



TERMO DE AUTUAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: 088/2024

ASSUNTO: CREDENCIAMENTO DE DERMATOLOGIA E MED IMAGEM

MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE

CUMPRINDO O DISPOSTO NA LEI, NESTE ATO PROCEDO A ATUAÇÃO DO PROCESSO EM EPÍGRAFE, CONTENDO PÁGINAS NUMERADAS DE Nº 01 A Nº 139 E, PARA CONSTAR, LAVRO E ASSINO O PRESENTE TERMO, DE AUTUAÇÃO PARA QUE SURTAS OS EFEITOS LEGAIS.

CAMPO MOURÃO/PR, 23 DE JULHO DE 2024

NOME: JARDEL ALEXANDRE LISBOA

ASSINTURA: _____

Página de assinaturas



Jardel Lisboa
733.780.031-20
Signatário

HISTÓRICO

- 13 ago 2024**
11:24:43  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br)
- 13 ago 2024**
11:27:35  **Jardel Alexandre Lisboa** (Email: jardellis@gmail.com, CPF: 733.780.031-20) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil
- 13 ago 2024**
11:27:35  **Jardel Alexandre Lisboa** (Email: jardellis@gmail.com, CPF: 733.780.031-20) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil





PEDIDO DE COMPRA DE PRODUTOS/SERVIÇO

Ao

Setor de Compras/Licitações/Contratos

Ivani Fiore Dal Molin

Campo Mourão, 23 de julho de 2024

Setor Solicitante: Coordenador de Redes

Responsável: Adriano Roque Avila

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 dermatologia e medicina de imagem oferecidas 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

ADRIANO ROQUE AVILA
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



Adriano Avila
058.375.919-07
Signatário

HISTÓRICO

- 23 jul 2024**
09:52:35  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br)
- 23 jul 2024**
10:53:40  **Adriano Roque Avila** (Email: adrianoroqueavila@gmail.com, CPF: 058.375.919-07) visualizou este documento por meio do IP 177.51.119.71 localizado em Maringá - Paraná - Brazil
- 23 jul 2024**
10:53:40  **Adriano Roque Avila** (Email: adrianoroqueavila@gmail.com, CPF: 058.375.919-07) assinou este documento por meio do IP 177.51.119.71 localizado em Maringá - Paraná - Brazil





SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

Excelentíssimo Sr. Presidente e
Sr. Coordenador

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

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de dermatologia e medicina de imagem oferecidas pelo Ciscomcam.

Processo Administrativo nº 88

Modalidade: Inexigibilidade

Prazo de Entrega: 365

Local de Entrega: CISCOMCAM

Dotação Orçamentária:

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

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

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

Campo Mourão, 23 de julho 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

- 23 jul 2024**
09:53:33  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30)
- 23 jul 2024**
10:06:04  **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**
10:06:04  **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 CONTÁBIL

Processo Administrativo nº 88

Data do Processo Administrativo: 23/07/2024

Modalidade: Inexigibilidade

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de dermatologia e medicina de imagem oferecidas pelo Ciscomcam.

Dotação Orçamentária:

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

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

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

Campo Mourão, 23 de julho de 2024

Alexandro Sebastião dos Santos
Contador



AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de dermatologia e medicina de imagem oferecidas pelo Ciscocomcam.

Processo Administrativo nº 88

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
DERMATOLOGIA							
3391	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	1200	12	R\$ 57,27	R\$ 68.724,00	3.390.39.00.	50.30
6214	90.04.01.156 - CRIOTERAPIA (SESSÃO)	200	12	R\$ 35,00	R\$ 7.000,00	3.390.39.00.	50.30
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM							
3713	02.05.02.003 ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN SUPERIOR (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
3714	02.05.02.004 ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN TOTAL (CLINICA)	100	12	R\$ 80,00	R\$ 8.000,00	3.390.39.00.	50.30
3715	02.05.02.005 ULTRASSONOGRAMA DE APARELHO URINÁRIO (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
1310	02.05.02.006 ULTRASSONOGRAMA DE ARTICULAÇÃO (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
1311	02.05.02.007 ULTRASSONOGRAMA DE BOLSA ESCROTAL (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
1312	02.05.02.008 ULTRASSONOGRAMA DE GLOBO OCULAR/ORBITA (MONOCULAR) (CLINICA)	100	12	R\$ 67,06	R\$ 6.706,00	3.390.39.00.	50.30
1313	90.04.01.048 ULTRASSONOGRAMA DE PAREDE ABDOMINAL (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
4773	90.04.01.109 ULTRASSONOGRAMA DE PARTES MOLES (ORGÃOS E ESTRUTURAS)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
1315	02.05.02.011 ULTRASSONOGRAMA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) (CLINICA)	100	12	R\$ 80,00	R\$ 8.000,00	3.390.39.00.	50.30
3520	02.05.02.010 ULTRASSONOGRAMA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
3619	90.04.01.104 ULTRASSON DE PRÓSTATA RETAL COM BIÓPSIA (INCLUI AGULHA) (CLINICA)	100	12	R\$ 311,22	R\$ 31.122,00	3.390.39.00.	50.30
1316	02.05.02.012 ULTRASSONOGRAMA DE TIREOIDE (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
1317	02.05.01.004 - ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	100	12	R\$ 130,00	R\$ 13.000,00	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

9152	90.04.01.231 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (BILATERAL)	100	12	R\$ 260,00	R\$ 26.000,00	3.390.39.00.	50.30
9151	90.04.01.230 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (UNILATERAL)	100	12	R\$ 130,00	R\$ 13.000,00	3.390.39.00.	50.30
1318	02.05.02.009 ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
1768	90.04.01.069 - ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLOGICO	100	12	R\$ 130,00	R\$ 13.000,00	3.390.39.00.	50.30
1319	02.05.02.014 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA (CLINICA)	100	12	R\$ 70,00	R\$ 7.000,00	3.390.39.00.	50.30
1320	02.05.02.015 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (CLINICA)	100	12	R\$ 90,00	R\$ 9.000,00	3.390.39.00.	50.30
6249	90.04.01.161 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUSCÊNCIA NUCAL	100	12	R\$ 130,00	R\$ 13.000,00	3.390.39.00.	50.30
2471	90.04.01.079 - ULTRASSONOGRRAFIA OBSÉTRICA ECOCARDIOGRAMA FETAL	100	12	R\$ 230,00	R\$ 23.000,00	3.390.39.00.	50.30
1321	02.05.02.016 ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA) (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
1322	90.04.01.049 ULTRA-SONOGRAFIA RETOPERITONEO (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
1767	02.05.02.017 ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
2564	02.05.02.018 ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
TOTAL					R\$	324.552,00	

Campo Mourão, 23 de julho de 2024

Leandro Roque Avila
Coordenador do CISCOMCAM

Página de assinaturas



Leandro Avila

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE D...

Signatário

HISTÓRICO

- 23 jul 2024**
09:54:34  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br)
- 23 jul 2024**
09:57:24  **Leandro Roque Avila** (Empresa: *CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO*, Email: coordenacao@ciscomcam.com.br, CPF: 057.666.679-30) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil
- 23 jul 2024**
09:57:24  **Leandro Roque Avila** (Empresa: *CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO*, Email: coordenacao@ciscomcam.com.br, CPF: 057.666.679-30) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil





AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de dermatologia e medicina de imagem oferecidas pelo Ciscamcam.

Processo Administrativo nº 88

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
DERMATOLOGIA							
3391	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	1200	12	R\$ 57,27	R\$ 68.724,00	3.390.39.00.	50.30
6214	90.04.01.156 - CRIOTERAPIA (SESSÃO)	200	12	R\$ 35,00	R\$ 7.000,00	3.390.39.00.	50.30
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM							
3713	02.05.02.003 ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
3714	02.05.02.004 ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (CLINICA)	100	12	R\$ 80,00	R\$ 8.000,00	3.390.39.00.	50.30
3715	02.05.02.005 ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
1310	02.05.02.006 ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
1311	02.05.02.007 ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
1312	02.05.02.008 ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR/ORBITA (MONOCULAR) (CLINICA)	100	12	R\$ 67,06	R\$ 6.706,00	3.390.39.00.	50.30
1313	90.04.01.048 ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
4773	90.04.01.109 ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES (ORGÃOS E ESTRUTURAS)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
1315	02.05.02.011 ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL) (CLINICA)	100	12	R\$ 80,00	R\$ 8.000,00	3.390.39.00.	50.30
3520	02.05.02.010 ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
3619	90.04.01.104 ULTRASSON DE PRÓSTATA RETAL COM BIÓPSIA (INCLUI AGULHA) (CLINICA)	100	12	R\$ 311,22	R\$ 31.122,00	3.390.39.00.	50.30
1316	02.05.02.012 ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
1317	02.05.01.004 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	100	12	R\$ 130,00	R\$ 13.000,00	3.390.39.00.	50.30

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.07.24 16:14:52 -03'00'



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

9152	90.04.01.231 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (BILATERAL)	100	12	R\$ 260,00	R\$ 26.000,00	3.390.39.00.	50.30
9151	90.04.01.230 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (UNILATERAL)	100	12	R\$ 130,00	R\$ 13.000,00	3.390.39.00.	50.30
1318	02.05.02.009 ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
1768	90.04.01.069 - ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLOGICO	100	12	R\$ 130,00	R\$ 13.000,00	3.390.39.00.	50.30
1319	02.05.02.014 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA (CLINICA)	100	12	R\$ 70,00	R\$ 7.000,00	3.390.39.00.	50.30
1320	02.05.02.015 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (CLINICA)	100	12	R\$ 90,00	R\$ 9.000,00	3.390.39.00.	50.30
6249	90.04.01.161 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUSCÊNCIA NUCAL	100	12	R\$ 130,00	R\$ 13.000,00	3.390.39.00.	50.30
2471	90.04.01.079 - ULTRASSONOGRRAFIA OBSÉTRICA ECOCARDIOGRAMA FETAL	100	12	R\$ 230,00	R\$ 23.000,00	3.390.39.00.	50.30
1321	02.05.02.016 ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA) (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
1322	90.04.01.049 ULTRA-SONOGRAFIA RETOPERITONEO (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
1767	02.05.02.017 ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
2564	02.05.02.018 ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL (CLINICA)	100	12	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	3.390.39.00.	50.30
TOTAL					R\$	324.552,00	

Campo Mourão, 23 de julho de 2024

RAFAEL BRITO DO PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por RAFAEL BRITO DO PRADO:04933415951
Dados: 2024.07.24 16:15:09 -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*	32
Modalidade*	Processo Inexigibilidade
Número edital/processo*	88
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 dermatologia e medicina de imagem oferecidas pelo Ciscomcam.
Dotação Orçamentária*	0101510302001520233390390000
Preço máximo/Referência de preço - R\$*	324.552,00
Data Publicação Termo ratificação	23/07/2024
Data de Lançamento do Edital	
Data da Abertura das Propostas	
Há itens exclusivos para EPP/ME?	<input type="checkbox"/>
Há cota de participação para EPP/ME?	<input type="checkbox"/>
Percentual de participação:	0,00
Trata-se de obra com exigência de subcontratação de EPP/ME?	<input type="checkbox"/>
Há prioridade para aquisições de microempresas regionais ou locais?	<input type="checkbox"/>
Data Cancelamento	

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

CPF: 51789680930 ([Logout](#))



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 acerca de solicitação de prorrogação de prazo referente ao Edital de Chamamento Público nº 05.2023, que visa o credenciamento de pessoa jurídica especializada na prestação de serviços de saúde em atendimento as especialidades oferecidas pelo CISCOMCAM.

Em análise do edital em questão, constata-se que o mesmo prevê em sua Cláusula 13.1 a possibilidade de prorrogação de prazo por meio de Termo Aditivo.

Partindo desta premissa, passo a análise da solicitação da Contratada conforme Lei nº 14.133/2021.

Considerando que até a presente data o contrato administrativo teve duração de 12 (doze) meses, e, que o art. 107, da Lei Federal nº 14.133/2021, determina que “os contratos administrativos de serviços e fornecimentos contínuos poderão ser prorrogados sucessivamente, respeitada a vigência máxima decenal”, assim, sou **favorável** à prorrogação solicitada pelo período de 12 (doze) meses.

É o parecer.

Campo Mourão/PR, 18 de julho de 2024.


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



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



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

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

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

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

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

6.26 Documentos dos Profissionais.

6.26.1 Cópia do RG;

6.26.2 Cópia do CPF;

6.26.3 Cópia do cartão SUS;

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

6.26.5 Cópia da Carteira Profissional do respectivo conselho da classe;

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

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

6.26.8 Na ausência do RQE (Registro de Qualificação de Especialização) o profissional poderá entregar cópia(s) (FRENTE E VERSO) do(s) CERTIFICADO(S) DE ESPECIALIZAÇÃO(ÕES) ou CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE 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



6.27.1 Número do telefone celular e e-mail

6.27.2 Cópia do RG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. DO PROCEDIMENTO DO CREDENCIAMENTO

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

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

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

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



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

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

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

8. DO CRITÉRIO DE CREDENCIAMENTO.

8.1As 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



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 Ciscomcam ficara por conta de cada Município.

16.4Os Municípios integrantes do Ciscomcam 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 Ciscomcam (www.ciscomcam.com.br), estará disponível também nas dependências do Ciscomcam com qualquer membro da comissão permanente de licitação.

17.2 Qualquer pessoa poderá impugnar o presente Edital, com antecedência mínima de 02 (três) dias da data para entrega dos envelopes, devendo protocolar as razões de impugnação via correio, presencial ou no e-mail: compras@ciscomcam.com.br. A resposta às impugnações caberá à Comissão Permanente de Licitação vigente.

17.3 Os pedidos de esclarecimentos, decorrentes de dúvidas na interpretação deste Edital e de seus anexos, deverão ser encaminhados com antecedência mínima de 02 (dois) dias da data para entrega dos documentos por meio digital ou por entrega/envio dos envelopes, de forma eletrônica, pelo e-mail: compras@ciscomcam.com.br ou pelo aplicativo de mensagens no telefone (44) 99772-0041. Os esclarecimentos serão prestados por qualquer membro da Comissão Permanente de Licitação.

17.4 As impugnações e pedidos de esclarecimentos não suspendem os prazos previstos no Edital. As respostas às impugnações e os esclarecimentos prestados serão juntados nos autos do processo de Chamamento Público e de Inexigibilidade e estarão disponíveis para consulta por qualquer interessado.

17.5 Eventual modificação no Edital, decorrente das impugnações ou dos pedidos de esclarecimentos, ensejará divulgação pela mesma forma que se deu o texto original, alterando-se o prazo inicialmente estabelecido somente quando a alteração afetar a formulação dos documentos exigidos ou o princípio da isonomia.

17.6 A Comissão Permanente de Licitação resolverá os casos omissos e as situações não previstas no presente Edital, observadas as disposições legais e os princípios que regem a administração pública.

17.7 A qualquer tempo, o presente Edital poderá ser revogado por interesse público ou anulado, no todo ou em parte, por vício insanável, sem que isso implique direito a indenização ou reclamação de qualquer natureza.

17.8 O proponente é responsável pela fidelidade e legitimidade das informações prestadas e dos documentos apresentados em qualquer fase do Chamamento Público. A falsidade de qualquer documento apresentado ou a inverdade das informações nele contidas poderá acarretar a eliminação da proposta apresentada, a aplicação das sanções administrativas cabíveis e a comunicação do fato às autoridades competentes, inclusive para apuração do cometimento de eventual crime. Além disso, caso a descoberta da falsidade ou inverdade ocorra após a celebração da parceria, o fato poderá dar ensejo à rescisão do instrumento e/ou aplicação das sanções de que trata a Lei nº 8.666/93.

17.9 O presente Edital terá vigência de 12 meses a contar da data da homologação do resultado definitivo.

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

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

www.ciscomcam.com.br / 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

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 Nº CNPJ
NOME REPRESENTANTE LEGAL
CPF REPRESENTANTE LEGAL
RG REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA N° CNPJ

NOME REPRESENTANTE LEGAL

CPF REPRESENTANTE LEGAL

RG REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO III
MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE
FATO IMPEDITIVO

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



ANEXO IV
MODELO DE DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE
PARENTESCO

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



ANEXO V

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

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



ANEXO VI
LISTA DE DOCUMENTOS

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

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

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

RESPONSÁVEL DO CNPJ:

RESPONSÁVEL

DO

DOCUMENTAÇÃO:

CONTATO:

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



CIS-COMCAM

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

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

DOCUMENTAÇÃO DO PROFISSIONAL

		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



ANEXO VII
MODELO DE DECLARAÇÃO DE ALTERAÇÃO
DE ENDEREÇO DA RAZÃO SOCIAL
(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



ANEXO IX
MODELO DE SOLICITAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO
DE PROFISSIONAL

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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

Página de assinaturas



Adriano Avila
058.375.919-07
Signatário



Ivani Molin
517.896.809-30
Signatário



Joana Silva
058.222.369-52
Signatário



Alexandro Santos
019.886.109-58
Signatário

HISTÓRICO

- 24 jul 2023** 15:09:06  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: compras@ciscomcam.com.br)
- 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: adrianoroqueavila@gmail.com, CPF: 058.375.919-07) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil



24 jul 2023

15:13:04



Adriano Roque Avila (E-mail: adrianoqueavila@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: 39.717.736/0001-10
Razão Social: CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA
E-mail: sueli@deltacontab.com.br
Telefone: 4435434206
Banco: Banco do Brasil
Conta: 1852795
Agência: 5312
Tipo Conta: 1

Credenciamento:

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

Níveis cadastrados:

I - Credenciamento

II - Habilitação Jurídica

Cartao CNPJ: doc.pdf

Ato constitutivo: doc1.pdf

Documento dos sócios: doc1.pdf

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

Licença Sanitária: doc1.pdf

Cartao CNPJ: doc1.pdf

III - Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidão Municipal: 1149 - Data Emissão: 2024-07-04 - Data Vencimento: 2024-10-04

Certidão Estadual: 1150 - Data Emissão: 2024-07-02 - Data Vencimento: 2024-10-30

Certidão Federal: 1151 - Data Emissão: 2024-07-02 - Data Vencimento: 2024-12-29

Certidão Trabalhista: 1152 - Data Emissão: 2024-07-02 - Data Vencimento: 2024-12-29

Certidão FGTS: 1153 - Data Emissão: 2024-06-27 - Data Vencimento: 2024-07-26

Certidão Falencias: 1161 - Data Emissão: 2024-07-11 - Data Vencimento: 2024-10-11

IV - Capacidade Técnica

Orgao: PREFEITURA MUNICIPAL DE UBIRATA - Quantitativo: 1 Un.

Orgao: CLINICA MEDICA BEM ESTAR - Quantitativo: 1 Un.

V - Proposta

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

Categoria: DERMATOLOGIA - Procedimento: CRIOTERAPIA (SESSÃO) - CLÍNICA - Valor: R\$ 35 - Qtd: 60

VI - Profissionais

Nome: CAROLINE FEDATO - Especialidade : DERMATOLOGIA - CPF: 059.875.389-39

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 09/07/2024 11:16:53

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____



DRA. CAROLINE FEDATO

CAROLINA FEDATO MEDICA GENERALISTA

CNPJ/MF: 39.717.736/0001-10 I.M. 630022268

Telefone: (45) 9.9143 3435

E-mail: cfedato@gmail.com

ANEXO I

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA

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

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

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

Razão Social: CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA

Nome Fantasia: DRA. CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA

CNPJ nº: 39.717.736/0001-10

Inscrição Estadual: ISENTO

Micro Empresa: (X) Não () Sim

Optante Simples: (X) Não () Sim

Número do CNAE Nacional: 86.30.5-03 **Descrição:** ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS

Endereço: RUA LONDRINA, 799 – SÃO CRISTOVÃO

Município: CASCAVEL **UF:** PR

CEP: 85.813-050

Telefone Celular: (X) 45 99143 3435

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: BANCO DO BRASIL	CÓDIGO DO BANCO: 001	AGÊNCIA: 531-2
TIPO DE CONTA: CORRENTE	OPERAÇÃO:	Nº DA CONTA: 185279-5
CIDADE E UF DA AGENCIA: CASCAVEL/PR		
REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF



DRA. CAROLINE FEDATO

CAROLINA FEDATO MEDICA GENERALISTA

CNPJ/MF: 39.717.736/0001-10 I.M. 630022268

Telefone: (45) 9.9143 3435

E-mail: cfedato@gmail.com

CAROLINE FEDATO	8.501.696-2 SSP/PR	059.875.389-39
-----------------	--------------------	----------------

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE
DERMATOLOGIA	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	25 por sem
DERMATOLOGIA	CRIOTERAPIA (SESSÃO) - CLÍNICA	15 por sem

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
CAROLINE FEDATO	059.875.389-39	SSP/PR	0045260 - CRM	45 99143-3435

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
CAROLINE FEDATO	059.875.389-39	SSP/PR	cfedato@gmail.com	45 99143-3435

ESPECIALIDADES

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
CAROLINE FEDATO	DERMATOLOGIA

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

LOCAL DE ATENDIMENTO	ENDEREÇO DO LOCAL DE ATENDIMENTO
Centro de Saude de Ubiratã	Av. Carmem Ribeiro Pitombo, 124 – centro – Ubirata/PR

CASCADEL, 01 DE JULHO DE 2024.

CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA

Nome: CAROLINE FEDATO

RG: 8.501.696-2 SSP-PR

CPF: 059.875.389-39



DRA. CAROLINE FEDATO

CAROLINA FEDATO MEDICA GENERALISTA

CNPJ/MF: 39.717.736/0001-10 I.M. 630022268

Telefone: (45) 9.9143 3435

E-mail: cfedato@gmail.com

39.717.736/0001-10

**CAROLINE FEDATO MEDICA
GENERALISTA**

Rua Londrina, 799, São Cristóvão
CEP: 85.813-000 – CASCAVEL - PR



DRA. CAROLINE FEDATO

CAROLINA FEDATO MEDICA GENERALISTA

CNPJ/MF: 39.717.736/0001-10 I.M. 630022268

Telefone: (45) 99143 3435

E-mail: cfedato@gmail.com

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

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

A empresa Caroline Fedato medica generalista, inscrita no CNPJ sob nº 39.717.736/0001-10, sediada na Rua Londrina, 799 – São Cristóvão na cidade de Cascavel/Pr, através representante legal, Caroline Fedato, RG 8.501.696-2 e CPF 059.875.389-39, 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.

CASCADEL, 01 DE JULHO DE 2024.

CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA

Nome: CAROLINE FEDATO

RG: 8.501.696-2 SSP-PR

39.717.736/0001-10

**CAROLINE FEDATO MEDICA
GENERALISTA**

Rua Londrina, 799, São Cristóvão
CEP: 85.813-000 – CASCADEL - PR



DRA. CAROLINE FEDATO

CAROLINA FEDATO MEDICA GENERALISTA

CNPJ/MF: 39.717.736/0001-10 I.M. 630022268

Telefone: (45) 99143 3435

E-mail: cfedato@gmail.com

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO

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

Caroline Fedato Médica Generalista, estabelecida na Rua Londrina, 799 – São Cristóvão na cidade de Cascavel/Pr, inscrita no CNPJ sob nº 39.717.736/0001-10, neste ato representada pelo seu representante Caroline Fedato, 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

CASCADEL, 01 DE JULHO DE 2024.

CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA

Nome: CAROLINE FEDATO

RG: 8.501.696-2 SSP-PR

CPF: 059.875.389-39

39.717.736/0001-10

CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA

Rua Londrina, 799, São Cristóvão

CEP: 85.813-000 – CASCADEL - PR



DRA. CAROLINE FEDATO

CAROLINA FEDATO MEDICA GENERALISTA

CNPJ/MF: 39.717.736/0001-10 I.M. 630022268

Telefone: (45) 99143 3435

E-mail: cfedato@gmail.com

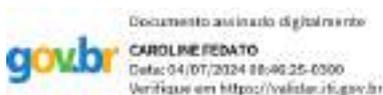
ANEXO V

DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE

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

O representante legal da Empresa **CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA**, inscrita no CNPJ nº 39.717.736/0001-10, 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.

CASCADEL, 01 DE JULHO DE 2024.



CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA

Nome: CAROLINE FEDATO

RG: 8.501.696-2 SSP-PR

CPF: 059.875.389-39

39.717.736/0001-10

CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA

Rua Londrina, 799, São Cristóvão

CEP: 85.813-000 – CASCADEL - PR



CLÍNICA BEM ESTAR LTDA

CNPJ/MF: 45.197.372/0001-98 I.M. 91148

Telefone: (44) 9 9947-9967

E-mail: rodrigolima125@hotmail.com

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICO-OPERACIONAL

A empresa **CLÍNICA BEM ESTAR LTDA**, inscrito no CNPJ sob nº 45.197.372/0001-98, sediado a Avenida Yolanda Loureiro de Carvalho, nº 289, Centro, Ubatã – Paraná, telefone (44) 9 9975-8052, atesta para os devidos fins que a Empresa **CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA**, inscrita no CNPJ sob nº 39.717.736/0001-10, situada a Rua Londrina, nº 799, São Cristóvão, Cascavel/Paraná, executa/executou o seguinte serviço:

- Sessões de Crioterapia;

Atesto também, que a referida é de suma responsabilidade, executando os serviços nos prazos pactuados e dentro das normas, nada tendo em nossos registros que a desabone.

Por expressão da verdade, firmo o presente.

Ubatã / PR, 16 de julho de 2024.

CLINICA BEM ESTAR
LTDA:45197372000
198

Assinado de forma digital por
CLINICA BEM ESTAR
LTDA:45197372000198
Dados: 2024.07.16 16:50:55 -03'00'

CLÍNICA BEM ESTAR LTDA

CNPJ: 45.197.372/0001-98

Rodrigo de Camargo Lima

CPF: 011.575.249-82

Telefone: (44) 9 9947-9967

45.197.372/0001-98

CLÍNICA BEM ESTAR LTDA

Avenida Yolanda Loureiro de Carvalho, nº 289,

Centro

CEP: 85.440-000 – Ubatã-PR

**ALTERAÇÃO POR TRANSFORMAÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA
LIMITADA PARA INSTRUMENTO DE INSCRIÇÃO DE
EMPRESÁRIO INDIVIDUAL
CAROLINE FEDATO & CIA LTDA
CNPJ39.717.736/0001-10 NIRE41108858816**

Pelo presente instrumento particular de alteração por transformação de Sociedade Empresária Limitada em Instrumento de Inscrição de Empresário Individual:

CAROLINE FEDATO, brasileira, natural de Palotina-PR, nascida em 10/10/1994, solteira, maior, empresária, portadora da Cédula de Identidade RG nº 8.501.696-2, expedida pela SSP/PR, CPF/MF nº 059.875.389-39, residente e domiciliada em Cascavel-PR, à Rua Londrina, 799, Bairro São Cristovão, CEP: 85813-050.

GUILHERME PEISSARI VIEIRA, brasileiro, natural de Toledo-PR, nascido em 04/06/1992, solteiro, maior, empresário, portador da Carteira Nacional de Habilitação nº 06167789209, expedida pelo Detran/PR, CPF/MF nº 082.052.929-06 residente e domiciliado em Cascavel-PR, à Rua Francisco Bartinik, 1079, Coqueiral, CEP: 85807-550.

A empresa sob o nome empresarial de **CAROLINE FEDATO & CIA LTDA**, com sede à **Rua Londrina, 799, Bairro São Cristovão, Cascavel-PR, CEP: 85813-050**., inscrito na Junta Comercial do Paraná sob o NIRE 41108858816 em 09/11/2020 e no CNPJ sob o número 39.717.736/0001-10, ora transforma seu registro de **SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA** para **INSTRUMENTO DE INSCRIÇÃO DE EMPRESÁRIO INDIVIDUAL**.

CLÁUSULA PRIMERA – DA SAÍDA DE SÓCIO: O sócio **GUILHERME PEISSARI VIEIRA** que possui na sociedade 5.000 (cinco mil) quotas no valor de R\$ 1,00 (um real) cada uma, totalizando R\$ 5.000,00 (Cinco mil reais), retira-se da sociedade vendendo e transferindo ao sócio remanescente **CAROLINE FEDATO** a totalidade de suas quotas, dando neste ato quitação pelas quotas ora vendidas.

CLÁUSULA SEGUNDA: O capital da empresa que é de R\$ 10.000,00 (Dez mil reais), já totalmente integralizados em moeda corrente do país fica distribuído entre os sócios da seguinte forma:

Nome	%	Quotas	Valor R\$
CAROLINE FEDATO	100%	10.000	R\$ 10.000,00
TOTAL	100%	10.000	R\$ 10.000,00

CLAUSULA TERCEIRA – DA TRANSFORMAÇÃO DO TIPO JURÍDICO: Fica transformada a natureza jurídica desta Sociedade Empresária de Responsabilidade Limitada para Instrumento de Inscrição de Empresário Individual sob a FIRMA de **CAROLINE FEDATO MÉDICA GENERALISTA**, que doravante se regerá com sub-rogação de todos os direitos e obrigações pertinentes ao tipo jurídico ora transformado.

CLAUSULA QUARTA – Para tanto, passa a transcrever, na íntegra, seu **INSTRUMENTO DE INSCRIÇÃO DE EMPRESÁRIO INDIVIDUAL** da referida empresa, com o teor seguinte:

**INSTRUMENTO DE INSCRIÇÃO DE EMPRESÁRIO INDIVIDUAL
CAROLINE FEDATO MÉDICA GENERALISTA
CNPJ: 39.717.736/0001-10**

CAROLINE FEDATO, brasileira, natural de Palotina-PR, nascida em 10/10/1994, solteira, maior, empresária, portadora da Cédula de Identidade RG nº 8.501.696-2, expedida pela SSP/PR, CPF/MF nº 059.875.389-39, residente e domiciliada em Cascavel-PR, à Rua Londrina, 799, Bairro São Cristovão, CEP: 85813-050.

Resolve constituir-se como Empresário Individual, mediante as seguintes cláusulas:

Cláusula Primeira - DO NOME EMPRESARIAL - O Empresário Individual adotará como nome empresarial a seguinte firma **CAROLINE FEDATO MÉDICA GENERALISTA**

Cláusula Segunda - DO CAPITAL - O capital é de R\$ 10.000,00 (Dez mil reais), totalmente subscrito e integralizado, neste ato, da seguinte forma: R\$ 10.000,00 (Dez mil reais) em moeda corrente do País.

Cláusula Terceira - DA SEDE - O Empresário Individual terá sua sede no seguinte endereço: **Rua Londrina, 799, Bairro São Cristovão, Cascavel-PR, CEP: 85813-050.**

Cláusula Quarta - DO OBJETO - O Empresário Individual terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômicas: **Consultas e tratamentos médicos prestados a pacientes externos exercidas em consultórios, ambulatorios, postos de assistência médica, clínica médica e policlínicas, consultórios privados em hospitais, clínica de empresas, centro geriátricos, bem como realizada no domicílio do paciente.**

CLÁUSULA Quinta - DO INÍCIO DAS ATIVIDADES E DO PRAZO: A empresa iniciará suas atividades a partir da data do registro do instrumento constitutivo e seu prazo de duração é indeterminado.

Cláusula Sexta - DA DECLARAÇÃO DE DESIMPEDIMENTO - A empresária declara, sob as penas da lei, inclusive que são verdadeiras todas as informações prestadas neste instrumento e quanto ao disposto no artigo 299 do Código Penal, não estar impedido de exercer atividade empresária e não possuir outro registro como Empresário Individual no País.

Cláusula Setima - DO ENQUADRAMENTO - A empresária declara que a atividade se enquadra em Microempresa - ME, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, e que não se enquadra em qualquer das hipóteses de exclusão relacionadas no § 4º do art. 3º da mencionada lei. (art. 3º, I, LC 123/2006).

CLÁUSULA Oitava - DO FORO: Fica eleito o foro de Cascavel-PR para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes do presente instrumento contratual, bem como para o exercício e cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que possa ser.

E, por estar assim constituído, assino o presente instrumento.

Cascavel-PR; 26 de Outubro de 2021.

CAROLINE FEDATO
CPF: 059.875.389-39

GUILHERME PELISSARI VIEIRA
CPF: 082.052.929-06



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
05987538939	CAROLINE FEDATO
08205292906	GUILHERME PELISSARI VIEIRA



CERTIFICO O REGISTRO EM 05/11/2021 10:42 SOB Nº 41108981821.
PROTOCOLO: 217273238 DE 27/10/2021.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12108139326. CNPJ DA SEDE: 39717736000110.
NIRE: 41108981821. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 26/10/2021.
CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA

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



GOVERNO MUNICIPAL DE CASCAVEL
SECRETARIA DE FINANÇAS
DEPARTAMENTO DE RECEITA

CADASTRO Nº 630022268

RAZÃO SOCIAL: CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA			
NOME FANTASIA: DRA. CAROLINE FEDATO SERVIÇOS MÉDICOS			
CPF/CNPJ: 39.717.736/0001-10		PROTOCOLO: 97599/2021	FONE: (45) 3245-1135
ENDEREÇO: RUA LONDRINA, 799 - SÃO CRISTÓVÃO			
QUADRA: 0103	LOTE:003B	LOTEAMENTO:LOTEAMENTO CENTRO	IMOBILIÁRIO: 101584500
ATIVIDADE PERMITIDAS Consultas e tratamentos médicos prestados a pacientes externos exercidas em consultórios, ambulatórios, postos de assistência médica, clínica médica e policlínicas, consultórios privados em hospitais, clínica de empresas, centro geriátricos, bem como realizada no domicílio do paciente.			
OBSERVAÇÕES: LOCAL DEFERIDO APENAS PARA PONTO DE REFERENCIA, ESCRITORIO DE CONTATO OU VIRTUAL. LOCAL DESTINADO APENAS PARA PONTO DE CORRESPONDENCIA, FICANDO IMPEDIDO O ESTABELECIMENTO DE REALIZAR CARGA E DESCARGA, MANTER ESTOQUE DE MERCADORIAS, OU REALIZAR QUALQUER ATIVIDADE ADMINISTRATIVA ANÁLOGA A SITUAÇÃO DE ESTABELECIDO, DE ACORDO COM O DISPOSTO DO INCISO XII DO ART. 3º DO DECRETO MUNICIPAL Nº 16.123/2021.			
INÍCIO DAS ATIVIDADES: 07/12/2020		CÓDIGO DA ATIVIDADE: 0086.3/05.03	
LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO DE ESTABELECIMENTO DE COMÉRCIO. INDÚSTRIA E PRESTAÇÃO DE SERVIÇO. FORNECIDO EM CUMPRIMENTO AO QUE DISPOE O CODIGO TRIBUTARIO MUNICIPAL. LEI COMPLEMENTAR Nº 01/2001, PARA A SUA LOCALIZAÇÃO NO ENDEREÇO ACIMA.			
CONTADOR: LEONARDO BENACHIO JABLONSKI		CRC: PR07511804	
Nº de Empregados: 02	P. de Serviço: 12,00	Comércio: 0,00	
Telheiro:	Depósito: 0,00	Pátio: 0,00	
Área Indústria: 0,00			
Data Emissão: 12/09/2023			
IMPORTANTE: Em caso de encerramento, mudança de endereço, paralisação ou qualquer outra alteração, procurar com urgência a divisão de Alvará para as providências legais cabíveis evitando, em consequência, problemas futuros.			
EMITIDO POR (Matr): TERUME ALVES DE OLIVEIRA JESUS		FISCAL (Matr):	



Assinado digitalmente por:
LUZIA APARECIDA DE LIMA
KOPP:06182702990
061.827.029-90
13/09/2023 16:25:07

O presente Alvará deverá ser afixado em lugar visível, conforme artigo 153 da Lei nº. 6706/2017.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 13/09/2023 16:25:03 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSAR: <https://c.atende.net/p6502/c9452276>



 <p style="text-align: center;">REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</p> <p style="text-align: center;">CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</p>		
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 39.717.736/0001-10 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 09/11/2020
NOME EMPRESARIAL CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) DRA. CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA		PORTE ME
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências 86.30-5-01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos 86.30-5-02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares 86.30-5-99 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 213-5 - Empresário (Individual)		
LOGRADOURO R LONDRINA	NÚMERO 799	COMPLEMENTO *****
CEP 85.813-050	BAIRRO/DISTRITO SAO CRISTOVAO	MUNICÍPIO CASCADEL
UF PR	ENDEREÇO ELETRÔNICO CFEDATO@GMAIL.COM	
TELEFONE (45) 9143-3435		
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****		
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 09/11/2020	
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 **02/07/2024** às **09:28:23** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

Memorando 6.763/2024

De: Diego B. - SEMAD-DSA-PROT

Para: SEMSA - Secretaria Municipal da Saúde - A/C Rozelena V.

Data: 11/07/2024 às 17:00:58

Setores envolvidos:

SEMAD-DSA-PROT, SEMSA

atestado de capacidade técnica

Prezada, solicitamos assinatura em atestado de capacidade técnica referente ao processo licitatório nº 6333/2024 para a empresa CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA.

—
Diego da Silva Bezerra

Divisão de Licitação

Anexos:

ATESTADO_3_.pdf

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins que a empresa **CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA**, inscrita no CNPJ Sob o nº 39.717.736/0001-10, situada na Rua Londrina, nº 799, Bairro São Cristóvão, na cidade de Cascavel, estado do Paraná, firmou com o Município de Ubiratã, CNPJ nº 76.950.096/0001-10, com sede administrativa na Avenida Nilza de Oliveira Pipino, nº 1852, o Contrato nº 237/2023 que tem por objeto: **Contratação de empresa para prestação de serviços de dermatologia, conforme chamamento 4/2022.**

Atestamos que em consulta aos autos do Processo Licitatório nº 6333/2023 que originou o contrato supracitado, disponível na íntegra para consulta no Portal da Transparência do Município, não há relato do Gestor/Fiscal do contrato sobre qualquer irregularidade cometida pela empresa durante execução do objeto que desabone sua capacidade técnica.

Sendo o que tínhamos a declarar até a presente data, nos colocamos à disposição para mais esclarecimentos.

Ubiratã – Paraná, 11 de julho de 2024.

Rozelena de Fátima Vieira
Gestor do contrato
Secretaria da Saúde



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 3A29-F157-33D2-7A3C

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ ROZELENA FÁTIMA VIEIRA (CPF 592.XXX.XXX-34) em 11/07/2024 18:08:15 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://ubirata.1doc.com.br/verificacao/3A29-F157-33D2-7A3C>



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARANÁ - TJPR

RODRIGO TIMÓTHEO TABORDA
DISTRIBUIDOR PÚBLICO

AVENIDA TANCREDO NEVES, 2320 - 1º ANDAR EDIFÍCIO DO FÓRUM - CEP 85805-000
FONE: (45) 3326-4479
CNPJ: 00.322.048/0001-16

CERTIDÃO NEGATIVA JUDICIAL ESPECÍFICA

Rodrigo Timótheo Taborda, Oficial Designado do Ofício do Distribuidor, Contador, Partidor, Depositário e Avaliador Judicial da Comarca de Cascavel, Estado do Paraná, nos termos da Seção V do CNFJ:

Certifico que, revendo os registros desta Serventia, NÃO FORAM localizadas ações de FALÊNCIA OU CONCORDATA; RECUPERAÇÃO EXTRAJUDICIAL E RECUPERAÇÃO JUDICIAL (Lei nº 11.101/2005), em face de:

CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA
CNPJ: 39.717.736/0001-10

Dado e passado nesta cidade e comarca de CASCAVEL, Estado do PARANÁ, ao(s) 11 dia(s) do mês de julho do ano de 2024. Buscas procedidas no(s) ultimo(s) vinte ano(s).

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

Bel. Rodrigo Timótheo Taborda
Oficial Titular



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

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 39.717.736/0001-10
Razão Social: CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA
Endereço: R LONDRINA 799 / SAO CRISTOVAO / CASCAVEL / PR / 85813-050

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

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

Validade: 27/06/2024 a 26/07/2024

Certificação Número: 2024062721185547175186

Informação obtida em 02/07/2024 10:54:16

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
PREFEITURA MUNICIPAL DE CASCAVEL
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS



CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS
Nº 105727/2024

A presente Certidão é VÁLIDA POR 90 (noventa) DIAS a contar da data de emissão da mesma.

[CONTRIBUINTE]

Código:	473948770	
Nome/Razão:	CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA	
CNPJ/CPF:	39.717.736/0001-10	
Endereço:	RUA LONDRINA, 799	
Complemento:		
Bairro:	SÃO CRISTÓVÃO	CEP: 85.813-050
Cidade:	Cascavel - PR	

[REQUERENTE]

Código:	473948770
Nome/Razão:	CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA
CNPJ/CPF:	39.717.736/0001-10

[FINALIDADE]

Licitação

[INFORMAÇÕES ADICIONAIS]

Certificamos que na presente data INEXISTEM débitos incidentes sobre o sujeito passivo acima identificado.

Esta certidão compreende todos os débitos imobiliários e mobiliários, tributários ou não, inscritos ou não em Dívida Ativa, administrados pela Secretaria Municipal de Finanças de Cascavel (SEFIN), tais como Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU, Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis – ITBI, Contribuição de Melhoria, Taxa de Coleta de Lixo, Contribuição de Iluminação Pública – CIP incidente sobre lotes vagos, Taxa de Proteção a Desastres, Taxas de Expediente, Multas de Regularização de Obras, Autos de Infração da Secretaria Municipal de Meio Ambiente, Imposto Sobre Serviços – ISS, Taxa de Verificação de Regular Funcionamento, Taxa de Licença Sanitária, Taxa de Localização e Funcionamento, Autos de Infração do PROCON e demais débitos para com esta municipalidade.

Fica ressalvado o direito de a Fazenda Pública lançar, cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas posteriormente, mesmo referentes a períodos anteriores ou compreendido nesta certidão.

Cascavel, 4 de julho de 2024.

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada na página da Prefeitura:
<https://cascavel.atende.net/#!/tipo/servico/valor/31/padrao/1/load/0>
Código de Autenticidade: WGT211207-39824-TUDXVGSIDIQK-4



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

Certidão Negativa
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual
Nº 033930152-32

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **39.717.736/0001-10**

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 30/10/2024 - 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: CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA
CNPJ: 39.717.736/0001-10

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

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

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

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

Emitida às 09:45:04 do dia 02/07/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 29/12/2024.

Código de controle da certidão: **1EC9.88C6.3CB8.A736**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 39.717.736/0001-10

Certidão n°: 46363486/2024

Expedição: 02/07/2024, às 10:57:44

Validade: 29/12/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o n° **39.717.736/0001-10**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

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

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

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

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

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 8.501.696-2



POLEGAR DIREITO



Caroline Fedato

Fedato

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **8.501.696-2**

DATA DE EXPEDIÇÃO: 15/12/2011

NOME: **CAROLINE FEDATO**

FILIAÇÃO: VILMAR JOSE FEDATO

CARMEM MARIA ARALDI FEDATO

NATURALIDADE: PALOTINA/PR

DATA DE NASCIMENTO: 10/10/1994

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

C.NASC=14070, LVRO=15A, FOLHA=167

CPF: 059.875.389-39

CURRTBA/PR


NEWTON TADEU ROCHA
DIRETOR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

É PROIBIDO PLASTIFICAR



CAROLINE PEDATO
 E MARIA LISBOA DOS SANTOS, NLS CS CS
 CAMPINA DA LAGOA
 81345-000 - CAMPINA DA LAGOA - PR



VALOR
R\$ 8,00

DATA DE VENCIMENTO
12/05/2024

FATURA: 0180703030 | PERÍODO: 15/03 a 14/04 | SERVIÇOS: 15/03 a 03/04 | POSTALIZAÇÃO: 02/05/2024

NÚMERO DO PLANO
45 99143-3435
 CATEGORIA: 0080703030
 Cliente: 1.131890111
 Quantidade de serviços: 1

SERVIÇOS INCLUIDOS
TIM Controle Smart 6 0

Plano: R\$ 60,99
 Itens eventuais: R\$ -12,99

Total geral R\$ 8,00

OIA, CAROLINE!
Conheça a Fatura Fácil TIM.
 Agora ficou mais fácil revisar e pagar a sua fatura. Acompanhe seu consumo, veja seu desdobramento da fatura e muito mais através do Meu TIM.

Atenção
 A partir de agora mais a fatura terá orientações no valor devido e revisão de atiquito de ICMS de seu Estado e a atualização do plano com novos benefícios. Você poderá conhecê-los no App Meu TIM.

Fique por dentro

1. O valor informado é o valor máximo a ser pago.



Identificação do Débito Automático:
 001040703030100000

Mais comodidade para você, consulte sua conta em débito automático. Acesse a App Meu TIM.

CLIENTE	IDENTIFICACAO	CATEGORIA	SERVIÇOS	VALOR
CAROLINE PEDATO	40801004	70901004	01001004	R\$ 8,00

001040703030100000 - 001040703030100000 - 001040703030100000 - 001040703030100000



Exibem o QR Code ao lado e efetue o pagamento da sua fatura pelo PIX.

1/4



Vantagens que seu plano oferece: 45 99143-3435

Plano R\$ 60,99

Internet, aplicativos e outros serviços do seu plano

QUANTIDADE	PREÇO	PERÍODO	INCLUI	VALOR
1	-	15/03 a 14/04	SI	60,99
1	5,00	15/03 a 14/04	SI	-12,99
1	-	15/03 a 14/04	SI	60,99
1	-	15/03 a 14/04	SI	Incluído
1	-	15/03 a 14/04	SI	Incluído
1	-	15/03 a 14/04	SI	Incluído
1	-	15/03 a 14/04	SI	Incluído
1	-	15/03 a 14/04	SI	Incluído

ITENS EVENTUAIS R\$ -12,99

APP's e serviços adicionais contratados para uso exclusivo neste período

QUANTIDADE	PREÇO	PERÍODO	INCLUI	VALOR
1	-	15/03 a 14/04	SI	-12,99





CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - PARANÁ

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME

CAROLINE FEDATO

CRM/UF

45260/PR



FILIAÇÃO

CARMEM MARIA ARALDI FEDATO

VILMAR JOSE FEDATO

DATA DE INSCRIÇÃO

13/11/2020

VIA

01

Caroline Fedato

ASSINATURA DO PORTADOR



CPF
059.875.389-39

TÍTULO DE ELEITOR
107345950612

DATA DE NASCIMENTO
10/10/1994

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
CURITIBA-PR 30/11/2020

475891

IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR
85016962 / SSP-PR

SEÇÃO
0628

ZONA
068

NATURALIDADE
PALOTINA-PR



ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VALIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER EFETO DE ACORDO COM A LEI 6.206/75.



CENTRO UNIVERSITÁRIO



O Reitor do Centro Universitário Assis Gurgacz, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina, em 09 de novembro de 2020 e a Colação de Grau em 12 de novembro de 2020, confere o título de

MÉDICA a

Caroline Fedato,

de nacionalidade brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida em 10 de outubro de 1994, portadora da cédula de identidade n° 8.501.696-2 - SESP/PR e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Cascavel, PR, 11 de novembro de 2022.


Jaqueline Aparecida Gurgacz Ferreira
Pro-Reitora Administrativa

Portaria de Delegação de Competência
N° 01/2016-Reitor, de 19/04/2016


Caroline Fedato
Diplomada

CENTRO UNIVERSITÁRIO ASSIS GURGACZ
(Código e-MEC: 1336)

Credenciamento: Portaria nº 190, de 05/04/2016, DOU nº 65, Seção 01, pág. 18, de 06/04/2016, com renovação de credenciamento nos termos do § 1º, do art. 11 do Decreto 9.235, de 15/12/2017, Processo e-MEC nº 201931955.

Razão Social da mantenedora: Fundação Assis Gurgacz
CNPJ da mantenedora: 02.203.539/0001-73

Curso de Medicina - Bacharelado
(Código e-MEC: 108882)

O Reconhecimento do Curso foi renovado pela Portaria nº 543, de 03/12/2020, Publicada no Diário Oficial da União nº 233, Seção 1 pág. 46 de 07/12/2020.



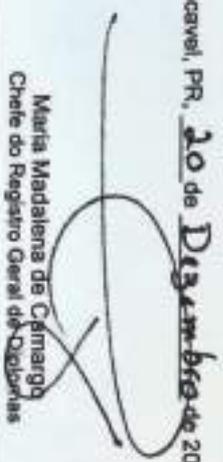
CENTRO UNIVERSITÁRIO ASSIS GURGACZ
(Código e-MEC: 1336)

Credenciado pela Portaria nº 190, de 05/04/2016, publicada no Diário Oficial da União nº 65, Seção 01, pág. 18, de 06/04/2016, com renovação de credenciamento nos termos do § 1º, do art. 11 do Decreto 9.235, de 15/12/2017, Processo e-MEC nº 201931955.

2ª VIA

Diploma registrado sob nº 9009, no Livro nº 0222,
folha nº 65, em conformidade com o art. 48, da Lei nº 9.394,
de 20/12/1996 e de acordo com o disposto no § 2º do art. 99º
do Decreto 9.235, de 15 de dezembro de 2017.

Cascavel, PR, 20 de Dezembro de 2022.


Maria Madalena de Camargo
Chefe do Registro Geral de Diplomas





CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JALES CERTIFICADO

O Reitor do Centro Universitário de Jales, no uso de suas atribuições, confere a

Caroline Fedato,

portadora do documento de identificação 85016962 SESP/PR, o título de **ESPECIALISTA**, tendo em vista a conclusão do curso de **Dermatologia**, em nível de **Pós- Graduação Lato Sensu**, ministrado pelo Centro Universitário de Jales, no período de 17 de março de 2022 a 08 de julho de 2023, com duração de 1500 horas.

Jales, 05 de setembro de 2023.

Assinatura manuscrita do Reitor, sobre uma linha horizontal.

Reitor

Certificado registrado sob o nº 81, Livro 1, fls. 5

Validação em: <https://www.unijales.edu.br/apps/diploma> com o código: 1224.1224.0e1ee54fa6cd67a20d23ca2deb451ca562

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JALES – CNPJ: 50.575.976/0001-60

Recredenciamento de Centro Universitário de Jales – Portaria nº 540 11/05/2012, publicado no D.O.U de 14/05/2012 e Credenciamento EAD – Portaria Nº 309, de 18/05/2021, publicado no D.O.U de 20/05/2021.

CURSO: Dermatologia

Critérios de Avaliação: Para as AVALIAÇÕES foram exigidas ATIVIDADES E PRÁTICAS, às quais são atribuídas notas de (7,0 a 10,0) para cada disciplina, e frequência mínima de 75% (setenta e cinco por cento) da carga horária por disciplina.

Disciplina	Docente/Titulação	Carga Horária	Ano/Período	Menção Final
Doenças por Noxas Químicas, Físicas, Mecânicas e Biológicas	Polianna de Oliveira Matos Soares - Especialista	25	2022	8.10
Dermatopatologia	Isabela Pitta Rodrigues Correa - Especialista	30	2022	8.10
Dermatologia Topografia e Iconografia	Fabiana Lopes El Sarraf Cavali - Especialista	30	2022	8.10
Prática Ambulatorial	Tarsila Auxiliadora da Silva - Especialista	570	2022	8.10
Infecções e Infestações	Luciano de Lima Barbosa - Especialista	122	2022	8.10
Dermatoses Congênitas e Hereditárias	Cecília Bittencourt Severo - Doutor	38	2022	8.10
Manifestações Dermatológicas de outras Doenças e Sistemas	Denise Maria Sarti - Mestre	95	2022	8.10
Metodologia da Pesquisa	Fernanda Weingartner Machado Luz - Mestre	50	2022	8.10
Alterações do Colágeno, Hipoderme, Cartilagens e Vasos	Honório Sampaio Menezes - Doutor	70	2022	8.10
Cirurgia Dermatológica	Fabiana Lopes El Sarraf Cavali - Especialista	20	2022	8.10
Alterações Pigmentares Benignas e Malignas da Pele	Tarsila Auxiliadora da Silva - Especialista	40	2022	8.10
Neoplasias Cutâneas Benignas, Pré Malignas e Malignas	Denise Maria Sarti - Mestre	90	2022	8.10
Afecções dos Axenos Cutâneos	Larissa Montanheiro dos Reis - Especialista	43	2022	8.10
Alterações Morfológica Cutâneas Epidermo-dérmicas	Luciano de Lima Barbosa - Especialista	74	2022	8.10
Farmacologia Dermatológica	Honório Sampaio Menezes - Doutor	78	2022	8.10
Empreendedorismo	Carla Goergen - Mestre	10	2022	8.10
Imunologia Aplicada a Dermatologia	Cecília Bittencourt Severo - Doutor	60	2022	8.10
Introdução ao Estudo da Dermatologia	Tarsila Auxiliadora da Silva - Especialista	55	2022	8.10

Monografia: PAPILOMATOSE CONFLUENTE E RETICULADA DE GOUGEROT-CARTEAUD: UM RELATO DE CASO Nota: 9.50 Conceito: Aprovada



Rosinei Socorro Fonseca
Secretária Geral – RG. 21.728.012-2

APOSTILA DE SEGURANÇA

Caroline Fedato
RG:85016962 - SESP/PR
Nascimento: Palotina - PR
Data de Conclusão: 08 de julho de 2023
Registro Acadêmico: 50201

A IES declara que o presente curso cumpriu todas as disposições de Resolução CNE/CES nº 01 de 06 de abril de 2018.



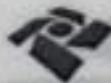
Certificado gerado e assinado digitalmente por: UNIJALES - Centro Universitário de Jales CNPJ: 50.575.976/0001-60

Data da Assinatura: 05/09/2023 às 11:01:44

Código de Verificação: 1224.1224.0e1ee54fa6cd67a20d23ca2deb451ca562

Valide esse documento em: <https://sistema.alunodigital.com.br/ValidarCertificadoPos.aspx> Informando o código de verificação.

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

066.362.479-75

Nome

EDER SAMORANO FORTES DE OLIVEIRA

Nascimento

02/07/1988

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



DRA. CAROLINE FEDATO

CAROLINA FEDATO MEDICA GENERALISTA

CNPJ/MF: 39.717.736/0001-10 I.M. 630022268

Telefone: (45) 99143 3435

E-mail: cfedato@gmail.com

Telefone celular: 45 99143-3435

Email : cfedato@gmail.com

NOME: CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA
CNPJ: 39.717.736/0001-10

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Municipal: 1149
Data Emissão: 2024-07-04
Data Vencimento: 2024-10-04
Certidao Estadual: 1150
Data Emissão: 2024-07-02
Data Vencimento: 2024-10-30
Certidao Federal: 1151
Data Emissão: 2024-07-02
Data Vencimento: 2024-12-29
Certidao Trabalhista: 1152
Data Emissão: 2024-07-02
Data Vencimento: 2024-12-29
Certidao FGTS: 1153
Data Emissão: 2024-06-27
Data Vencimento: 2024-07-26
Certidao Falencias: 1161
Data Emissão: 2024-07-11
Data Vencimento: 2024-10-11

Capacidade Tecnica

Orgao: PREFEITURA MUNICIPAL DE UBIRATA
Quantitativo: 1 Un.
Orgao: CLINICA MEDICA BEM ESTAR
Quantitativo: 1 Un.

Proposta

Categoria: DERMATOLOGIA
Procedimento: CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
Valor: R\$ 50.9
Qtd: Un. 100
Categoria: DERMATOLOGIA
Procedimento: CRIOTERAPIA (SESSÃO) - CLÍNICA
Valor: R\$ 35
Qtd: Un. 60

Sistema de Credenciamento

Declaração

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

Dados Fornecedor

CNPJ: 43.583.161/0001-68
Razão Social: MLE SERVICOS MEDICOS LTDA
E-mail: mleservicosmedicos@hotmail.com
Telefone: (43)996858148
Banco: 756 - SICOOB
Conta: 277866 - 1
Agência: 4340 - Centenário do sul
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 Federal: 1167 - Data Emissão: 2024-07-15 - Data Vencimento: 2024-12-29

Certidão Estadual: 1168 - Data Emissão: 2024-07-15 - Data Vencimento: 2024-11-02

Certidão Municipal: 1169 - Data Emissão: 2024-07-08 - Data Vencimento: 2024-08-07

Certidão Trabalhista: 1170 - Data Emissão: 2024-07-05 - Data Vencimento: 2025-01-01

Certidão FGTS: 1171 - Data Emissão: 2024-07-05 - Data Vencimento: 2024-08-02

IV - Capacidade Técnica

V - Proposta

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL - Valor: R\$ 76.48 - Qtd: 100

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR - Valor: R\$ 39.2 - Qtd: 100

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE - Valor: R\$ 39.2 - Qtd: 100

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) - Valor: R\$ 39.2 - Qtd: 100

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL - Valor: R\$ 39.2 - Qtd: 100

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA RETAL COM BIOPSIA (INCLUI AGULHA) - Valor: R\$ 311.22 - Qtd: 100

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO - Valor: R\$ 39.2 - Qtd: 100

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Procedimento: ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO - Valor: R\$ 39.2 - Qtd: 100

VI - Profissionais

Nome: Maycon Luan Eburnio - Especialidade : ULTRASSONOGRAFIA - CPF: 060.308.789-21

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 15/07/2024 18:52:07

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

MLE SERVICOS MEDICOS LTDA
43583161000168
Avenida Prefeito Wanderley Antunes de Moraes, 745 Centro – 86630000, Centenário do Sul – PR
luaneburnio@hotmail.com
(43) 996858148

**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO
PESSOA JURÍDICA**

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

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

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

Razão Social: MLE SERVICOS MEDICOS LTDA

Nome Fantasia:

CNPJ nº: 43583161000168

Inscrição Estadual:

Micro Empresa: () Não (X) Sim

Optante Simples:() Não (X) Sim

Número do CNAE Nacional: 700002943453603 Descrição:

Endereço: Avenida Prefeito Wanderley Antunes de Moraes, 745 Centro -

Município: Centenário do Sul UF: PR

CEP: 86630000

Telefone Comercial: () Telefone Celular: ((43) 996858148) DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: 756 - SICOOB	CÓDIGO DO BANCO: 756	AGÊNCIA: 4340
TIPO DE CONTA: 277866 - 1	OPERAÇÃO:	Nº DA CONTA:
CIDADE E UF DA AGENCIA: Centenário do sul		

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF
Maycon Luan Eburnio	10339771-5	06030878921

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE
ULTRASSONOGRRAFIA	Abdômen total	1
ULTRASSONOGRRAFIA	Articulações	1
ULTRASSONOGRRAFIA	Abdômen superior	1
ULTRASSONOGRRAFIA	Rins e vias urinárias	1
ULTRASSONOGRRAFIA	Próstata	1
ULTRASSONOGRRAFIA	Tireoide	1

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
Maycon Luan Eburnio	06030878921	Sesp Pr		43996858148

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
Maycon Luan Eburnio	06030878921	Sesp Pr	luaneburnio@hotmail.com	43996858148

ESPECIALIDADES

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
Maycon Luan Eburnio	ULTRASSONOGRRAFIA

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

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

CENTENÁRIO DO SUL/ PR, 10 DE JULHO DE 2024

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

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

A empresa MLE SERVICOS MEDICOS LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 43583161000168, sediada na Avenida Prefeito Wanderley Antunes de Moraes nº 745, centro na cidade de Centenário do sul/Pr através representante legal, Maycon Luan Eburnio, RG 10339771-5 e CPF 06030878921, 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.

CENTENÁRIO DO SUL/ PR, 10 DE JULHO DE 2024

MLE SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 43583161000168
Maycon Luan Eburnio
CPF: 06030878921
RG: 10339771-5



Município de **CAMPO MOURÃO**

Campo Mourão, 16 de julho de 2024.

Ofício n.º 16/2024 - SESAU/GERSE

Exmo. Senhor

Declaramos que o Centro de Especialidades da Mulher e da Criança do município de Campo Mourão, inscrito no CNPJ nº 09.253.109.0001-05 do Fundo Municipal de Saúde de Campo Mourão, está localizado na Rua João Vecchi nº 600 e se configura em uma unidade de saúde que, dentre suas atividades, executa o atendimento multiprofissional por prestadores credenciados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comcam – CIS-Comcam.

De acordo com a Lei 6.437/1977 que, em seu artigo 10, parágrafo único, discorre: "Independem de licença para funcionamento, os estabelecimentos integrantes da Administração Pública ou por ela instituídos, ficando sujeitos, porém, às exigências pertinentes às instalações, aos equipamentos e à aparelhagem adequados e à assistência e responsabilidade técnicas", o Centro de Especialidades da Mulher e da Criança deste município fica dispensado da apresentação de licença para a efetivação de suas atividades.

Sem mais para o momento, desde já reiteramos nossos protestos de estima e consideração.

Claudia Regina Pereira

Assessora - GERSE

Daniela dos Reis

Enfermeira – Central de Agendamento e Regulação

A Sr.
Leandro de Ávila Roque
Coordenador Cis-Comcam
Campo Mourão – PR

CERTIFICO que foram recebidos os materiais e serviços constantes do presente, e efetuada em proveito dos CIS-COMCAM.	
C. Mourão	17/07/24
NOME	Glicyane Mendes
CARGO	Recuperadora
ASSINATURA	Glicyane

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

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

A empresa MLE SERVICOS MEDICOS LTDA estabelecida na Avenida Prefeito Wanderley Antunes de Moraes, 745 Centro – 86630000 Centenário do sul – Pr , inscrita no CNPJ sob nº 43583161000168 , neste ato representada pelo seu representante Maycon Luan Eburnio, 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

CENTENÁRIO DO SUL/ PR, 10 DE JULHO DE 2024

MLE SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 43583161000168
Maycon Luan Eburnio
CPF: 06030878921
RG: 10339771-5

MLE SERVICOS MEDICOS LTDA
43583161000168
Avenida Prefeito Wanderley Antunes de Moraes, 745 Centro – 86630000, Centenário do Sul – PR
luaneburnio@hotmail.com
(43) 996858148

MODELO DE DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO

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

Eu, Maycon Luan Eburnio, carteira de identidade nº 10339771-5 expedida pela, sesp
pr inscrito no CPF sob nº 06030878921, Representante legal da inscrita no CNPJ sob
o nº 43583161000168, DECLARO, sob as penas da Lei, para os devidos fins que não
posso parentesco consanguíneo ou afim, até 3º grau, com empregados e/ou
dirigentes do órgão licitante.

CENTENÁRIO DO SUL/ PR, 10 DE JULHO DE 2024

MLE SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 43583161000168
Maycon Luan Eburnio
CPF: 06030878921
RG: 10339771-5

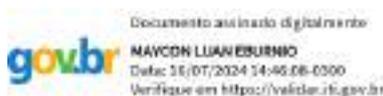
MLE SERVICOS MEDICOS LTDA
43583161000168
Avenida Prefeito Wanderley Antunes de Moraes, 745 Centro – 86630000, Centenário do Sul – PR
luaneburnio@hotmail.com
(43) 996858148

MODELO DE DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE

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

O representante legal da Empresa Maycon Luan Eburnio, 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.

CENTENÁRIO DO SUL/ PR, 10 DE JULHO DE 2024



MLE SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 43583161000168
Maycon Luan Eburnio
CPF: 06030878921
RG: 10339771-5

MLE SERVICOS MEDICOS LTDA

43583161000168

Avenida Prefeito Wanderley Antunes de Moraes, 745 Centro – 86630000, Centenário do Sul – PR

luaneburnio@hotmail.com

(43) 996858148

MLE SERVICOS MEDICOS LTDA

43583161000168

Avenida Prefeito Wanderley Antunes de Moraes, 745 Centro – 86630000, Centenário do Sul – PR

luaneburnio@hotmail.com

(43) 996858148

MLE SERVICOS MEDICOS LTDA

43583161000168

Avenida Prefeito Wanderley Antunes de Moraes, 745 Centro – 86630000, Centenário do Sul – PR

luaneburnio@hotmail.com

(43) 996858148

MLE SERVICOS MEDICOS LTDA

43583161000168

Avenida Prefeito Wanderley Antunes de Moraes, 745 Centro – 86630000, Centenário do Sul – PR

luaneburnio@hotmail.com

(43) 996858148

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA UNIPESSOAL

MLE SERVICOS MEDICOS LTDA

Pelo presente instrumento particular de Contrato Social:

MAYCON LUAN EBURNIO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, MEDICO, nascido em 12/03/1993, nº do CPF 060.308.789-21, residente e domiciliado na cidade de Centenário do Sul - PR, na RUA DESEMBARGADOR MUNHOZ DE MELO, nº 657, CENTRO, CEP: 86630-000;

Resolve, constituir uma sociedade limitada unipessoal, nos termos da Lei nº 10.406/2002, mediante as condições e cláusulas seguintes:

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

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

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

A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: RUA DESEMBARGADOR MUNHOZ DE MELO, nº 657, CENTRO, Centenário do Sul - PR, CEP: 86630000.

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

A sociedade terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômica: ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS, ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGENCIA E ATIVIDADES DE TELEATENDIMENTO NA AREA DA MEDICINA

Parágrafo único. Em estabelecimento eleito como Sede (Matriz) será(ão) exercida(s) a(s) atividade(s) de ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS, ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGENCIA E ATIVIDADES DE TELEATENDIMENTO NA AREA DA MEDICINA.

E exercerá as seguintes atividades:

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

CNAE Nº 8220-2/00 - Atividades de teleatendimento

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

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

A sociedade iniciará suas atividades na data do arquivamento deste ato na Junta Comercial do Estado do Paraná e seu prazo de duração é indeterminado.

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

O capital será de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), dividido em 5000 quotas, no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, formado por R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) em moeda corrente no País.

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

Nome do Sócio	Qtd Quotas	Valor Em R\$	%
MAYCON LUAN EBURNIO	5000	5.000,00	100,00
TOTAL:	5000	5.000,00	100,00

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

A administração da sociedade será exercida pelo sócio **MAYCON LUAN EBURNIO** que representará legalmente a sociedade e poderá praticar todo e qualquer ato de gestão pertinente ao objeto social.

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

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA UNIPESSOAL

MLE SERVICOS MEDICOS LTDA

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

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

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

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

CLÁUSULA IX - DO PRÓ LABORE

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

CLÁUSULA X - DISTRIBUIÇÃO DE LUCROS

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

CLÁUSULA XI - DA RETIRADA OU FALECIMENTO DE SÓCIO

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

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

CLÁUSULA XII - DA CESSÃO DE QUOTAS

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

CLÁUSULA XIII - DA RESPONSABILIDADE

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

CLÁUSULA XIV - DO FORO

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

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

Centenário do Sul - PR, 13 de setembro de 2021

MAYCON LUAN EBURNIO
Sócio/Administrador



ASSINATURA ELETRÔNICA

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

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
06030878921	MAYCON LUAN EBURNIO



CERTIFICO O REGISTRO EM 20/09/2021 16:18 SOB Nº 41210266736.
PROTOCOLO: 216122260 DE 20/09/2021.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12106949290. CNPJ DA SEDE: 43583161000168.
NIRE: 41210266736. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 13/09/2021.
MLE SERVICOS MEDICOS LTDA

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

PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE
MLE SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ/MF 43.583.161/0001-68
NIRE 412.1026673-6

MAYCON LUAN EBURNIO, brasileiro, médico, casado sob o regime de comunhão parcial de bens, nascido em 12/03/1993, residente e domiciliado na Rua Desembargador Munhoz de Melo, nº657, Centro, CEP: 86630-000, Centenário do Sul-PR, portador da Cédula de Identidade RG nº 10339771-5 SESP/PR e do CPF-MF 060.308.789-21.

Único sócio componente da sociedade empresária limitada que gira nesta praça sob o nome de **MLE SERVICOS MEDICOS LTDA**, com sede na Rua Desembargador Munhoz de Melo, nº657, Centro, CEP: 86630-000, Centenário do Sul-PR, inscrita na Junta Comercial do Paraná, sob o NIRE 412.1026673-6 de 20/09/2021, e no CNPJ sob nº 43.583.161/0001-68, resolve, por este instrumento particular de alteração contratual, **alterar** o seu contrato social de acordo com as cláusulas seguintes:

Cláusula 01ª- DA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO DA EMPRESA: O endereço da presente empresa que era na Rua Desembargador Munhoz de Melo, nº657, Centro, CEP: 86630-000, Centenário do Sul-PR, fica alterado para **AVENIDA PREFEITO WANDERLEY ANTUNES DE MORAES, Nº745, CENTRO, CENTENÁRIO DO SUL-PR, CEP: 86630-000.**

Cláusula 02ª- DA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO DO SÓCIO: O endereço do sócio **MAYCON LUAN EBURNIO**, que era na Rua Desembargador Munhoz de Melo, nº657, Centro, CEP: 86630-000, Centenário do Sul-PR, fica alterado para **RUA DESEMBARGADOR MUNHOZ DE MELO, Nº180, CENTRO, CEP: 86630-000, CENTENÁRIO DO SUL-PR.**

Cláusula 03ª- DA ALTERAÇÃO DO OBJETO SOCIAL: O objeto social da presente empresa que era ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS, ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGENCIA E ATIVIDADES DE TELEATENDIMENTO NA AREA DA MEDICINA, fica alterado para **ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS PRESENCIAIS E POR TELEMEDICINA, ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGENCIA E EMERGENCIA E SERVICOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM SEM USO DE RADIACAO IONIZANTE, COM RECURSOS PARA REALIZACAO DE EXAMES DE ULTRASSONOGRRAFIA.**

Cláusula 04ª- DA CONSOLIDAÇÃO DO CONTRATO: Em consonância com o que determina o artigo nº. 2.031 da Lei nº. 10.406/2002, o sócio **RESOLVE**, por este instrumento, atualizar e consolidar o contrato social, tornando assim sem efeito, a partir desta data, as cláusulas e condições contidas no contrato social primitivo e posteriores alterações, já consolidado, que adequado às disposições da referida Lei nº. 10.406/2002, aplicáveis a este tipo de sociedade, passando então a ter a seguinte redação.

PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE
MLE SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ/MF 43.583.161/0001-68
NIRE 412.1026673-6

CONSOLIDAÇÃO
MLE SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ/MF 43.583.161/0001-68
NIRE 412.1026673-6

MAYCON LUAN EBURNIO, brasileiro, médico, casado sob o regime de comunhão parcial de bens, nascido em 12/03/1993, residente e domiciliado na Rua Desembargador Munhoz de Melo, nº180, Centro, CEP: 86630-000, Centenário do Sul-PR, portador da Cédula de Identidade RG nº 10339771-5 SESP/PR e do CPF-MF 060.308.789-21.

Único sócio componente da sociedade empresária limitada que gira nesta praça sob o nome de **MLE SERVICOS MEDICOS LTDA**, com sede na Avenida Prefeito Wanderley Antunes de Moraes, nº745, Centro, Centenário do Sul-PR, CEP: 86630-000, inscrita na Junta Comercial do Paraná, sob o NIRE 412.1026673-6 de 20/09/2021, e no CNPJ sob nº 43.583.161/0001-68, resolve, por este instrumento particular de alteração contratual, **consolidar** o seu contrato social de acordo com as cláusulas seguintes:

Cláusula 01ª- NOME EMPRESARIAL E SEDE: A sociedade gira sob o nome empresarial de **MLE SERVICOS MEDICOS LTDA**, com sede na Avenida Prefeito Wanderley Antunes de Moraes, nº745, Centro, Centenário do Sul-PR, CEP: 86630-000.

Cláusula 02ª- PORTE EMPRESARIAL: O porte da empresa é microempresa (**ME**) em conformidade a Lei 123/2006.

Cláusula 03ª- FILIAIS E OUTRAS DEPENDÊNCIAS: A sociedade poderá a qualquer tempo, abrir ou fechar filial ou outra dependência, no país ou no exterior, mediante alteração contratual assinada por todos os sócios.

Cláusula 04ª- OBJETO SOCIAL: A sociedade tem por objeto a exploração do ramo de: ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS PRESENCIAIS E POR TELEMEDICINA, ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGENCIA E EMERGENCIA E SERVICOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM SEM USO DE RADIACAO IONIZANTE, COM RECURSOS PARA REALIZACAO DE EXAMES DE ULTRASSONOGRRAFIA.

Cláusula 05ª- INÍCIO DAS ATIVIDADES E PRAZO DE DURAÇÃO DA SOCIEDADE: A sociedade iniciou suas atividades em 20/09/2021 e seu prazo de duração é por tempo indeterminado.

PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE
MLE SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ/MF 43.583.161/0001-68
NIRE 412.1026673-6

Cláusula 06ª- CAPITAL SOCIAL: O capital social é de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), dividido em 5.000 (cinco mil) quotas no valor de R\$ 1,00 (um real), cada uma, subscritas e integralizadas, em moeda corrente do País, pelos sócios e distribuídos da seguinte forma:

SÓCIO	(%)	QUOTAS	VALOR
MAYCON LUAN EBURNIO	100	5.000	5.000,00
TOTAL	100	5.000	5.000,00

Cláusula 07ª- RESPONSABILIDADE DOS SÓCIOS: A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas todos respondem solidariamente pela integralização do capital social, conforme disposto no art. 1.052 da Lei 10.406/2002.

Cláusula 08ª- CESSÃO E TRANSFERÊNCIA DE QUOTAS: As quotas são indivisíveis e não poderão ser cedidas ou transferidas a terceiros sem o consentimento dos outros sócios, a quem fica assegurado, em igualdade de condições e preço, o direito de preferência para a sua aquisição se postas à venda, formalizando, se realizada a cessão delas, a alteração contratual pertinente.

Parágrafo único - O sócio que pretenda ceder ou transferir totalmente ou parte de suas quotas deverá notificar por escrito aos outros sócios, discriminando a quantidade de quotas postas à venda, o preço, forma e prazo de pagamento, para que estes exerçam ou renunciem ao direito de preferência, que deverão fazer dentro de 60 (sessenta) dias, contados do recebimento da notificação ou em prazo maior a critério do sócio alienante. Se todos os sócios manifestarem seu direito de preferência, a cessão das quotas se fará na proporção das quotas que então possuírem. Decorrido esse prazo sem que seja exercido o direito de preferência, as quotas poderão ser livremente transferidas.

Cláusula 09ª- ADMINISTRAÇÃO DA SOCIEDADE E USO DO NOME EMPRESARIAL: A administração da sociedade cabe ao sócio **MAYCON LUAN EBURNIO**, com os poderes e atribuições de gerir e administrar os negócios da sociedade representá-la ativa e passivamente, judicial e extra judicialmente, perante órgãos públicos, instituições financeiras, entidades privadas e terceiros em geral, bem como praticar todos os demais atos necessários à consecução dos objetivos ou à defesa dos interesses e direitos da sociedade, autorizado o uso do nome empresarial isoladamente.

§1.º- É vedado o uso do nome empresarial em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor de qualquer dos quotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da sociedade, sem autorização do outro sócio.

§ 2.º- Faculta-se ao administrador, atuando isoladamente, constituir, em nome da sociedade, procuradores para período determinado, devendo o instrumento de mandato especificar os atos e operações a serem praticados.

Cláusula 10ª- RETIRADA DE PRÓ-LABORE: Os sócios poderão de comum acordo, fixar uma retirada mensal, a título de "pró labore", observadas as disposições regulamentares pertinentes.

PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE
MLE SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ/MF 43.583.161/0001-68
NIRE 412.1026673-6

Cláusula 11ª- EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E PARTICIPAÇÃO DOS SÓCIOS NOS RESULTADOS: Ao término de cada exercício social, coincidente com o ano civil, os administradores prestarão contas justificadas de sua administração, procedendo à elaboração do inventário, do balanço patrimonial e demais demonstrações contábeis requeridas pela legislação societária, elaboradas em conformidade com as Normas Brasileiras de Contabilidade, participando os sócios dos lucros ou perdas apurados, os quais, conforme autoriza o artigo 1.007 da Lei n.º 10.406/2002, serão desproporcionais em relação aos percentuais de participação do quadro societário.

Parágrafo único - A sociedade poderá levantar balanços ou balancetes patrimoniais em períodos inferiores há um ano, e o lucro apurado nessas demonstrações intermediárias, poderá ser distribuído mensalmente aos sócios, a título de Antecipação de Lucros, desproporcionalmente às quotas de capital de cada um. Nesse caso será observada a reposição dos lucros quando a distribuição afetar o capital social, conforme estabelece o art. 1.059 da Lei n.º 10.406/2002.

Cláusula 12ª- JULGAMENTO DAS CONTAS: Nos quatro meses seguintes ao término do exercício social, os sócios deliberarão sobre as contas e designarão administradores quando for o caso.

Parágrafo único - Até 30 (trinta) dias antes da data marcada para a reunião, o balanço patrimonial e o de resultado econômico devem ser postos, por escrito, e com a prova do respectivo recebimento, à disposição dos sócios que não exerçam a administração.

Cláusula 13ª- FALECIMENTO OU INTERDIÇÃO DE SÓCIO: Falecendo ou interditado qualquer sócio, a sociedade continuará suas atividades com os herdeiros, sucessores e o incapaz. Não sendo possível ou inexistindo interesse destes ou dos sócios remanescentes, o valor de seus haveres será apurado e liquidado com base na situação patrimonial da sociedade, à data da resolução, verificada em balanço especialmente levantado.

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

Cláusula 14ª- EXCLUSÃO DE SÓCIO POR JUSTA CAUSA: Ressalvado o disposto no art. 1.030 da Lei n.º 10.406/2002, quando a maioria dos sócios, representativa de mais da metade do capital social, entender que um ou mais sócios estão pondo em risco a continuidade da empresa, em virtude de atos de inegável gravidade, poderá excluí-los da sociedade, por justa causa, mediante alteração do contrato social.

§ 1.º- A exclusão somente poderá ser determinada em reunião especialmente convocada para esse fim, ciente o acusado em tempo hábil para permitir seu comparecimento e o exercício do direito de defesa.

§ 2.º- Efetuado o registro da alteração contratual, o valor dos haveres do sócio excluído será apurado e liquidado na forma prevista na cláusula décima primeira deste contrato.

Cláusula 15ª- O sócio resolve de comum acordo, dispensar a elaboração de atas.

PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE
MLE SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ/MF 43.583.161/0001-68
NIRE 412.1026673-6

Cláusula 16ª- DIREITO DE RECESSO: Em caso de modificação do contrato, fusão da sociedade, incorporação de outra, ou dela por outra ou transformação, se não houver o consentimento de todos os sócios, o dissidente da decisão majoritária poderá retirar-se da sociedade, nos 30 (trinta) dias subsequentes à deliberação, aplicando-se, nesse caso, o disposto no art. 1.031 da Lei n.º 10.406/2002.

Cláusula 17ª- CASOS OMISSOS: Os casos omissos deste contrato serão resolvidos pela aplicação dos dispositivos legais que regem este tipo societário e, supletivamente, pelas normas da sociedade anônima (Lei n.º 6.404/76), conforme faculta o § único do art. 1.053 da Lei n.º 10.406/2002.

Cláusula 18ª- DECLARAÇÃO DE DESIMPEDIMENTO: O administrador declara, sob as penas da lei, que não está impedido de exercer a administração da sociedade, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrar sob os efeitos dela, a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, fé pública ou a propriedade.

Cláusula 19ª- FORO: Fica eleito o foro de Centenário do Sul-PR para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato, renunciando-se, expressamente, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim, justos e contratados, datam, lavram e assinam o presente instrumento em 1 (uma) única via obrigando-se fielmente por si e por seus herdeiros a cumpri-lo em todos os seus termos.

Centenário do Sul-PR, 08 de maio de 2024.

MAYCON LUAN EBURNIO



ASSINATURA ELETRÔNICA

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

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
06030878921	MAYCON LUAN EBURNIO



CERTIFICO O REGISTRO EM 27/05/2024 14:21 SOB Nº 20243351771.
PROTOCOLO: 243351771 DE 27/05/2024.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12407434456. CNPJ DA SEDE: 43583161000168.
NIRE: 41210266736. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 08/05/2024.
MLE SERVICOS MEDICOS LTDA

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 43.583.161/0001-68 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 20/09/2021	
NOME EMPRESARIAL MLE SERVICOS MEDICOS LTDA			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****		PORTE ME	
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências 86.40-2-07 - Serviços de diagnóstico por imagem sem uso de radiação ionizante, exceto ressonância magnética			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada			
LOGRADOURO AV PREFEITO WANDERLEY ANTUNES DE MORAES	NÚMERO 745	COMPLEMENTO *****	
CEP 86.630-000	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO CENTENARIO DO SUL	UF PR
ENDEREÇO ELETRÔNICO CONTRATO@MEDCONTABIL.COM.BR		TELEFONE (44) 3025-2182	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 20/09/2021	
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 **05/07/2024** às **17:27:54** (data e hora de Brasília).

Página: **1/1**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CENTENÁRIO DO SUL**

ESTADO DO PARANÁ

PRAÇA PE. AURELIO BASSO, 378 - CENTRO - FONE: (43)3675-8000 CEP 86630000

CNPJ 75.845.503/0001-67

SECRETARIA DE FAZENDA

ALVARÁ DE LICENÇA P/ LOCALIZ. E FUNCIONAMENTO Nº 166/2024

Esta Prefeitura Municipal, concede licença ao estabelecimento abaixo identificado, para Localização e Funcionamento, nos termos da Legislação em vigor.

Cadastro Mobiliário

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	CPF/CNPJ	DATA DE ABERTURA
542088	43.583.161/0001-68	20/09/2021
NOMENCLATURA SOCIAL	NOME FANTASIA	
MLE SERVIÇOS MEDICOS LTDA		
ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO
AV. PREF. WANDERLEY ANTUNES DE MORAES	745	
BAIRRO	CIDADE	UF CEP
CENTRO	CENTENÁRIO DO SUL	PR 86630000

CNAE(s)

Principal: 86.30-5-03 - ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL, RESTRITA A CONSULTAS

Atividade / Ramo de Atividade

ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS - SECUNDÁRIAS: ATIVIDADES DE TELEATENDIMENTO;
ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGENCIAS;
SERVIÇOS DE DIAGNOSTICOS POR IMAGEM SEM USO DE RADIAÇÃO IONIZANTE, EXCETO RESSONANCIA MAGNETICA

Horário de Funcionamento

DIA(S) DA SEMANA	HORÁRIO NORMAL	HORÁRIO ESPECIAL
SEGUNDA À SEXTA - FEIRA	08:00 - 18:00	
SÁBADO	08:00 - 12:00	

Observações

Use Carlos Pezario
Diretor do Departamento
de Transição
BOLSA DE TRABALHO

Data: 04/06/2024

Vencimento: 31/12/2024

AFIXAR EM LOCAL VISÍVEL

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 43.583.161/0001-68
Razão Social: MLE SERVICOS MEDICOS LTDA
Endereço: AV PREF WANDERLEY ANTUNES DE MORAES 745 / CENTRO / CENTENARIO DO SUL / PR / 86630-000

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: 04/07/2024 a 02/08/2024

Certificação Número: 2024070422535683041790

Informação obtida em 05/07/2024 19:50:49

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE CENTENÁRIO DO SUL
ESTADO DO PARANÁ

PRACA PE. AURELIO BASSO, 378 - CENTRO - FONE: (43)3675-8000 CEP 86630000
CNPJ 75.845.503/0001-67

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS Nº 293 / 2024
Contribuinte

CERTIFICO, para que produza os efeitos legais, que revendo os arquivos Cadastrais desta Prefeitura Municipal, neles NADA CONSTA com débitos vencidos até esta data, correspondente ao Contribuinte mencionado.

Contribuinte: **94706 MLE SERVIÇOS MEDICOS LTDA**

CPF/CNPJ: **43.583.161/0001-68**

Endereço: **AV. PREF. WANDERLEY ANTUNES DE MORAES**

Bairro: **CENTRO**

CEP: **86630000**

RG/IE:

Nº: **745**

Compl:

Cidade: **CENTENÁRIO DO SUL**

e-mail:

UF: **PR**

A autenticidade e validade da presente certidão poderá ser confirmada na internet acessando a página da Prefeitura Municipal, no endereço:

www.centenariodosul.pr.gov.br

Emitida às 16:52:25 de 08/07/2024

Válida até 07/08/2024

Código de verificação: **VMIF-MPVT**

Certidão emitida gratuitamente.

Atenção: Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



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

Certidão Negativa
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual
Nº 033966560-04

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **43.583.161/0001-68**

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 02/11/2024 - 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 POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS
FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

Nome: MLE SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 43.583.161/0001-68

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:

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

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

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

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

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

Emitida às 20:44:58 do dia 02/07/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 29/12/2024.

Código de controle da certidão: **2E5C.5017.A7AD.22EC**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

CNPJ: 43.583.161/0001-68

Certidão nº: 47176188/2024

Expedição: 05/07/2024, às 19:55:29

Validade: 01/01/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que o CNPJ sob o nº **43.583.161/0001-68**, **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.

Certidão expedida sem indicação do nome/razão social, tendo em vista que o CPF/CNPJ consultado não figura na última versão da base de dados da Receita Federal do Brasil - RFB enviada ao Tribunal Superior do Trabalho - TST. Para saber a situação desse CPF/CNPJ, consulte o sítio da RFB (www.receita.fazenda.gov.br).

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.

Identificação do Contribuinte - CNPJ Matriz

CNPJ: **43.583.161/0001-68**

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

Nome Empresarial: **MLE SERVICOS MEDICOS LTDA**

Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **Optante pelo Simples Nacional desde 20/09/2021**

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

[+ Mais informações](#)

[Voltar](#)

[Gerar PDF](#)

MAYCON LUAN EBURNIO

Data Nasc.: 12/03/1993

Sexo: M

700.0029.4345.3603



Cad 362997

DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque Saúde.
VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.



MÉDICO

CRM-PR

Conselho Regional de Medicina do Paraná

CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO

Inscrição: 0047031 em 19/07/2021

Nome:
MAYCON LUAN EBURNIO

Filiação:
LAERCIO DÔNIZETE EBURNIO e JANETE MATEUS
EBURNIO

Nacionalidade: Nascimento:
BRASIL 12/03/1993

Naturalidade:
Centenário do Sul-PR

Diplomado pela: Formado em:
UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA 14/07/2021

Identidade: Órgão Expedidor:
103367715 SESP-PR

CPF:
000.308.790-21

Assinatura do Portador



POLEGAR DIREITO



0047031

CRM-PR

Conselho Regional de Medicina do Paraná

A presente Carteira Profissional de Médico habilita o(a) portador(a) qualificado(a) no anverso a exercer legalmente a Medicina na jurisdição do Estado do Paraná.

Essa carteira é para uso exclusivo dos Conselhos Regionais de Medicina. Transferência de Estado ou outras inscrições deverão constar nas folhas seguintes.

Curitiba, 23/07/2021



Dr. Roberto Issamu Yosida
Presidente



Dr. Luiz Ernesto Pujol
Secretário-Geral

MÉDICO



Maringá, 03 de julho de 2024

Declaração de conclusão

Declaramos para os devidos fins e a quem interessar que **MAYCON LUAN EBURNIO** portador (a) do RG: **103397715** e CPF: **060.308.789-21** concluiu a Pós-Graduação em nível de especialização em **ULTRASSONOGRAFIA GERAL** com a carga horária total de **360 Horas**.

Estando apenas aguardando o processo de certificação ser concluído.

Por expressão da verdade, firmamos o presente

Instituto Nacional
de Educação - EIRELI
CNPJ/33.929.535/0001-09

WILLIAN FERNANDO ALVES DE OLIVEIRA
Setor Pedagógico

Universidade do Oeste Paulista

Reconhecida pelo - Decreto nº 8.877 - D.O.U. 10/02/2007

Presidente Prudente - SP



O Rector da Universidade do Oeste Paulista, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina em 30 de junho de 2021, e a colação de grau em 14 de julho de 2021, confere o título de

Médico

a *Maycon Luan Eburnio*

RG nº 10.339.771-5-SESP/PR

nacionalidade: Brasileira

nascido em 12 de março de 1993, natural do Estado do Paraná e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Presidente Prudente, 22 de julho de 2021.

Chirley G. Machado
Reitor

Paulo Roberto de Souza
Presidente Prudente, 22 de julho de 2021





Endereços

Tipo: Residencial 

Cidade: Centenário do Sul - PR 

Endereço:

Rua Desembargador Munhoz de Melo, 180

Centro - 86630000 



Município de Centenário do Sul

Paço Municipal: Praça Padre Aurélio Basso, 378

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ 75.845.503/0001-67 - Fone / PBX (43) 3675-8000

- Fax (43) 3675-8021

CEP 86.630-000

www.centenariodosul.pr.gov.br

LICENÇA SANITÁRIA Nº 033/2024

NOME: MLE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ENDEREÇO: RUA DEZ M MUNHOZ DE MELO, 745

**ATIVIDADE: MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A
CONSULTAS, ATIVIDADES EM ATENDIMENTOS EM PRONTO
SOCORRO E UNID. HOSPITALAR DE ATENDIMENTO A
URGENCIA E EMERGENCIA, SERVIÇO DE ATENDIMENTO
DIAGNOSTICOS POR IMAGEM COM APARELHO PORTATIL**

CÓDIGO:

INSC. CAD. ECONÔMICO:

OBSERVAÇÕES:

DATA: 12/06/2024

VALIDADE: 12/06/2025

TÉCNICO RESPONSÁVEL



Contatos

Email: luaneburnio@hotmail.com

Celular: 43996858148



ATESTADO TÉCNICO

Atesto para os devidos fins que o DR. MAYCON LUAN EBURNIO sócio proprietário da empresa MLE Serviços Médicos LTDA, é prestador de serviços de ULTRASSONOGRAFIA neste Serviço de Saúde no município de Guaraci – PR

Guaraci, 05 de junho de 2024.

Airton Aparecido André

Secretário Municipal de Saúde.

NOME: MLE SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 43.583.161/0001-68

Regularidade Fiscal e Trabalhista

Certidao Federal: 1167
Data Emissão: 2024-07-15
Data Vencimento: 2024-12-29
Certidao Estadual: 1168
Data Emissão: 2024-07-15
Data Vencimento: 2024-11-02
Certidao Municipal: 1169
Data Emissão: 2024-07-08
Data Vencimento: 2024-08-07
Certidao Trabalhista: 1170
Data Emissão: 2024-07-05
Data Vencimento: 2025-01-01
Certidao FGTS: 1171
Data Emissão: 2024-07-05
Data Vencimento: 2024-08-02

Capacidade Tecnica

Proposta

Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL
Valor: R\$ 76.48
Qtd: Un. 100
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR
Valor: R\$ 39.2
Qtd: Un. 100
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE
Valor: R\$ 39.2
Qtd: Un. 100
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)
Valor: R\$ 39.2
Qtd: Un. 100
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL
Valor: R\$ 39.2
Qtd: Un. 100
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA RETAL COM BIOPSIA (INCLUI AGULHA)
Valor: R\$ 311.22
Qtd: Un. 100
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO
Valor: R\$ 39.2
Qtd: Un. 100
Categoria: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Procedimento: ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO
Valor: R\$ 39.2
Qtd: Un. 100

Edital de Chamamento Público nº 32/2024

Última atualização 23/07/2024

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: 23/07/2024 **Situação:** Divulgada no PNCP

Data de início de recebimento de propostas: 23/07/2024 08:00 (horário de Brasília)

Data fim de recebimento de propostas: 23/07/2024 08:00 (horário de Brasília)

Id contratação PNCP: 95640322000101-1-000043/2024 **Fonte:** Elotech Gestão Pública Ltda

Objeto:

Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de dermatologia e medicina de imagem oferecidas pelo Ciscamcam.

Informação complementar:

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.

VALOR TOTAL ESTIMADO DA COMPRA

R\$ 324.552,00

[Itens](#)[Arquivos](#)[Histórico](#)

Número	Descrição	Quantidade	Valor unitário estimado	Valor total estimado	Detalhar
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	1200	R\$ 57,27	R\$ 68.724,00	
2	02.05.02.003 ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (CLINICA)	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	
3	90.04.01.156 - CRIOTERAPIA (SESSÃO)	200	R\$ 35,00	R\$ 7.000,00	
4	02.05.02.004 ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (CLINICA)	100	R\$ 80,00	R\$ 8.000,00	
5	02.05.02.005 ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO (CLINICA)	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00	

Exibir: 1-5 de 27 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 correteza 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**.



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 : 88/2024
b) Licitação Nº : 32/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : «DataHomologação»
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de dermatologia e medicina de imagem 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: CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA - CNPJ: 39.717.736/0001-10
Valor Total do Fornecedor: 75.724,00 (setenta e cinco mil, setecentos e vinte e quatro reais).

LOTE 1 DERMATOLOGIA

Valor Total do Lote: 75.724,00 (setenta e cinco mil, setecentos e vinte e quatro reais).

Item	Descrição	Unidad	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	Unidad	1.200	R\$ 57,27	R\$ 68.724,00
2	90.04.01.156 - CRIOTERAPIA (SESSÃO)	Unidad	200	R\$ 35,00	R\$ 7.000,00

FORNECEDOR: MLE SERVIÇOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 43.583.161/0001-68

Valor Total do Fornecedor: 248.828,00 (duzentos e quarenta e oito mil, oitocentos e vinte e oito reais).

LOTE 2

Valor Total do Lote: 248.828,00 (duzentos e quarenta e oito mil, oitocentos e vinte e oito reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	02.05.02.003 ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
2	02.05.02.004 ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 80,00	R\$ 8.000,00



CIS-COMCAM

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

3	02.05.02.005 ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
4	02.05.02.006 ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
5	02.05.02.007 ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
6	02.05.02.008 ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR/ORBITA (MONOCULAR) (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 67,06	R\$ 6.706,00
7	90.04.01.048 ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
8	90.04.01.109 ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES (ORGÃOS E ESTRUTURAS)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
9	02.05.02.011 ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 80,00	R\$ 8.000,00
10	02.05.02.010 ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
11	90.04.01.104 ULTRASSON DE PRÓSTATA RETAL COM BIÓPSIA (INCLUI AGULHA) (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 311,22	R\$ 31.122,00
12	02.05.02.012 ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
13	02.05.01.004 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	Unidad	100	R\$ 130,00	R\$ 13.000,00
14	90.04.01.231 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (BILATERAL)	Unidad	100	R\$ 260,00	R\$ 26.000,00
15	90.04.01.230 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (UNILATERAL)	Unidad	100	R\$ 130,00	R\$ 13.000,00
16	02.05.02.009 ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
17	90.04.01.069 - ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLOGICO	Unidad	100	R\$ 130,00	R\$ 13.000,00
18	02.05.02.014 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 70,00	R\$ 7.000,00
19	02.05.02.015 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 90,00	R\$ 9.000,00



CIS-COMCAM

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

20	90.04.01.161 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUSCÊNCIA NUCAL	Unidad	100	R\$ 130,00	R\$ 13.000,00
21	90.04.01.079 - ULTRASSONOGRRAFIA OBSÉTRICA ECOCARDIOGRAMA FETAL	Unidad	100	R\$ 230,00	R\$ 23.000,00
22	02.05.02.016 ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA) (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
23	90.04.01.049 ULTRA-SONOGRRAFIA RETOPERITONEO (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
24	02.05.02.017 ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
25	02.05.02.018 ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 324.552,00 (trezentos e vinte e quatro mil, quinhentos e cinquenta e dois)

Valor Total Homologado- R\$ 75.724,00

Campo Mourão, 23 de julho 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

- 23 jul 2024**
11:53:53  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30)
- 23 jul 2024**
11:54:28  **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**
11:54:28  **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





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 : 88/2024
b) Licitação Nº : 32/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : 23/07/2024
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de dermatologia e medicina de imagem oferecidas pelo Ciscocomcam.

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: CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA - CNPJ: 39.717.736/0001-10
Valor Total do Fornecedor: 75.724,00 (setenta e cinco mil, setecentos e vinte e quatro reais).

LOTE 1 DERMATOLOGIA

Valor Total do Lote: 75.724,00 (setenta e cinco mil, setecentos e vinte e quatro reais).

Item	Descrição	Unidad	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	Unidad	1.200	R\$ 57,27	R\$ 68.724,00
2	90.04.01.156 - CRIOTERAPIA (SESSÃO)	Unidad	200	R\$ 35,00	R\$ 7.000,00

FORNECEDOR: MLE SERVIÇOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 43.583.161/0001-68

Valor Total do Fornecedor: 248.828,00 (duzentos e quarenta e oito mil, oitocentos e vinte e oito reais).

LOTE 2

Valor Total do Lote: 248.828,00 (duzentos e quarenta e oito mil, oitocentos e vinte e oito reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	02.05.02.003 ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
2	02.05.02.004 ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 80,00	R\$ 8.000,00

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.07.24 16:05:50 -03'00'



CIS-COMCAM

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

3	02.05.02.005 ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
4	02.05.02.006 ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
5	02.05.02.007 ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
6	02.05.02.008 ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR/ORBITA (MONOCULAR) (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 67,06	R\$ 6.706,00
7	90.04.01.048 ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
8	90.04.01.109 ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES (ORGÃOS E ESTRUTURAS)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
9	02.05.02.011 ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 80,00	R\$ 8.000,00
10	02.05.02.010 ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
11	90.04.01.104 ULTRASSON DE PRÓSTATA RETAL COM BIÓPSIA (INCLUI AGULHA) (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 311,22	R\$ 31.122,00
12	02.05.02.012 ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
13	02.05.01.004 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	Unidad	100	R\$ 130,00	R\$ 13.000,00
14	90.04.01.231 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (BILATERAL)	Unidad	100	R\$ 260,00	R\$ 26.000,00
15	90.04.01.230 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (UNILATERAL)	Unidad	100	R\$ 130,00	R\$ 13.000,00
16	02.05.02.009 ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
17	90.04.01.069 - ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLOGICO	Unidad	100	R\$ 130,00	R\$ 13.000,00
18	02.05.02.014 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 70,00	R\$ 7.000,00
19	02.05.02.015 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 90,00	R\$ 9.000,00

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por
RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951
Dados: 2024.07.24 16:06:24 -03'00'



CIS-COMCAM

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

20	90.04.01.161 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUSCÊNCIA NUCAL	Unidad	100	R\$ 130,00	R\$ 13.000,00
21	90.04.01.079 - ULTRASSONOGRRAFIA OBSÉTRICA ECOCARDIOGRAMA FETAL	Unidad	100	R\$ 230,00	R\$ 23.000,00
22	02.05.02.016 ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA) (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
23	90.04.01.049 ULTRA-SONOGRAFIA RETOPERITONEO (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
24	02.05.02.017 ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
25	02.05.02.018 ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 324.552,00 (trezentos e vinte e quatro mil, quinhentos e cinquenta e dois)

Valor Total Homologado- R\$ 75.724,00

Campo Mourão, 23 de julho de 2024.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por RAFAEL
BRITO DO PRADO:04933415951
Dados: 2024.07.24 16:06:37 -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 : 88/2024
 b) Licitação Nº : 32/2024
 c) Modalidade : Inexigibilidade:
 d) Data Homologação : 23/07/2024
 e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de dermatologia e medicina de imagem 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: CAROLINE FEDATO MEDICA GENERALISTA - CNPJ: 39.717.736/0001-10
 Valor Total do Fornecedor: 75.724,00 (setenta e cinco mil, setecentos e vinte e quatro reais).

LOTE 1 DERMATOLOGIA

Valor Total do Lote: 75.724,00 (setenta e cinco mil, setecentos e vinte e quatro reais).

Item	Descrição	Unidad	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	Unidad	1.200	R\$ 57,27	R\$ 68.724,00
2	90.04.01.156 - CRIOTERAPIA (SESSÃO)	Unidad	200	R\$ 35,00	R\$ 7.000,00

FORNECEDOR: MLE SERVIÇOS MEDICOS LTDA - CNPJ: 43.583.161/0001-68

Valor Total do Fornecedor: 248.828,00 (duzentos e quarenta e oito mil, oitocentos e vinte e oito reais).

LOTE 2

Valor Total do Lote: 248.828,00 (duzentos e quarenta e oito mil, oitocentos e vinte e oito reais).

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	02.05.02.003 ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
2	02.05.02.004 ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 80,00	R\$ 8.000,00

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

3	02.05.02.005 ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
4	02.05.02.006 ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
5	02.05.02.007 ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
6	02.05.02.008 ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR/ORBITA (MONOCULAR) (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 67,06	R\$ 6.706,00
7	90.04.01.048 ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
8	90.04.01.109 ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES (ORGÃOS E ESTRUTURAS)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
9	02.05.02.011 ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 80,00	R\$ 8.000,00
10	02.05.02.010 ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
11	90.04.01.104 ULTRASSON DE PRÓSTATA RETAL COM BIÓPSIA (INCLUI AGULHA) (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 311,22	R\$ 31.122,00
12	02.05.02.012 ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
13	02.05.01.004 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	Unidad	100	R\$ 130,00	R\$ 13.000,00
14	90.04.01.231 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (BILATERAL)	Unidad	100	R\$ 260,00	R\$ 26.000,00
15	90.04.01.230 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (UNILATERAL)	Unidad	100	R\$ 130,00	R\$ 13.000,00
16	02.05.02.009 ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
17	90.04.01.069 - ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLOGICO	Unidad	100	R\$ 130,00	R\$ 13.000,00
18	02.05.02.014 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 70,00	R\$ 7.000,00
19	02.05.02.015 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 90,00	R\$ 9.000,00

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

20	90.04.01.161 ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUSCÊNCIA NUCAL	Unidad	100	R\$ 130,00	R\$ 13.000,00
21	90.04.01.079 - ULTRASSONOGRAFIA OBSÉTRICA ECOCARDIOGRAMA FETAL	Unidad	100	R\$ 230,00	R\$ 23.000,00
22	02.05.02.016 ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA) (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
23	90.04.01.049 ULTRA-SONOGRAFIA RETOPERITONEO (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
24	02.05.02.017 ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
25	02.05.02.018 ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (CLINICA)	Unidad	100	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 324.552,00 (trezentos e vinte e quatro mil, quinhentos e cinquenta e dois)

Valor Total Homologado- R\$ 75.724,00

Campo Mourão, 23 de julho de 2024.

Rafael Brito do Prado
Presidente do CIS-COMCAM

Via devidamente assinada nas dependência do CISCOMCAM.



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

- 13 ago 2024**
10:57:40  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (Email: compras@ciscomcam.com.br)
- 13 ago 2024**
14:12:46  **Maria Victoria Aparecida Santos** (Email: cida.geografia@outlook.com, CPF: 026.495.449-10) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil
- 13 ago 2024**
14:12:46  **Maria Victoria Aparecida Santos** (Email: cida.geografia@outlook.com, CPF: 026.495.449-10) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil

