSO EM EPÍGRAFE, CONTENDO PÁGINAS NUMERADAS DE Nº 01 A Nº 112 E, PARA CONSTAR, LAVRO E ASSINO O PRESENTE TERMO, DE AUTUAÇÃO PARA QUE SURTAS OS EFEITOS LEGAIS.

CAMPO MOURÃO/PR, 21 DE MAIO DE 2024

NOME: TAYLLA SAUGO DE OLIVEIRA




ASSINTURA:  _____

Página de assinaturas



Taylla Oliveira
128.489.029-57
Signatário

HISTÓRICO

- 21 mai 2024**
13:45:36  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: compras@ciscomcam.com.br)
- 21 mai 2024**
13:49:37  **Taylla Saugo de Oliveira** (E-mail: tayllasaugo@hotmail.com, CPF: 128.489.029-57) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil
- 21 mai 2024**
13:49:37  **Taylla Saugo de Oliveira** (E-mail: tayllasaugo@hotmail.com, CPF: 128.489.029-57) 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, 21 de maio 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 Serviços de Fisioterapia pelo Ciscamcam.

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

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

OBSERVAÇÕES

ORLANDO AUGUSTO BAGGIO
Coordenador de Redes CISCOMCAM/QualiCIS




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

Página de assinaturas



Orlando Scholz
024.077.349-71
Signatário

HISTÓRICO

- 21 mai 2024**
13:54:21  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: compras@ciscomcam.com.br)
- 21 mai 2024**
14:13:57  **Orlando Augusto Baggio Scholz** (E-mail: orlandoscholz@hotmail.com, CPF: 024.077.349-71) visualizou este documento por meio do IP 177.51.61.26 localizado em Brasília - Federal District - Brazil
- 21 mai 2024**
14:14:00  **Orlando Augusto Baggio Scholz** (E-mail: orlandoscholz@hotmail.com, CPF: 024.077.349-71) assinou este documento por meio do IP 177.51.61.26 localizado em Brasília - Federal District - Brazil





CIS-COMCAM

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

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 Serviços de Fisioterapia oferecidas pelo Ciscomcam

Processo Administrativo nº 64

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

Campo Mourão, 21 de maio 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

- 21 mai 2024**
13:51:26  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30)
- 21 mai 2024**
13:53:32  **Ivani Fiore Dal Molin** (E-mail: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil
- 21 mai 2024**
13:53:32  **Ivani Fiore Dal Molin** (E-mail: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil





PARECER CONTÁBIL

Processo Administrativo nº 64

Data do Processo Administrativo: 21/05/2024

Modalidade: Inexigibilidade

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Serviços de Fisioterapia oferecidas pelo Ciscamcam

Dotação Orçamentária:

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. - 31496 - 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, 21 de maio de 2024




Alexandro Sebastião dos Santos
Contador

Página de assinaturas



Alexandro Santos
019.886.109-58
Signatário

HISTÓRICO

- 21 mai 2024**
14:34:56  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: compras@ciscomcam.com.br)
- 29 mai 2024**
10:31:58  **Alexandro Sebastião Dos Santos** (E-mail: alexandro_s_s@hotmail.com, CPF: 019.886.109-58) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil
- 29 mai 2024**
10:32:08  **Alexandro Sebastião Dos Santos** (E-mail: alexandro_s_s@hotmail.com, CPF: 019.886.109-58) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil





AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

Eu, Leandro Roque Ávila, 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 Serviços de Fisioterapia oferecidas pelo Ciscamcam

Processo Administrativo nº 64

Modalidade: Inexigibilidade

Prazo de Entrega: 365

Local de Entrega: CISCOMCAM

Item	Descrição do Produto / Serviço	Qtd.	QUANT. MESES	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Natureza da Despesa	Desdobramento da Despesa
FISIOTERAPIA							
8565	03.02.02.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8566	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8572	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8568	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8569	03.02.04.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8570	03.02.04.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8571	03.02.04.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE SEM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8572	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8573	03.02.07.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8574	03.02.01.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8575	03.02.02.003-9 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30



CIS-COMCAM

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

8576	03.02.01.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS UROGINECOLÓGICAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8577	03.02.06.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8578	03.02.02.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO LÍNICO	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8579	03.02.04.004 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CRURGIA CARDIOVASCULAR	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8580	03.02.01.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DIFUÇÕES UROGINECOLÓGICAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8581	03.02.03.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8582	03.02.03.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8583	03.02.06.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8584	03.02.06.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8585	03.02.05.001- ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8586	03.02.05.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8587	03.02.05.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8588	03.02.06.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8589	03.02.04.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
1376	90.04.01.007 - ATENDIMENTO FISIOTERAPICO POR SESSÃO	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
1375	90.04.01.006 - ATENDIMENTO FISIOTERAPICO EM RPG (CLINICA)	480	12	R\$ 35,77	R\$ 17.169,60	3.390.39.00.	50.30
8590	03.01.01.004 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	480	12	R\$ 30,00	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
3031	90.04.01.080 - CONSULTA EM FISIOTERAPIA	480	12	R\$ 30,00	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8591	03.09.05.001 - SESSÃO DE ACUMPUNTURA APLICAÇÃO DE VENTOSAS / MOXA	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30



CIS-COMCAM

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

8592	03.09.05.002 - SESSÃO DE ACUMPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8593	03.09.05.003 - SESSÃO DE ELETROESTOESTIMULAÇÃO	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
TOTAL					R\$	296.529,60	

Campo Mourão, 21 de maio de 2024



Leandro Roque Avila
Coordenador do CISCOMCAM

Página de assinaturas






Leandro Avila

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE D...

Signatário

HISTÓRICO

- 21 mai 2024**
13:53:10  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: compras@ciscomcam.com.br)
- 21 mai 2024**
13:54:28  **Leandro Roque Avila** (Empresa: *CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO*, E-mail: coordenacao@ciscomcam.com.br, CPF: 057.666.679-30) visualizou este documento por meio do IP 177.51.62.215 localizado em Brasília - Federal District - Brazil
- 21 mai 2024**
13:54:28  **Leandro Roque Avila** (Empresa: *CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO*, E-mail: coordenacao@ciscomcam.com.br, CPF: 057.666.679-30) assinou este documento por meio do IP 177.51.62.215 localizado em Brasília - Federal District - Brazil





AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Serviços de Fisioterapia oferecidas pelo Ciscocomcam

Processo Administrativo nº 64

Modalidade: Inexigibilidade

Prazo de Entrega: 365

Local de Entrega: CISCOMCAM

Item	Descrição do Produto / Serviço	Qtd.	QUANT. MESES	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Natureza da Despesa	Desdobramento da Despesa
FISIOTERAPIA							
8565	03.02.02.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8566	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8572	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8568	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8569	03.02.04.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8570	03.02.04.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8571	03.02.04.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE SEM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8572	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8573	03.02.07.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8574	03.02.01.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8575	03.02.02.003-9 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30



CIS-COMCAM

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

8576	03.02.01.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS UROGINECOLÓGICAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8577	03.02.06.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8578	03.02.02.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO LÍNICO	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8579	03.02.04.004 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CRURGIA CARDIOVASCULAR	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8580	03.02.01.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DIFUÇÕES UROGINECOLÓGICAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8581	03.02.03.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8582	03.02.03.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8583	03.02.06.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8584	03.02.06.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8585	03.02.05.001- ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8586	03.02.05.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8587	03.02.05.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8588	03.02.06.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8589	03.02.04.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
1376	90.04.01.007 - ATENDIMENTO FISIOTERAPICO POR SESSÃO	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
1375	90.04.01.006 - ATENDIMENTO FISIOTERAPICO EM RPG (CLINICA)	480	12	R\$ 35,77	R\$ 17.169,60	3.390.39.00.	50.30
8590	03.01.01.004 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	480	12	R\$ 30,00	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
3031	90.04.01.080 - CONSULTA EM FISIOTERAPIA	480	12	R\$ 30,00	R\$ 14.400,00	3.390.39.00.	50.30
8591	03.09.05.001 - SESSÃO DE ACUMPUNTURA APLICAÇÃO DE VENTOSAS / MOXA	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30



CIS-COMCAM

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

8592	03.09.05.002 - SESSÃO DE ACUMPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
8593	03.09.05.003 - SESSÃO DE ELETROESTOESTIMULAÇÃO	480	12	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	3.390.39.00.	50.30
TOTAL					R\$	296.529,60	

Campo Mourão, 21 de maio de 2024

**RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951**

Assinado de forma digital por RAFAEL
BRITO DO PRADO:04933415951
Dados: 2024.05.21 14:21:47 -03'00'

Rafael Brito do Prado
Presidente do CISCOMCAM


[Voltar](#)

Detalhes processo licitatório

Informações Gerais

Entidade Executora	CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE COMUNIDADE DOS MUNIC DA REGIÃO I		
Ano*	2024		
Nº licitação/dispensa/inexigibilidade*	23		
Modalidade*	Processo Inexigibilidade		
Número edital/processo*	64		
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 Serviços de Fisioterapia oferecidas pelo Ciscomcam		
Dotação Orçamentária*	0101510302001520233390390000		
Preço máximo/Referência de preço - R\$*	296.529,60		
Data Publicação Termo ratificação	21/05/2024		
Data de Lançamento do Edital			
Data da Abertura das Propostas			
Há itens exclusivos para EPP/ME?	▼		
Há cota de participação para EPP/ME?	▼		
Percentual de participação:	0,00		
Trata-se de obra com exigência de subcontratação de EPP/ME?	▼		
Há prioridade para aquisições de microempresas regionais ou locais?	▼		
Data Cancelamento			

[Editar](#)
[Excluir](#)

 CPF: 51789680930 ([Logout](#))



CIS-COMCAM

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

ATESTADO DE REGULARIDADE

Considerando:

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

Iranir M




Agente de contratação
Portaria 03/2024 – Publicado em: 12/01/2024

Página de assinaturas



Ivani Molin
517.896.809-30
Signatário

HISTÓRICO

- 23 jul 2024**
15:41:21  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30)
- 23 jul 2024**
15:42:04  **Ivani Fiore Dal Molin** (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil
- 23 jul 2024**
15:42:04  **Ivani Fiore Dal Molin** (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil





PARECER JURÍDICO

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

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

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

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

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

É o parecer.

Campo Mourão/PR, 31 de julho de 2023.

ALBERT VASCONCELOS
OAB/PR 74.160



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

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

1. PREÂMBULO.

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

2. DO OBJETO.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

3. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO.

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

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

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

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

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

4. DA FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO.

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

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

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

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

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

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

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

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2022

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

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

5. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

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

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

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

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

6. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

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

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

6.3 Registro comercial, no caso de empresa individual;

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

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



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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

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

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

6.26 Documentos dos Profissionais.

6.26.1 Cópia do RG;

6.26.2 Cópia do CPF;

6.26.3 Cópia do cartão SUS;

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

6.26.5 Cópia da Carteira Profissional do respectivo conselho da classe;

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

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

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

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

6.26.10 Número do telefone celular e e-mail.

6.27 Documentos do responsável pelo faturamento:

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

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

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



CIS-COMCAM

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

6.27.1 Número do telefone celular e e-mail

6.27.2 Cópia do RG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. DO PROCEDIMENTO DO CREDENCIAMENTO

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

7.2Os 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”.

7.3Para 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;

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

8. DO CRITÉRIO DE CREDENCIAMENTO.

8.1As pessoas jurídicas serão cadastradas conforme critérios abaixo elencados:

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

8.3Sistema 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;

8.4Ao 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.

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

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

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

9. DOS VALORES.

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

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

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

9.3O 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.

9.4A 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.

9.5Os contratos extraídos dos Processos Licitatórios de Inexigibilidade oriunda deste



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

10. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



CIS-COMCAM

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

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

11. DO CRITÉRIO DE REAJUSTE

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

12. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

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

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

13.10 Chamamento Público entrará em vigor após a publicação deste edital órgão oficial do Ciscomcam, sendo ele o Jorna 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.

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

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

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

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

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

14.3.1 - Advertência.

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

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

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

15. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

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

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15.11

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

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

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

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

16. DA DIVISÃO DOS ATENDIMENTOS.

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

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

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

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

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



CIS-COMCAM

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

aquela especialidade, desde que a documentação esteja de acordo com as especificações do edital.

16.3A forma de divisão dos atendimentos para os Municípios que fazem parte do Ciscamcam ficara por conta de cada Município.

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

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

17. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

17.1 presente Edital será divulgado no Jornal Tribuna do Interior, site do Ciscamcam (www.ciscamcam.com.br), estará disponível também nas dependências do Ciscamcam 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@ciscamcam.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@ciscamcam.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.ciscamcam.com.br / e-mail: compras@ciscamcam.com.br



CIS-COMCAM

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

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:**

BANCO:	CÓDIGO DO BANCO:	AGÊNCIA:
TIPO DE CONTA:	OPERAÇÃO:	Nº DA CONTA:
CIDADE E UF DA AGENCIA:		

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF



CIS-COMCAM

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

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSÃO	E-MAIL	TELEFONE

ESPECIALIDADES

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

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA N° CNPJ

NOME REPRESENTANTE LEGAL

CPF REPRESENTANTE LEGAL

RG REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO III
MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE
FATO IMPEDITIVO

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



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 N° CNPJ
NOME REPRESENTANTE LEGAL
CPF REPRESENTANTE LEGAL
RG REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO VI
LISTA DE DOCUMENTOS

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

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

RAZÃO SOCIAL: _____ CNPJ: _____
RESPONSÁVEL DO CNPJ: _____
RESPONSÁVEL DO DOCUMENTAÇÃO: _____
CONTATO: _____

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



CIS-COMCAM

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

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

DOCUMENTAÇÃO DO PROFISSIONAL

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



CIS-COMCAM

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

ANEXO IX MODELO DE SOLICITAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO DE PROFISSIONAL

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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

Página de assinaturas



Adriano Avila
058.375.919-07
Signatário



Ivani Molin
517.896.809-30
Signatário







Joana Silva
058.222.369-52
Signatário



Alexandro Santos
019.886.109-58
Signatário

HISTÓRICO

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



24 jul 2023
15:13:04



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



Sistema de Credenciamento

Declaração

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

Dados Fornecedor

CNPJ: 47.703.208/0001-30
Razão Social: FISIOTERAPIA PASSO A PASSO LTDA
E-mail: ZILDA.ADLIZ@HOTMAIL.COM
Telefone: 449.84495120
Banco: BRASIL
Conta: 20811-6
Agência: 2720-0
Tipo Conta: 1

Credenciamento:

Data Inicio: 01/01/2024 08:00

Data Encerramento: 01/08/2024 17:00

Níveis cadastrados:

I - Credenciamento

II - Habilitação Jurídica

Cartao CNPJ: doc.pdf

Ato constitutivo: doc1.pdf

Documento dos sócios: doc1.pdf

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

Licença Sanitária: doc1.pdf

Cartao CNPJ: doc1.pdf

III - Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidão Falências: 1014 - Data Emissão: 2024-04-24 - Data Vencimento: 2024-05-23

Certidão FGTS: 1015 - Data Emissão: 2024-05-16 - Data Vencimento: 2024-06-14

Certidão Trabalhista: 1016 - Data Emissão: 2024-04-23 - Data Vencimento: 2024-04-23

Certidão Federal: 1017 - Data Emissão: 2024-04-23 - Data Vencimento: 2024-10-20

Certidão Estadual: 1018 - Data Emissão: 2024-04-23 - Data Vencimento: 2024-08-21

Certidão Municipal: 1019 - Data Emissão: 2024-04-23 - Data Vencimento: 2024-05-23

IV - Capacidade Técnica

V - Proposta

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQUÊLAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS) - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO LÍNICO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CRURGIA CARDIOVASCULAR - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DIFUÇÕES UROGINECOLÓGICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTEMICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPICO POR SESSÃO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: ATENDIMENTO FISIOTERAPICO EM RPG - Valor: R\$ 35.77 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - Valor: R\$ 30 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: CONSULTA EM FISIOTERAPIA - Valor: R\$ 30 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: SESSÃO DE ACUMPUNTURA APLICAÇÃO DE VENTOSAS / MOXA - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: SESSÃO DE ACUMPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

Categoria: FISIOTERAPIA - Procedimento: SESSÃO DE ELETROESTOESTIMULAÇÃO - Valor: R\$ 18 - Qtd: 480

VI - Profissionais

Nome: ZILDA PEREIRA DE SOUZA - Especialidade : FISIOTERAPIA - CPF: 040.471.629-65

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 16/05/2024 18:38:39

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____

FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA
RUA PREFEITO CARLOS MARCONDES, Nº 15 - ZONA UM
TERRA BOA - PR
CNPJ sob o nº. 47.703.208/0001-30

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: FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA

Nome Fantasia: FISIOCLINICA PASSO A PASSO

CNPJ nº: 47.703.208/0001-30

Inscrição Estadual:

Micro Empresa: () Não (X) Sim

Optante Simples:() Não (X) Sim

Número do CNAE Nacional: 93.13-1-00

Descrição: Atividades de condicionamento físico

Endereço: Rua Prefeito Carlos Marcondes, nº 15 – Zona um

Município: Terra Boa UF:PR

CEP:87.240-000

Telefone Comercial: () Telefone Celular: (44) 9.8449-5120

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: BRASIL	CÓDIGO DO BANCO:	AGÊNCIA: 2720-0
TIPO DE CONTA: C/C	OPERAÇÃO: TRANSFERÊNCIA	Nº DA CONTA:20811-6
CIDADE E UF DA AGENCIA: TERRA BOA – PR		

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF
ZILDA PEREIRA DE SOUZA	8.012.775-8 SSP PR	040.471.629-65

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE
FISIOTERAPEUTA		

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
ZILDA PEREIRA DE SOUZA	040.471.629-65	8.012.775-8 SSP PR		

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
ZILDA PEREIRA DE SOUZA	040.471.629-65	8.012.775-8 SSP PR		

ESPECIALIDADES

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
ZILDA PEREIRA DE SOUZA	Fisioterapia

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

INSERIR LOCAL DE ATENDIMENTO	RUA PREFEITO CARLOS MARCONDES, Nº 15 – ZONA UM, TERRA BOA – PR
------------------------------	--

Campo Mourão – Pr, 24 de abril de 2024.

Zilda P. Souza

FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA

47.703.208/0001-30

ZILDA PEREIRA DE SOUZA

CPF: 045.863.989-30

RG: 8.012.775-8 SSP PR


FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA
RUA PREFEITO CARLOS MARCONDES, Nº 15 - ZONA
UM
TERRA BOA - PR
CNPJ sob o nº. 47.703.208/0001-30

ANEXO II
DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

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

A empresa FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 47.703.208/0001-30, sediada na Rua Prefeito Carlos Marcondes, nº 15 – Zona um, na cidade de Terra Boa, Estado do Paraná, através representante legal, ZILDA PEREIRA DE SOUZA, inscrita no CPF sob o nº. 045.863.989-30, RG nº. 8.012.775-8 SSP PR, 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, 24 de abril de 2024.


FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA
47.703.208/0001-30
ZILDA PEREIRA DE SOUZA
CPF: 045.863.989-30
RG: 8.012.775-8 SSP PR

FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA
RUA PREFEITO CARLOS MARCONDES, Nº 15 - ZONA
UM
TERRA BOA - PR
CNPJ sob o nº. 47.703.208/0001-30

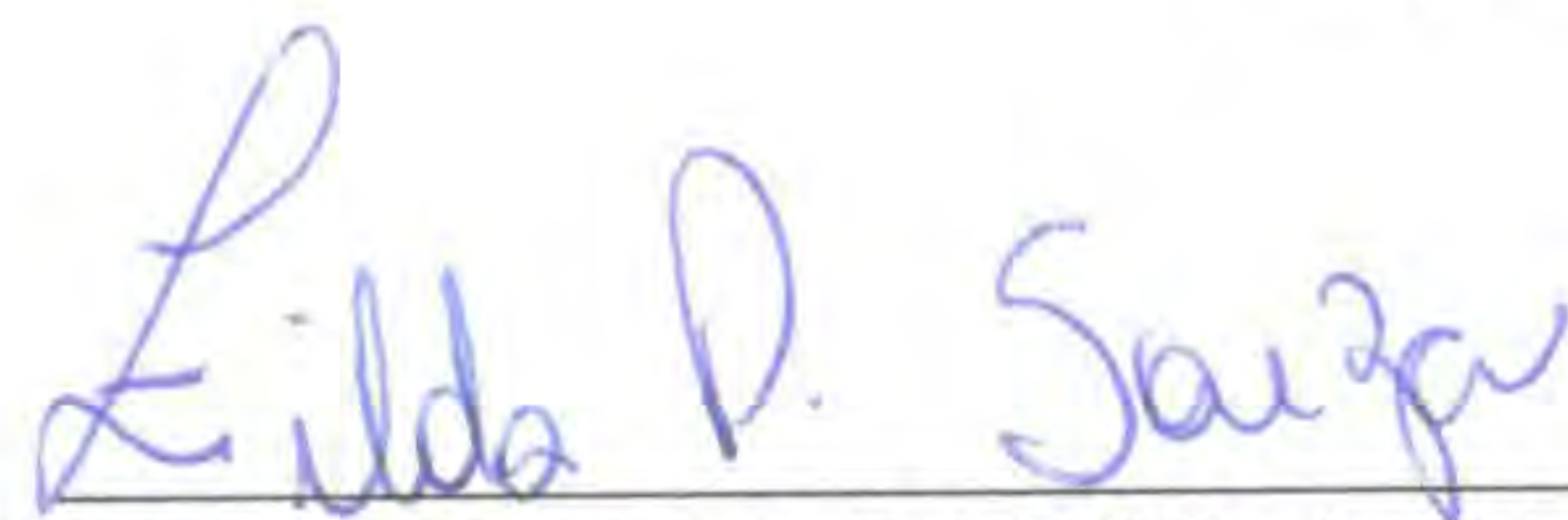
ANEXO III
DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO
IMPEDITIVO

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

FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA estabelecida na Rua Prefeito Carlos Marcondes, nº 15 – Zona um, inscrita no CNPJ sob nº 47.703.208/0001-30, neste ato representada pelo seu representante ZILDA PEREIRA DE SOUZA, 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, 24 de abril de 2024.



FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA
47.703.208/0001-30
ZILDA PEREIRA DE SOUZA
CPF: 045.863.989-30
RG: 8.012.775-8 SSP PR

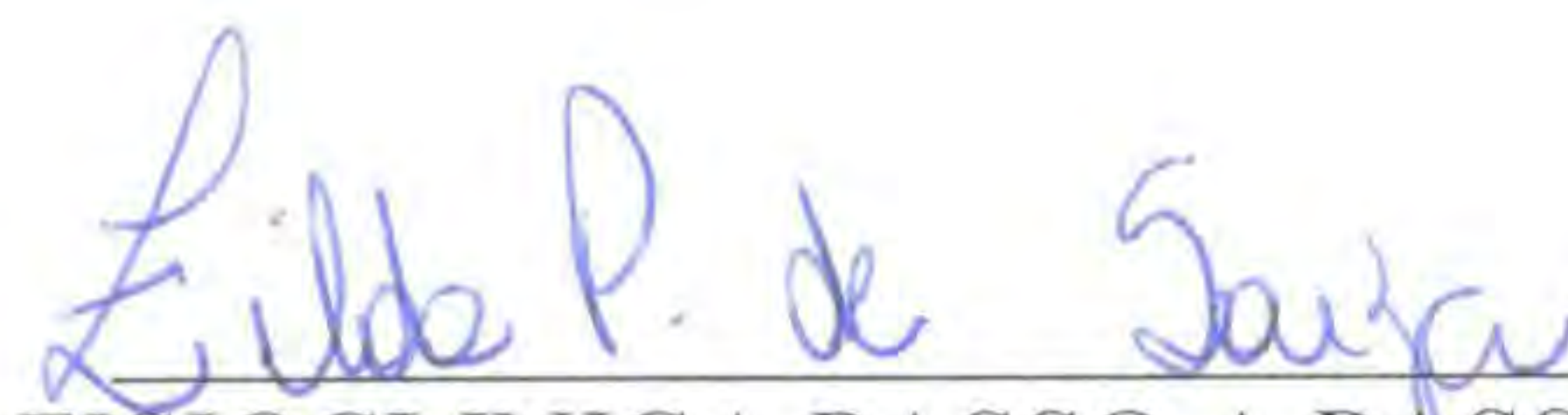
FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA
RUA PREFEITO CARLOS MARCONDES, N°
15 - ZONA UM
TERRA BOA - PR
CNPJ sob o n°. 47.703.208/0001-30

ANEXO IV
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO

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

Eu, ZILDA PEREIRA DE SOUZA, carteira de identidade n° 8.012.775-8 expedida pela SSP PR, inscrita no CPF sob n° 045.863.989-30, Representante legal da FISIOCLINICA PASSO A PASSO inscrita no CNPJ sob o n° 47.703.208/0001-30 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, 24 de abril de 2024.


FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA
47.703.208/0001-30
ZILDA PEREIRA DE SOUZA
CPF: 045.863.989-30
RG: 8.012.775-8 SSP PR

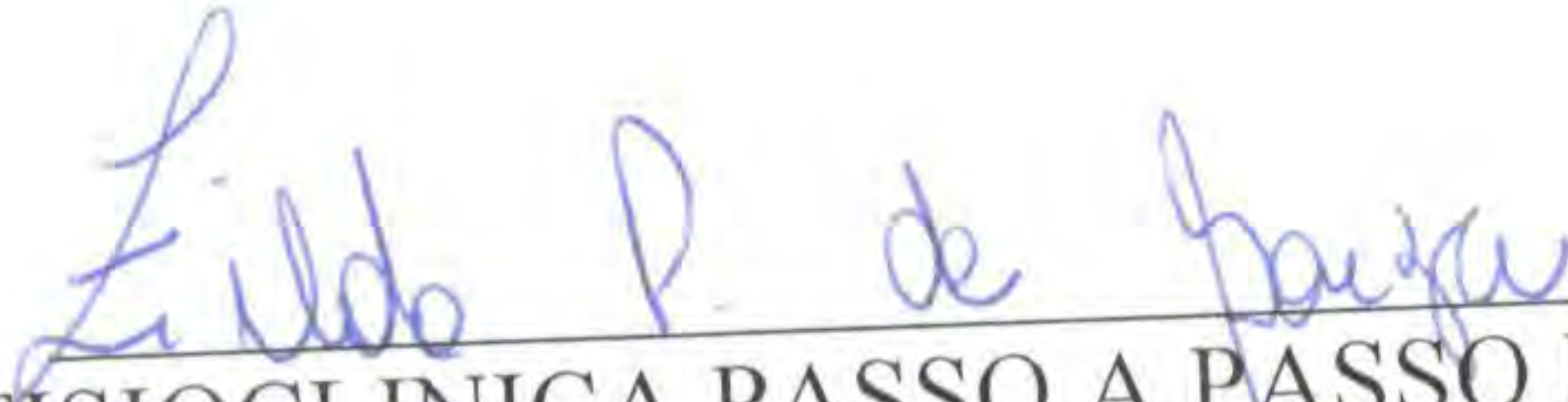
FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA
RUA PREFEITO CARLOS MARCONDES, Nº
15 - ZONA UM
TERRA BOA - PR
CNPJ sob o nº. 47.703.208/0001-30

ANEXO V
DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU
EMPRESA DE PEQUENO PORTE

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

O representante legal da Empresa **ZILDA PEREIRA DE SOUZA** 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, 24 de abril de 2024.


FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA
47.703.208/0001-30
ZILDA PEREIRA DE SOUZA
CPF: 045.863.989-30
RG: 8.012.775-8 SSP PR

	REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 47.703.208/0001-30 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 24/08/2022	
NOME EMPRESARIAL FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) FISIOCLINICA PASSO A PASSO		PORTE ME	
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 93.13-1-00 - Atividades de condicionamento físico			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 86.50-0-04 - Atividades de fisioterapia 86.50-0-05 - Atividades de terapia ocupacional			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada			
LOGRADOURO R PREF CARLOS MARCONDES	NÚMERO 15	COMPLEMENTO *****	
CEP 87.240-000	BAIRRO/DISTRITO ZONA UM	MUNICÍPIO TERRA BOA	UF PR
ENDEREÇO ELETRÔNICO ZILDA.ADLIZ@HOTMAIL.COM		TELEFONE (44) 8449-5120	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 24/08/2022	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

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

Emitido no dia **19/03/2024** às **15:44:40** (data e hora de Brasília).

Página: **1/1**

FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA.
PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL
CNPJ (MF) Nº 47.703.208/0001-30 NIRE 412.1096994-0

ZILDA PEREIRA DE SOUZA, brasileira, casada sob o regime de comunhão parcial de bens, empresária, inscrita no CPF sob o nº 045.863.989-30, residente e domiciliada à Rua Olimpio Martarello, 125 – zona Um, na cidade de Terra Boa, Estado do Paraná, Brasil – CEP 87240-000, única sócia da Sociedade Empresaria Limitada que gira sob o Nome Empresarial de FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA, com sede na Rua Prefeito Carlos Marcondes, 25 – Sala 01, zona Um, na cidade de Terra Boa, Estado do Paraná – CEP 87240-000, registra na Junta Comercial do Estado do Paraná sob nº 412.1096994-0, em 24/08/2022, inscrita no CNPJ sob o nº 47.703.208/0001-30, resolve, assim, alterar o contrato social, de acordo com as seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA: A sociedade altera seu endereço para Rua Prefeito Carlos Marcondes, 15, zona Um, na cidade de Terra Boa, Estado do Paraná – CEP 87240-000

CLÁUSULA SEGUNDA: Permanecem inalteradas as demais cláusulas do contrato primitivo, que não colidirem com as disposições do presente instrumento.

E por estarem assim justos e contratados assinam o presente instrumento em via única, obrigando-se fielmente por si e seus herdeiros a cumpri-lo em todos os seus termos.

Terra Boa(PR), 14 de março de 2024.

ZILDA PEREIRA DE SOUZA



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
04586398930	ZILDA PEREIRA DE SOUZA



CERTIFICO O REGISTRO EM 16/03/2024 12:52 SOB Nº 20241573297.
PROTOCOLO: 241573297 DE 15/03/2024.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12403765350. CNPJ DA SEDE: 47703208000130.
NIRE: 41210969940. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 14/03/2024.
FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
- INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ




Andre Eduardo Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MODELO FORMULÁRIO 1258A

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ




Zilda P. de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MODELO FORMULÁRIO 1258A

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.879.187-4

DATA 15/07/1993

ANDRE EDUARDO DA SILVA

ANTONIO LIMA DA SILVA
ADINEIDE LIMA DA SILVA

BORRAZOPOLIS/PR

COMARCA=FAXINAL/PR, BORRAZOPOLIS
C.MASC 4220, LIVRO=A4, FOLHA=271

13/08/1982

Sei. Douglas Haquilim
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.012.775 8

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/06/2000

ZILDA PEREIRA DE SOUZA

JOAQUIM DA CRUZ DE SOUZA
MARIA DAS DORES PEREIRA DE SOUZA

LONDRINA/PR

COMARCA=CAMBE/PR, DA SEDE
C.MASC 4061, LIVRO=52A, FOLHA=283

17/10/1981

Marco Antonio Lázara
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83


 MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
 Número de inscrição
040.471.629-65
 Nome
 ANDRÉ EDUARDO DA SILVA
 Nascimento
 13/08/1982



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR
Zilda P. de Souza
 CARTEIRA DE IDENTIDADE
MEMBRO Nº 1304


 MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
 Número de inscrição
045.863.989-30
 Nome
 ZILDA PEREIRA DE SOUZA
 Nascimento
 17/10/1981



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR
André Eduardo Silva
 CARTEIRA DE IDENTIDADE
MEMBRO Nº 1304



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE
TERRA BOA
DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO
E FISCALIZAÇÃO

Empresa ►► Fácil

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Número: 133/2022

Nome Fantasia: FISIOCLINICA PASSO A PASSO

Razão Social: FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA

CNPJ: 47.703.208/0001-30

Inscrição Municipal: 13351

Atividade Principal (CNAE) 9313-1/00 - Atividades de condicionamento físico (Exerce no endereço)

Atividade(s) Secundária(s) (CNAE): 8650-0/04 - Atividades de fisioterapia (Exerce no endereço), 8650-0/05 - Atividades de terapia ocupacional (Exerce no endereço)

Município: Terra Boa **Endereço:** RUA PREF CARLOS MARCONDES, 15, ZONA UM

CEP: 87240000

Local e data: Terra Boa, quinta, 04 de abril de 2024

VANDRECRÉZIO CAETANO DA SILVA

Departamento de Tributação e Fiscalização

Observação

- ALVARÁ VALIDO POR 180 DIAS

Código de Autenticidade: **24C3EXHFXA**

"EMITIDO PELO FUNCIONÁRIO VINICIUS DE ALMEIDA CARDOSO"

Esse documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE
TERRA BOA
VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL

Empresa ►► Fácil

LICENÇA SANITÁRIA

Número: 068/24

Nome Fantasia: FISIOTERAPIA PASSO A PASSO

Razão Social: FISIOTERAPIA PASSO A PASSO LTDA

CNPJ: 47.703.208/0001-30

Inscrição Municipal: 13351

Atividade Principal: 9313-1/00 - Atividades de condicionamento físico

Atividade(s) Secundária(s): 8650-0/04 - Atividades de fisioterapia, 8650-0/05 - Atividades de terapia ocupacional

Responsável Técnico:

Município: Terra Boa **Endereço:** RUA PREF CARLOS MARCONDES, 15, ZONA UM

CEP: 87240000

Local e data: Terra Boa, quinta, 21 de março de 2024

Validade: quarta, 15 de maio de 2024

PAULO CESAR DEZOTTI

Vigilância Sanitária Municipal

Observação

Código de Autenticidade: **24MBL4XSVD**

EMITIDO PELO FUNCIONÁRIO PAULO CESAR DEZOTTI

Esse documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial

Data da consulta: 16/05/2024 15:30:50

Identificação do Contribuinte - CNPJ Matriz

CNPJ: **47.703.208/0001-30**

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

Nome Empresarial: **FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA**

Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **NÃO optante pelo Simples Nacional**

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

[+ Mais informações](#)

Períodos Anteriores

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

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

Eventos Futuros (Simples Nacional)

Não Existem

Eventos Futuros (SIMEI)

Não Existem

Informações de Períodos como MEI Transportador Autônomo de Cargas

Não Existem

[Voltar](#)

[Gerar PDF](#)



MUNICIPIO DE TERRA BOA
Estado do Paraná
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA
Departamento de Tributação e Fiscalização

Rua Pres. Dr. Tancredo Almeida Neves, n.º 240 - Zona Um - CEP: 87.240-000 - Terra Boa - PR
Fone/Fax: (44) 3641-8000 - CNPJ 75.793.786/0001-40

Certidão Negativa de Débitos N.º 1032 / 2024

CONTRIBUINTE GLOBAL

CERTIFICAMOS, conforme requerido por **FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA**, CPF/CNPJ n.º **47.703.208/0001-30**, para fins **DE DIREITO**, que **NÃO CONSTAM DÉBITOS RELATIVOS A TRIBUTOS MUNICIPAIS (Impostos, Taxas, Contribuição de Melhoria e Dívida Ativa dos Cadastros Mobiliários e Imobiliários)**, até a presente data **em nome de FISIOCLÍNICA PASSO A PASSO LTDA**, CPF/CNPJ n.º **47.703.208/0001-30**, situado(a) na cidade de **Terra Boa-PR**.

Observação:

Fica ressalvado o direito da **Fazenda Pública Municipal** cobrar débitos posteriormente apurados, mesmo referentes a períodos compreendidos nesta Certidão.
O referido é verdade e dou fé.

A aceitação desta certidão está condicionada a verificação de sua autenticidade no endereço eletrônico: <https://www.terraboia.pr.gov.br/>

CÓDIGO DE AUTENTICIDADE A5025076AC6F602730043F4BF2705074

A PRESENTE CERTIDÃO TERÁ VALIDADE ATÉ 23/05/2024.

Terra Boa - PR, 23 de abril de 2024.

Emitido pelo usuário Web.

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

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 47.703.208/0001-30
Razão Social: FISIOTERAPIA PASSO A PASSO LTDA
Endereço: RUA PREFEITO CARLOS MARCONDES 15 / ZONA UM / TERRA BOA / PR / 87240-000

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

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

Validade: 16/05/2024 a 14/06/2024

Certificação Número: 2024051605576254225792

Informação obtida em 16/05/2024 15:26:54

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:
www.caixa.gov.br



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

Certidão Negativa
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual
Nº 033348860-16

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **47.703.208/0001-30**

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 21/08/2024 - Fornecimento Gratuito

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



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

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

Nome: FISIOTERAPIA PASSO A PASSO LTDA
CNPJ: 47.703.208/0001-30

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

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

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

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

Emitida às 16:25:49 do dia 23/04/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 20/10/2024.

Código de controle da certidão: **9B03.8CE0.6AFD.824E**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA (MATRIZ E FILIAIS)
CNPJ: 47.703.208/0001-30
Certidão n°: 28390983/2024
Expedição: 23/04/2024, às 16:29:22
Validade: 20/10/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o n° **47.703.208/0001-30**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas. Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022. Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

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

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

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

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

CERTIDÃO 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: FISIOTERAPIA PASSO A PASSO LTDA NIRE : 41210969940 Natureza Jurídica: Sociedade Empresária Limitada			Protocolo: PRC2420713850		
NIRE (Sede) 41210969940	CNPJ 47.703.208/0001-30	Data de Ato Constitutivo 24/08/2022	Início de Atividade 23/08/2022		
Endereço Completo Rua PREF CARLOS MARCONDES, Nº 15, ZONA UM - Terra Boa/PR - CEP 87240-000					
Objeto Social CLINICA DE FISIOTERAPIA, PILATES E SERVIÇOS DE REABILITACAO POSTURAL GLOBAL-RPG					
Capital Social R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) Capital Integralizado R\$ 20.000,00 (vinte mil reais)		Porte ME (Microempresa)		Prazo de Duração Indeterminado	
Dados do Sócio					
Nome ZILDA PEREIRA DE SOUZA	CPF/CNPJ 045.863.989-30	Participação no capital R\$ 20.000,00	Espécie de sócio Sócio	Administrador S	Término do mandato Indeterminado
Dados do Administrador					
Nome ZILDA PEREIRA DE SOUZA	CPF 045.863.989-30	Término do mandato Indeterminado			
Último Arquivamento			Situação		
Data 16/03/2024	Número 20241573297	Ato/eventos 002 / 021 - ALTERACAO DE DADOS (EXCETO NOME EMPRESARIAL)	ATIVA Status xxxxx		

Esta certidão foi emitida automaticamente em 16/05/2024, às 15:29:43 (horário de Brasília).
Se impressa, verificar sua autenticidade no <https://www.empresafacil.pr.gov.br>, com o código **MRR4CZLM**.
LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA
Secretário(a) Geral





TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARANÁ
Secretaria do Ofício Distribuidor e Anexos de TERRA BOA

CERTIDÃO DE DISTRIBUIÇÃO – FINS GERAIS – CÍVEIS – FALÊNCIA – NEGATIVA

Certifico que revendo os livros, sistemas e arquivos de distribuição CÍVEIS, especificamente: FALÊNCIA, CONCORDATA, RECUPERAÇÃO JUDICIAL, RECUPERAÇÃO EXTRAJUDICIAL desta Secretaria, verifiquei NÃO CONSTAR nenhum registro em andamento contra:

FISIOCLINICA PASSO A PASSO LTDA

CNPJ: 47.703.208/0001-30

Local da Sede:

Orientações:

Esta certidão NÃO APONTA ordinariamente os processos em que a pessoa cujo nome pesquisado figura como Autor(a). São apontados os feitos em tramitação cadastrados no Sistema Informatizado referente à comarca de TERRA BOA. Não existe qualquer conexão com qualquer outra base de dados de instituição pública ou com a Receita Federal que verifique a identidade do NOME/RAZÃO SOCIAL com o CPF/CNPJ. A conferência dos dados pessoais fornecidos pelo pesquisado é de responsabilidade exclusiva do destinatário da certidão.

A certidão em nome de pessoa jurídica considera os processos referentes à matriz e às filiais.

Considera-se NEGATIVA a certidão que aponta somente homônimos não qualificados, nos termos do art. 8º, §2º da Resolução CNJ 121/2010.

A presente certidão menciona somente o registro de distribuição, para dados complementares do procedimento, deve-se dirigir até a Secretaria para onde foi distribuído e solicitar uma CERTIDÃO DE OBJETO E PÉ.

A Busca de MICROEMPREENDEDOR INDIVIDUAL e EMPRESÁRIO INDIVIDUAL abrange também a pessoa física.

TERRA BOA, 24 de abril de 2024



Viviane Prado
Distribuidor

Cartão do Usuário

SUS  Sistema Único de Saúde

Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde *38084/10*

ZILDA PEREIRA DE SOUZA

Data Nasc.: 17/10/1981 Sexo: F

700 1029 6286 7220



49479869
44828-J

Este cartão é válido em todo o território nacional. Em caso de roubo, comunicar imediatamente ao Disque-Saúde.

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

SUS 



COPEL

Aura Energia

0800 51 00 116 - www.copel.com

DANF3E - Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletronica de Energia Eletrica
COPEL DISTRIBUICAO S A
RUA R JOSE IZIDORO BIAZETTO, 158
CEP 81200240 - CURITIBA/PR
CNPJ 04368898000106 - I.E. 9023307399

Responsavel pela Iluminacao Publica: Municipio 4436418000

Classificacao:
RESIDE/RESIDENCIAL

Tipo de Fornecimento:
BIFASICO / 60A

ANDRE EDUARDO DA SILVA

R OLIMPIO MARTARELLO, 126 - QD 03 DT 10

CEP: 87240000
Cidade: TERRA BOA - PR
CPF: ***.***.***-66



UNIDADE CONSUMIDORA

93411375

▲ CODIGO DEBITO AUTOMATICO ▲

PAGUE COM PIX

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR <small>AS [1.6.26.4]</small>
05/2024	21/05/2024	R\$ 279,88



NOTA FISCAL No 98586342 - SERIE 3 / DATA EMISSAO: 03/06/2024

Consulte Chave de Acesso em:
<https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/NF3eConsulta?wsdl>
Chave de acesso:
41240604368898000106660030985863422023091606
Protocolo de Autorizacao: - as +00:00
EMITIDA EM CONTINGENCIA - Pendente de Autorizacao

DATAS DE LEITURAS	Leitura Anterior	Leitura Atual	N. Dias	Proxima Leitura
	02/04/2024	03/05/2024	31	03/06/2024

Itens da Fatura	Unidade	Quantidade	Preco unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS / COFINS	ICMS	Tarifa unit (R\$)
(01) CONSUMO	kWh	294	0,392619	116,43	4,68	21,93	0,302140
(02) USO SISTEMA	kWh	294	0,426802	126,48	5,10	23,84	0,328370
(03) CONT ILUMIN				30,50			
(04) MULTA POR A				5,47			
(05) ACRESCIMO M				1,36			
(06) JUROS CONTA				1,64			
TOTAL				279,88			

Legenda: (01) ENERGIA ELET CONSUMO | (02) ENERGIA ELET USO SISTEMA | (03) CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPIO | (04) MULTA POR ATRASO NO PAGAMENTO | (05) ACRESCIMO MORATORIO | (06) JUROS CONTA ANTERIOR

HISTÓRICO DE CONSUMO	CONSUMO FATURADO	No DIAS FAT
ABR.24	321	29
MAR.24	336	31
FEV.24	342	30
JAN.24	298	30
DEZ.23	338	31
NOV.23	312	31
OUT.23	309	31
SET.23	203	30
AGO.23	161	30
JUL.23	227	32
JUN.23	195	30
MAI.23	227	30

Tributo	Base Calc (R\$)	Aliquota (%)	Valor R\$
ICMS	240,91	19,00	45,77
PIS	195,13	0,89	1,74
COFINS	195,13	4,12	3,04

Reservado ao Fisco

04D9 BA58.443E.A253.4844.B3E7.8B28.2690



REGISTRO CIVIL

LIVRO B-054
FOLHA 230
TERMO 009738

CERTIDÃO DE CASAMENTO Nº 9738

CERTIFICO que, do livro, folhas e termo citados, de ASSENTO DE CASAMENTOS deste Ofício, consta que, perante o Juiz de Paz Sra. FRANCISCA DE JESUS CLEMENTE CIBINELLO e as testemunhas constantes do termo, foi lavrado no dia 24 de janeiro de 2004, sob o regime de COMUNHÃO PARCIAL DE BENS, o assento do casamento///////// de - ANDRÉ EDUARDO DA SILVA -///////// que continuará a assinar - ANDRÉ EDUARDO DA SILVA -///////// com - ZILDA PEREIRA DE SOUZA -///////// que continuará a assinar - ZILDA PEREIRA DE SOUZA -///////// ELE, solteiro, músico, nascido em BORRAZÓPOLIS-PR, no dia treze de agosto de um mil, novecentos e oitenta e dois (13/08/1982), residente e domiciliado à Rua Dalto nº 1.430-Jd. Ana Rosa, em Cambé-PR, filho de ANTONIO LIMA DA SILVA, natural de Cambira-PR, comerciante, com 44 anos de idade; e de ADINCIBE LIMA DA SILVA, natural de Borrazópolis-PR, auxiliar de enfermagem, com 41 anos de idade, residentes e domiciliados neste município.///////// ELA, solteira, professora, nascida em LONDRINA-PR, no dia dezessete de outubro de um mil, novecentos e oitenta e um (17/10/1981), residente e domiciliada à Av. Jacomo Rossini, 535, Jd. Ana Rosa, em Cambé-PR, filha de JOAQUIM DA CRUZ DE SOUZA, natural de Cogoninhas-PR, comerciante, com 45 anos de idade; e de MARIA DAS DORES PEREIRA DE SOUZA, natural de Novo Cruzeiro-MG, cozinheira, com 45 anos de idade, residentes e domiciliados neste município.///////// Observação: O contraente registrado sob nº 4.220, fls. 271, Livro 04-A. A contraente registrada sob nº 4.061, fls. 283, Livro 52-A, neste Ofício. 2ª VIA/////////

O referido é verdade e dou fé.
Cambé, 05 de janeiro de 2005.

Scalabrini
Claudete Scalabrini Dalto
escrevente





CERTIFICADO

CERTIFICAMOS QUE

Participou do Workshop da Semana do Pilates, nos dias 04, 05 e 06 de Agosto de 2020, das 20 às 22 h em plataforma Online e ao Vivo, com duração de 06 horas.

Londrina, 06 de Agosto de 2020
Larissa Gregório
Fisioterapeuta Credito 74351-f



Larissa Gregório

Assinatura



CERTIFICADO

CERTIFICAMOS QUE

Participou do Workshop Tratamento das Hérnias de Disco Lombbar, nos dias 25, 26 e 27 de Agosto de 2020, das 20 às 22 hrs, em Plataforma Online e ao Vivo, com duração de 6 horas.

Londrina, 27 de Agosto de 2020
José Lima
CREFITO 8-14712F


Assinatura

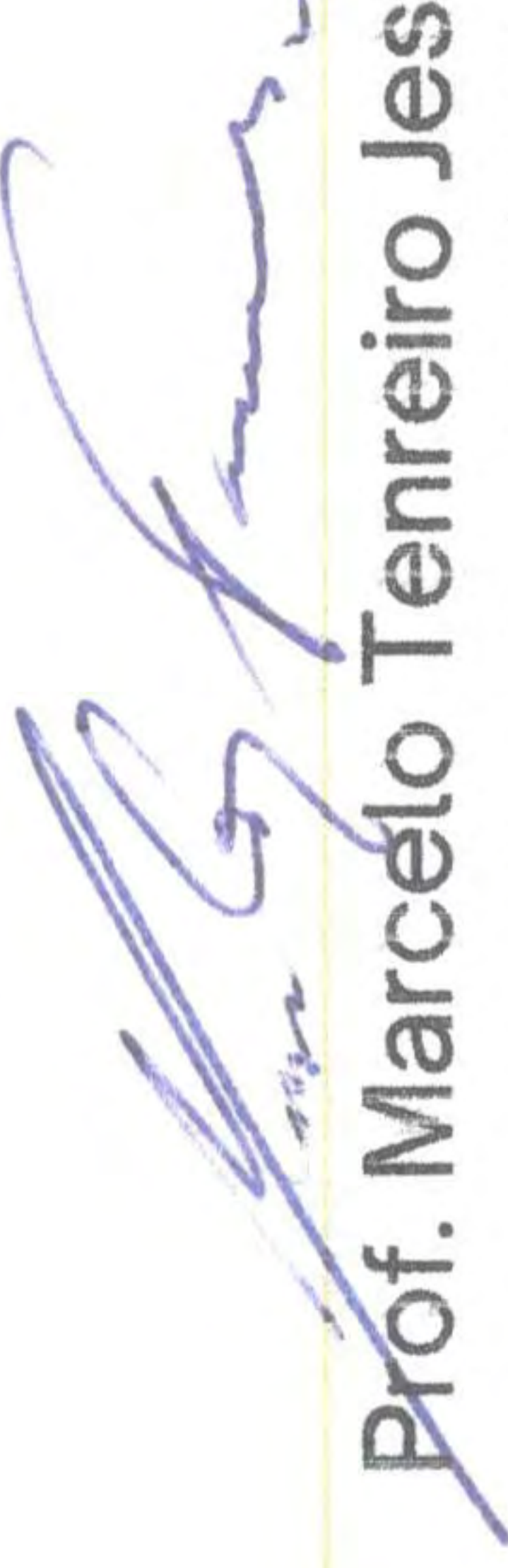


CERTIFICADO

Zilda Pereira de Souza

Participou da formação em Terapia Manual nas Disfunções de ATM,
realizado nos dias 8, 9 e 10 de Março de 2024, com carga horária de 25hs

Organização: Quality Cursos Londrina
Londrina, 10 de Março de 2024



Prof. Marcelo Tenreiro Jesus da Silva
Credito 30966F



CERTIFICADO

Certificamos que

ZILDA PEREIRA DE SOUZA

Participou do Curso de **ANATOMIA PALPATÓRIA E BIOMECÂNICA APLICADA A CLÍNICA DAS PATOLOGIAS DA COLUNA VERTEBRAL** realizado nos dias 7, 8 e 9 de Junho de 2019, com carga horária de 30h/aula.

Organização: Quality Clínica do Movimento
Londrina, 9 de Junho de 2019

Roberto Kiyoshi Kashimoto
Ministrante
Crefito: 99739-F



CERTIFICADO

Certificamos que

ZILDA PEREIRA DE SOUZA

Participou do Curso de **LIBERAÇÃO MIOFASCIAL INSTRUMENTAL (Crochetagem, Ventosa e Raspadores IASTM)** realizado nos dias 26, 27 e 28 de Outubro de 2018, com carga horária de 30h/aula.

Organização: Quality Clínica do Movimento

Londrina, 28 de Outubro de 2018

Gustavo Pilon

Ministrante

CREFITO-15 46.634 F



CERTIFICADO

Certificamos que ZILDA PEREIRA DE SOUZA, participou do "CURSO DE CORREÇÃO E ESTABILIZAÇÃO POSTURAL COM RPG E CABEÇAS MÔSCULARES", realizado de 27 a 29 de Junho de 2014 com carga horária de 30 horas/aula.

Local: Studio Quality

Londrina PR, 29 de Junho de 2014.


José dos Santos Lima

Ministrante

Credito - 8: 14.712-F



Certificado

O Diretor da FACEI – Faculdade Einstein certifica que

Zilda Pereira de Souza

RG nº 80.127.75-8

Concluiu em 03 de Outubro de 2023,
o curso de Pós-Graduação (Lato Sensu) em:

Coluna Vertebral – Fisioterapia nas Distúncões Biomecânicas e Posturais

Com carga horária de 500 horas-aulas nos termos da Resolução CNE/CES nº 01, de 06 de abril de 2018
Portaria de Credenciamento da FACEI: Portaria MEC/SEsu nº 6 de 7/1/2008 no DOU 8/1/2008.

Salvador, 10 de Outubro de 2023.



Prof. Dr. José Augusto Maciel Torres
Diretor



Concluinte

Dr. Vinicius Mendonça Assunção
COORDENADOR PEDAGÓGICO
CREFITO: 118.1677

Dr. Vinicius Mendonça Assunção
Coordenador

NOME: Zilda Pereira de Souza

Disciplinas	CH	Nota	Docente
anatomia, Biomecânica e Palpatória	30	9,0	Me. Roberto Kiyoshi Kashimoto
logia da Coluna Vertebral e Imagiologia Clínica (RX, TC e RMN)	30	9,0	Me. José dos Santos Lima
axia Clínica 01	50	8,5	Esp. Vinícius Mendonça Assunção
axia Clínica 02	50	9,0	Esp. Vinícius Mendonça Assunção
inico 01	40	9,0	Me. José dos Santos Lima
inico 02	40	9,0	Me. José dos Santos Lima
atologia Clínica 01	40	9,0	Me. José dos Santos Lima
atologia Clínica 02	40	9,0	Me. José dos Santos Lima
Terapêutico com Ênfase nas Afecções da Coluna Vertebral	30	9,5	Me. Carlos Eduardo Hoffmann
Miofascial Instrumental (Dry needling, IASTM e Ventosas)	40	9,0	Esp. Antônio Viana de Carvalho Jr
ões e Prescrições Ortopédicas de Órteses	20	9,0	Me. Leonardo Fernandes dos Santos Fritzen
sturologia e Confecções de Palmilhas	30	8,5	Me. Antônio Carlos Correia de Souza Filho
mento Funcional e Estabilização Segmentar Vertebral nas Afecções na Vertebral	30	9,0	Esp. Estevão de Souza Diniz
apia Aquática	30	9,0	Me. José dos Santos Lima
Horária Total	500h		

FACEI – Faculdade Einstein

Entidade Mantenedora: Instituto Erich Fromm de Educação LTDA.

Entidade Mantida: Faculdade Einstein – FACEI

Endereço: Rua Uruguay, 21, Mares, Salvador - Bahia. CEP: 40.445-040

Telefone: 71-3484-1421 / 71-3011-4865

E-mail: josemtorres@ig.com.br

Site: www.facei.edu.br

CNPJ: 37.506.747/0001-26


Credenciamento: Portaria MEC/SESU nº6, de 7/1/2008 (DOU: 8/1/2008)

Certificado registrado no dia 10 de Outubro de 2023, folha nº **0317** do livro de registro nº **07** da FACEI

Sob registro nº **0351-Q**

Referente ao curso de Pós-Graduação em Coluna Vertebral – Fisioterapia nas Disfunções Biomecânicas e Posturais à título de Pós-Graduação Lato Sensu.

Salvador, 10 de Outubro de 2023.


Prof. Dr. José Augusto Maciel Torres
Diretor

Certificado

Certificamos para os devidos fins, que **Zilda Pereira de Souza**, RG 8.012.775 8 SESP PR, nacionalidade Brasileira, nascida em LONDRINA - PR, em 17 de Outubro de 1981, concluiu o Curso de Fisioterapia - Bacharelado, Renovação de Reconhecimento pela Portaria Ministerial nº 824, de 30/12/2014, publicada no D.O.U de 02/01/2015.

Colou grau no dia 01 do mês de Fevereiro de 2018, conforme consta lavrado no livro de Ata de Colação de Grau.

Este certificado tem validade de 01 (um) ano a partir desta data.

Londrina-PR, 01 de Fevereiro de 2018.



Cezar Augusto da Silva
Secretário Acadêmico
7.973.433-0 SSP/PR



ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DE EQUOTERAPIA E INCLUSÃO EQUESTRE

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA
ANDE-BRASIL




Certifico que Zilda Pereira de Souza concluiu o X Curso Básico de Equoterapia de Ponta Grossa, realizado pela Associação Paranaense de Equoterapia e Inclusão Equestre, no período de 4 à 8 de Outubro de 2021, em Ponta Grossa- PR, com duração de 43 horas.

Ponta Grossa - PR, 8 de Outubro de 2021.



Eros Spartalis
Coordenador da APEIE



Elisangela Souza Silva
Coordenadora de Ensino
da ANDE-BRASIL

DISCIPLINAS	ATIVIDADES	CARGA HORÁRIA
CURRICULARES	Histórico da ANDE-BRASIL e da Equoterapia	3
	Hipologia Aplicada à Equoterapia	2
	As ciências aplicadas e humanas na Equoterapia	9
	O cavalo como instrumento cinesioterapêutico	2
	Ergonomia: material de equitação para Equoterapia	1
	Associações Estaduais e Centros de Equoterapia: Filiação, Normas e Documentação Básica	1
	Instalando um Centro de Equoterapia: um modelo	1
	Interdisciplinaridade: O trabalho da equipe do Centro Básico de Equoterapia da ANDE-BRASIL	2
	Equitação e Equoterapia (prática)	10
	Metodologia do atendimento equoterápico	1
	Estudo de Caso: elaboração de um Programa de Atividade Equoterápica: uma metodologia	7
	Psicomotricidade na Equoterapia	1
	À disposição da Coordenação: distribuição do material; abertura; entrega de diplomas e encerramento.	3
	COMPLEMENTAÇÃO DO ENSINO	TOTAL:



Elisângela Souza Silva
 Coordenadora de Ensino
 ANDE-BRASIL



Universidade Pitágoras Anopar



unopar

Ⓢ Reitor da Universidade Pitágoras Anopar,

no uso de suas atribuições legais e tendo em vista a conclusão em 19 de dezembro de 2017 do

Curso de Fisioterapia

e a sessão solene de colação de grau em 01 de fevereiro de 2018, confere o título de

Fisioterapeuta a

Zilda Pereira de Souza

brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida a 17 de outubro de 1981,
RG 8.012.7758 - PR

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

Mandruva - PR, 02 de outubro de 2018

Zilda P. de Souza
Diplomada



A assinatura do Reitor da Unopar, no anverso do diploma, é mediante chancela eletroeletrônica registrada em documento sob o número de Ordem 1767/2017, do Lv. 0520-N, às fls. 140, em data de 23.10.2017, no Cartório Salinet - 4ª Serventia Notarial - Lda - Pr. e microfilmado sob o número 373505 e registrado sob o número 280474 em data de 31.10.2017, no 1º Ofício de Títulos e Documentos - Londrina - Pr.

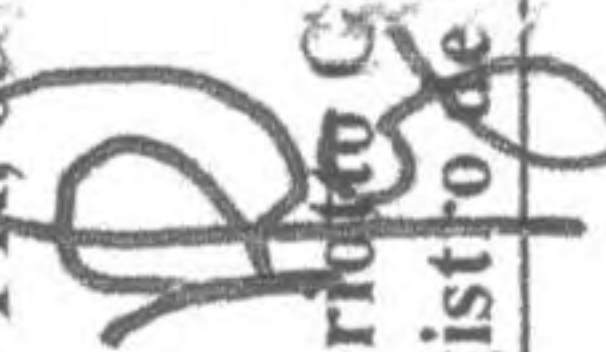
CURSO FISIOTERAPIA - BACHARELADO

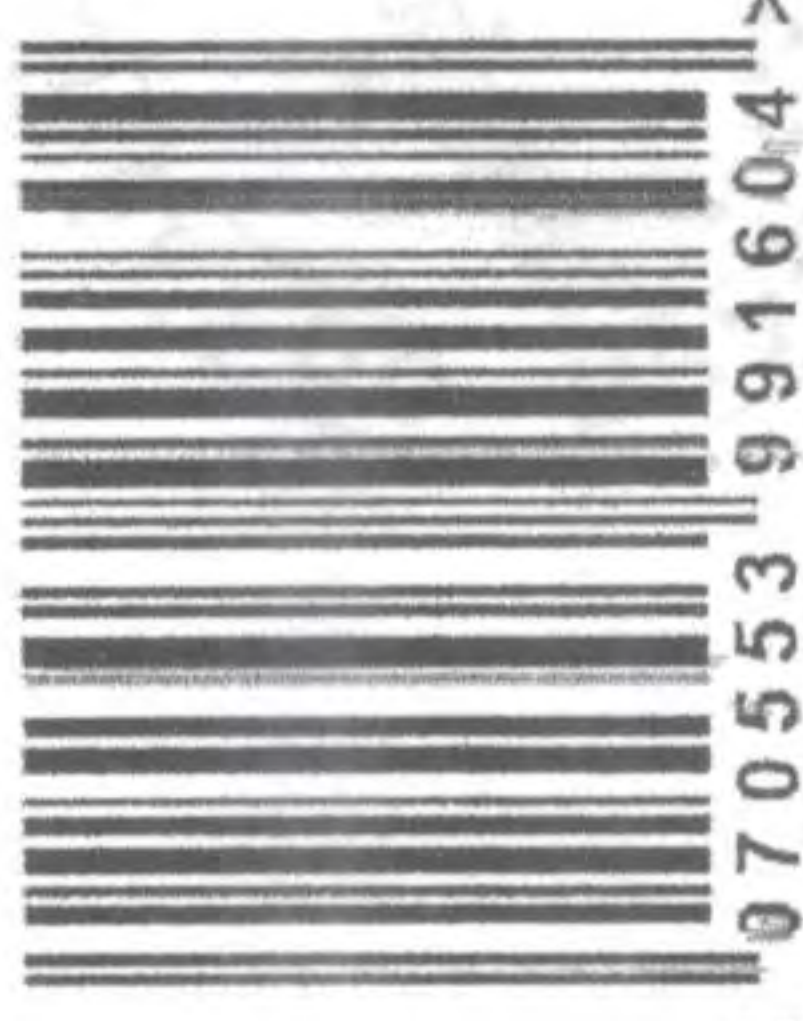
Renovação de Reconhecimento pela Portaria Ministerial nº 133, de 01/03/2018, publicada no Diário Oficial da União de 02/03/2018.

UNIVERSIDADE PITÁGORAS UNOPAR
Setor de Registro de Diplomas

Diploma registrado sob nº SRD-P231687 Processo nº 231687/298/2018, nos termos da Lei 9394 de 20/12/1996, artigo 48, § 1º e de acordo com as normas internas da Universidade sobre a matéria.

Londrina - PR, 03/10/2018


Rodrigo Perillo Grubisich
Setor de Registro de Diplomas



CREATIVO

Pag.3 / 071818

INSCRIÇÃO Nº 264023-F

O Conselho Regional de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional da 8ª Região expede
esta CARTEIRA DE IDENTIDADE
PROFISSIONAL DE FISIOTERAPEUTA

a(ao) ZILDA PEREIRA DE SOUZA

Filiação:

JOAQUIN DA CRUZ DE SOUZA

MARIA DAS DORES PEREIRA DE SOUZA

Nacionalidade: Brasileira

Natural: LONDRINA/PR

Pag.5/ 071818

REGISTRO PROFISSIONAL SEM
DIPLOMA

Registros do título de
FISIOTERAPEUTA

Repartição: UNIVERSIDADE NORTE DO
PARANÁ

Certidão de Conclusão de Curso

Data Emissão: 01/02/2018

Data Colação: 01/02/2018

Ano Conclusão: 2018

Repartição: COFFITO nº.: 264023-F

Livro/Folha: 702/36-V

Em: 17/07/2018

INSCRIÇÃO CREFITO-8

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
- INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ




Andre Eduardo Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MODELO FORMULÁRIO 1258A

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ




Zilda P. de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MODELO FORMULÁRIO 1258A

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.879.187-4

DATA 15/07/1993

AMRE EDUARDO DA SILVA

ANTONIO LIMA DA SILVA
ADINEIDE LIMA DA SILVA

BORRAZOPOLIS/PR

COMARCA=FAXINAL/PR, BORRAZOPOLIS
C.MASC 4220, LIVRO=A4, FOLHA=271

13/08/1982

Sei. Douglas Haquilim
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.012.775 8

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/06/2000

ZILDA PEREIRA DE SOUZA

JOAQUIM DA CRUZ DE SOUZA
MARIA DAS DORES PEREIRA DE SOUZA

LONDRINA/PR

COMARCA=CAMBE/PR, DA SEDE
C.MASC 4061, LIVRO=52A, FOLHA=283

17/10/1981

Marco Antonio Lázara
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83


 MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
 Número de inscrição
040.471.629-65
 Nome
 ANDRÉ EDUARDO DA SILVA
 Nascimento
 13/08/1982



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR
Zilda P. de Souza
 CARTEIRA DE IDENTIDADE


 MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
 Número de inscrição
045.863.989-30
 Nome
 ZILDA PEREIRA DE SOUZA
 Nascimento
 17/10/1981



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR
André Eduardo Silva
 CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO
BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR

ZILDA PEREIRA DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO

17/10/1981

Nº INSCRIÇÃO

0754 2231 0604

DA

ZONA

181

SEÇÃO

0087

MUNICÍPIO / UF

CAMBÉ/PR

DATA DE EMISSÃO

12/02/2016

JUIZ ELEITORAL

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA BIOMÉTRICA ELEITORAL

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

  [Portal Nacional de Contratações Públicas](#)



 Entrar

Edital de Chamamento Público nº 23/2024

Última atualização 29/05/2024

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: 29/05/2024 **Situação:** Divulgada no PNCP

Data de início de recebimento de propostas: 21/05/2024 08:00 (horário de Brasília)

Data fim de recebimento de propostas: 21/05/2024 12:00 (horário de Brasília)

Id contratação PNCP: 95640322000101-1-000034/2024 **Fonte:** Elotech Gestão Pública Ltda

Objeto:

Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Serviços de Fisioterapia oferecidas pelo Ciscomcam

VALOR TOTAL ESTIMADO DA COMPRA

R\$ 296.529,60

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

Número	Descrição	Quantidade	Valor unitário estimado	Valor total estimado	Detalhar
1	03.02.02.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	🔍
2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	🔍
3	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	🔍
4	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	🔍
5	03.02.04.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00	🔍

Exibir: 1-5 de 32 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 correte 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



Texto destinado a exibição de informações relacionadas à **licença de uso**.



CIS-COMCAM

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

TERMO DE ADJUDICAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO

O Presidente da Comissão Permanente de Licitação do CIS-COMCAM, Ivani Fiore Dal Molin, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, especialmente a Lei nº 8.666/1993 e alterações posteriores, a vista do parecer conclusivo exarado pela comissão de Licitação, resolve:

01 – ADJUDICAR a presente Licitação nestes termos:

- a) Processo Nº : 64/2024
b) Licitação Nº : 23/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : 22/05/2024
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Serviços de Fisioterapia 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: FISIOTERAPIA PASSO A PASSO LTDA - CNPJ: 47.703.208/0001-30

Valor Total do Fornecedor: 296.529,60 (duzentos e noventa e seis mil, quinhentos e vinte e nove reais e sessenta centavos).

LOTE 1 FISIOTERAPIA

Valor Total do Lote: 296.529,60 (duzentos e noventa e seis mil, quinhentos e vinte e nove reais e sessenta centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.02.02.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
3	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
4	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00



CIS-COMCAM

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

5	03.02.04.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
6	03.02.04.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
7	03.02.04.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE SEM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
8	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
9	03.02.07.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
10	03.02.01.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
11	03.02.02.003-9 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
12	03.02.01.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
13	03.02.06.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
14	03.02.02.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO LÍNICO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
15	03.02.04.004 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CRURGIA CARDIOVASCULAR	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
16	03.02.01.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DIFUÇÕES UROGINECOLÓGICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00



CIS-COMCAM

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

17	03.02.03.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
18	03.02.03.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
19	03.02.06.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
20	03.02.06.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
21	03.02.05.001- ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
22	03.02.05.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTEMICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
23	03.02.05.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
24	03.02.06.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
25	03.02.04.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
26	90.04.01.007 - ATENDIMENTO FISIOTERAPICO POR SESSÃO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00



CIS-COMCAM

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

27	90.04.01.006 ATENDIMENTO FISIOTERAPICO EM RPG (CLINICA)	Unidad	480	R\$ 36,00	R\$ 17.170,00
28	03.01.01.004 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	Unidad	480	R\$ 30,00	R\$ 14.400,00
29	90.04.01.080 - CONSULTA EM FISIOTERAPIA	Unidad	480	R\$ 30,00	R\$ 14.400,00
30	03.09.05.001 - SESSÃO DE ACUMPUNTURA APLICAÇÃO DE VENTOSAS / MOXA	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
31	03.09.05.002 - SESSÃO DE ACUMPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
32	03.09.05.003 - SESSÃO DE ELETROESTOESTIMULAÇÃO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 296.529,60 (duzentos e noventa e seis mil, quinhentos e vinte e nove reais e sessenta centavos)

Valor Total Homologado- R\$ 296.529,60

Campo Mourão, 22 de maio 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

- 22 mai 2024**
08:41:28  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: compras@ciscomcam.com.br)
- 22 mai 2024**
08:49:25  **Ivani Fiore Dal Molin** (E-mail: vani_fiore@hotmail.com, CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil
- 22 mai 2024**
08:49:25  **Ivani Fiore Dal Molin** (E-mail: vani_fiore@hotmail.com, CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Paraná - Brazil





TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

01 – HOMOLOGAR a presente Licitação nestes termos:

- a) Processo Nº : 64/2024
b) Licitação Nº : 23/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : 22/05/2024
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Serviços de Fisioterapia 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: FISIOTERAPIA PASSO A PASSO LTDA - CNPJ: 47.703.208/0001-30

Valor Total do Fornecedor: 296.529,60 (duzentos e noventa e seis mil, quinhentos e vinte e nove reais e sessenta centavos).

LOTE 1 FISIOTERAPIA

Valor Total do Lote: 296.529,60 (duzentos e noventa e seis mil, quinhentos e vinte e nove reais e sessenta centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.02.02.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
3	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
4	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.05.22 14:42:46 -03'00'



CIS-COMCAM

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

5	03.02.04.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
6	03.02.04.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
7	03.02.04.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE SEM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
8	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
9	03.02.07.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
10	03.02.01.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
11	03.02.02.003-9 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
12	03.02.01.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
13	03.02.06.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
14	03.02.02.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO LÍNICO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
15	03.02.04.004 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CRURGIA CARDIOVASCULAR	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
16	03.02.01.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DIFUÇÕES UROGINECOLÓGICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.05.22 14:43:06 -03'00'



CIS-COMCAM

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

17	03.02.03.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
18	03.02.03.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
19	03.02.06.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
20	03.02.06.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
21	03.02.05.001- ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
22	03.02.05.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTEMICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
23	03.02.05.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
24	03.02.06.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
25	03.02.04.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
26	90.04.01.007 - ATENDIMENTO FISIOTERAPICO POR SESSÃO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.05.22 14:43:21 -03'00'



CIS-COMCAM

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

27	90.04.01.006 ATENDIMENTO FISIOTERAPICO EM RPG (CLINICA)	Unidad	480	R\$ 36,00	R\$ 17.170,00
28	03.01.01.004 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	Unidad	480	R\$ 30,00	R\$ 14.400,00
29	90.04.01.080 - CONSULTA EM FISIOTERAPIA	Unidad	480	R\$ 30,00	R\$ 14.400,00
30	03.09.05.001 - SESSÃO DE ACUMPUNTURA APLICAÇÃO DE VENTOSAS / MOXA	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
31	03.09.05.002 - SESSÃO DE ACUMPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
32	03.09.05.003 - SESSÃO DE ELETROESTOESTIMULAÇÃO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 296.529,60 (duzentos e noventa e seis mil, quinhentos e vinte e nove reais e sessenta centavos)

Valor Total Homologado- R\$ 296.529,60

Campo Mourão, 22 de maio de 2024.

RAFAEL BRITO DO

PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por RAFAEL
BRITO DO PRADO:04933415951
Dados: 2024.05.22 14:43:44 -03'00'

Rafael Brito do Prado
Presidente do CIS-COMCAM



CIS-COMCAM

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

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

01 – HOMOLOGAR a presente Licitação nestes termos:

- a) Processo Nº : 64/2024
 b) Licitação Nº : 23/2024
 c) Modalidade : Inexigibilidade:
 d) Data Homologação : 22/05/2024
 e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de Serviços de Fisioterapia oferecidas pelo Ciscamcam

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

FORNECEDOR: FISIOLINICA PASSO A PASSO LTDA - CNPJ: 47.703.208/0001-30

Valor Total do Fornecedor: 296.529,60 (duzentos e noventa e seis mil, quinhentos e vinte e nove reais e sessenta centavos).

LOTE 1 FISIOTERAPIA

Valor Total do Lote: 296.529,60 (duzentos e noventa e seis mil, quinhentos e vinte e nove reais e sessenta centavos).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.02.02.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
3	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
4	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.



CIS-COMCAM

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

5	03.02.04.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
6	03.02.04.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
7	03.02.04.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE SEM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
8	03.02.07.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
9	03.02.07.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
10	03.02.01.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
11	03.02.02.003-9 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
12	03.02.01.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
13	03.02.06.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
14	03.02.02.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO LÍNICO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
15	03.02.04.004 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CRURGIA CARDIOVASCULAR	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
16	03.02.01.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DIFUÇÕES UROGINECOLÓGICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.



CIS-COMCAM

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

17	03.02.03.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
18	03.02.03.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
19	03.02.06.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
20	03.02.06.001 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
21	03.02.05.001- ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
22	03.02.05.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTEMICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
23	03.02.05.002 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
24	03.02.06.003 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
25	03.02.04.005 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
26	90.04.01.007 - ATENDIMENTO FISIOTERAPICO POR SESSÃO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.



CIS-COMCAM

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

27	90.04.01.006 ATENDIMENTO FISIOTERAPICO EM RPG (CLINICA)	Unidad	480	R\$ 36,00	R\$ 17.170,00
28	03.01.01.004 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	Unidad	480	R\$ 30,00	R\$ 14.400,00
29	90.04.01.080 - CONSULTA EM FISIOTERAPIA	Unidad	480	R\$ 30,00	R\$ 14.400,00
30	03.09.05.001 - SESSÃO DE ACUMPUNTURA APLICAÇÃO DE VENTOSAS / MOXA	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
31	03.09.05.002 - SESSÃO DE ACUMPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00
32	03.09.05.003 - SESSÃO DE ELETROESTIMULAÇÃO	Unidad	480	R\$ 18,00	R\$ 8.640,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 296.529,60 (duzentos e noventa e seis mil, quinhentos e vinte e nove reais e sessenta centavos)

Valor Total Homologado- R\$ 296.529,60

Campo Mourão, 22 de maio de 2024.

Rafael Brito do Prado
Presidente do CIS-COMCAM

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.



CIS-COMCAM

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

AVALIAÇÃO DO CONTROLE INTERNO

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

Campo Mourão, ____ / ____ / ____.




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

Página de assinaturas



Maria Santos
026.495.449-10
Signatário

HISTÓRICO

- 23 jul 2024**
15:43:21  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br)
- 24 jul 2024**
08:05:38  **Maria Victoria Santos** (Email: thidasantos666@gmail.com, CPF: 026.495.449-10) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil
- 24 jul 2024**
08:05:38  **Maria Victoria Santos** (Email: thidasantos666@gmail.com, CPF: 026.495.449-10) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil

