



CIS-COMCAM

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

TERMO DE AUTUAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: 026/2024

ASSUNTO: CREDENCIAMENTO DE ENDOCRINOLOGIA

MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE

CUMPRINDO O DISPOSTO NA LEI, NESTE ATO PROCEDO A ATUAÇÃO DO PROCESSO EM EPÍGRAFE, CONTENDO PÁGINAS NUMERADAS DE Nº 01 A Nº 113 E, PARA CONSTAR, LAVRO E ASSINO O PRESENTE TERMO, DE AUTUAÇÃO PARA QUE SURTAS OS EFEITOS LEGAIS.

CAMPO MOURÃO/PR, 19 DE FEVEREIRO DE 2024

NOME: JARDEL ALEXANDRE LISBOA

ASSINTURA: _____

Página de assinaturas



Jardel Lisboa
733.780.031-20
Signatário

HISTÓRICO

- 19 fev 2024**
10:08:34  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: compras@ciscomcam.com.br)
- 19 fev 2024**
10:12:19  **Jardel Alexandre Lisboa** (E-mail: jardellis@gmail.com, CPF: 733.780.031-20) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil
- 19 fev 2024**
10:12:19  **Jardel Alexandre Lisboa** (E-mail: jardellis@gmail.com, CPF: 733.780.031-20) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil





PEDIDO DE COMPRA DE PRODUTOS/SERVIÇO

Ao

Setor de Compras/Licitações/Contratos

Ivani Fiore Dal Molin

Campo Mourão, 19 de fevereiro de 2024

Setor Solicitante: Coordenador de Redes

Responsável: Orlando Augusto Baggio

Prezado, encaminho solicitação para início de processo licitatório para contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de endocrinologia pelo Ciscamcam.

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

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

OBSERVAÇÕES

ORLANDO AUGUSTO BAGGIO
Coordenador de Redes CISCOMCAM/QualiCIS

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

Página de assinaturas



Orlando Scholz
024.077.349-71
Signatário

HISTÓRICO

- 19 fev 2024**
10:09:20  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: compras@ciscomcam.com.br)
- 19 fev 2024**
10:21:27  **Orlando Augusto Baggio Scholz** (E-mail: orlandoscholz@hotmail.com, CPF: 024.077.349-71) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.109 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil
- 19 fev 2024**
10:21:49  **Orlando Augusto Baggio Scholz** (E-mail: orlandoscholz@hotmail.com, CPF: 024.077.349-71) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.109 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil





SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

Excelentíssimo Sr. Presidente e
Sr. Coordenador

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

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

Processo Administrativo nº 26

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, 19 de fevereiro de 2024

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

Página de assinaturas



Ivani Molin
517.896.809-30
Signatário

HISTÓRICO

- 19 fev 2024**
10:09:50  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: compras@ciscomcam.com.br)
- 19 fev 2024**
10:12:13  **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
- 19 fev 2024**
10:12:13  **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





PARECER CONTÁBIL

Processo Administrativo nº 26

Data do Processo Administrativo: 19/02/2024

Modalidade: Inexigibilidade

Objeto: Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de endocrinologia 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, 19 de fevereiro de 2024

Alexandro Sebastião dos Santos
Contador

Página de assinaturas



Alexandro Santos
019.886.109-58
Signatário

HISTÓRICO

- 19 fev 2024**
10:11:50  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: compras@ciscomcam.com.br)
- 19 fev 2024**
18:42:16  **Alexandro Sebastião Dos Santos** (E-mail: alexandro_s_s@hotmail.com, CPF: 019.886.109-58) visualizou este documento por meio do IP 138.186.111.72 localizado em Maringá - Parana - Brazil
- 19 fev 2024**
18:42:48  **Alexandro Sebastião Dos Santos** (E-mail: alexandro_s_s@hotmail.com, CPF: 019.886.109-58) assinou este documento por meio do IP 138.186.111.72 localizado em Maringá - Parana - Brazil





AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

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

Processo Administrativo nº 26

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
ENDOCRINOLOGIA							
3391	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	2400	12	R\$ 57,27	R\$ 137.448,00	3.390.39.00.	50.30
					R\$		137.448,00

Campo Mourão, 19 de fevereiro de 2024

Leandro Roque Avila
Coordenador do CISCOMCAM

Página de assinaturas



Leandro Avila

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE D...

Signatário

HISTÓRICO

- 19 fev 2024**
10:11:06  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: compras@ciscomcam.com.br)
- 19 fev 2024**
10:12:35  **Leandro Roque Avila** (Empresa: *CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO*, E-mail: coordenacao@ciscomcam.com.br, CPF: 057.666.679-30) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil
- 19 fev 2024**
10:12:35  **Leandro Roque Avila** (Empresa: *CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO*, E-mail: coordenacao@ciscomcam.com.br, CPF: 057.666.679-30) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil





CIS-COMCAM

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

AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

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

Processo Administrativo nº 26

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
ENDOCRINOLOGIA							
3391	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	2400	12	R\$ 57,27	R\$ 137.448,00	3.390.39.00.	50.30
					R\$		137.448,00

Campo Mourão, 19 de fevereiro de 2024

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por RAFAEL BRITO
DO PRADO:04933415951
Dados: 2024.02.19 15:46:49 -03'00'

Rafael Brito do Prado
Presidente do CISCOMCAM



CIS-COMCAM

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

ATESTADO DE REGULARIDADE

Considerando:

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

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


[Voltar](#)

Detalhes processo licitatório

Informações Gerais

Entidade Executora	CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE COMUNIDADE DOS MUNIC DA REGIÃO I		
Ano*	2024		
Nº licitação/dispensa/inexigibilidade*	7		
Modalidade*	Processo Inexigibilidade		
Número edital/processo*	26		
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 endocrinologia oferecidas pelo Ciscomcam.		
Dotação Orçamentária*	0101510302001520233390390000		
Preço máximo/Referência de preço - R\$*	137.448,00		
Data Publicação Termo ratificação	19/02/2024		
Data de Lançamento do Edital			
Data da Abertura das Propostas			
Há itens exclusivos para EPP/ME?	▼		
Há cota de participação para EPP/ME?	▼		Percentual de participação: 0,00
Trata-se de obra com exigência de subcontratação de EPP/ME?	▼		
Há prioridade para aquisições de microempresas regionais ou locais?	▼		
Data Cancelamento			

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

 CPF: 51789680930 ([Logout](#))



PARECER JURÍDICO

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

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

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

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

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

É o parecer.
Campo Mourão/PR, 31 de julho de 2023.

ALBERT VASCONCELOS
OAB/PR 74.160



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

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

1. PREÂMBULO.

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

2. DO OBJETO.

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

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

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

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

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



CIS-COMCAM

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

endereço

eletrônico:

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

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

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

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

3. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO.

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

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

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

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

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

4. DA FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO.

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

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

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

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

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

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

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

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2022

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

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

5. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

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

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

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

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

6. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

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

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

6.3 Registro comercial, no caso de empresa individual;

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

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



CIS-COMCAM

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

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

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

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

6.26 Documentos dos Profissionais.

6.26.1 Cópia do RG;

6.26.2 Cópia do CPF;

6.26.3 Cópia do cartão SUS;

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

6.26.5 Cópia da Carteira Profissional do respectivo conselho da classe;

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

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

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

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

6.26.10 Número do telefone celular e e-mail.

6.27 Documentos do responsável pelo faturamento:

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

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

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



CIS-COMCAM

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

6.27.1 Número do telefone celular e e-mail

6.27.2 Cópia do RG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. DO PROCEDIMENTO DO CREDENCIAMENTO

7.1 O credenciamento será amplamente divulgado, com sua publicação no Jornal Tribuna do Interior, no site do Ciscomcam (www.ciscomcam.com.br), 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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

8. DO CRITÉRIO DE CREDENCIAMENTO.

8.1 As pessoas jurídicas serão cadastradas conforme critérios abaixo elencados:

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

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

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

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

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

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

9. DOS VALORES.

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

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

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

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

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

9.5 Os contratos extraídos dos Processos Licitatórios de Inexigibilidade oriunda deste



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

10. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



CIS-COMCAM

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

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

11. DO CRITÉRIO DE REAJUSTE

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

12. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

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

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

13.1 O Chamamento Público entrará em vigor após a publicação deste edital órgão oficial do Ciscomcam, sendo ele o Jornal Tribuna do Interior, com prazo de vigência de 12 (doze) meses após a sua publicação, podendo ser prorrogado, mediante parecer jurídico, por até 60 (sessenta) meses.

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

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

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

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

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

14.3.1 - Advertência.

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

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

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

15. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

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

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



CIS-COMCAM

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

- 15.2** Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- 15.3** Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços;
- 15.4** Justificar ao paciente ou a seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto no contrato;
- 15.5** Manter seu consultório em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento;
- 15.6** Notificar o CONTRATANTE de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao CONTRATANTE, no prazo de quinze (15) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas;
- 15.7** Proceder, quando solicitado pelo Ciscomcam, o cadastro do serviço junto à Secretaria Municipal de Saúde de Campo Mourão, sob pena de suspensão dos pagamentos referentes aos serviços prestados;
- 15.8** Seguir as diretrizes do SUS nas prescrições médicas de medicamentos, ou seja, seguir a RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do SUS, bem como a Relação de Medicamentos Regional elaborada pela 11ª Regional de Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica que constará na lista a ser disponibilizada pelo CISCOMCAM;
- 15.9** Seguir as diretrizes do SUS nas prescrições médicas tanto de medicamento quanto de exames de acordo com as orientações do CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, as quais disponibilizam todas as orientações sobre os PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, auxiliando os médicos no trabalho diário e diminuindo a judicialização no SUS, conforme Lei 12.401/2011, que altera a Lei 8.080/1990;
- 15.10** Responder por escrito as demandas apresentadas junto as Ouvidorias (Ciscomcam, Municípios e Regional de Saúde), prestando os esclarecimentos detalhados nos prazos estipulados;
- 15.11**
- 15.12** Emitir contra referência, por meio manual ou eletrônico, da condição clínica ou de tratamento do paciente, para Unidade de Saúde da origem do encaminhamento.
- 15.13** O Credenciado não poderá cobrar do paciente, ou seu acompanhante, qualquer complementação, a qualquer título, aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste contrato.
- 15.14** Os credenciados só poderão realizar alterações na agenda com prazo de 30 (trinta) dias de antecedência, devendo comunicar a alteração no prazo pré estabelecido por escrito e com justificativa, podendo enviar o comunicado pelo e-mail fatura@ciscomcam.com.br.
- 15.15** Os credenciados somente poderão bloquear a agenda com prazo de 72 horas de antecedência, devendo comunicar o Ciscomcam por escrito e com justificativa, tendo que disponibilizar no prazo de 15 (quinze) dias outra data para que supra o dia da ausência.

16. DA DIVISÃO DOS ATENDIMENTOS.

- 16.1** As especialidades contidas nas tabelas citadas no item 2.3 terão um número mínimo de 100 (cem) atendimentos por mês para cada especialidade.
- 16.2** Não será estipulado número limite de credenciados para cada especialidade, podendo o Ciscomcam credenciar aqueles que protocolaram seus envelopes para
Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140
Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



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

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

16.4Os 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 EMISSOR	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 Nº CNPJ
NOME REPRESENTANTE LEGAL
CPF REPRESENTANTE LEGAL
RG REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO III
MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE
FATO IMPEDITIVO

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA
RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA 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



CIS-COMCAM

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

ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



ANEXO VI
LISTA DE DOCUMENTOS

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

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

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

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



CIS-COMCAM

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

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

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



CIS-COMCAM

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



ANEXO IX
MODELO DE SOLICITAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO
DE PROFISSIONAL

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



CIS-COMCAM

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

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

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

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

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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

Página de assinaturas



Adriano Avila
058.375.919-07
Signatário



Ivani Molin
517.896.809-30
Signatário



Joana Silva
058.222.369-52
Signatário



Alexandro Santos
019.886.109-58
Signatário

HISTÓRICO

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



24 jul 2023
15:13:04



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



Sistema de Credenciamento

Declaração

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

Dados Fornecedor

CNPJ: 09.370.059/0001-46
Razão Social: Clínica médica Dr Gustavo Cardoso Gonçalves
E-mail: gcgoncales@hotmail.com
Telefone: 44998412223
Banco: UNIPRIME
Conta: 547522
Agência: 4108
Tipo Conta: 1

Credenciamento:

Data Inicio: 31/01/2023 08:00

Data Encerramento: 15/12/2023 17:00

Níveis cadastrados:

I - Credenciamento

II - Habilitação Jurídica

Cartao CNPJ: doc.pdf

Ato constitutivo: doc1.pdf

Documento dos sócios: doc1.pdf

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

Licença Sanitária: doc1.pdf

Cartao CNPJ: doc1.pdf

III - Regularidade Fiscal e Trabalhista

IV - Capacidade Técnica

V - Proposta

VI - Profissionais

Esta declaração é uma comprovante de credenciamento

**Comprovante de credenciamento online emitido através do site www.credenciamento.ciscomcam.com.br em: 31/01/2024
19:41:22**

CNPJ: 42.597.209/0001-24 Nome: admin1

Ass: _____

CLÍNICA MÉDICA DR. GUSTAVO

CLÍNICA MÉDICA DR. GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA – ME

CNPJ/MF: 09.370.059/0001-46

Avenida Yolanda Loureiro de Carvalho, nº. 741, Sala A – Centro – CEP: 85.440-000 - Ubitatã/PR

ANEXO I

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA

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

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS ATUANTES DA ÁREA DA SAÚDE divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CISCOMCAM 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: CLÍNICA MÉDICA DR. GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA

Nome Fantasia: CLÍNICA MÉDICA DR. GUSTAVO

CNPJ nº: 09.370.059/0001-46

Inscrição Estadual: ISENTO

Micro Empresa: () Não (X) Sim

Optante Simples: (X) Não () Sim

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

Endereço: Avenida Yolanda Loureiro de Carvalho, nº 741, sala A, Centro

Município: Ubitatã **UF:** PR

CEP: 85.440-000

Telefone Comercial: () **Telefone Celular:** (44)99841-2223 **DADOS BANCÁRIOS:**

BANCO: UNIPRIME	CÓDIGO DO BANCO: 084	AGÊNCIA: 4108
TIPO DE CONTA: CC	OPERAÇÃO:	Nº DA CONTA: 54752-2
CIDADE E UF DA AGENCIA:		

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF
Gustavo Cardoso Gonçalves	6.609.326-3 SSP-PR	028.714.469-03

CLÍNICA MÉDICA DR. GUSTAVO

CLÍNICA MÉDICA DR. GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA – ME

CNPJ/MF: 09.370.059/0001-46

Avenida Yolanda Loureiro de Carvalho, nº. 741, Sala A – Centro – CEP: 85.440-000 - Ubitatã/PR

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE
Pós graduado endocrinologia	Consultas médicas	300/por mês

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
Gustavo Cardoso Gonçalves	028.714.469-03	6.609.326-3 SSP-PR	CRM-PR 24983	(44) 9 9841-2223

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
Gustavo Cardoso Gonçalves	028.714.469-03	6.609.326-3 SSP-PR	gcgoncales@hotmail.com	(44) 9 9841-2223

ESPECIALIDADES

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
Gustavo Cardoso Gonçalves	Endocrinologia e metabologia

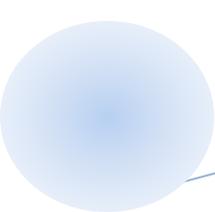
LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

Ubitatã-PR	Avenida Yolanda Loureiro de Carvalho, nº 741, sala A, Centro
------------	--

Ubitatã, 16 de Fevereiro de 2024.

Documento assinado digitalmente
gov.br GUSTAVO CARDOSO GONÇALES
Data: 16/02/2024 17:31:47-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

CLINICA MEDICA DR. GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA
Gustavo Cardoso Gonçalves
CPF: 028.714.469.03
RG: 6.609.326-3 SSP/PR



CLÍNICA MÉDICA DR. GUSTAVO
CLÍNICA MÉDICA DR. GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA – ME
CNPJ/MF: 09.370.059/0001-46

Avenida Yolanda Loureiro de Carvalho, nº. 741, Sala A – Centro – CEP: 85.440-000 - Ubitatã/PR

ANEXO V

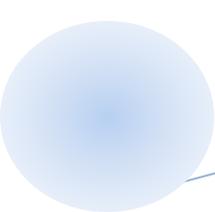
DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE

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

O representante legal da Empresa CLINICA MEDICA DR GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA, CNPJ 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.

Ubitatã – PR, 01 de Fevereiro de 2024.

CLINICA MEDICA DR. GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA
Gustavo Cardoso Gonçales
CPF: 028.714.469-03
RG: 6.609.326-3 SSP/PR



CLÍNICA MÉDICA DR. GUSTAVO
CLÍNICA MÉDICA DR. GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA – ME
CNPJ/MF: 09.370.059/0001-46

Avenida Yolanda Loureiro de Carvalho, nº. 741, Sala A – Centro – CEP: 85.440-000 - Ubitatã/PR

ANEXO IV

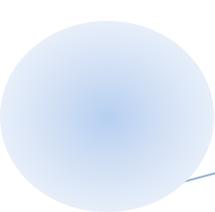
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO

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

Eu, Gustavo Cardoso Gonçalves, carteira de identidade nº 6.609.326-3 expedida pela SSP/PR, inscrito no CPF sob nº 028.714.469-03, Representante legal da inscrita no CNPJ sob o nº 09.370.059/0001-46, 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.

Ubitatã – PR, 01 de Fevereiro de 2024.

CLINICA MEDICA DR. GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA – ME
Gustavo Cardoso Gonçalves
CPF: 028.714.469-03
RG: 6.609.326-3 SSP/PR



CLÍNICA MÉDICA DR. GUSTAVO
CLÍNICA MÉDICA DR. GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA – ME
CNPJ/MF: 09.370.059/0001-46

Avenida Yolanda Loureiro de Carvalho, nº. 741, Sala A – Centro – CEP: 85.440-000 - Ubitatã/PR

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

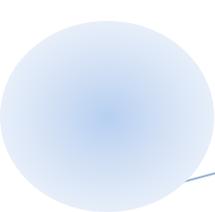
Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

A empresa CLINICA MEDICA DR GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 09.370.059/0001-46, sediada na Av. Yolanda Loureiro de Carvalho, nº 741, sala A, Centro, na cidade de Ubitatã/PR, através representante legal, Gustavo Cardoso Gonçalves, inscrito no CPF 028.714.469-03 e RG 6.609.326-3 SSP/PR, 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.

Ubitatã – PR, 01 de Fevereiro de 2024.

CLINICA MEDICA DR. GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA
Gustavo Cardoso Gonçalves
CPF: 028.714.469-03
RG: 6.609.326-3 SSP/PR



CLÍNICA MÉDICA DR. GUSTAVO
CLÍNICA MÉDICA DR. GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA – ME
CNPJ/MF: 09.370.059/0001-46

Avenida Yolanda Loureiro de Carvalho, nº. 741, Sala A – Centro – CEP: 85.440-000 - Ubitatã/PR

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO

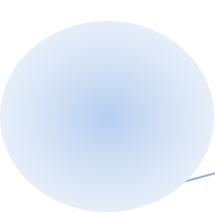
Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

CLINICA MEDICA DR GUSTAVO CARDOSO GONÇALES, estabelecida na Av. Yolanda Loureiro de Carvalho, nº 741, Sala A, Centro, Ubitatã/PR, inscrita no CNPJ sob nº 09.370.059/0001-46 , neste ato representada pelo seu sócio Gustavo Cardoso Gonçalves, inscrito no CPF 028.714.469-03 e RG 6.609.326-3 SSP/PR, 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

Ubitatã – PR, 01 de Fevereiro de 2024.

CLINICA MEDICA DR. GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA – ME
Gustavo Cardoso Gonçalves
CPF: 028.714.469-03
RG: 6.609.326-3 SSP/PR



CLÍNICA MÉDICA DR. GUSTAVO

CLÍNICA MÉDICA DR. GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA – ME
CNPJ/MF: 09.370.059/0001-46

Avenida Yolanda Loureiro de Carvalho, nº. 741, Sala A – Centro – CEP: 85.440-000 - Ubitatã/PR

Dados bancários: UNIPRIME

Agência:4108

C.C: 54752-2

Celular: (44) 9 9841-2223

E-mail: gcgoncales@hotmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 09.370.059/0001-46 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 13/02/2008	
NOME EMPRESARIAL CLINICA MEDICA DR GUSTAVO CARDOSO GONCALES 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 86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências 86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências 87.11-5-01 - Clínicas e residências geriátricas			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada			
LOGRADOURO AV YOLANDA LOUREIRO DE CARVALHO	NÚMERO 741	COMPLEMENTO SALA A	
CEP 85.440-000	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO UBIRATA	UF PR
ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE (44) 3543-4206		
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 13/02/2008	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

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

Emitido no dia **29/01/2024** às **17:04:18** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

CLÍNICA MÉDICA DR GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA
TERCEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE
CNPJ/MF: nº 09.370.059/0001-46
NIRE: 412.0612065-0

Folha: 1 de 5

Os abaixo identificados e qualificados:

GUSTAVO CARDOSO GONÇALES, brasileiro, casado sob o regime de comunhão parcial de bens, nascido em 23/09/1980, natural de Ubatuba-PR, médico, inscrito no CPF/MF sob nº. 028.714.469-03, portador da carteira de identidade civil RG nº.6.609.326-3 SSP/PR, expedida em 22/09/1992, residente e domiciliado na Avenida Yolanda Loureiro de Carvalho, nº. 757, Apart. 01, Andar 01, Centro, Ubatuba-PR, CEP: 85440-000.

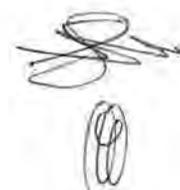
ELOISA MARIA DORNELES BATISTA GONÇALES, brasileira, casada sob o regime de comunhão parcial de bens, nascida em 23/02/1980, natural de São Paulo-SP, advogada, inscrita no CPF/MF sob nº. 041.318.856-62, portadora da carteira de identidade civil RG nº. 13.537.747-3 SSP/PR, expedida em 23/05/2012, residente e domiciliada na Avenida Yolanda Loureiro de Carvalho, nº. 757, Apart. 01, Andar 01, Centro, Ubatuba-PR, CEP: 85440-000.

Únicos sócios componentes da sociedade empresária limitada que gira nesta praça sob o nome de **CLÍNICA MÉDICA DR GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA**, com sede na Avenida Yolanda Loureiro de Carvalho, nº. 741, Sala A, Centro, Ubatuba-PR, CEP 85440-000, e inscrita no CNPJ/MF sob nº. 09.370.059/0001-46, registrada na Junta Comercial do Paraná sob nº 412.0612065-0 em 13/02/2008 e última alteração contratual registrada sob nº. 20177419709 em 22/11/2017; resolvem alterar o contrato social mediante as condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - RETIRADA PRO-LABORE: Os sócios não farão a partir desta data, retirada mensal, a título de "pró labore", observadas as disposições regulamentares pertinentes.

CLÁUSULA SEGUNDA- Permanecem inalteradas as demais cláusulas vigentes que não colidirem com as disposições do presente instrumento.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA CONSOLIDAÇÃO DO CONTRATO: À vista da modificação ora ajustada, consolida-se o contrato social, que passa a ter a seguinte redação.

Handwritten signature and a circular stamp or seal.

CLÍNICA MÉDICA DR GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA
TERCEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE
CNPJ/MF: nº 09.370.059/0001-46
NIRE: 412.0612065-0

Folha: 2 de 5

CONTRATO SOCIAL CONSOLIDADO
CLÍNICA MÉDICA DR GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA
CNPJ/MF: 09.370.059/0001-46
NIRE: 412.0612065-0

Os abaixo identificados e qualificados:

GUSTAVO CARDOSO GONÇALES, brasileiro, casado sob o regime de comunhão parcial de bens, nascido em 23/09/1980, natural de Ubitatã-PR, médico, inscrito no CPF/MF sob nº. 028.714.469-03, portador da carteira de identidade civil RG nº.6.609.326-3 SSP/PR, expedida em 22/09/1992, residente e domiciliado na Avenida Yolanda Loureiro de Carvalho, nº. 757, Apart. 01, Andar 01, Centro, Ubitatã-PR, CEP: 85440-000.

ELOISA MARIA DORNELES BATISTA GONÇALES, brasileira, casada sob o regime de comunhão parcial de bens, nascida em 23/02/1980, natural de São Paulo-SP, advogada, inscrita no CPF/MF sob nº. 041.318.856-62, portadora da carteira de identidade civil RG nº. 13.537.747-3 SSP/PR, expedida em 23/05/2012, residente e domiciliada na Avenida Yolanda Loureiro de Carvalho, nº. 757, Apart. 01, Andar 01, Centro, Ubitatã-PR, CEP: 85440-000.

Únicos sócios componentes da sociedade empresária limitada que gira nesta praça sob o nome de **CLÍNICA MÉDICA DR GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA**, com sede na Avenida Yolanda Loureiro de Carvalho, nº. 741, Sala A, Centro, Ubitatã-PR, CEP 85440-000, e inscrita no CNPJ/MF sob nº. 09.370.059/0001-46, registrada na Junta Comercial do Paraná sob nº 412.0612065-0 em 13/02/2008 e última alteração contratual registrada sob nº. 20177419709 em 22/11/2017; resolvem alterar o contrato social mediante as condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - NOME EMPRESARIAL, SEDE E DOMICÍLIO: A sociedade gira sob o nome empresarial de **CLÍNICA MÉDICA DR GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA** e tem sede e domicílio na Avenida Yolanda Loureiro de Carvalho, nº. 741, Sala A, Centro, Ubitatã-PR, CEP 85440-000.

CLÁUSULA SEGUNDA - 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 TERCEIRA- INÍCIO DAS ATIVIDADES E PRAZO DE DURAÇÃO DA SOCIEDADE: A sociedade iniciou suas atividades em 11/02/2008 e seu prazo de duração é por tempo indeterminado.



CLÍNICA MÉDICA DR GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA
TERCEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE
CNPJ/MF: nº 09.370.059/0001-46
NIRE: 412.0612065-0

Folha: 3 de 5

CLÁUSULA QUARTA - OBJETO SOCIAL: A sociedade tem por objeto a exploração no ramo de: **Atividade médica ambulatorial restrita a consultas, atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências, atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências Clínicas e residências geriátricas.**

CLÁUSULA QUINTA - CAPITAL SOCIAL: O capital social é de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), divididos em 10.000 (dez mil) quotas de capital no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, subscrita e já integralizadas, em moeda corrente do País, pelos sócios e distribuídas da seguinte forma:

Nome	(%)	Cotas	Valor R\$
GUSTAVO CARDOSO GONÇALES	99.00	9.900	9.900,00
ELOISA MARIA DORNELES BATISTA GONÇALES	1.00	100	100,00
TOTAL	100.00	10.000	10.000,00

CLÁUSULA SEXTA - 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 dispõe o art. 1.052 da Lei 10.406/2002.

CLÁUSULA SÉTIMA - 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 toda 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, o que deverão fazer dentro de 30 (trinta) 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 OITAVA - ADMINISTRAÇÃO DA SOCIEDADE E USO DO NOME EMPRESARIAL: A administração da sociedade cabe a **GUSTAVO CARDOSO GONÇALES**, a quem compete praticar todos os atos pertinentes à gestão da sociedade com os poderes e atribuições de representá-la ativa e passivamente, judicial e extrajudicialmente, perante órgãos públicos, instituições financeiras, entidades privadas e terceiros em geral, podendo obrigar a sociedade, abrir, movimentar e encerrar contas bancárias, contratar e demitir pessoal, enfim praticar todos os atos necessários à consecução dos objetivos ou à defesa dos interesses e direitos da sociedade, autorizado o uso do nome empresarial isoladamente.

CLÍNICA MÉDICA DR GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA
TERCEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE
CNPJ/MF: nº 09.370.059/0001-46
NIRE: 412.0612065-0

Folha: 4 de 5

§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 aos administradores, 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 NONA - RETIRADA PRO-LABORE: Os sócios não farão a partir desta data, retirada mensal, a título de "pró labore", observadas as disposições regulamentares pertinentes.

CLÁUSULA DÉCIMA - EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E PARTICIPAÇÃO DOS SÓCIOS NOS RESULTADOS: Ao término de cada exercício social, em 31 de dezembro, 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 todos os sócios dos lucros ou perdas apurados, na mesma proporção das quotas de capital que possuem na sociedade.

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, proporcionalmente 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 DÉCIMA PRIMEIRA – JULGAMENTO DAS CONTAS: A sociedade fica desobrigada da realização de reunião anual de sócios para prestação de contas e demais deliberações, com base no artigo 70 da Lei Complementar nº 123 de 14/12/2006.

Parágrafo Primeiro – As deliberações sociais serão tomadas com base no Artigo 70 da Lei Complementar nº. 123 de 14/12/2006.

Parágrafo Segundo – As reuniões dos sócios, quando necessárias, serão convocadas pelos sócios e obedecerá a o quórum estabelecido no Código Civil Brasileiro, Lei 10.406/2002.

Parágrafo Terceiro - A empresa fica dispensada da publicação de qualquer outro Ato Societário com exceção de alteração contratual, com base no artigo nº 71 da Lei Complementar nº. 123, de 14/12/2006.



CLÍNICA MÉDICA DR GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA
TERCEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE
CNPJ/MF: nº 09.370.059/0001-46
NIRE: 412.0612065-0

Folha: 5 de 5

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - 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 DÉCIMA TERCEIRA – DECLARAÇÃO DE DESIMPEDIMENTO:

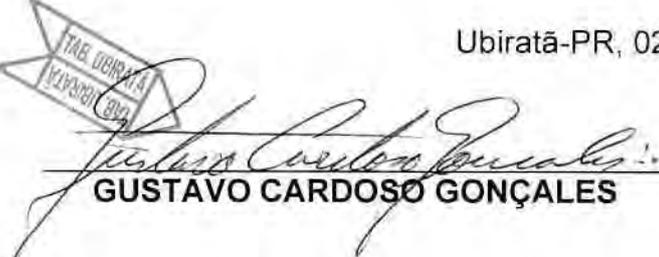
O sócio declara, sob as penas da lei, de que não está impedido de exercer a administração da sociedade, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrar sob efeitos dela, a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, ou por crime falimentar, de prevaricação,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

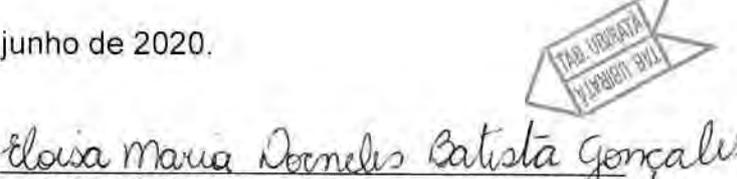
CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - FORO:

Fica eleito o foro da comarca de Ubitatã-PR para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais especial ou privilegiado que seja ou venha ser.

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

Ubitatã-PR, 02 de junho de 2020.


GUSTAVO CARDOSO GONÇALES


ELOISA MARIA DORNELES BATISTA
GONÇALES

TABELIONATO DE NOTAS UBIRATÁ
Rua Santos Dumont, 984, centro, Ubiratá - Paraná
Fone/Fax: (44) 3543-1934 • 3543-1540

Reconheço verdadeira a assinatura indicadas de GUSTAVO
CARDOSO GONÇALVES e ELOISA MARIA DORNELES BATISTA
GONÇALES nº00061226469 Dou fé. Selo Nº
2GFXj.Lu4Xb Ivedi, Control: EVH5m.PEGSw. Consulte
o selo em <http://funarpen.com.br>

Ubiratá, 12 de Junho de 2020 - 15:31:51h.

Em Fé. da Verdade
Francley de Silva Vinhaço
Escrivente



CERTIFICO O REGISTRO EM 17/06/2020 14:23 SOB Nº 20202581128.
PROTOCOLO: 202581128 DE 15/06/2020. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
12002476487. NIRE: 41206120650.
CLINICA MEDICA DR GUSTAVO CARDOSO GONCALES LTDA



LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA
SECRETÁRIO-GERAL
CURITIBA, 17/06/2020
www.empresafacil.pr.gov.br



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE UBIRATÃ
SECRETARIA DE FINANÇAS DO MUNICÍPIO
Divisão de Cadastro e Tributação 688
CADASTRO N°. : 21370

ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

A Prefeitura Municipal de Ubiratã, por força da Lei Municipal n° 950/95, 1269/02, concede o presente ALVARÁ DE LICENÇA, LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO, de acordo com o despacho exarado na declaração para fins de inscrições nos cadastros de:

NOME/RAZÃO SOCIAL

CLÍNICA MÉDICA DR GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA.

ENDEREÇO

AV YOLANDA L DE CARVALHO 741
CENTRO
SALA A

ATIVIDADE

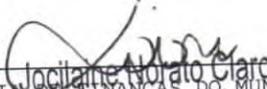
ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTA
ATIV. DE ATEND. HOSPITALAR E DE PRONTO-SOCORRO E URGENCIAS
CLINICAS E RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

CNPJ/CPF: 09.370.059/0001-46 INSCRIÇÃO ESTADUAL N°. :

UBIRATÃ/PR, 30/01/2024

Data de Validade deste Alvará: 05/11/2024


SECRETARIA DE FINANÇAS DO MUNICÍPIO
Tributação e Cadastro



* FIXAR EM LOCAL VISÍVEL



PREFEITURA MUNICIPAL DE UBIRATÃ

SECRETARIA DE SAÚDE

SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

AV. CARMEN RIBEIRO PITOMBO, S/N - CENTRO

Ubiratã - PR - CEP: 85440-000

Fone : (44) 3543 - 4356 - Fax: (44) 3543 - 2385

LICENÇA SANITÁRIA Nº. 7 / 2024

RAZÃO SOCIAL/CNPJ

RAZÃO SOCIAL **CLÍNICA MÉDICA DR. GUSTAVO CARDOSO**
C.N.P.J. **09.370.059/0001-46**

ENDEREÇO

ENDEREÇO **AVENIDA YOLANDA LOUREIRO DE CARVALHO, 741**
BAIRRO **CENTRO**

ATIVIDADES/EVENTOS

RAMO DE ATIVIDADE **ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS**

RESPONSÁVEL LEGAL/C.P.F

RESPONSÁVEL LEGAL **DR. GUSTAVO C. GONÇALES**
CPF RESP. LEGAL **028.714.469-03**

EMIÇÃO/VALIDADE

DATA DA EMISSÃO **31/01/2024**
DATA DE VENCIMENTO **15/02/2025**

Carimbo e Licenciamento

Marcos Roberto De Campos
MARCOS ROBERTO DE CAMPOS
029.665.569-43

Marcos Roberto De Campos
Farmacêutico Eloquímico
CRF - 28302

1 - ESTE DEVE SER AFIXADO EM LOCAL VISÍVEL AO PÚBLICO. (Art. 166 - Código de Saúde do Paraná)
2 - O ESTABELECIMENTO, MESMO COM A LICENÇA SANITÁRIA DEVIDAMENTE REGULARIZADA, PODE SOFRER AUTUAÇÃO OU INTERVENÇÃO DE OUTROS ÓRGÃOS DAS ESFERAS FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL, QUE TÊM INTERFACE COM O SUS E POSSUAM ATRIBUIÇÃO ESPECÍFICA PARA INTERCEDER NO ESTABELECIMENTO. (Art. 167 do Código de Saúde do Paraná).

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

POLEGAR DIREITO

Gustavo Cardoso Gonçalves
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.609.326-3 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/09/1992

NOME GUSTAVO CARDOSO GONÇALES

FILIAÇÃO ANTONIO MARTIN GONÇALES SOARES
MARIA DE FATIMA DO ROSARIO CARDOSO GONÇALES

NATURALIDADE UBIRATÁ/PR DATA DE NASCIMENTO 23/09/1980

DOC ORIGEM COMARCA=UBIRATÁ/PR, DA SEDE
C.NASC 6247, LIVRO=A10, FOLHA=124

CPF CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR *Bel Douglas Haqum*

LEI N° 7.118 DE 29/09/83

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

Assinatura *Gustavo*
GUSTAVO CARDOSO GONÇALES

S
E
R
V
I
D
O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 26/11/97

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome GUSTAVO CARDOSO GONÇALES

Ng de Inscrição 028714469-03 Data do Nascimento 23/09/80



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-11.268.429 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/05/1997

NOME
ELOISA MARIA DORNELES BATISTA

FILIAÇÃO
JOAO BATISTA
MARIA DAS GRACAS DORNELES BATISTA

NATURALIDADE
SAO PAULO-SP DATA DE NASCIMENTO
23/2/1980

DEC. ORIGEM NASC. LV-A67 FL-209

SAO PAULO-SP

CPF

DELO HORIZONTE, MG

PII-1236

ASSINATURA DO DIRETOR

1.ª VIA

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Assinatura: *Eloisa Maria Dorneles Batista*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



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

Assinatura: *Eloisa Maria Dorneles Batista*

ELOISA MARIA DORNELES BATISTA

SERPRO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 24/05/97

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: ELOISA MARIA DORNELES BATISTA

Nome de Inscrição: 041318856-62

Data do Nascimento: 23/02/80



SERVIÇO NOTARIAL A. B. CARVALHO

AUTENTICAÇÃO

A presente fotocópia confere com o original apresentado neste Cartão Doufe

Ubiratã, 07/02/98

em Teste

Onor Reis Salles
NOTARIO DESIGNADO

Anderson Aparecido Silva
ESCREVENTE SUBSTITUTO

Adriana R. F Batista
AUXILIAR JURAMENTADA

Rua Brasília, 612 Fone (44) 543-1540
Cep 85.440-000 Ubiratã Parana

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

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 09.370.059/0001-46
Razão Social: CLINICA MEDICA DR GUSTAVO CARDOSO GONCALES LTDA
Endereço: AV YOLANDA LOUREIRO DE CARVALHO 741 / CENTRO / UBIRATA / PR / 85440-000

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: 19/01/2024 a 17/02/2024

Certificação Número: 2024011906425867705410

Informação obtida em 31/01/2024 17:19:27

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 UBIRATÃ
ESTADO DO PARANÁ

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

641/2024

INFORMAÇÕES DO CONTRIBUINTE

NOME.....: CLÍNICA MÉDICA DR GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA.
CPF/CNPJ...: 09.370.059/0001-46
FINALIDADE: Fins Diversos

CERTIFICAMOS, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE REVENDO OS REGISTROS DE INSCRIÇÃO NA DÍVIDA ATIVA, REGISTROS CADASTRAIS DE IMPOSTOS E TAXAS DESTA PREFEITURA, CONSTATAMOS QUE O CPF/CNPJ ACIMA INFORMADO, NÃO POSSUI DÉBITOS PENDENTES COM A FAZENDA MUNICIPAL, ATÉ A PRESENTE DATA, FICANDO RESSALVADO O DIREITO DA FAZENDA MUNICIPAL EXIGIR À QUALQUER TEMPO AS PENALIDADES PECUNIÁRIAS NÃO LANÇADAS A DATA DESTA.

VALIDADE:01/03/2024

Código de Autenticidade:152867301152867

UBIRATÃ EM 31/01/2024



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

Certidão Negativa
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual
Nº 032780672-43

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **09.370.059/0001-46**

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 30/05/2024 - 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: CLINICA MEDICA DR GUSTAVO CARDOSO GONCALES LTDA
CNPJ: 09.370.059/0001-46

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 17:13:38 do dia 31/01/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 29/07/2024.

Código de controle da certidão: **5D8D.AAFF.23E9.9168**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: CLINICA MEDICA DR GUSTAVO CARDOSO GONCALES LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 09.370.059/0001-46

Certidão nº: 7294241/2024

Expedição: 31/01/2024, às 17:17:28

Validade: 29/07/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **CLINICA MEDICA DR GUSTAVO CARDOSO GONCALES LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **09.370.059/0001-46**, **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.



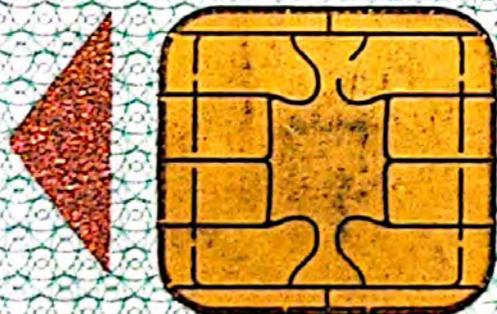
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DO PARANÁ

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME
GUSTAVO CARDOSO GONÇALES

CRM/UF
024983/PR



FILIAÇÃO
ANTONIO MARTIM GONÇALES
SOARES
MARIA DE FATIMA DO
ROSARIO CARDOSO GONÇALES

DATA DE INSCRIÇÃO VIA
01/02/2008 1

Gustavo Cardoso Gonçalves

ASSINATURA DO PORTADOR



Responsável pela Iluminação Pública: Município 4435434358

Classificação: B3 Comercial, Servicos, Outras Atividades / Ativ de C

Tipo de Fornecedor: Bifasico /50A

DATAS DE LEITURAS	Leitura anterior	Leitura atual	Nº de dias	Próxima Leitura
	15/12/2023	16/01/2024	32	15/02/2024

Nome: ANTONIO MARTIM SOARES

Endereço: Av Yolanda Loureiro de Carvalho, 741 - Centro
CEP: 85440-000
Cidade: Ubirata - Estado: PR

UNIDADE CONSUMIDORA

43901301

▲ CÓDIGO DÉBITO AUTOMÁTICO ▲



NOTA FISCAL No. 81203284 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 18/01/2024

Consulte Chave de Acesso em:
<https://nfe.fazenda.pr.gov.br/nfe/nf3eConsulta?wsdl>
Chave de Acesso
4124 0104 3688 9800 0106 6800 3081 2032 8410 4527 6977
Protocolo de Autorização: 1412400003270751 - 18/01/2024 às 09:37:06-03:00

REF. MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
01/2024	07/02/2024	R\$504,14

Itens de fatura	Unid.	Quant.	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS/COFINS	ICMS	Tarifa unit. (R\$)	Título	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ENERGIA ELET CONSUMO	kWh	525	0,388400	203,91	8,59	36,70	0,302140	ICMS	425,52	19%	78,59
ENERGIA ELET USO SISTEMA	kWh	525	0,422114	221,61	9,33	39,89	0,328370	COFINS	348,32	4,22%	14,73
CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPIO	UN	1	78,620000	78,62				IRPJ	348,32	0,9150%	3,19
TOTAL				504,14	17,92	76,59					

HISTÓRICO DE CONSUMO / kWh

CONSUMO FATURADO	Nº DIAS FAT.	
JAN24	525	32
DEZ23	447	29
NOV23	353	30
OUT23	371	32
SET23	273	30
AGO23	271	30
JUL23	399	32
JUN23	384	30
MAI23	428	31
ABR23	570	30
MAR23	479	30
FEV23	700	29
JAN23	598	32

Módulo	Grupos	Fator de Correção	Leitura Anterior	Leitura Atual	Cont. Medidor	Consumo kWh
0202530200	CONSUMO kWh	TP	4515	5040	1	525

Reservado ao Fisco

PERÍODO FISCAL: 18/01/2024

52D3.09A8.4791.5684.16FC.5643.188F.87F2

REAVISO DE VENCIMENTO

INCLUSO NA FATURA PIS R\$3,19 E COFINS R\$14,73 CONFORME RES. ANEEL 130/2005. DOE SANGUE. Mais Informacoes: 0800 845 4555 ou www.hemepar.pr.gov.br. A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados à prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações. Períodos Band.Tarif.: Verde:16/12-16/01

UNIDADE CONSUMIDORA	MÊS REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
43901301	01/2024	07/02/2024	R\$504,14



Número da fatura: FAT-01-20245704527697-22

836700000059 041401110006 001010202453 704527697228



**RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA
RUA SERRA DA MANTIQUEIRA, N° 62 – SALA 02 – ZONA 02
TERRA BOA - PR
CNPJ sob o n°. 46.406.338/0001-49**

ANEXO I

**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO
PESSOA JURÍDICA**

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

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS ATUANTES DA ÁREA DA SAÚDE divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CISCOMCAM, por meio do EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO 05/2023, objetivando a prestação de serviços nos termos do chamamento público. Declaro que a interessada cumpre e acata as normas estabelecidas no edital de credenciamento, que estou plenamente ciente do teor e da extensão deste documento, bem como que cumpro os requisitos de habilitação, conforme documentos apresentados em anexo.

Razão Social: RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA

Nome Fantasia:

CNPJ nº: 46.406.338/0001-49

Inscrição Estadual:

Micro Empresa: () Não (X) Sim

Optante Simples:() Não (X) Sim

Número do CNAE Nacional: 8630599

Descrição: Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente

Endereço: Rua Serra da Mantiqueira, n° 62 – sala 02 – Zona um

Município: Terra Boa,

UF: Paraná

CEP: 87.240-000

Telefone Comercial: ()

Telefone Celular: (44) 9.9878-4162

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: NU PAGAMENTOS	CÓDIGO DO BANCO: 0260	AGÊNCIA: 0001
TIPO DE CONTA: CORRENTE	OPERAÇÃO: TRANSFERÊNCIA	N° DA CONTA: 9363253-5

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF
RAFAEL DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI	1139822868 SSP	813.201.752-87

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO/EXAME	QUANTIDADE
ENDOCRINOLOGIA	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	12 MESES

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA – CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE
RAFAEL DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI	813.201.752- 87	1139822868 SSP	49203/PR	44 9.9878- 4162

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA – CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	E-MAIL	TELEFONE
RAFAEL DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI	813.201.75 2-87	113982286 8 SSP	rafaelconversani@gmail.co m	44 9.9878- 4162

ESPECIALIDADES

PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
RAFAEL DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

TERRA BOA – PR

Campo Mourão, 30 de janeiro de 2024.

RAFAEL DE CASTRO DEL
REIS

CONVERSANI:81320175287

Assinado de forma digital por
RAFAEL DE CASTRO DEL REIS
CONVERSANI:81320175287

Dados: 2024.02.07 13:56:57 -03'00'

RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA
RUA SERRA DA MANTIQUEIRA, N° 62 – SALA 02 – ZONA 02

TERRA BOA - PR

CNPJ sob o n°. 46.406.338/0001-49

RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA
RUA SERRA DA MANTIQUEIRA, N° 62 – SALA 02 – ZONA 02
TERRA BOA - PR
CNPJ sob o n°. 46.406.338/0001-49

ANEXO II
DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

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

A empresa RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA, inscrita no CNPJ sob n° 46.406.338/0001-49 sediada á Rua Serra da Mantiqueira, n° 62 – sala 02 – Zona 02, na cidade de Terra Boa, Estado do Paraná, através representante legal, RAFAEL DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI, portador da Cédula de Identidade RG sob o n°. 1139822868 SSP, inscrito no CPF sob o n°. 813.201.752-87, declara, sob as penas da Lei, que:
não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;
não está impedido de transacionar com a Administração Pública;
não foi apenada com rescisão de contrato, quer por deficiência dos serviços, quer por outro motivo igualmente grave, no transcorrer dos últimos 5 (cinco) anos;
não incorre nas demais condições impeditivas previstas na Lei Federal nº 14.133/21 e alterações posteriores. Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Campo Mourão – Pr, 30 de janeiro de 2024.

RAFAEL DE CASTRO DEL REIS
CONVERSANI:81320175287

Assinado de forma digital por RAFAEL DE
CASTRO DEL REIS
CONVERSANI:81320175287
Dados: 2024.01.29 15:59:19 -03'00'

RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA
RUA SERRA DA MANTIQUEIRA, N° 62 – SALA 02 – ZONA 02
TERRA BOA - PR
CNPJ sob o n°. 46.406.338/0001-49

**RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA
RUA SERRA DA MANTIQUEIRA, N° 62 – SALA 02 – ZONA 02
TERRA BOA - PR
CNPJ sob o n°. 46.406.338/0001-49**

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

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

RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA inscrita no CNPJ sob nº 46.406.338/0001-49 sediada á Rua Serra da Mantiqueira, nº 62 – sala 02 – Zona 02, na cidade de Terra Boa, Estado do Paraná, neste ato representada pelo seu sócio 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, 30 de janeiro de 2024.

RAFAEL DE CASTRO DEL REIS Assinado de forma digital por RAFAEL DE
CONVERSANI:81320175287 CASTRO DEL REIS CONVERSANI:81320175287
Dados: 2024.01.29 15:59:48 -03'00'

**RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA
RUA SERRA DA MANTIQUEIRA, N° 62 – SALA 02 – ZONA 02**

TERRA BOA - PR

CNPJ sob o n°. 46.406.338/0001-49

**RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA
RUA SERRA DA MANTIQUEIRA, N° 62 – SALA 02 – ZONA 02
TERRA BOA - PR
CNPJ sob o n°. 46.406.338/0001-49**

**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 **RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA inscrita no CNPJ sob n° 46.406.338/0001-49 sediada á Rua Serra da Mantiqueira, n° 62 – sala 02 – Zona 02, na cidade de Terra Boa, Estado do Paraná**, 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, 30 de janeiro de 2024.

**RAFAEL DE CASTRO DEL REIS
CONVERSANI:81320175287**

Assinado de forma digital por RAFAEL DE
CASTRO DEL REIS
CONVERSANI:81320175287
Dados: 2024.01.29 16:00:36 -03'00'

**RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA
RUA SERRA DA MANTIQUEIRA, N° 62 – SALA 02 – ZONA 02
TERRA BOA - PR
CNPJ sob o n°. 46.406.338/0001-49**

**RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA
RUA SERRA DA MANTIQUEIRA, Nº 62 – SALA 02 – ZONA 02
TERRA BOA - PR
CNPJ sob o nº. 46.406.338/0001-49**

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO

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

Eu, RAFAEL DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI, portador da Cédula de Identidade RG sob o nº. 1139822868 SSP, inscrito no CPF sob o nº. 813.201.752-87, representante legal da RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA inscrita no CNPJ sob nº 46.406.338/0001-49 sediada á Rua Serra da Mantiqueira, nº 62 – sala 02 – Zona 02, na cidade de Terra Boa, Estado do Paraná , 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, 30 de janeiro de 2024.

RAFAEL DE CASTRO DEL REIS Assinado de forma digital por RAFAEL DE
CASTRO DEL REIS
CONVERSANI:81320175287 CONVERSANI:81320175287
Dados: 2024.01.29 16:00:13 -03'00'

**RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA
RUA SERRA DA MANTIQUEIRA, Nº 62 – SALA 02 – ZONA 02
TERRA BOA - PR
CNPJ sob o nº. 46.406.338/0001-49**

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA				
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 46.406.338/0001-49 MATRIZ		COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 16/05/2022
NOME EMPRESARIAL RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA				
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****				PORTE ME
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.30-5-99 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente				
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não informada				
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada				
LOGRADOURO R SERRA DA MANTIQUEIRA		NÚMERO 62	COMPLEMENTO SALA 02	
CEP 87.240-000	BAIRRO/DISTRITO ZONA 02	MUNICÍPIO TERRA BOA		UF PR
ENDEREÇO ELETRÔNICO RAFAELCONVERSANI@GMAIL.COM		TELEFONE (44) 9878-4162		
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****				
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA			DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 16/05/2022	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL				
SITUAÇÃO ESPECIAL *****			DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

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

Emitido no dia **29/01/2024** às **15:03:03** (data e hora de Brasília).

Página: **1/1**

**CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
UNIPESSOAL****RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA**

Pelo presente instrumento particular de Contrato Social:

RAFAEL DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI, BRASILEIRO, CASADO(A), Comunhão Parcial, auxiliar odontologica, nascido(a) em 02/06/1985, nº do CPF 813.201.752-87, residente e domiciliado na cidade de Terra Boa - PR, na AVENIDA brasil, nº 333, SALA 01,; centro, CEP: 87240-000;

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: **RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA**

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

A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: AVENIDA BRASIL, nº 333, SALA 01,; CENTRO, Terra Boa - PR, CEP: 87240000.

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

A sociedade terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômica: ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL PRESTADA EM LOCAL DE TERCEIROS.

Parágrafo único. Em estabelecimento eleito como Sede (Matriz) será(ão) exercida(s) a(s) atividade(s) de ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL PRESTADA EM LOCAL DE TERCEIROS..

E exercerá as seguintes atividades:

CNAE Nº 8630-5/99 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente

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

A sociedade iniciará suas atividades em 13/05/2022 e seu prazo de duração será por tempo indeterminado.

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

O capital será de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), dividido em 100 quotas, no valor nominal de R\$ 200,00 (duzentos reais) cada uma, formado por R\$ 20.000,00 (vinte 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\$	%
RAFAEL DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI	100	20.000,00	100,00
TOTAL:	100	20.000,00	100,00

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

A administração da sociedade será exercida pelo sócio **RAFAEL DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI** que representará legalmente a sociedade e poderá praticar todo e qualquer ato de gestão pertinente ao objeto social.

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

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

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

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA UNIPESSOAL

RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA

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

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

CLÁUSULA IX - DO PRÓ LABORE

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

CLÁUSULA X - DISTRIBUIÇÃO DE LUCROS

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

CLÁUSULA XI - DA RETIRADA OU FALECIMENTO DE SÓCIO

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

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

CLÁUSULA XII - DA CESSÃO DE QUOTAS

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

CLÁUSULA XIII - DA RESPONSABILIDADE

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

CLÁUSULA XIV - PORTE EMPRESARIAL

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

CLÁUSULA XV - DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Terra Boa - 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.

Terra Boa - PR, 12 de maio de 2022

RAFAEL DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI
Sócio/Administrador



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
81320175287	RAFAEL DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI



CERTIFICO O REGISTRO EM 16/05/2022 12:38 SOB Nº 41210746096.
PROTOCOLO: 223057770 DE 16/05/2022.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12206187994. CNPJ DA SEDE: 46406338000149.
NIRE: 41210746096. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 12/05/2022.
RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA

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

**RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA
MEDICA LTDA
C.N.P.J Nº 46.406.338/0001-49
PRIMEIRA ALTERAÇÃO DO ATO CONSTITUTIVO DE SOCIEDADE
EMPRESÁRIA LIMITADA.**

RAFAEL DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI, BRASILEIRO , CASADO(A), Comunhão Parcial, auxiliar odontologica, nascido(a) em 02/06/1985, nº do CPF 813.201.752-87, residente e domiciliado na cidade de Terra Boa - PR, na AVENIDA brasil, nº 333, SALA 01;, centro, CEP: 87240-000; Único sócio da empresa RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA -, com sede AVENIDA BRASIL, nº 333, SALA 01;, CENTRO, Terra Boa - PR, CEP: 87240000., registrada na Junta Comercial do Estado do Paraná, sob o NIRE 41210746096 em data de 12 de maio de 2022, inscrita no CNPJ sob nº 46.406.338/0001-49; RESOLVE, neste ato, alterar o Ato Constitutivo nas condições que seguem:

CLÁUSULA PRIMEIRA – O sócio RAFAEL DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI que tinha como profissão de **auxiliar odontológica**, passa a ter como profissão de **medico** inscrito no CRM/PR nº 49203.

CLAUSULA SEGUNDA - Permanecem inalteradas as demais cláusulas do ato constitutivo primitivo, que não colidirem com as disposições do presente instrumento.

E, por estar assim, de pleno acordo, assina o presente instrumento em via única, obrigando-se fielmente por si e seus herdeiros a cumpri-lo em todos os seus termos.

Terra Boa, 02 de junho de 2022.

RAFAEL DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
81320175287	RAFAEL DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI



CERTIFICO O REGISTRO EM 02/06/2022 13:19 SOB N° 20223260487.
PROTOCOLO: 223260487 DE 02/06/2022.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12207054980. CNPJ DA SEDE: 46406338000149.
NIRE: 41210746096. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 18/05/2022.
RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA

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

PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL
RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA
CNPJ 46.406.338/0001-49 NIRE 412.1074609-6

RAFAEL DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI, brasileiro, casado em comunhão Parcial, empresário, nascido em 02/06/1985, nº do CPF 813.201.752-87, residente e domiciliado na cidade de Terra Boa - PR, na Avenida Brasil, nº 333, sala 01, centro, CEP: 87240-000; Único sócio da Sociedade Empresária Limitada Unipessoal que gira sob o nome Empresarial **RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº 46.406.338/0001-49, registrada na Junta Comercial do Estado do Paraná sob o NIRE nº 412.1074609-6, em data de 16 de maio de 2022, RESOLVEM por este instrumento particular de Alteração Contratual, alterar seu contrato primitivo, mediante as seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - O sócio **RAFAEL DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI** altera seu endereço para Rua Serra da Mantiqueira, nº 62 – zona 02, na cidade de Terra Boa, Estado do Paraná, CEP 87240-000.

CLÁUSULA SEGUNDA: A sociedade altera seu endereço para Rua Serra da Mantiqueira, nº 62 – sala 02 – zona 02, na cidade de Terra Boa, Estado do Paraná, CEP 87240-000.

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

E, por estar justo e contratado, lavra, data e assina o presente em via única.

Terra Boa(PR), 19 de janeiro de 2024.

RAFAEL DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI
Sócio/Administrador



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
81320175287	RAFAEL DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI



CERTIFICO O REGISTRO EM 27/01/2024 22:22 SOB Nº 20240383281.
PROTOCOLO: 240383281 DE 25/01/2024.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12401220381. CNPJ DA SEDE: 46406338000149.
NIRE: 41210746096. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 19/01/2024.
RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA

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

Consulta Quadro de Sócios e Administradores - QSA

CNPJ:	46.406.338/0001-49
NOME EMPRESARIAL:	RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA
CAPITAL SOCIAL:	R\$20.000,00 (Vinte mil reais)

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

Nome/Nome Empresarial:	RAFAEL DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI
Qualificação:	49-Sócio-Administrador

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

Emitido no dia 29/01/2024 às 15:07 (data e hora de Brasília).

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

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 46.406.338/0001-49
Razão Social: RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA
Endereço: AV BRASIL 333 / CENTRO / TERRA BOA / PR / 87240-000

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

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

Validade: 15/01/2024 a 13/02/2024

Certificação Número: 2024011504581524673997

Informação obtida em 18/01/2024 09:09:40

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



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

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

Certidão Negativa de Débitos N.º 137 / 2024

CONTRIBUINTE GLOBAL

CERTIFICAMOS, conforme requerido por **RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA**, CPF/CNPJ n.º **46.406.338/0001-49**, para fins **DE DIREITO**, que **NÃO CONSTAM DÉBITOS RELATIVOS A TRIBUTOS MUNICIPAIS (Impostos, Taxas, Contribuição de Melhoria e Dívida Ativa dos Cadastros Mobiliários e Imobiliários)**, até a presente data em nome de **RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA**, CPF/CNPJ n.º **46.406.338/0001-49**, situado(a) na cidade de **Terra Boa-PR**.

Observação:

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

O referido é verdade e dou fé.

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

CÓDIGO DE AUTENTICIDADE BF03BFC11C53D86D15DC715C9B066EC5

A PRESENTE CERTIDÃO TERÁ VALIDADE ATÉ 17/02/2024.

Terra Boa - PR, 18 de janeiro de 2024.

Emitido pelo usuário Web.



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

Certidão Negativa

de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual
Nº 032696205-27

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **46.406.338/0001-49**

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

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

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

Válida até 17/05/2024 - Fornecimento Gratuito

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



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: RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA
CNPJ: 46.406.338/0001-49

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:

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 15:08:48 do dia 29/01/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 27/07/2024.

Código de controle da certidão: **178A.F7D9.E1F3.F7FB**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 46.406.338/0001-49

Certidão nº: 4264241/2024

Expedição: 18/01/2024, às 09:12:14

Validade: 16/07/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **46.406.338/0001-49**, **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.

Data da consulta: 19/02/2024 10:51:41

Identificação do Contribuinte - CNPJ Matriz

CNPJ: **46.406.338/0001-49**

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

Nome Empresarial: **RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA**

Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **Optante pelo Simples Nacional desde 01/01/2023**

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

[+ Mais informações](#)

[Voltar](#)

[Gerar PDF](#)



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

Empresa ▶▶ **Fácil**

ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Número: 60/2022

Nome Fantasia:

Razão Social: RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA

CNPJ: 46.406.338/0001-49

Inscrição Municipal: 13256

Atividade Principal (CNAE) 8630-5/99 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente (Não exerce no endereço)

Atividade(s) Secundária(s) (CNAE):

Município: Terra Boa **Endereço:** RUA SERRA DA MANTIQUEIRA, 62, SALA 02, ZONA 02

CEP: 87240000

Local e data: Terra Boa, segunda, 05 de fevereiro de 2024

CLAUDINEI DONIZETTE SGRINHOLLI

Departamento de Tributação e Fiscalização

Observação

NÃO EXERCE ATIVIDADE NO LOCAL / NÃO HA ATENDIMENTO AO PUBLICO NO LOCAL

Código de Autenticidade: **24UMCYOBVS**

"EMITIDO PELO FUNCIONÁRIO VINICIUS DE ALMEIDA CARDOSO"

Esse documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - PARANÁ
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO



NOME

RAFAEL DE CASTRO DEL REIS
CONVERSANI

CRM/UF

49203/PR



FILIAÇÃO

MARIA OLIVIA DE CASTRO DEL
REIS CONVERSANI
JOSÉ CARLOS DEL REIS
CONVERSANI

DATA DE INSCRIÇÃO VIA

14/04/2022

01



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rafael de Castro del Reis Conversani'.

ASSINATURA DO PORTADOR

CPF

813.201.752-87

IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR

1139822868 / SSP-RS

TÍTULO DE ELEITOR

012501282305

SEÇÃO

0129

ZONA

057

DATA DE NASCIMENTO

02/06/1985

NATURALIDADE

ARIQUEMES-RO



LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO

CURITIBA-PR 07/06/2022

572013

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

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

REPÚBLICA ARGENTINA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

Facultad de Ciencias Médicas

Por cuanto, don *Rafael De Castro Del Reis Conversani*, D.N.I. N° 94.774.171, nacido el 2 de junio de 1985, en la República Federativa del Brasil, ha terminado los estudios correspondientes a la carrera de Medicina, el 12 de junio de 2017.

Por tanto, de conformidad con las normas legales vigentes, se le confiere el presente título de *Médico*.

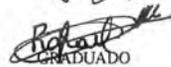
Rosario, 28 de septiembre de 2017.



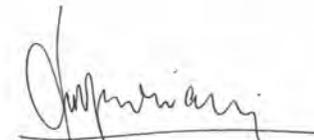
RICARDO NIDD
Decano



HÉCTOR ENRIQUE ARBES
Secretario Académico



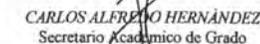
GRADUADO



HÉCTOR DANTE FLORIANI
Rector



MARIANO GABRIEL BALLA
Secretario General



CARLOS ALFREDO HERNÁNDEZ
Secretario Académico de Grado

REGISTRADO
UNIVERSIDAD N° 145.756 FACULTAD N° 54.929

A 00040818

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

Certifico que las firmas que anteceden y dicen: CARLOS ALFREDO HERNÁNDEZ - Secretario Académico de Grado, MARIANO GABRIEL BALLA - Secretario General y HÉCTOR DANTE FLORIANI - Rector, guardan similitud con la/s que obran en nuestros registros archivados. Rosario, - 6 NOV 2017



MARIANO RAMIRO NORÁN
Dirección de Legalizaciones

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN NACIONAL DE GESTIÓN UNIVERSITARIA
CERTIFICO QUE LA/S FIRMA/S DEL RECTOR/A, VICERRECTOR/A, SECRETARIO/A ACADÉMICO/A Y/O DIRECTOR/A DE TÍTULOS O EQUIVALENTES DE LA UNIVERSIDAD QUE ANTECEDEN, GUARDAN SIMILITUD CON LA/S QUE HAN SIDO REGISTRADAS EN NUESTROS ARCHIVOS.
ROSARIO, 05 MAR 2018

LIC. MARIA ALEXANDRA CALCAGNO



Sistema de Gestión de la Calidad
Universidad Nacional de Rosario

Al momento de la emisión de este diploma la Universidad Nacional de Rosario dispone de un Sistema de Gestión de la Calidad certificado por IRAM bajo la norma IRAM-ISO 9001:2008, cuyo alcance es:

Emisión de diplomas de carreras de grado en la UNR - RI: 9000-3923



Res. Ministerial N° ... 40.2002 ...

N/C

Nota DNGU N°/Fecha :

Res. CONEAU N°: 7501/2010

Expte. SIPES N° 65.229/3.2108/2017

Res. Consejo Superior N°: ... 158/2011

MARIA EUGENIA QUARANTA
DIRECTORA DIPLOMAS

MINISTERIO DE SALUD - ENTRE RÍOS
SECRETARÍA DE REGISTROS Y FISCALIZACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD
INSCRIPTO EN EL REGISTRO DE PROFESIONALES

Bajo el N° 11969 Folio 98 Libro 14

CONSEJO

Paraná 23 DE Agosto de 2018

Pablo A. Soleres

Jefe-Dpto. Contralor Profesional
Ministerio de Salud - Entre Ríos



Tablionato de Notas
Exclusivo para
Autenticación de Copia
FUR-4-3-12

REGISTRADO EN ESTE COLEGIO DE MEDICOS

2º CIRCUNSCRIPCIÓN AL FOLIO 92

BAJO N° 25563 LIBRO IX

ROSARIO, 11 DE JUNIO DE 2017



MARIA EUGENIA QUARANTA

Certifico e dou fé que, o predito documento para produzir efeito no Brasil e para valer contra terceiro(s), deverá ser oficialmente traduzido para o português.



REPÚBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES Y CULTO

1. País: ARGENTINA
Country / Pays
2. ha sido firmado por CAL
has been signed by / a été signé
3. quien actúa en calidad de
acting in the capacity of / agissant
4. y está revestido del sello
bears the seal / stamp of / est revêtu du sceau
5. en BUENOS AIRES
at / à
7. por UNIDAD DE COORDINACIÓN EXTERIORES Y CULTO
by / par
8. bajo el número 76253/2017
N° / sous n°
9. Sello/Timbre ARS 90.00.-
Seal / stamp / Sceau / timbre

Tipo de Documento TÍTULO
Titular del Documento RAFAEL
Código de seguridad: DMZJGV

Esta Apostilla certifica únicamente la autenticidad de la identidad del titular.
Esta Apostilla certifie uniquement l'authenticité de l'identité du titulaire.
No es válida para otros fines.
Esta Apostilla se puede utilizar únicamente para verificar la autenticidad de la identidad del titular.

This Apostille only certifies the authenticity where appropriate.
This Apostille does not certify the authenticity of the content.
(This Apostille is not valid for other purposes.)
To verify the issue, please refer to the official website of the Ministry of Foreign Affairs and Worship.

Cette Apostille atteste uniquement la véracité de l'identité du titulaire.
Celle-ci ne certifie pas l'authenticité du contenu.
(Celle-ci n'est valable que pour vérifier l'authenticité de l'identité du titulaire.)
Pour vérifier l'authenticité de l'identité du titulaire, veuillez vous référer au site officiel du Ministère des Relations Extérieures et du Culte.



DR. NATALIA VAZQUEZ
SECRETARÍA DE ASISTENCIA ADMINISTRATIVA

Dr. NATALIA CANTOR
Secretaria
Colegio de Médicos de la Provincia de Entre Ríos
2da. Circunscripción

Este documento
es válido para valer
oficialmente

SERIE A 6742696



REPÚBLICA ARGENTINA

MINISTERIO de RELACIONES EXTERIORES Y CULTO

APOSTILLE

(Convention de la Haye du 5 octobre 1961)

- País: ARGENTINA
Country / Pays
- El presente documento público
This public document | Le présent acte public
- ha sido firmado por CALCAGNO, MARIA ALEJANDRA
has been signed by / a été signé par
- quien actúa en calidad de FUNCIONARIO HABILITANTE
acting in the capacity of | agissant en qualité de
- y está revestido del sello/timbre de MINISTERIO DE EDUCACION
bears the seal / stamp of | est revêtu du sceau / timbre de

Certificado
Certified | Attesté

- | | |
|---|--|
| 5. en <u>BUENOS AIRES</u>
at à | 6. el día <u>14/04/2018</u>
the le |
| 7. por <u>UNIDAD DE COORDINACIÓN LEGALIZACIONES DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES Y CULTO</u>
by par | |
| 8. bajo el número <u>76253/2018</u>
N° sous n° | |
| 9. Sello/Timbre <u>ARS 90.00.-</u>
Seal / stamp Sceau / timbre | 10. Firma
Signature Signature <u>CONSTANZA FODARO</u> |

Tipo de Documento TITULO
Titular del Documento RAFAEL DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI
Código de seguridad: DMZJGVBBV

Esta Apostilla certifica únicamente la autenticidad de la firma, la calidad en que el signatario del documento haya actuado y, en su caso, la identidad del sello o timbre del que el documento público esté revestido.

Esta Apostilla no certifica el contenido del documento para el cual se expidió.

No es válido el uso de esta Apostilla en la República Argentina.

Esta Apostilla se puede verificar en la dirección siguiente: <http://cancilleria.gob.ar/legalizaciones>.

This Apostille only certifies the authenticity of the signature and the capacity of the person who has signed the public document, and, where appropriate, the identity of the seal or stamp which the public document bears.

This Apostille does not certify the content of the document for which it was issued.

[This Apostille is not valid for use anywhere within República Argentina.]

To verify the issuance of this Apostille, see <http://cancilleria.gob.ar/legalizaciones>.

Cette Apostille atteste uniquement la véracité de la signature, la qualité en laquelle le signataire de l'acte a agi et, le cas échéant, l'identité du sceau ou timbre dont cet acte public est revêtu.

Cette Apostille ne certifie pas le contenu de l'acte pour lequel elle a été émise.

[L'utilisation de cette Apostille n'est pas valable en / au République Argentina.]

Cette Apostille peut être vérifiée à l'adresse suivante : <http://cancilleria.gob.ar/legalizaciones>.

RAFAEL AUGUSTO BARRI GARA
LUPE MARCOS PRATS

Escrituras Argentinas
MINYAE MAKATAM TAKAKURA



EDICION

201

CANTOR
ario
s de la Provincia
Circunscripción



Faculdade Van Gogh
Certificado



O Diretor da Faculdade Van Gogh, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Pós-Graduação em **Endocrinologia e Metabologia**, na área de Saúde e Bem-Estar, em nível de Especialização Lato Sensu, com carga horária total de **600 horas**, nos termos da Resolução nº 1/2018 do Conselho Nacional da Educação, confere a

Rafael de Castro Del Reis Conversani

brasileiro, natural do Estado do Rondônia, nascido a 02 de junho de 1985, portador do RG nº 1139822868/RS, outorga-lhe o presente Certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 05 de dezembro de 2023


Marcelo Sucasas
Diretor

Rafael de Castro Del Reis Conversani
Concluinte



Credenciada pela Portaria MEC nº 1.199/2018 de 14/11/2018, publicada no DOU em 16/11/2018
Instituição de Ensino Boeira & Teixeira Ltda, situada a Rua Bento Quirino, 467 - Vila Talarico, São Paulo - SP.
Fone - (11) 2695-7945 CNPJ. 12.927.606/0001-56 - FACULDADE VAN GOGH

NOME	RAFAEL DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI	RG	1139822868/RS	
CURSO	ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA			
Disciplina	C/H	Nota/Conceito	Docente	Título
Teoria geral e conceitos básicos em endocrinologia e metabolologia	34	A	Kristhiane Di Domenico Cunha	Mestrado
Diabetes mellitus	34	A	Aline Marcadenti de Oliveira	Doutorado
Tireoide	34	A	Matheus Schettini de Carvalho	Especialista
Neuroendocrinologia	34	A	Renata Thomazini Dallago	Especialista
Adrenal	34	A	Matheus Schettini de Carvalho	Especialista
Metabolismo ósseo	34	A	Matheus Schettini de Carvalho	Especialista
Obesidade	30	A	Matheus Schettini de Carvalho	Especialista
Endocrinologia pediátrica	30	A	Kristhiane Di Domenico Cunha	Mestrado
Dislipidemias e síndrome metabólica	30	A	Angela Cristine Bersch Ferreira	Doutorado
Metabolologia e calcio	30	A	Angela Cristine Bersch Ferreira	Doutorado
Suplementação, complemento alimentar e esteroides	30	A	Tatiany Jovita de Faria	Doutorado
Emergências em endocrinologia	30	A	Thiago Santos Hirose	Especialista
Endocrinologia clínica	30	A	Kristhiane Di Domenico Cunha	Mestrado
Distúrbios	30	A	Thiago Santos Hirose	Especialista
Ética médica, conduta e bioética	24	A	Guilherme Bueno da Silveira	Especialista
Biossegurança médica e bioestatística	24	A	Mauricio Schuler Nin	Doutorado
Gestão em saúde e comunicação médica digital	24	A	Aline Brum Seibel	Mestrado
Docência no ensino superior	20	A	Aline Brum Seibel	Mestrado
Metodologia da pesquisa científica	64	A	Mauricio Schuler Nin	Doutorado
-O presente curso de Pós-graduação Lato Sensu em nível de Especialização, cumpriu todas as disposições e normas da Resolução CNE/CES nº1/2018, do Conselho Nacional de Educação. Conceitos: A- Ótimo (equivalente ao conjunto de notas de 9,0 a 10,0); B- Bom (equivalente ao conjunto de notas de 8,0 a 8,9); C- Regular (equivalente ao conjunto de notas de 7,0 a 7,9);				
Local e Realização: São Paulo/SP				
Período e Realização: janeiro de 2022 a setembro de 2023				
Frequência: 96%				

FACULDADE VAN GOGH
Certificado registrado sob o Livro PÓS-02 - nº 110



Cleonice Fiamoncini
Secretária Acadêmica de Pós-Graduação

São Paulo, 05 de dezembro de 2023.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO GERAL DE PERÍCIAS
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



NOME
**RAFAEL DE CASTRO DEL REIS
CONVERSANI**

FILIAÇÃO
JOSÉ CARLOS DEL REIS CONVERSANI
MÁRIA OLÍVIA DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI

DATA NASCIMENTO 02/06/1985 ORGÃO EXPEDIDOR SSP FATOR RH
NATALIDADE ARIQUEMES RO

Rafael de Castro del Reis Conversani
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 813.201.752-87 DNI
REGISTRO GERAL **1139822868** DATA DE EXPEDIÇÃO 19/11/2019
REGISTRO CIVIL
C CAS SÃO JOSÉ DOS PINHAIS PR
MATRÍCULA: 00687.01.55.2008.2.00049.141.0021249.14
OBSERVAÇÃO

T. ELEITOR 12501282305 CTPS SÉRIE UF
NIS/PIS/PASEP IDENTIDADE PROFISSIONAL POLEGAR DIREITO

CERT. MILITAR 3101.12013290 CNS
CNH 3143368178-R5

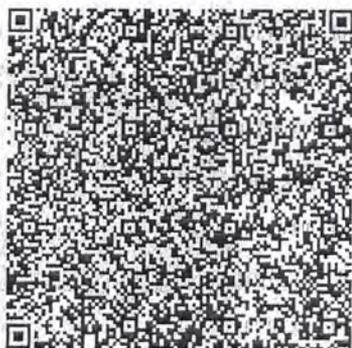
150683 *Katia Rosane Reolon Bittencourt* 1 VIA
ASSINATURA DA DIRETORA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Magali Simone da S Vendramini
Escrivente
Portaria 12/2019

0218637980

0218637980



**1º TABELIONATO DE NOTAS
AUTENTICAÇÃO**

A presente fotocópia confere com o original que me foi apresentado do qual dou fé.
Terra Boa 20/05/2022

Magali Simone da S Vendramini

- Edson Carlos Navas Pereira - Tabelião
- Maria Ap. Fenees Pereira - Substituta

Magali Simone da S Vendramini
Escrivente
Portaria 12/2019

Responsável pela Iluminação Pública: Município 4436418000

Classificação:
B1 Residencial / Residencial

Tipo de Fornecimento:
Bifasico /50A

DATAS DE LEITURAS	Leitura anterior	Leitura atual	Nº de dias	Próxima Leitura
	01/12/2023	02/01/2024	32	01/02/2024

**Nome: RAFAEL DE CASTRO DEL REIS
CONVERSANI**
Endereço: R Serra da Mantiqueira, 62 - Qd03
Lt05 Jd Serra - Centro
CEP: 87240-000
Cidade: Terra Boa - Estado: PR
CPF: 813.201.752-87

UNIDADE CONSUMIDORA
90197615
CODIGO DEBITO AUTOMÁTICO



NOTA FISCAL No. 78409477 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 04/01/2024

Consulte Chave de Acesso em:
<https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/NF3eConsulta?wsdl>
Chave de Acesso
4124 0104 3688 9800 0106 6600 3078 4094 7710 8412 5708
Protocolo de Autorização: 1412400000409391 - 04/01/2024 às 08:56:42America/Sao_Paulo

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
01/2024	30/01/2024	R\$452,29

Itens de fatura	Unid.	Quant.	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS/COFINS	ICMS	Tarifa unit. (R\$)
ENERGIA ELET CONSUMO	kWh	502	0,389263	195,41	8,57	35,17	0,302140
ENERGIA ELET USO SISTEMA	kWh	502	0,423068	212,38	9,31	38,23	0,328370
CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPIO	UN	1	44,500000	44,50			
TOTAL				452,29	17,88	73,40	

Tributo	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	407,79	18%	73,40
COFINS	334,39	4,3950%	14,69
PIS	334,39	0,9544%	3,19

HISTÓRICO DE CONSUMO / kWh:

CONSUMO FATURADO	Nº DIAS FAT.	
JAN24	502	32
DEZ23	432	30
NOV23	355	30
OUT23	406	31
SET23	347	30
AGO23	314	30
JUL23	383	32
JUN23	295	30
MAI23	389	31
ABR23	582	30
MAR23		
FEV23		
JAN23		

Medidor	Grandezas	Postos horários	Leitura Anterior	Leitura Atual	Const Medidor	Consumo kWh
0411676924	CONSUMO kWh	TP	7129	7631	1	502

Reservado ao Fisco

PERÍODO FISCAL: 04/01/2024

2246.2F9D.7A54.C524.67BB.2BB8.1129.3458

REAVISO DE VENCIMENTO

INCLUSO NA FATURA PIS R\$3,19 E COFINS R\$14,69 CONFORME RES. ANEEL 130/2005.
DOE SANGUE. Mais informacoes: 0800 645 4555 ou www.hemepar.pr.gov.br.
A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados à prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações.
Periodos Band.Tarif.: Verde:02/12-02/01

UNIDADE CONSUMIDORA	MÊS REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
90197615	01/2024	30/01/2024	R\$452,29



Número da fatura: FAT-01-20245628412570-41

PIX

836000000049 522901110000 001010202453 628412570416

NÃO RECEBER - FATURA ARRECADADA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO GERAL DE PERÍCIAS
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



NOME
**RAFAEL DE CASTRO DEL REIS
CONVERSANI**

FILIAÇÃO
JOSÉ CARLOS DEL REIS CONVERSANI
MARIA OLÍVIA DE CASTRO DEL REIS CONVERSANI

DATA NASCIMENTO 02/06/1985 ÓRGÃO EMITIDOR SSP FATOR RH
NACIONALIDADE ARIQUÊMES RO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116, DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 813.201.752-87 LMI
REGISTRO GERAL 1139822868 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/11/2019
REGISTRO CIVIL
C CAS SÃO JOSÉ DOS PINHAIS PR
MATRÍCULA: 000687 01 55 2008 2 00049 141 0021249 14
OBSERVAÇÃO

T. ELEITOR CTPS SÉRIE UF
12501282305
NIS/PIS/PASEP IDENTIDADE PROFISSIONAL

CERT. MILITAR
310112013290
CNI CNS
3143368178-RS

POLEGAR DIREITO



150683


Katia Rosane Reolon Bittencourt
ASSINATURA DA DIRETORA

1 VIA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Cartão do Usuário



Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde

RAFAEL D. C. DEL REIS CONVERSANI

Data Nasc. : 02/06/1985

Sexo: M

705 8054 8905 4938



DISQUE SAÚDE 136

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



Edital de Chamamento Público nº 7/2024

Última atualização 21/02/2024

Local: Campo Mourão/PR **Órgão:** CONSORCIO INT DE SAUDE DA COM DOS M DA REG DE C MOURAO **Unidade compradora:** 95640322000101 - Unidade administrativa

Modalidade da contratação: Credenciamento **Amparo legal:** Lei 14.133/2021, Art. 79, II **Tipo:** Edital de Chamamento Público **Modo de Disputa:** Não se aplica

Registro de preço: Não

Data de divulgação no PNCP: 21/02/2024 **Situação:** Divulgada no PNCP **Data de início de recebimento de propostas:** 19/02/2024 08:00 (horário de Brasília)

Data fim de recebimento de propostas: 19/02/2024 10:00 (horário de Brasília)

Id contratação PNCP: 95640322000101-1-000008/2024 **Fonte:** Elotech Gestão Pública Ltda

Objeto:

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

VALOR TOTAL ESTIMADO DA COMPRA

R\$ 137.448,00

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

Número ↕	Descrição ↕	Quantidade ↕	Valor unitário estimado ↕	Valor total estimado ↕	Detalhar ↕
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	2400	R\$ 57,27	R\$ 137.448,00	

Exibir: 1-1 de 1 itens

Página

< >

[< Voltar](#)



Criado pela Lei nº 14.133/21, o Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP) é o site eletrônico oficial destinado à divulgação centralizada e obrigatória dos atos exigidos em sede de licitações e contratos administrativos abarcados pelo 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 correção das informações e dos arquivos relativos às contratações disponibilizadas no PNCP por força da Lei nº 14.133/2021 são de estrita responsabilidade dos órgãos e entidades contratantes.

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

 0800 978 9001

AGRADECIMENTO AOS PARCEIROS





CIS-COMCAM

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

TERMO DE ADJUDICAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO

O Presidente da Comissão Permanente de Licitação do CIS-COMCAM, Ivani Fiore Dal Molin, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, especialmente a Lei nº 14.133/2021 e alterações posteriores, a vista do parecer conclusivo exarado pela comissão de Licitação, resolve:

01 – ADJUDICAR a presente Licitação nestes termos:

- a) Processo Nº : 26/2024
b) Licitação Nº : 7/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : 19/02/2024
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de endocrinologia oferecidas pelo Ciscomcam.

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

FORNECEDOR: CLINICA MEDICA DRº GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA - CNPJ:
09.370.059/0001-46

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

LOTE 1 LOTE 1

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

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	Unidad	2400	R\$ 57,27	R\$ 137.448,00

FORNECEDOR: RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA - CNPJ:
46.406.338/0001-49

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

LOTE 1 LOTE 1

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

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	Unidad	2400	R\$ 57,27	R\$ 137.448,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 137.448,00 (cento e trinta e sete mil, quatrocentos e quarenta e oito reais)

Valor Total Homologado- R\$ 137.448,00

Campo Mourão, 19 de fevereiro de 2024.

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

Página de assinaturas



Ivani Molin
517.896.809-30
Signatário

HISTÓRICO

- 20 fev 2024**
10:55:58  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30)
- 20 fev 2024**
10:56:29  **Ivani Fiore Dal Molin** (E-mail: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil
- 20 fev 2024**
10:56:29  **Ivani Fiore Dal Molin** (E-mail: compras@ciscomcam.com.br, CPF: 517.896.809-30) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil





CIS-COMCAM

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

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO

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

01 – HOMOLOGAR a presente Licitação nestes termos:

- a) Processo Nº : 26/2024
b) Licitação Nº : 7/2024
c) Modalidade : Inexigibilidade:
d) Data Homologação : 19/02/2024
e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de endocrinologia 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: CLINICA MEDICA DRº GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA - CNPJ: 09.370.059/0001-46

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

LOTE 1 LOTE 1

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

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	Unidad	2400	R\$ 57,27	R\$ 137.448,00

FORNECEDOR: RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA - CNPJ: 46.406.338/0001-49

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

LOTE 1 LOTE 1

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

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	Unidad	2400	R\$ 57,27	R\$ 137.448,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 137.448,00 (cento e trinta e sete mil, quatrocentos e quarenta e oito reais)

Valor Total Homologado- R\$ 137.448,00

Campo Mourão, 19 de fevereiro de 2024.

RAFAEL BRITO DO
PRADO:04933415951

Assinado de forma digital por RAFAEL
BRITO DO PRADO:04933415951
Dados: 2024.02.19 16:58:43 -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**



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 : 26/2024
 b) Licitação Nº : 7/2024
 c) Modalidade : Inexigibilidade:
 d) Data Homologação : 19/02/2024
 e) Objeto Homologado : Contratação de pessoa jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades de endocrinologia 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: CLINICA MEDICA DRº GUSTAVO CARDOSO GONÇALES LTDA - CNPJ: 09.370.059/0001-46

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

LOTE 1 LOTE 1

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

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	Unidade	2400	R\$ 57,27	R\$ 137.448,00

FORNECEDOR: RAFAEL DE C DEL R CONVERSANI CLINICA MEDICA LTDA - CNPJ: 46.406.338/0001-49

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

LOTE 1 LOTE 1

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

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	03.01.01.007 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CLINICA)	Unidade	2400	R\$ 57,27	R\$ 137.448,00

VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 137.448,00 (cento e trinta e sete mil, quatrocentos e quarenta e oito reais)

Valor Total Homologado- R\$ 137.448,00

Campo Mourão, 19 de fevereiro de 2024.

 Rafael Brito do Prado
 Presidente do CIS-COMCAM

Via devidamente assinada nas dependências do CISCOMCAM.



CIS-COMCAM

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

AVALIAÇÃO DO CONTROLE INTERNO

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

Campo Mourão, ____ / ____ / ____.

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

Página de assinaturas



Ivani Molin
517.896.809-30
Signatário



Maria Santos
026.495.449-10
Signatário

HISTÓRICO

- 29 fev 2024**
14:08:37  **Ivani Fiore Dal Molin** criou este documento. (E-mail: compras@ciscomcam.com.br)
- 29 fev 2024**
14:10:11  **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
- 29 fev 2024**
14:10:11  **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
- 29 fev 2024**
15:48:21  **Maria Victoria Santos** (E-mail: thidasantos666@gmail.com, CPF: 026.495.449-10) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil
- 29 fev 2024**
15:48:21  **Maria Victoria Santos** (E-mail: thidasantos666@gmail.com, CPF: 026.495.449-10) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourao - Parana - Brazil

