

# DIÁRIO OFICIAL



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

ANO II

SEXTA, 29 DE MAIO DE 2026

EDIÇÃO N° 524

## SUMÁRIO

### ADMINISTRAÇÃO

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2026	2
EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 07/2026	32
TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO	37
TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO	37
PORTARIA Nº 14	41
PORTARIA Nº 15	43
PORTARIA Nº 16	54
EXTRATO CONTRATO DE PRESTAÇÃO POR CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA Nº 142/2026	55

## IMPrensa OFICIAL

COMUNIQUE-SE, PUBLIQUE-SE E CUMPRE-SE.

**Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão - CISCOMCAM**

**João Douglas Fabrício**  
Presidente



Documento assinado digitalmente conforme MP Nº 2.200- 2 de 24/08/2001, da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida por meio do QRCode.  
Código de Validação: **5242026612**

## ADMINISTRAÇÃO



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

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2026**  
**EXERCÍCIO – 2026/2027**

**Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS**

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 profissionais da área da saúde, por meio de pessoa jurídica, sem caráter de exclusividade para atendimento no Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS.

**1. PREÂMBULO**

**1.1** 1.1 O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CISCOMCAM, por meio da Comissão de Contratação designada pela Portaria nº 12/2025, torna público que realizará Chamamento Público para Credenciamento, nos termos da Lei Federal nº 14.133/2021, da Lei Federal nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), da Lei Federal nº 11.107/2005 (Lei dos Consórcios Públicos), das Portarias de Consolidação GM/MS nº 1 e nº 2, de 28 de setembro de 2017, da Resolução CFM nº 1.613/2001, da Resolução SESA/PR nº 470/2020, especialmente com fundamento no art. 78, inciso I, da Lei Federal nº 14.133/2021, bem como das demais normas aplicáveis ao Sistema Único de Saúde – SUS. O presente procedimento tem por finalidade o credenciamento de pessoas jurídicas para a prestação de serviços na área da saúde, em caráter complementar ao SUS, observando-se os princípios da legalidade, isonomia, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência

**1.2** O credenciamento será regido por este edital e seus anexos, sendo assegurada a participação de todos os interessados que atenderem às condições estabelecidas.

**2. DO OBJETO**

**2.1** O presente Chamamento Público tem por objeto o credenciamento de pessoas jurídicas especializadas na prestação de serviços de saúde, para atuação no âmbito do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, conforme especificações constantes neste edital e em seus anexos.

**2.2-** Os serviços oferecidos pelo Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS abrangem todos aqueles mencionados na TABELA DE VALORES – DISTRIBUIDOS POR ESPECIALIDADE, TABELA 9 – OUTROS SERVIÇOS (QualiCIS), disponível no link: <http://www.ciscomcam.com.br/site/valores/1>

**2.3 -** O procedimento adotado para a contratação dos interessados será operacionalizado por meio de **procedimento auxiliar de credenciamento**, previsto no art. 78, inciso I, da Lei nº 14.133/2021, o qual poderá ensejar **contratações diretas por inexigibilidade de licitação**, nos termos do art. 74, inciso IV, advindo deste edital de chamamento público para que os interessados em participar nas especialidades oferecidas pelo CISCOMCAM, providenciem toda documentação necessária, para que subsequentemente as contratações sejam realizadas de acordo com a demanda e necessidade do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS.

**2.4** A convocação para credenciamento dar-se-á por meio de publicação ATO DE CHAMADA OFICIAL, o qual estabelecerá os prazos de abertura e encerramento para habilitação dos interessados, tornando-os aptos à formalização de contrato de prestação de serviços, conforme os critérios estabelecidos nos itens 5.6 e 5.7.

**2.5** Os serviços serão prestados preferencialmente nas dependências na sede do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, quanto contratado por hora, podendo haver alteração do local de execução, desde que devidamente justificada e previamente comunicada ao credenciado.

**2.6** Para cada área de atuação, será credenciado o prestador de serviços, nos moldes da carga horária mensal, em estrita observância à pactuação com Governo do Estado do Paraná, constante no plano de trabalho do QualiCIS.

**2.7 -** A carga horária/quantidade de atendimentos e/ou procedimentos de cada empresa

Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)

Hash SHA256 do original: 33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35

Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador



## CIS-COMCAM

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

credenciada será definida mensalmente, e estará atrelada ao planejamento mensal das metas de atendimentos a serem realizadas, conforme as planilhas programáticas por Linha de Cuidado anexas ao Termo de Adesão;

**2.8** - Considerando ser um programa instituído pelo Governo do Estado do Paraná, mediante Resolução SESA/PR 470/2020, a prestação de serviço perdurará enquanto o programa estiver vigente entre o Governo do Estado do Paraná e CISCOMCAM, podendo, os contratos provenientes deste Chamamento Público obedecerem às regras dos prazos de prorrogação contratual.

### 3. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

**3.1** Poderão participar do processo de credenciamento as pessoas jurídicas atuantes na área de mencionadas na tabela de valores – distribuídos por especialidade, tabela 9 – outros serviços (qualiCIS), que mantenham em seu quadro de colaboradores profissionais devidamente habilitados para a prestação do serviço, que gozem de boa reputação profissional e que atendam os requisitos do item 6 - “documentação referente à habilitação”, bem como atendam as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento de excelência aos pacientes.

**3.2** A participação implica na aceitação integral das condições estabelecidas neste instrumento convocatório, bem como, fica vinculada à prestação de serviço(s) para todos os Municípios pertencentes a este Consórcio.

**3.3** Não poderão participar do credenciamento aqueles que se enquadrarem nas hipóteses de impedimento previstas no art. 14 da Lei nº 14.133/2021.

**3.4** Não será permitida a participação de consórcios licitantes.

**3.5** É vedada a participação de pessoas jurídicas que possuam em seu quadro societário ou como responsáveis técnicos servidores ou dirigentes do CISCOMCAM ou de entes consorciados, quando configurado conflito de interesses, nos termos da legislação aplicável.

**3.6** Não será admitida a participação de Microempreendedor Individual (MEI), nos termos da Lei Complementar nº 123/2006 e da Resolução CGSN nº 140/2018, considerando as limitações legais inerentes a esse regime jurídico.

**3.6.1** A vedação fundamenta-se especialmente:

I – No limite de receita bruta anual previsto no art. 18-A da Lei Complementar nº 123/2006, incompatível com o volume potencial de execução dos serviços objeto deste credenciamento;

II – Na limitação estrutural prevista na Resolução CGSN nº 140/2018, que restringe o MEI à contratação de apenas um empregado, inviabilizando a adequada prestação dos serviços, especialmente quanto à necessidade de continuidade, substituição de profissionais e atendimento à demanda do serviço público de saúde;

III – Na necessidade de assegurar a eficiência, continuidade e qualidade na prestação dos serviços públicos de saúde, em observância aos princípios previstos na Lei nº 14.133/2021.

IV – Na vedação legal estabelecida pelo Comitê Gestor do Simples Nacional (CGSN), uma vez que as atividades de saúde com regulamentação própria e registro em conselho de classe – de natureza técnica, intelectual e científica – não figuram no rol de ocupações permitidas ao Microempreendedor Individual, conforme a Lei Complementar nº 123/2006 e o Anexo XI da Resolução CGSN nº 140/2018.

Dessa forma, a participação de MEI mostra-se incompatível com as exigências técnicas e operacionais do objeto deste credenciamento.

### 4. DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E DA OBRIGAÇÃO DE FORMAÇÃO CONTINUADA

**4.1** - Em atendimento às exigências do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde — QualiCIS, instituído pela Resolução SESA nº 1.418, de 1º de dezembro de 2020, e nos termos do Quadro 1 do Termo de Adesão firmado entre o CIS-COMCAM e a Secretaria de Estado da Saúde — SESA, todos os profissionais integrantes da equipe multiprofissional especializada do credenciado deverão comprovar a carga horária mínima de 180 (cento e oitenta) horas de capacitação nas áreas pertinentes à respectiva Linha de

Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)

Hash SHA256 do original: **33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35**

Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador



## CIS-COMCAM

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

Cuidado de atuação, conforme parâmetros de formação estabelecidos no Quadro 1 do referido Termo de Adesão e referenciado no Termo de Referência deste Credenciamento.

4.2 - A comprovação da carga horária exigida no item supramencionado poderá ser feita mediante apresentação de certificados ou declarações de conclusão emitidos por instituição de ensino pública ou privada reconhecida, cursos presenciais ou na modalidade de Ensino a Distância — EAD, em cursos em andamento que já totalizem a carga horária mínima ou já concluídos.

4.3 - O interessado que, no ato do credenciamento, não possuir a carga horária mínima de 180 (cento e oitenta) horas exigida poderá ser credenciado e ter seu contrato firmado, desde que assuma a obrigação de comprovar que está com a formação em andamento, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da data de assinatura do contrato. Cumpre destacar que a responsabilidade e os encargos financeiros necessários à realização da formação serão de vinculação exclusiva ao credenciado.

4.4 - O credenciado enquadrado na hipótese do item acima deverá, imediatamente ao início da contratação, inscrever os profissionais da equipe multiprofissional nos cursos de capacitação necessários.

4.5 - No prazo de 90 (noventa) dias previsto no item supramencionado, o credenciado deverá apresentar ao CIS-COMCAM está com a formação em andamento e, sendo possível, os certificados ou declarações que comprovem a conclusão da carga horária mínima exigida para cada profissional da equipe.

4.6 - O descumprimento da obrigação de comprovação no prazo estabelecido de 90 (noventa) dias, sem justificativa aceita pelo CIS-COMCAM, configurará inadimplemento contratual, sujeitando o credenciado às seguintes consequências, assegurados o contraditório e a ampla defesa, nos termos do art. 156 e do art. 137 da Lei nº 14.133/2021:

I — instauração de processo administrativo para apuração do inadimplemento, com notificação formal do credenciado para apresentação de defesa no prazo de 15 (quinze) dias;

II — aplicação da penalidade de advertência, caso o credenciado, após a notificação, comprove que deu início às providências para regularização;

III — rescisão unilateral do contrato pelo CIS-COMCAM, na hipótese de não regularização após o prazo concedido na notificação ou de reincidência, sem prejuízo da aplicação das demais sanções previstas no instrumento convocatório e na legislação vigente.

4.7 - O credenciado, ainda que já detenha a carga horária mínima no ato do credenciamento, obriga-se a manter permanentemente a qualificação da equipe multiprofissional, comprovando-a nas avaliações semestrais do Programa QualiCIS realizadas pela Comissão Regional e pela Comissão Estadual de Avaliação e Monitoramento, conforme exigência do Termo de Adesão.

4.8 - A rotatividade de profissionais não exime o credenciado da obrigação de manter a qualificação técnica exigida. Em caso de substituição de profissional da equipe, o credenciado deverá apresentar, no prazo de até 30 (trinta) dias da admissão do novo profissional, os comprovantes de capacitação deste ou, caso ainda não os possua, declaração de compromisso com o cumprimento da carga horária no prazo máximo de 90 (noventa) dias, aplicando-se, subsidiariamente, o disposto nos itens supramencionados.

4.9 - O disposto nesta cláusula fundamenta-se nos arts. 62 e 92 da Lei nº 14.133/2021, na Resolução SESA nº 1.418/2020, nas diretrizes do Programa QualiCIS e no Termo de Adesão firmado pelo CIS-COMCAM, visando à garantia da qualidade assistencial e ao cumprimento das obrigações assumidas perante a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

### 5- DA FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO

5.1 O credenciamento será amplamente divulgado e permanecerá aberto durante a vigência deste edital, permitindo a inscrição de interessados a qualquer tempo, devendo o interessado apresentar os documentos necessários ao atendimento das exigências previstas neste instrumento convocatório.

5.2 Os interessados poderão inscrever-se conforme o procedimento estabelecido neste edital, sendo o credenciamento realizado nos termos da Lei nº 14.133/2021, caracterizando-se como

Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)

Hash SHA256 do original: **33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35**

Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>

Validador





## CIS-COMCAM

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

procedimento auxiliar de contratação.

5.3 O credenciamento poderá ser realizado periodicamente, a cada 3 (três) meses, ou conforme a necessidade da Administração, mediante divulgação da relação de credenciados no sítio oficial do CISCOMCAM. Os novos credenciados habilitados durante a vigência do edital ingressarão ao final da fila vigente na data da respectiva habilitação.

5.4 A fila de credenciados no site será automaticamente excluída a cada 12 meses, sendo obrigatória aos interessados a realização de nova solicitação de credenciamento.

5.5 Os interessados deverão encaminhar a documentação necessária por meio do sistema eletrônico disponível no endereço: <https://credenciamento.ciscomcam.com.br/login>, conforme disposto neste edital, a partir de 5 (cinco) dias úteis contados da publicação no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP) e no Diário Oficial, sendo o protocolo comprovado pelo sistema.

5.6 O envio da documentação deverá ocorrer exclusivamente por meio digital, sendo todas as vias apresentadas em formato PDF, observando-se os prazos estabelecidos a cada reabertura a publicar no Diário Oficial para inclusão de novos credenciados.

5.7 Todos os interessados que apresentarem documentação habilitatória regular serão analisados pela Comissão de Contratação e credenciados em condições isonômicas, sem limitação prévia do número de credenciados (art. 79 da Lei nº 14.133/2021; art. 9º do Decreto Federal nº 11.878/2024; art. 44 da Portaria nº 04/2024 do CIS-COMCAM).

5.8 Em caso de protocolo de mais de um interessado, a Comissão de Contratação realizará análise dos documentos protocolados e atendidos os requisitos de habilitação, serão habilitados as empresas interessadas, posteriormente será definido a classificação por ordem de apresentação da documentação e divulgada no site oficial: [www.ciscomcam.com.br](http://www.ciscomcam.com.br), onde será convocado a formalizar o contrato conforme horas disponível previsto no convenio firmado com governo do Estado do Parana Qualicis.

5.9 O credenciado convocado terá o prazo de 48 (quarenta e oito) horas úteis para confirmar o atendimento. A recusa devidamente justificada implicará o retorno ao final da fila, sem aplicação de sanção. A recusa imotivada reiterada, caracterizada por mais de 3 (três) ocorrências no período de 60 (sessenta) dias, ensejará a abertura de processo administrativo para descredenciamento, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

5.10 Cada empresa constante na lista de credenciados poderá ser contratada com carga horária máxima de 160 (cento e sessenta) horas mensais, por especialidade, ressalvada a hipótese de inexistência de outra empresa interessada ou credenciada na mesma especialidade, situação em que a carga horária poderá ser ampliada conforme necessidade da Administração.

5.11 Considerando que a prestação de serviço é proveniente de Convênio Estadual pactuado com a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, a formalização dos contratos estará condicionada ao desligamento de profissional previamente contratado, à necessidade de ampliação da demanda por serviços e à disponibilidade de recursos financeiros repassados pelo Governo do Estado ao CISCOMCAM.

5.12 Sempre que houver ampliação da demanda ou disponibilidade de recursos, a Administração poderá promover a contratação de credenciados, observando os critérios definidos neste edital.

5.13 Os interessados que apresentarem documentação incompleta ou com inconsistências poderão regularizá-la no prazo estabelecido pela Comissão de Contratação, sob pena de não credenciamento.

5.14 Após a análise definitiva, os interessados que não atenderem aos requisitos de habilitação serão considerados inabilitados, mediante registro em ata.

5.15 Em conformidade com o art. 43, §1º, da Lei Complementar nº 123/2006, será assegurado às Microempresas e Empresas de Pequeno Porte o prazo de 5 (cinco) dias úteis, prorrogável por igual período a critério do CISCOMCAM, para regularização de eventual restrição na documentação fiscal e trabalhista.

5.16 Sempre que houver aumento na disponibilização de recursos financeiros pelo Governo do Estado viabilizando a contratação de mais profissionais, será realizado convocação da empresa habilitada que consta na lista de classificação divulgada no site oficial: [www.ciscomcam.com.br](http://www.ciscomcam.com.br).

Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
Hash SHA256 do original: 33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc55  
Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador



## CIS-COMCAM

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

5.17 Os interessados poderão entregar os seus documentos pelo site de credenciamento <https://credenciamento.ciscomcam.com.br/login>.

5.18 Os contratos decorrentes deste credenciamento terão vigência inicial de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogados nos termos do art. 107 da Lei nº 14.133/2021, mediante justificativa.

5.19 A prestação dos serviços poderá ser rescindida nos casos previstos na legislação vigente, mediante decisão devidamente motivada e assegurado o contraditório e a ampla defesa.

5.20 O edital estará disponível no sítio eletrônico <http://www.ciscomcam.com.br/site/editais> e poderá ser solicitado por meio do endereço eletrônico [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br)

### 6. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

6.1 O interessado deverá preparar toda a documentação em formato digital (PDF), observando o limite de tamanho permitido pelo sistema de credenciamento, devendo preencher e assinar todos os anexos exigidos neste edital antes de sua conversão para envio.

6.2 Os documentos relativos aos profissionais indicados para execução dos serviços deverão ser apresentados em arquivo único, em formato PDF, respeitado o limite estabelecido no item anterior e inseridos no campo específico do sistema eletrônico.

6.3 Os certificados e demais documentos comprobatórios deverão ser digitalizados em sua integralidade, incluindo frente e verso quando houver, não sendo aceitos documentos incompletos, sem assinatura ou sem o devido registro no órgão competente, quando exigido.

### 7. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

7.1 Recomenda-se ao interessado a utilização do checklist constante no Anexo VI, a fim de auxiliar na conferência e organização da documentação;

7.2 Requerimento de credenciamento, conforme modelo contido no **Anexo I**;

7.3 Registro comercial, no caso de empresa individual;

7.4 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;

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

7.6 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;

7.7 Documento de identificação dos sócios administradores;

7.8 Comprovante do Cadastro Jurídico no Conselho de Classe;

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

7.10 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**;

7.11 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**;

7.12 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;

7.13 Cartão CNPJ conforme última atualização, caso haja alterações no contrato social;

Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
Hash SHA256 do original: 33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35  
Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador



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

**7.14** Comprovante atualizado do endereço indicado no documento de constituição ou alteração da empresa;

**7.15** 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;**

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

**7.17** 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>

**7.18** 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.

**7.19** 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;

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

**7.21** 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;

**7.22** 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;

**7.23** Deverá apresentar o comprovante de endereço do local onde será executada a prestação de serviço;

**7.24** 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 24 (vinte e quatro) meses, contados da sua emissão;

**7.25** A pessoa jurídica deverá indicar no Anexo I o profissional que executará o(s) serviço(s) ora contratado(s), devendo anexar os seguintes documentos:

## **8 DOS DOCUMENTOS DOS PROFISSIONAIS**

8.1 Documento oficial de identidade e CPF;

8.2 Cópia do cartão SUS;

8.3 Comprovante de endereço do profissional, para fins de cadastro junto ao sistema da Secretaria Municipal de Saúde.

8.4 Cópia da Carteira Profissional do respectivo conselho da classe ou Declaração de Inscrição no Órgão respectivo, contendo número do registro profissional;

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

8.6 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);

Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: **33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35**  
 Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador



## CIS-COMCAM

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

8.7 Na ausência do RQE (Registro de Qualificação de Especialização) o profissional poderá entregar cópia(s) (frente e verso) do(s) certificado(s) de especialização(ões) ou certificado de conclusão de residência médica na especialidade a que se deseja credenciar, podendo ser substituída por declaração de 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);

8.8 Para o profissional com formação em instituição de ensino no exterior, deverá ser anexado o comprovante de revalidação do diploma (Revalida).

8.9 Alvará de funcionamento e Licença Sanitária do local onde serão executados os serviços credenciados (caso o endereço for diferente do endereço do CNPJ ou em outros municípios onde está instalado o CNPJ);

8.10 Número do telefone celular e e-mail para contato do profissional.

8.11 Como condição para assinatura do contrato, os profissionais vinculados à credenciada deverão apresentar declaração formal de inexistência de acumulação ilícita de cargos, empregos ou funções públicas, nos termos do art. 37, inciso XVI, da Constituição Federal, bem como declaração de compatibilidade de horários, quando houver vínculo concomitante, responsabilizando-se civil, administrativa e penalmente pela veracidade das informações prestadas.

### 9 DOCUMENTOS DO RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO E DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES

9.1 Número do telefone celular e e-mail do responsável pela emissão dos documentos fiscais.

9.2 Documento oficial de identificação do responsável pela emissão dos documentos fiscais.

9.3 Os anexos exigidos neste edital deverão ser devidamente preenchidos, com a inserção dos dados do interessado em todos os campos pertinentes, bem como assinados, conforme os modelos disponibilizados.

9.4 Os documentos, certidões e declarações disponíveis em meio eletrônico deverão ser apresentados pelo interessado, não sendo responsabilidade do CISCOMCAM a sua emissão, salvo em situações excepcionais devidamente justificadas.

9.5 A apresentação completa da documentação exigida neste edital é de responsabilidade do interessado, podendo a ausência de documentos essenciais comprometer o credenciamento.

9.6 Em caso de inclusão ou exclusão de profissional habilitado para a prestação dos serviços, o prestador contratado deverá comunicar o CISCOMCAM por meio do sistema eletrônico de credenciamento (<https://credenciamento.ciscomcam.com.br/login>), encaminhando a documentação completa do novo profissional, conforme exigências deste edital.

9.7 Para alteração de endereço ou inclusão de novo local de atendimento, o prestador contratado deverá comunicar o CISCOMCAM, por meio de documento oficial enviado pelo site de credenciamento disponível no seguinte link: <https://credenciamento.ciscomcam.com.br/login>, 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.

9.8 Nos casos de inclusão de novo local de atendimento, deverá ser encaminhada a documentação comprobatória, incluindo declaração assinada e o respectivo alvará ou licença sanitária do local onde serão realizados os atendimentos.

9.9 Nos atendimentos realizados em órgãos públicos, poderá ser dispensada a apresentação de alvará ou licença sanitária, desde que haja autorização formal da autoridade competente da área da saúde.

9.10 Até a efetiva atualização cadastral e formalização contratual, permanecerão válidas as condições originalmente cadastradas no credenciamento.

9.11 As alterações solicitadas estarão sujeitas à análise da documentação apresentada e,

Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
Hash SHA256 do original: 33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35  
Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador



## **CIS-COMCAM**

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

quando aprovadas, serão formalizadas por meio de termo aditivo ao contrato.

9.12 Alterações relativas à inclusão de novos tipos de consultas, exames ou procedimentos dependerão da realização de novo credenciamento, podendo implicar a rescisão do contrato vigente, conforme avaliação da Administração.

### **10 DO PROCEDIMENTO DO CREDENCIAMENTO**

**10.1** O credenciamento será amplamente divulgado por meio de publicação no Diário Oficial, no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP) e no sítio eletrônico oficial do CISCOMCAM ([www.ciscomcam.com.br](http://www.ciscomcam.com.br)).

**10.2** Os interessados serão credenciados mediante análise da documentação apresentada, realizada pela Comissão de Contratação, observados os requisitos estabelecidos neste edital

**10.3** Eventuais dúvidas quanto à documentação apresentada ou à qualificação dos profissionais poderão ser objeto de diligência pela Comissão de Contratação, nos termos da legislação aplicável.

**10.4** É vedado o contato direto com membros da Comissão de Contratação para fins de análise prévia de documentação ou obtenção de tratamento diferenciado, devendo toda comunicação ocorrer por meio dos canais oficiais indicados neste edital.

**10.5** As contratações decorrentes do credenciamento observarão as disposições da Lei Federal nº 14.133/2021, da legislação estadual aplicável, bem como os termos da minuta contratual que integra este edital.

**10.6** O presente procedimento adotará o Chamamento Público para credenciamento de interessados, caracterizando-se como hipótese de contratação por inexigibilidade de licitação, sendo os serviços executados de forma indireta, com remuneração baseada nos serviços efetivamente prestados, conforme valores definidos nas tabelas referenciais constantes deste edital.

### **11. DO CRITÉRIO DE CREDENCIAMENTO**

**11.1** Serão credenciadas todas as pessoas jurídicas que atenderem integralmente às exigências de habilitação previstas neste edital, não havendo limitação de número de credenciados.

**11.2** O credenciamento não gera direito subjetivo à contratação, a qual ocorrerá de acordo com a demanda pelos serviços e a disponibilidade de recursos financeiros vinculados ao Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS.

**11.3** Ao requerer sua inscrição ou atualização cadastral, a qualquer tempo, o interessado deverá apresentar a documentação exigida neste edital, especialmente quanto à habilitação jurídica, regularidade fiscal e qualificação técnica, conforme disposto na cláusula 6.

**11.4** A contratação dos credenciados será realizada conforme a necessidade da Administração, podendo ser adotados critérios objetivos e isonômicos para a distribuição da demanda, previamente definidos, de modo a assegurar a impessoalidade e a eficiência na prestação dos serviços.

**11.5** O Termo de Credenciamento/Contrato poderá ser alterado, mediante justificativa, para adequação às condições de execução dos serviços, especialmente em razão de alterações nas diretrizes do Programa QualiCIS ou das normas aplicáveis ao Sistema Único de Saúde (SUS).

**11.6** O Termo de Credenciamento/Contrato poderá ser suspenso ou rescindido nos casos em que ficar demonstrado o descumprimento das exigências estabelecidas neste edital, das condições contratuais ou das normas do Programa QualiCIS e do SUS, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

**11.7** Na hipótese de descredenciamento, suspensão ou ampliação da demanda, permanecerá aberto o credenciamento para novos interessados, nos termos deste edital.

### **12. DOS VALORES, PAGAMENTOS E VIGÊNCIA DA PRESTAÇÃO.**

**12.1** A remuneração pela prestação dos serviços observará os valores definidos na tabela referencial constante no sítio eletrônico do CISCOMCAM

Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)

Hash SHA256 do original: **33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35**

Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador



## CIS-COMCAM

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

(<http://www.ciscomcam.com.br/site/valores/1>), especificamente na **Tabela 9 – Outros Serviços (QualiCIS)**, que integra este edital para todos os fins.

12.2 O pagamento da prestação do serviço será baseado no quantitativo de horas trabalhadas.

12.3 As despesas decorrentes da execução dos serviços correrão por conta de recursos provenientes do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, previstos no orçamento do exercício vigente, bem como de eventuais repasses dos Municípios consorciados.

12.4 Os contratos decorrente do credenciamento oriundo deste Chamamento Público, formalizados por inexigibilidade de licitação poderão ser prorrogados por meio de termo aditivo acordado entre as partes, desde que estejam em consonância com parecer jurídico emitido pela instituição;

12.5 O presente Chamamento Público entrará em vigor a partir de sua publicação no Diário Oficial, no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP).

### 13 DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

13.1 Para fins de pagamento, o credenciado deverá anexar mensalmente, no sistema eletrônico do CISCOMCAM, no mês subsequente à execução dos serviços, os seguintes documentos:

- nota fiscal correspondente aos serviços prestados;
- Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União;
- Certificado de Regularidade do FGTS (CRF);
- Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT);

Todos devidamente atualizados e vigentes, observadas as disposições da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.

13.2 A entrega da documentação fiscal fora do prazo estabelecido poderá implicar o processamento do pagamento em período subsequente, em razão dos procedimentos contábeis adotados pelo CISCOMCAM, em conformidade com a legislação aplicável e normas do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

13.3 Após a regular apresentação da documentação exigida e a devida liquidação da despesa, o pagamento será realizado mediante depósito na conta bancária indicada pelo credenciado, observada a ordem cronológica de pagamentos e a disponibilidade financeira do CISCOMCAM, nos termos da Lei nº 14.133/2021.

13.4 As despesas decorrentes deste contrato correrão por conta de recursos provenientes do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, bem como de recursos próprios dos Municípios consorciados, devidamente previstos em dotação orçamentária.

13.5 É vedada a cobrança de quaisquer valores adicionais aos usuários pelos serviços prestados no âmbito deste credenciamento, bem como a indução à contratação de serviços particulares, sob pena de aplicação das sanções cabíveis, inclusive descredenciamento.

13.6 A ausência de apresentação das certidões de regularidade não impedirá, excepcionalmente, a realização do pagamento pelos serviços efetivamente prestados, devendo o credenciado regularizar a pendência no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, sob pena de suspensão de novos pagamentos e/ou adoção das medidas contratuais cabíveis, inclusive rescisão.

### 14 DO CRITÉRIO DE REAJUSTE

14.1 - Os valores contratuais sofrerão reajustes de acordo com os índices aplicados na tabela de valores devidamente aprovados pelo Conselho Curador ou Conselho de Prefeitos.

### 15 DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

15.1 - Os pagamentos pela execução dos serviços correrão por fontes dos recursos ao qual estará contido no orçamento, a saber:

Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
Hash SHA256 do original: **33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35**  
Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador



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

01.005.10.302.0005.2.006	<b>33.90.39.00.0</b>	01001	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA.
01.005.10.302.0005.2.006	<b>33.90.39.00.0</b>	31322	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA.

**16 DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS**

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

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

**17 DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO**

17.1 O credenciado deverá manter os atendimentos nos dias e horários definidos pelo(a) Diretor(a) de Serviços de Saúde, responsável pelo **Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS.**

17.2 Na ausência do profissional indicado para a prestação dos serviços, caberá ao credenciado providenciar a substituição por outro profissional com qualificação equivalente, previamente comunicado ao CISCOMCAM, de modo a evitar prejuízos ao atendimento dos pacientes

17.3 O atendimento ao usuário deverá contemplar a elaboração de plano de cuidado, podendo ser realizado de forma presencial ou remota, conforme a natureza do serviço.

17.4 O plano de cuidados deve contemplar: tratamento, manutenção do manejo clínica e se necessário treinamento para a equipe. O profissional integrante do Ambulatório Médico de Especialidade, deve prestar assistência ao paciente de todas as linhas de cuidados quanto solicitado internamente.

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

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

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

17.8 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;

17.9 Manter o ambiente de trabalho disponibilizado em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento;- 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 quarenta e cinco (45) 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;

17.10 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;

17.11 O profissional credenciado deverá priorizar, sempre que possível, a prescrição de medicamentos conforme os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS, observando as listas padronizadas do Estado e do Município, devendo registrar no prontuário eletrônico as justificativas clínicas para prescrições fora dessas listas.

17.12 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

Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: **33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35**  
 Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador



## CIS-COMCAM

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

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;

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

17.14 Poderá ser exigido ao decorrer da vigência de contrato que TODOS OS PROFISSIONAIS INDICADOS no ANEXO I disponham de Certificado Digital e-CPF para assinatura digital de prontuários eletrônicos, pelo qual, sem o certificado em questão, restará impossibilitado o atendimento.

### 18 DA FISCALIZAÇÃO / OUVIDORIA / INSTRUÇÕES E APERFEIÇOAMENTO DOS SERVIÇOS.

18.1 Caberá ao CISCOMCAM, por intermédio da Diretoria de Serviços de Saúde e do Fiscal de Contrato designado, a coordenação, o controle e a fiscalização da prestação dos serviços, podendo, para tanto, realizar vistorias periódicas ou a qualquer tempo, inclusive por meio do setor de controle interno ou terceiros formalmente designados.

18.2 A fiscalização exercida pelo CONTRATANTE não exclui nem reduz a responsabilidade da CONTRATADA pela execução dos serviços, inclusive perante pacientes e terceiros, por eventuais danos decorrentes de culpa ou dolo.

18.3 A CONTRATADA deverá observar e cumprir as instruções, orientações e recomendações expedidas pelo CISCOMCAM, visando ao aperfeiçoamento da prestação dos serviços, bem como comunicar eventuais irregularidades ou reclamações recebidas

18.4 A CONTRATADA deverá observar as diretrizes assistenciais, de supervisão, educacionais e, quando aplicável, de pesquisa, relacionadas às Linhas de Cuidado Prioritárias definidas pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA), bem como os compromissos assumidos no Termo de Adesão.

18.5 A CONTRATADA deverá comunicar ao CONTRATANTE eventual alteração de sua razão social, quadro societário ou diretoria, encaminhando a documentação comprobatória no prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias contados do respectivo registro.

18.6 É vedada a cobrança de qualquer valor adicional ao paciente ou seu acompanhante pelos serviços prestados no âmbito deste contrato, ficando a CONTRATADA responsável por eventuais cobranças indevidas realizadas por seus profissionais, empregados ou prepostos.

18.7 A CONTRATADA deverá atender os pacientes com dignidade e respeito, de forma universal e igualitária, assegurando a qualidade na prestação dos serviços.

### 19 DA RESPONSABILIDADE POR FRAUDES E CORRUPÇÕES

19.1 Os licitantes devem observar e o contratado deve observar e fazer observar, por seus fornecedores e subcontratados, se admitida subcontratação, o mais alto padrão de ética durante todo o processo de contratação e de execução do objeto contratual. Para os fins desta cláusula, consideram-se:

**a) prática corrupta:** oferecer, dar, receber ou solicitar, direta ou indiretamente, qualquer vantagem indevida com o objetivo de influenciar a atuação de agente público no processo de contratação ou na execução contratual;

**b) prática fraudulenta:** a falsificação ou omissão de fatos com o objetivo de influenciar o processo de credenciamento ou a execução do contrato;

**c) prática colusiva:** estabelecer acordo entre dois ou mais interessados, com ou sem o conhecimento da Administração, visando obter vantagem indevida ou prejudicar o caráter isonômico do procedimento;

**d) prática coercitiva:** causar dano ou ameaçar causar dano, direta ou indiretamente, a pessoas ou bens, com o objetivo de influenciar sua participação no procedimento ou a execução contratual;

**e) prática obstrutiva:**

Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
Hash SHA256 do original: 33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35  
Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador



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

- destruir, falsificar, alterar ou ocultar provas em inspeções ou prestar declarações falsas, com o objetivo de dificultar a apuração de irregularidades;
- praticar atos com a finalidade de impedir ou dificultar atividades de fiscalização ou auditoria.

19.2 O descumprimento das disposições desta cláusula sujeitará o infrator às sanções administrativas, civis e penais cabíveis, nos termos da legislação vigente, inclusive a Lei nº 14.133/2021.

18.3 Na hipótese de financiamento, total ou parcial, por organismo financeiro externo, o contratado deverá permitir o acesso às instalações, documentos e registros relacionados ao contrato, para fins de auditoria e fiscalização.

**20 SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS**

20.1 As contratações decorrentes deste credenciamento observarão as disposições da Lei Federal nº 14.133/2021, da legislação estadual aplicável e da minuta contratual integrante deste edital.

20.2 Pela inexecução total ou parcial do contrato, o CISCOMCAM poderá aplicar ao credenciado as sanções previstas no art. 156 da Lei nº 14.133/2021, bem como aquelas previstas na legislação pertinente e normas aplicáveis ao objeto, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

20.3 Para fins de acompanhamento e apuração de eventuais irregularidades na execução dos serviços, o CISCOMCAM manterá canal de atendimento por meio da Ouvidoria, destinado ao recebimento de denúncias e reclamações dos usuários.

20.4 Para fins de imposição de penalidades são consideradas infrações as condutas abaixo elencadas, sendo certo que o rol abaixo é exemplificativo, podendo ocorrer outras, e da mesma forma serão passíveis de punição, conforme prevê as disposições normativas que regem a matéria:

INFRAÇÕES	SANÇÃO
Não firmar o instrumento de contrato, quando convocado dentro do prazo previsto no edital (até 05 dias úteis, a contar da data da convocação)	Impedimento de contratar com a Administração, nos termos da Lei nº 14.133/2021
Fraudar o procedimento de credenciamento	Impedimento de licitar e contratar e/ou declaração de inidoneidade
Apresentar declaração ou informação falsa, bem como adulterar documento.	Impedimento de licitar e contratar e/ou declaração de inidoneidade
Não comparecer para realizar o atendimento aos pacientes.	Advertência e/ou multa proporcional ao prejuízo causado
Não responder em prazo assinalado as solicitações do Consórcio instrumentalizadas em ofícios, memorandos ou congêneres.	Advertência, podendo ser aplicada multa em caso de reincidência

20.5 A aplicação de qualquer penalidade será precedida de regular processo administrativo, assegurando-se ao credenciado o contraditório e a ampla defesa, nos termos da Lei nº 14.133/2021.

20.6 Na aplicação das sanções, serão observados os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade, considerando-se a natureza e a gravidade da infração, os danos causados à Administração ou aos usuários, bem como eventual reincidência.

20.7 O descumprimento injustificado das obrigações previstas neste edital ou no contrato poderá ensejar, conforme a gravidade da conduta, a aplicação de sanções administrativas, inclusive o descredenciamento, sem prejuízo das responsabilidades civil e administrativa cabíveis.

Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: **33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35**  
 Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>





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

**21 DISPOSIÇÕES GERAIS**

21.1 Qualquer cidadão é parte legítima para impugnar o presente edital por irregularidade na aplicação da Lei nº 14.133/2021, devendo protocolar o pedido em até 3 (três) dias úteis antes da data de início do credenciamento, por meio do endereço eletrônico [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br) ou junto ao setor competente do CISCOMCAM, cabendo à Administração julgar e responder à impugnação no prazo de até 3 (três) dias úteis, nos termos do art. 164 da referida lei.

21.2 Decairá do direito de impugnar os termos deste edital o interessado que não o fizer no prazo estabelecido no item anterior, não sendo admitidas alegações posteriores, salvo aquelas supervenientes.

21.3 É assegurado aos interessados o direito à interposição de recurso administrativo contra decisões da Comissão de Contratação, nos termos da Lei nº 14.133/2021, observando-se o seguinte procedimento:

- O recurso deverá ser interposto no prazo de 3 (três) dias úteis, contados da ciência da decisão;
- Interposto o recurso, os demais interessados serão comunicados para, querendo, apresentar contrarrazões no prazo de 3 (três) dias úteis;
- O recurso será dirigido à autoridade superior, por intermédio da autoridade que proferiu a decisão, a qual poderá reconsiderá-la no prazo de 3 (três) dias úteis ou encaminhá-lo para decisão final.

21.4 Os profissionais credenciados deverão utilizar o sistema de prontuário eletrônico disponibilizado pelo CISCOMCAM

21.5 Os credenciados e os profissionais indicados para a execução dos serviços deverão observar os regulamentos internos do CISCOMCAM, bem como as normas e protocolos do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo ainda responder às notificações e manifestações oriundas da Ouvidoria no prazo de até 3 (três) dias úteis.

21.6 Os pedidos de esclarecimentos relativos a este chamamento público deverão ser formulados por escrito e encaminhados ao CISCOMCAM, por meio do endereço eletrônico [compras@ciscomcam.com.br](mailto:compras@ciscomcam.com.br) ou junto ao seu endereço físico, sendo respondidos pela Administração nos termos da legislação aplicável.

Campo Mourão, 28 de maio de 2026.

Joana Darc da Silva  
 1º Membro da Comissão de Contratação  
 Portaria nº 07/2025


SIGNATÁRIO



Assinado eletronicamente por  
**JOANA DARC DA SILVA**  
 Data: 28/05/2026 14:17  
#ef066e3b5ab711f1bb8342010a2b6020

Vagner Siqueira Alves  
 2º Membro da Comissão de Contratação  
 Portaria nº 12/2025

SIGNATÁRIO



Assinado eletronicamente por  
**Vagner Siqueira Alves**  
 Data: 28/05/2026 14:49  
#ef1cb7a35ab711f1bb8342010a2b6020

Alexandro Sebastião dos Santos  
 3º Membro da Comissão de Contratação  
 Portaria nº 12/2025

SIGNATÁRIO



Assinado eletronicamente por  
**Alexandro S. dos Santos**  
 Data: 28/05/2026 14:21  
#ef1f1f8a5ab711f1bb8342010a2b6020

Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140

Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: **33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35**  
 Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>





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

**TERMO DE REFERÊNCIA**

**1. DO OBJETO**

**1.1. CONTRATAÇÃO DE PESSOAS JURÍDICOS PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AO PROGRAMA ESTADUAL DE QUALIFICAÇÃO DOS CONSÓRCIO INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE – QualiCIS.**

**2. DA JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO**

**2.1** Consórcio significa, do ponto de vista jurídico e etimológico, a união ou associação de dois ou mais entes da mesma natureza. O consórcio não é um fim em si mesmo; constitui, sim, um instrumento, um meio, uma forma para a resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns.

**2.2** O consórcio intermunicipal na área da saúde é visto como uma associação entre Municípios para a realização de atividades conjuntas referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações. Como iniciativa eminentemente municipal, reforça o exercício da gestão conferida constitucionalmente aos Municípios no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

**2.3** Em 2012 a SESA implantou o Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná – COMSUS, por tratar-se de uma importante ferramenta de gestão do Sistema Público de Saúde, compatível com os princípios do SUS. O Programa previa recursos financeiros para a execução de ações e serviços de saúde, aquisição de equipamentos, obras e educação permanente. Esses investimentos resultaram em mudanças nos processos de trabalho e na infraestrutura dos ambulatórios, melhorando a qualidade do atendimento aos usuários do SUS.

**2.4** O apoio aos CIS que gerenciam Ambulatórios Médicos Especializados é fundamental, pois se trata de uma estratégia para a regionalização e a descentralização das ações e dos serviços de saúde na AAE.

**2.5** Para enfrentar o grande desafio de continuar levando atendimentos Especializados com qualidade a Secretaria de Estado da Saúde – SESA tem desde 2019 realizado junto ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/PR e representantes da Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná – ACISPAR todos os esforços para compor uma versão atualizada do Programa visando atender as necessidades de toda população paranaense.

**2.6** O resultado desta construção é o Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná, apoiando a reestruturação dos consórcios públicos existentes, objetivando a ampliação dos serviços prestados, ganho de escala, melhora da capacidade técnica, gerencial e financeira.

**2.7** Nos preços propostos deverão estar incluídos todos os tributos e despesas necessárias à prestação dos serviços

**2.8** Os profissionais interessados no credenciamento, deverão preencher os requisitos para cada linha de cuidados, conforme tabelas abaixo :

**2.9** Os profissionais interessados no credenciamento, deverão preencher os requisitos para cada linha de cuidados, conforme tabelas abaixo:

LINHA DE CUIDADO GESTANTE	
QUALIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE NECESSÁRIA
Médico	Especialista em Ginecologia e Obstetrícia <b>(Reconhecido pelo CRM)</b> ou profissional com experiência na área: Atendimento e acompanhamento médico para gestantes de risco intermediário e alto risco, sendo o comprovante emitido por Clínica na rede Privada ou Pública;

Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: **33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35**  
 Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador



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

Enfermeiro	Especialização em Obstetrícia. Capacitação para o atendimento a gestante de risco: infecção do trato urinário durante a gestação; promoção do aleitamento materno; profilaxia da pré-eclâmpsia; hemorragias pós-parto; risco reprodutivo e contracepção; descolamento prematuro de placenta (DPP); sepse em paciente obstétrica; saúde sexual e reprodutiva – Carga Horária Mínima: 180 (cento e oitenta) horas no total dos cursos.
Psicólogo ou Assistente Social	Capacitação para o atendimento a gestante de risco: infecção do trato urinário durante a gestação; promoção do aleitamento materno; profilaxia da pré-eclâmpsia; hemorragias pós-parto; risco reprodutivo e contracepção; descolamento prematuro de placenta (DPP); sepse em paciente obstétrica; saúde sexual e reprodutiva – Carga Horária Mínima: 180 (cento e oitenta) horas no total dos cursos.
Nutricionista	Capacitação para o atendimento a gestante de risco: infecção do trato urinário durante a gestação; promoção do aleitamento materno; profilaxia da pré-eclâmpsia; hemorragias pós-parto; risco reprodutivo e contracepção; descolamento prematuro de placenta (DPP); sepse em paciente obstétrica; saúde sexual e reprodutiva – Carga Horária Mínima: 180 (cento e oitenta) horas no total dos cursos.

LINHA DE CUIDADO PEDIATRIA	
QUALIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE NECESSÁRIA
Médico Pediatra	Especialista em Pediatria ( <b>Reconhecido pelo CRM</b> )
Enfermeiro	Capacitação para o atendimento a Criança de risco nas seguintes áreas: medicações inalatórias; emergências pediátricas; aleitamento materno; abordagem do recém-nascido; sífilis congênita; suporte nutricional; Neurodesenvolvimento – Carga Horária Mínima: 180 (cento e oitenta) horas.
Nutricionista ou Fonoaudiólogo	Capacitação para o atendimento a Criança de risco nas seguintes áreas: medicações inalatórias; emergências pediátricas; aleitamento materno; abordagem do recém-nascido; sífilis congênita; suporte nutricional; Neurodesenvolvimento – Carga Horária Mínima: 180 (cento e oitenta) horas.
Assistente Social ou Psicólogo	Capacitação para o atendimento a Criança de risco nas seguintes áreas: medicações inalatórias; emergências pediátricas; aleitamento materno; abordagem do recém-nascido; sífilis congênita; suporte nutricional; Neurodesenvolvimento – Carga Horária Mínima: 180 (cento e oitenta) horas no total dos cursos.

LINHA DE CUIDADO HIPERTENSO E DIABÉTICO	
QUALIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE NECESSÁRIA
Médico Cardiologista	Especialista em Cardiologia ( <b>Reconhecido pelo CRM</b> )
Médico Nefrologista	Especialista em Nefrologia ( <b>Reconhecido pelo CRM</b> )
Médico Sistema Endócrino e metabólico.	Especialista em Endocrinologia ( <b>Reconhecido pelo CRM</b> ) ou profissional médico com experiência na área: Atendimento e acompanhamento médico na área do sistema endócrino e metabólico, sendo o comprovante emitido por Clínica na rede Privada ou Pública;

Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: **33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35**  
 Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador



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

Enfermeiro	Capacitação sobre Introdução ao Acolhimento; sobre a Abordagem do Sobrepeso e Obesidade; sobre a promoção da alimentação adequada e saudável; sobre Autocuidado: como apoiar a pessoa com diabetes; e Capacitação em procedimentos técnicos relativos a curativos especiais e ostomia – Carga Horária Mínima: 180 (cento e oitenta) horas no total dos cursos.
Nutricionista	Capacitação sobre Introdução ao Acolhimento; sobre a Abordagem do Sobrepeso e Obesidade; sobre a promoção da alimentação adequada e saudável; sobre Autocuidado: como apoiar a pessoa com diabetes; e Capacitação em procedimentos técnicos relativos a curativos especiais e ostomia – Carga Horária Mínima: 180 (cento e oitenta) horas no total dos cursos.
Psicólogo	Capacitação sobre Introdução ao Acolhimento; sobre a Abordagem do Sobrepeso e Obesidade; sobre a promoção da alimentação adequada e saudável; sobre Autocuidado: como apoiar a pessoa com diabetes; e Capacitação em procedimentos técnicos relativos a curativos especiais e ostomia – Carga Horária Mínima: 180 (cento e oitenta) horas no total dos cursos.

**LINHA DE CUIDADO AO IDOSO**

QUALIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE NECESSÁRIA
Médico Geriatra ou Médico da Família e Comunidade ou Clínico Geral	Residência em geriatria ou especialização em gerontologia, ou Médico da Família e Comunidade ( <b>Reconhecido pelo CRM</b> )
Enfermeira	Capacitação em geriatria e atendimento ao idoso – Carga Horária Mínima: 180 (cento e oitenta) horas no total dos cursos.
Assistente Social ou Fisioterapeuta	Capacitação em geriatria e atendimento ao idoso – Carga Horária Mínima: 180 (cento e oitenta) horas no total dos cursos.
Farmacêutico	Capacitação em geriatria e atendimento ao idoso – Carga Horária Mínima: 180 (cento e oitenta) horas no total dos cursos.

**LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

QUALIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE NECESSÁRIA
Médico Psiquiatra	Especialista em Psiquiatria ( <b>Reconhecido pelo CRM</b> )
Enfermeiro ou Terapeuta Ocupacional	Capacitação para o atendimento ao paciente com Transtorno Mental e com Dependência de álcool e outras drogas; Considera-se como capacitação curso de no mínimo 40 horas cada curso nas seguintes áreas: saúde mental, psicopatologia, abordagem familiar ou trabalho com famílias, psiquiatria, psicossocial, prevenção do suicídio, dependência química, álcool e outras drogas e similares – Carga Horária Mínima: 180 (cento e oitenta) horas no total dos cursos.
Assistente Social	Capacitação para o atendimento ao paciente com Transtorno Mental e com Dependência de álcool e outras drogas; Considera-se como capacitação curso de no mínimo 40 horas cada curso nas seguintes áreas: saúde mental, psicopatologia, abordagem familiar ou trabalho com famílias, psiquiatria, psicossocial, prevenção do suicídio, dependência química, álcool e outras drogas e similares – Carga Horária Mínima: 180

Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: 33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35  
 Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador



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

	(cento e oitenta) horas no total dos cursos.
Psicóloga	Capacitação para o atendimento ao paciente com Transtorno Mental e com Dependência de álcool e outras drogas; Considera-se como capacitação curso de no mínimo 40 horas cada curso nas seguintes áreas: saúde mental, psicopatologia, abordagem familiar ou trabalho com famílias, psiquiatria, psicossocial, prevenção do suicídio, dependência química, álcool e outras drogas e similares – Carga Horária Mínima: 180 (cento e oitenta) horas no total dos cursos.

**2.10-** O credenciamento das empresas solicitantes ocorrerá conforme a carga horária máxima mensal pactuada no Convênio QualiCIS, conforme tabela abaixo, desde que a respectiva demanda ainda não esteja sendo atendida por contratos já realizados e vigentes:

Serviço	Quantidade Maxima de Horas por Mês
Serviços Médico Obstetra	224
Serviços Médicos Pediatra	80
Serviços Médico em Cardiologia	80
Serviços Médicos em Endocrinologia	80
Serviços Médicos em Psiquiatria	160
Serviços Médicos em Clínica Médica	48
Serviços de Enfermagem Obstétrica	160
Serviços de Psicologia	382
Serviços de Nutricionista	244
Serviços de Enfermagem	310
Serviços de Assistente Social	140
Serviços de Fisioterapia	80
Serviços de Farmacêutico	80

8155497774497682462

Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: **33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35**  
 Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador



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

**ANEXO I**  
**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA**  
**(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)**

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CISCOMCAM

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:**

**Nome Fantasia:**

**CNPJ nº:**

**Inscrição Estadual:**

**Micro Empresa:** ( ) Não ( ) Sim

**Optante Simples:** ( ) Não ( ) Sim

**Número do CNAE Nacional:**      **Descrição:**

**Endereço:**

**Município:**      **UF:**

**CEP:**

**Telefone Comercial:** ( )      **Telefone Celular:** ( )

**DADOS BANCÁRIOS:**

<b>BANCO:</b>	<b>CÓDIGO DO BANCO:</b>	<b>AGÊNCIA:</b>
<b>TIPO DE CONTA:</b>	<b>OPERAÇÃO:</b>	<b>Nº DA CONTA:</b>
<b>CIDADE E UF DA AGENCIA:</b>		

<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>	<b>REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR</b>	<b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF</b>

<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME</b>	<b>QUANTIDADE</b>

Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: 33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35  
 Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador



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

**PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

PROFISSIONAL	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	N° REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE

**RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO**

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

**ESPECIALIDADES LINHA DE CUIDADO**

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

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

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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

Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: 33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cddb2e33d2983532a9c83d66dc35  
 Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador



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

**ANEXO II**  
**MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**  
(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CISCOMCAM

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:

- 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, dia, mês e ano.

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



Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
Hash SHA256 do original: **33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35**  
Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>





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

**ANEXO III**  
**MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO**  
(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

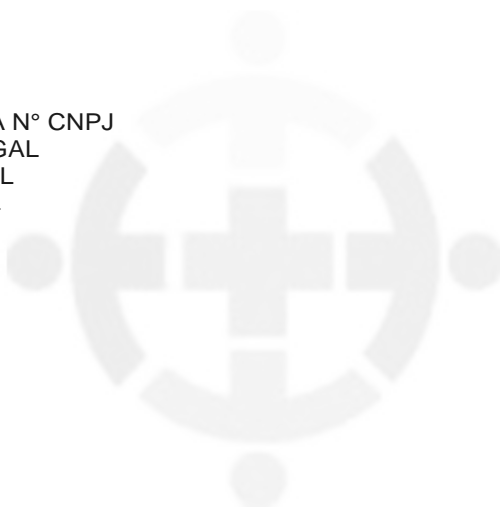
Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CISCOMCAM

(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 credenciamento 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



Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
Hash SHA256 do original: 33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35  
Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>





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

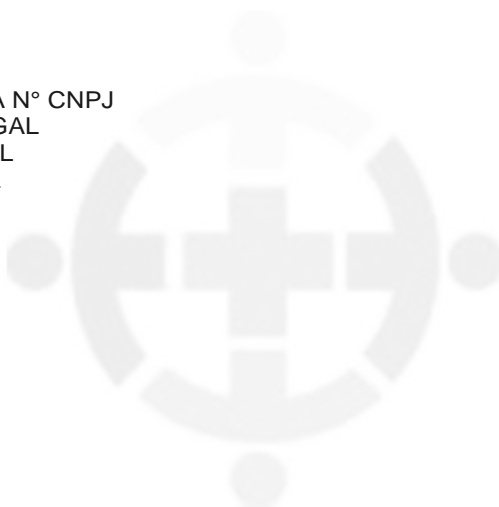
**ANEXO IV**  
**MODELO DE DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO**  
**(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)**

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CISCOMCAM

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 (nome da Razão Social) inscrita no CNPJ sob o nº (número 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 N° CNPJ  
NOME REPRESENTANTE LEGAL  
CPF REPRESENTANTE LEGAL  
RG REPRESENTANTE LEGAL



Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
Hash SHA256 do original: **33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cddb2e33d2983532a9c83d66dc35**  
Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>





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

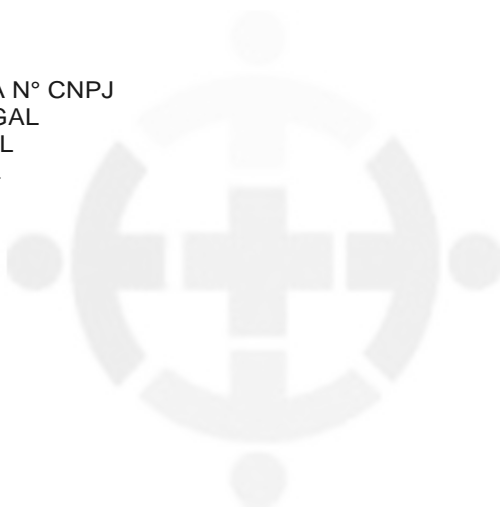
**ANEXO V**  
**MODELO DE DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE**  
(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CISCOMCAM

O representante legal da Empresa (**PROPONENTE**), na qualidade de Proponente do credenciamento 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



Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
Hash SHA256 do original: 33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cddb2e33d2983532a9c83d66dc35  
Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador



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

**ANEXO VI**  
**LISTA DE DOCUMENTOS**  
 (em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CISCOMCAM

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
 RESPONSÁVEL DO CNPJ: \_\_\_\_\_  
 RESPONSÁVEL PELA DOCUMENTAÇÃO: \_\_\_\_\_ CONTATO: \_\_\_\_\_

ITEM EDITAL	DOCUMENTOS E ANEXOS	SIM	NÃO
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	Documento de identidade dos sócios administradores		
6.8	Comprovante do Cadastro Jurídico no Conselho de Classe		
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 14.133/2021 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		

Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: 33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35  
 Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador

8155497774497682462



**CIS-COMCAM**  
**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS**  
**MUNICIPIOS 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		

ITEM EDITAL	DOCUMENTAÇÃO DO PROFISSIONAL	SIM	NÃO
7.1	Cópia do RG e CPF		
7.2	Cópia do cartão SUS		
7.3	Comprovante de endereço do profissional o qual prestará o serviço		
7.4	Cópia da Carteira Profissional do respectivo conselho da classe		
7.5	Cópia do Diploma de graduação (FRENTE E VERSO) em ensino superior e outros de habilitação à prestação dos serviços credenciados		
7.6	Certificado emitido pelo CRM constando o registro da especialidade pretendida no órgão da classe (Registro de Qualificação de Especialização)		
7.7	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 pertinente, desde que, devidamente atualizada		
7.8	Para o profissional com formação em instituição de ensino no exterior,		

Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: 33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35  
 Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador



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

	deverá ser anexado o comprovante de revalidação do diploma (Revalida)		
7.9	Cópia do Alvará de funcionamento e Licença Sanitária do local onde serão executados os serviços		
7.10	Número do telefone celular e e-mail		

ITEM EDITAL	DOCUMENTAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO	SIM	NÃO
8.1	Número do telefone celular e e-mail		
8.2	Documento de Identificação		

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: 33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cddb2e33d2983532a9c83d66dc35  
 Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador

8155497774497682462



**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 – CISCOMCAM

(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 endereço da razão social 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 esses documentos supracitados acima a essa declaração.

Por ser expressão da verdade, firma a presente declaração.

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
Hash SHA256 do original: 33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35  
Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador



**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 – CISCOMCAM

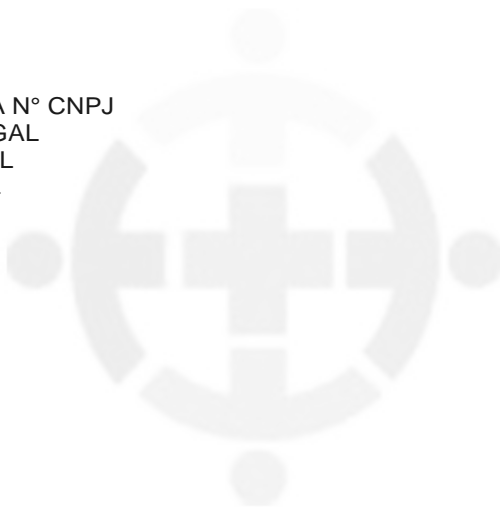
(Razão Social da Empresa), estabelecida na (endereço completo), inscrita no CNPJ sob o nº (número do CNPJ), neste ato representada por seu (representante legal/sócio/procurador), no uso de suas atribuições legais, vem **DECLARAR**, para fins de participação no presente credenciamento e sob as penas da lei, que o profissional representante da empresa acima identificada prestará atendimento em (nome da empresa ou estabelecimento onde os serviços serão efetivamente prestados), inscrita no CNPJ sob o nº (número do CNPJ do estabelecimento).

Declara, ainda, que se compromete a anexar a este documento o Alvará de Funcionamento e a Licença Sanitária da empresa onde os serviços serão efetivamente prestados, devidamente atualizados.

Por ser expressão da verdade, firma a presente declaração.

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
Hash SHA256 do original: 33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35  
Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador



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

**ANEXO IX**  
**MODELO DE SOLICITAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO DE PROFISSIONAL**  
**(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)**

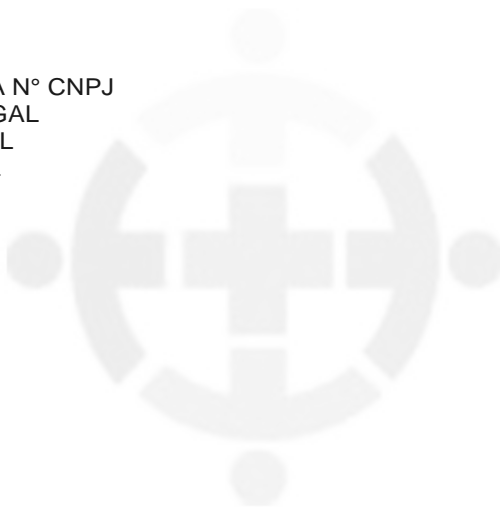
Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CISCOMCAM

(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 02/2026, item 6.26, devidamente atualizados.

Por ser expressão da verdade, firma a presente declaração.

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
Hash SHA256 do original: 33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cddb2e33d2983532a9c83d66dc35  
Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador



**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)**

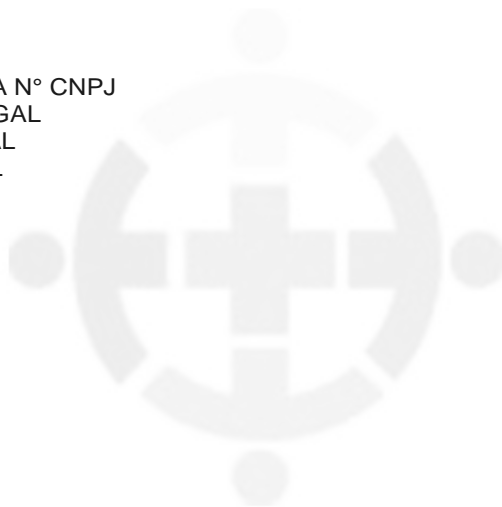
Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CISCOMCAM

(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 02/2026, item 6.26, devidamente atualizados.

Por ser expressão da verdade, firma a presente declaração.

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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



Rua Mamborê. 1542 – Fone (44) 3017-0321– CEP 87.302-140



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
Hash SHA256 do original: 33b25ac1ec4fe707d631205716865e4238b0cbdb2e33d2983532a9c83d66dc35  
Link de validação: <https://valida.ae/b381aa1cd0884be0134daa383547d3bf6722d83c06755bd56>



Validador

## ADMINISTRAÇÃO



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

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 07/2026**  
**De: 28/05/2026**

**Súmula: Convocação de candidatos aprovados em Concurso Público nos termos do Edital nº 01.001/2025 - Concurso Público nº 001/2025, homologado pelo Edital nº 15.001/2026 em 11/03/2026.**

O Presidente do CIS-COMCAM, Senhor **João Douglas Fabrício**, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor e nos termos do **Edital de Concurso Público nº 01.001/2025, Concurso nº 001/2025 publicado no diário oficial do CIS-COMCAM em 21/10/2025.**

**CONVOCA:**

Os candidatos abaixo relacionados, por ordem de classificação, aprovados para o cargo de provimento efetivo cujo resultado foi homologado através do **Edital de Homologação de Classificação Final nº 15.001/2026**, publicado no Diário Oficial do **CIS-COMCAM** no dia 11 de março de 2026, **para comparecer durante o período PRAZO MÁXIMO DE 05 DIAS ÚTEIS A PARTIR DA DATA DA PUBLICAÇÃO DESSE REFERIDO EDITAL**, das 08:30 as 11:00 e das 13:30 às 16:00 horas, nas dependências do **CIS-COMCAM**, no departamento de Recursos Humanos, sito a Rua Mamborê, 1542 – Centro, Cidade de Campo Mourão – Pr, **munidos de fotocópia de toda documentação (anexo I) e originais para autenticação do conferente**, além da declaração de não cumulação de cargos ou empregos públicos - art. 37, inciso XVI e XVII, da Constituição Federal - **(anexo II)**, para fim de serem apreciados tais documentos e somente após serem nomeados, assinarem o Termo de Posse e entrarem no exercício de suas funções, de acordo com a respectiva lotação dentro das prioridades, necessidades e conveniência do **CIS-COMCAM**.

**Cargo: TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

ORDEM DE CLASSIFICAÇÃO/NOME

3 - CIRLENE ALVES FERREIRA (Ampla Concorrência)

**Cargo: TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

ORDEM DE CLASSIFICAÇÃO/NOME

4 - JULIANA ESTARUDUBA (Ampla Concorrência)



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

Esclarece por oportuno, que **o não comparecimento no prazo do presente Edital, implicará em reconhecimento de DESISTÊNCIA TÁCITA**, do classificado, autorizando o **CIS-COMCAM**, se for conveniente para a administração, convocar outro candidato, obedecendo rigorosamente à ordem de classificação. Esclarece finalmente, que a **apresentação de documentação incompleta ou fraudulenta, implicará na sua imediata exclusão do certame**, sem prejuízo das demais penalidades legais cabíveis a espécie.

Campo Mourão, em 28 de maio de 2026.

**JOÃO DOUGLAS FABRÍCIO**  
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

### ANEXO I

#### RELAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO QUE DEVERÁ SER APRESENTADA FOTOCÓPIAS E ORIGINAIS PARA CONFERÊNCIA

1. FOTOCÓPIA DA CÉDULA DE IDENTIDADE (RG);
2. FOTOCÓPIA DO CPF;
3. FOTOCÓPIA DO PIS/PASEP;
4. FOTOCÓPIA DA CTPS – CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL;
5. FOTOCÓPIA DO TÍTULO DE ELEITOR;
6. FOTOCÓPIA DO CERTIFICADO DE RESERVISTA OU DE DISPENSA DE INCORPORAÇÃO DO SERVIÇO MILITAR (SE DO SEXO MASCULINO);
7. FOTOCÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO/CASAMENTO;
8. FOTOCÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO DOS FILHOS MENORES DE 21 ANOS;
9. FOTOCÓPIA DO CPF DOS FILHOS MENORES DE 21 ANOS;
10. FOTOCÓPIA DO CERTIFICADO (DIPLOMA) DE ESCOLARIDADE EXIGIDA PARA O CARGO;
11. FOTOCÓPIA DO REGISTRO DO CONSELHO DE CLASSE EXIGIDO PELO CARGO;
12. FOTOCÓPIA DA CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (SE POR EXIGENCIA DO CARGO);
13. FOTOCÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO, SEM ABREVIATURAS COM BAIRRO E CEP;
14. 01 (UMA) FOTO 3X4 RECENTE;
15. CERTIDÃO DE REGULARIDADE PERANTE A JUSTIÇA ELEITORAL;
16. CERTIDÃO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS DO CARTÓRIO DISTRIBUIDOR. LOCAL DE RESIDÊNCIA OU DOMÍLIO DO CANDIDATO;
17. DECLARAÇÃO DE NÃO ACÚMULO DE CARGOS OU EMPREGO PÚBLICO (ANEXO II) DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO);
18. DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES QUE INTEGRAM O PATRIMÔNIO PRIVADO CONFORME PRESCRITO NO ART. 32 DA CONSTITUIÇÃO DO ESTADO DO PARANÁ, NO DECRETO ESTADUAL N° 4.202 DE 30 DE MAIO DE 2001, NA LEI ESTADUAL N° 13.047 DE 16 DE JANEIRO DE 2001 E NA LEI N° 8.429 DE 02 DE JUNHO DE 1992;
19. DECLARAÇÃO DE NÃO DEMISSÃO DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL, ESTADUAL OU FEDERAL (ANEXO III) DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO;
20. EXAME MÉDICO DE CAPACITAÇÃO FUNCIONAL, EMITIDA PELO MÉDICO DO TRABALHO;
21. DEMAIS EXAMES MEDICOS COMPLEMENTARES SERÃO EXIGIDOS EM CONFORMIDADE DO LAUDO PCMSO DO MUNICÍPIO **(Consultar Departamento de Recursos Humanos)**



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

## ANEXO II

### DECLARAÇÃO DE NÃO CUMULAÇÃO DE CARGOS OU EMPREGO PÚBLICO

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Inscrição nº \_\_\_\_\_, aprovado (a) na \_\_\_\_\_ colocação  
para o cargo de \_\_\_\_\_,  
declaro sob as penalidades da Lei (**art. 299 CP\***), que **NÃO exerço** nenhum  
cargo ou emprego público que se enquadre nos **impedimentos legais**  
**previstos no art. 37, inciso XVI e XVII da Constituição Federal**, e ainda  
que **NÃO infrinjo** o disposto no **art. 37 inciso 10 da CF com redação dada**  
**pela Emenda Constitucional nº 20/98 quanto aos proventos de**  
**aposentadoria, AUTORIZANDO** o Cis-Comcam, a qualquer tempo e por  
qualquer modo, verificar a veracidade da presente declaração, estando ciente de  
que, caso seja encontrado incompatibilidade, **além de responder na esfera**  
**penal, estarei automaticamente excluído do aludido concurso público,**  
**anulando-se todos os atos decorrentes da minha nomeação,**  
respondendo, inclusive, pelos danos causados ao erário público. Por ser  
expressão da verdade, firmo a presente Declaração, que vai devidamente  
assinada por mim, para que produza os legais efeitos jurídicos.

**\* Art. 299 do Código Penal – Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos e multa.**

Campo Mourão, Pr, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

\_\_\_\_\_  
Declarante



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

### ANEXO III

## DECLARAÇÃO DE NÃO DEMISSÃO DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL, ESTADUAL OU FEDERAL

Eu,

\_\_\_\_\_

portador (a) do RG nº \_\_\_\_\_, inscrito  
(a) no CPF sob nº \_\_\_\_\_, **DECLARO**  
para todos os efeitos legais, **não ter sido demitido** em consequência de  
aplicação de **pena disciplinar** do serviço público federal, estadual, distrital ou  
municipal, nos últimos cinco anos e **nem perdido o cargo** em razão de  
**ordem judicial** transitada em julgado a ser cumprida ou em cumprimento.

Por ser expressão da verdade, firmo a presentedeclaração.

Campo Mourão-Pr, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
DECLARANTE

ADMINISTRAÇÃO



**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**

A Agente de Contratação do CIS-COMCAM, Maria Victoria Aparecida Santos, 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 : 35/2026
- b) Licitação Nº : 7/2026
- c) Modalidade : Dispensa:
- d) Data Homologação : 26/05/2026
- e) Objeto Homologado : Contratação de empresa especializada para a prestação de serviços contínuos de monitoramento eletrônico, patrimonial e assistência técnica em sistemas de alarmes e sensores, visando a proteção das instalações, dos bens móveis e a integridade física de servidores e usuários do CIS-COMCAM (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão) e do QualiCIS (Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná), garantindo a segurança e continuidade das atividades administrativas e de saúde da entidade.
- f) Processo Adm Nº : 35/2026

10.302.0001.2.002. - Manutenção Administrativa do Cis-Comcam  
 10.302.0005.2.007. - Manutenção - Programa Qualicis

g) Fornecedor e Itens declarados Vencedores (cfe. Cotação):

**FORNECEDOR: SEGVILLE VIGILANCIA PATRIMONIAL E ELETRONICA LTDA - CNPJ: 03.174.488/0001-61**

**Valor Total do Fornecedor: 6.479,40 (seis mil, quatrocentos e setenta e nove reais e quarenta centavos).**

**LOTE 1**

**Valor Total do Lote: 6.479,40 (seis mil, quatrocentos e setenta e nove reais e quarenta centavos).**

Ordem	Descrição	Marca	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	Prestação de serviços de monitoramento eletrônico		Serviços	12	R\$ 539,95	R\$ 6.479,40

**VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 6.479,40 (seis mil, quatrocentos e setenta e nove reais e quarenta centavos)**



## **CIS-COMCAM**

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

Agente de Contratação  
Maria Victoria Aparecida Santos  
**PORTARIA n°12/2025**

Campo Mourão, 26 de maio de 2026.

---

**JOÃO DOUGLAS FABRÍCIO  
PRESIDENTE CIS-COMCAM**

## ADMINISTRAÇÃO

**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**

A Agente de Contratação do CIS-COMCAM, Maria Victoria Aparecida Santos, 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 : **18/2026**  
 b) Licitação Nº : **1/2026**  
 c) Modalidade : Pregão:  
 d) Data Homologação : 27/05/2026  
 e) Objeto Homologado: Contratação de empresa especializada na prestação de serviços contínuos de apoio administrativo, com fornecimento de mão de obra exclusiva, nas quantidades abaixo descritas, compreendendo especificamente os cargos de Motorista Categoria “D” e Recepcionista, pelo prazo de 12 (doze) meses, incluindo o fornecimento de uniformes e equipamentos de proteção individual (EPIs) exigíveis pela legislação pertinente. O contrato poderá ser prorrogado de acordo com a legislação vigente.

f) Processo Adm Nº : 18/2026

10.302.0001.2.002. - Manutenção Administrativa do Cis-Comcam

g) Fornecedor e Itens declarados Vencedores (cfe. Cotação):

**FORNECEDOR: AMIGA CONSULTORIA E SERVIÇOS LTDA - CNPJ: 13.048.521/0001-60**

**Valor Total do Fornecedor: 827.900,76 (oitocentos e vinte e sete mil e novecentos reais e setenta e seis centavos).**

**LOTE 1**

**Valor Total do Lote: 827.900,76 (oitocentos e vinte e sete mil e novecentos reais e setenta e seis centavos).**

Ordem	Descrição	Marca	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	MÃO DE OBRA TERCEIRIZADA PJ - MOTORISTA	Serviço	MÊS	12	R\$ 58.607,0000	R\$ 703.284,00
2	MÃO DE OBRA TERCEIRIZADA PJ - RECEPCIONISTAS	Serviço	MÊS	12	R\$ 10.384,7300	R\$ 124.616,76

**VALOR TOTAL HOMOLOGADO E ADJUDICADO: R\$ 827.900,76 (oitocentos e vinte e sete mil e novecentos reais e setenta e seis centavos)**

Agente de Contratação  
 Maria Victoria Aparecida Santos  
**PORTARIA nº12/2025**



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

Campo Mourão, 27 de maio de 2026.

---

**JOÃO DOUGLAS FABRÍCIO**  
**PRESIDENTE CIS-COMCAM**



8155497774497682462

## ADMINISTRAÇÃO

**CIS-COMCAM****CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M****PORTARIA N° 14, de 26 de maio de 2026**

SÚMULA: Instaura Procedimento Revisional do Contrato n.º 231/2021 e determina outras disposições.

O Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CIS-COMCAM, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Estatuto Social e com fulcro no art. 11º, inc. V, do Regimento Interno:

**CONSIDERANDO** o Parecer Jurídico n° 018/2026, os Pareceres Administrativos n° 07/2026 e n° 08/2026, o Relatório Técnico n° 001/2026 e os apontamentos de indícios de irregularidades nos reajustes aplicados ao Contrato n° 231/2021 e a recomendação de instauração formal de procedimento revisional;

**CONSIDERANDO** o poder-dever da Administração Pública de rever seus próprios atos eivados de ilegalidade, nos termos da Súmula n.º 473 do Supremo Tribunal Federal e do art. 53 da Lei Federal n.º 9.784/1999;

**CONSIDERANDO** a garantia constitucional do contraditório e da ampla defesa, prevista no art. 5º, inc. LV, da Constituição Federal, e o dever de notificação formal dos interessados antes de qualquer decisão que possa afetá-los, nos termos dos arts. 26 e 28 da Lei Federal n.º 9.784/1999;

**RESOLVE:**

**Art. 1º** Fica instaurado procedimento administrativo revisional para apuração dos indícios de irregularidades apontadas no Parecer Administrativo 07/2026 e demais documentos supramencionados, referentes ao Contrato de Locação n° 231/2021 e seus Termos Aditivos.

**Art. 2º** Fica a Secretaria Executiva autorizada e determinada a expedir notificações formais à empresa locadora e aos ex-gestores responsáveis pela celebração e acompanhamento dos referidos Termos Aditivos, cientificando-os dos indícios apurados e assegurando-lhes o prazo de 15 (quinze) dias para apresentação de manifestação escrita, em atendimento ao contraditório e à ampla defesa.

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3017-0321 – CEP 87.302-140  
Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01 – www.ciscomcam.com.br – E-mail: coordenação@ciscomcam.com.br

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

**Art. 3º** Findo o prazo previsto no art. 2º, as manifestações recebidas serão encaminhadas à Assessoria Jurídica para análise e elaboração de parecer, que subsidiará a decisão da Presidência.

**Art. 4º** Fica a Divisão de Contabilidade determinada a elaborar o cálculo financeiro definitivo dos valores pagos e devidos no período abrangido pelos Termos Aditivos revisados; e fica a Controladoria Interna incumbida de acompanhar o presente procedimento, com ciência dos atos praticados.

**Art. 5º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Campo Mourão, 26 de maio de 2026.

**JOÃO DOUGLAS FABRICIO**  
Presidente do CIS-COMCAM

**ADEMIR TONET PROENÇA**  
Coordenador do CIS-COMCAM



Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3017-0321 – CEP 87.302-140  
Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01 – www.ciscomcam.com.br – E-mail: coordenação@  
ciscomcam.com.br

## ADMINISTRAÇÃO



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

**PORTARIA Nº 15, de 27 de maio de 2026**

**SÚMULA:** Dispõe sobre o cancelamento de Restos a Pagar Processados e Restos a Pagar não Processados e dá outras providências.

O Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão - CIS-COMCAM, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Estatuto Social, e:

CONSIDERANDO as disposições contidas na Lei 4.320/64, especialmente o artigo 38, o qual determina que valores decorrentes da anulação de despesas nos exercícios seguintes são considerados como receita do ano em que essa se efetivar;

CONSIDERANDO a Súmula 383 do Supremo Tribunal Federal que trata sobre a prescrição quinquenal de Restos a Pagar Processados;

CONSIDERANDO o Processo Administrativo Interno n.º 13/2026.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** Autorizar o cancelamento de Restos a Pagar Processados (liquidados) no montante de R\$ 13.433,49 (treze mil, quatrocentos e trinta e três reais e quarenta e nove centavos), em razão da permissão legal de aplicação do instituto da prescrição, conforme Anexo 1 – Relação de Credores conforme Extrato de Restos a Pagar (3.2.02).

**Art. 2º** Autorizar o cancelamento de Restos a Pagar não Processados (não liquidados) no montante de R\$ 356.690,28 (trezentos e cinquenta e seis mil, seiscentos e noventa reais e vinte e oito centavos), em razão da perda de sua validade, conforme Tabela abaixo e respectivos Anexos de n.º 2 a n.º 7 desta Portaria:

ANO	VALOR	ANEXO
2011	230,00	Anexo 2
2013	3.412,40	Anexo 3
2014	2.888,19	Anexo 4
2015	22.581,96	Anexo 5
2016	45.400,00	Anexo 6
2017	281.177,73	Anexo 7
<b>TOTAL</b>	<b>356.690,28</b>	

**Art. 3º** Determina que a Coordenação através do setor responsável pelos registros contábeis deste Consórcio deverá praticar todos os demais atos administrativos legais e necessários para executar as ações previstas nesta Portaria.

**Art. 4º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOAO DOUGLAS  
 FABRICIO:606115  
 37915

**JOÃO DOUGLAS FABRICIO**  
 Presidente do CIS-COMCAM

Campo Mourão, 27 de maio de 2026.

Assinado de forma digital por  
 JOAO DOUGLAS  
 FABRICIO:60611537915  
 Dados: 2026.05.28 17:42:45  
 -03'00'

Documento assinado digitalmente  
 ADEMIR TONET PROENÇA  
 Data: 28/05/2026 10:23:14-0300  
 Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**ADEMIR TONET PROENÇA**  
 Coordenador do CIS-COMCAM



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: 33b0bdb05f5b7d006e8c72b070266e000114d9c3b5080d93d89f5e79fe840fc3  
 Link de validação: <https://valida.ae/201a9998518461d08acd404c53b735fcbffed364dd14f5cdc>



Validador



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

## PROCESSO ADMINISTRATIVO INTERNO 13-2026

### **Elaboração de Portaria para cancelamento de Restos a Pagar 2025**

**Pedido:** A Coordenação solicita Parecer quanto a possibilidade de elaboração de Portaria com a finalidade de promover o cancelamento de Restos a Pagar de anos anteriores (Processados e Não Processados).

#### **Fundamento legal:**

*Decreto Federal n.º 20.910/32 - Regula a prescrição quinquenal*

*Art. 1º As dívidas passivas da União, dos Estados e dos Municípios, bem assim todo e qualquer direito ou ação contra a Fazenda federal, estadual ou municipal, seja qual for a sua natureza, prescrevem em cinco anos contados da data do ato ou fato do qual se originarem.*

*Súmula 383 do STF:*

*"A prescrição em favor da Fazenda Pública recomeça a correr, por dois anos e meio, a partir do ato interruptivo, mas não fica reduzida aquém de cinco anos, embora o titular do direito a interrompa durante a primeira metade do prazo".*

*Lei 4.320/64*

*Art. 38. Reverte à dotação a importância de despesa anulada no exercício; quando a anulação ocorrer após o encerramento dêste considerar-se-á receita do ano em que se efetivar.*

#### **Parecer Técnico Administrativo:**


É incontestável que as dívidas passivas da União dos Estados e dos Municípios, incluindo suas autarquias, seja qual for a natureza, prescrevem em cinco anos da data do ato ou fato que se originaram.

Desta forma, aconselha-se que o corpo técnico administrativo desses órgãos públicos busque tomar providências no sentido de publicar anualmente os atos competentes para excluir dos registros contábeis as dívidas já prescritas, não cabendo analisar o mérito dessa situação.

Por outro lado, tem-se observado que o Tribunal de Contas do Estado analisa as prestações de contas anuais e um dos itens que merece grande importância tem a ver com eventuais déficits financeiros, os quais resultam do confronto entre os ativos financeiros e os passivos financeiros.

Se o montante dos passivos financeiros for superior aos ativos financeiros, principalmente quando analisadas as fontes de recursos livres, o resultado financeiro será negativo e dará causa a eventual restrição em razão da inobservância de gestão fiscal responsável.

Nesse sentido, para reduzir o valor total do passivo financeiro do Consórcio, é conveniente que seja elaborada uma Portaria procedendo ao cancelamento de Notas de Empenho Processadas cujo vencimento ocorreu há mais de 5 (cinco) anos, ou seja, restando prescrito o direito do credor ao seu recebimento.

Documento assinado digitalmente  
 **CARLOS ALBERTO LOPES PEQUITO**  
 Data: 27/05/2026 16:28:40-0300  
 Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

**Carlos Alberto Lopes Pequeto**  
**Diretor Administrativo Financeiro**



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: 33b0bdb05f5b7d006e8c72b070266e000114d9c3b5080d93d89f5e79fe840fc3  
 Link de validação: <https://valida.ae/201a9998518461d08acd404c53b735fcbffed364dd14f5cdc>



Validador



**CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO MOURA**  
**Estado do Paraná**

**Extrato de Restos a Pagar**

ANEXO I

3.2.02

Exercício	Empenho	Data	Programática	Credor	a Pagar
2021	7	01/01/2021	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	BANCO DO BRASIL SA	85,75
2021	25	05/01/2021	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	INGÁ INFORMÁTICA E COMUNICAÇÃO LTDA	335,26
2021	50	11/01/2021	01.015.10.302.0015.2.020.3.3.90.39.00.00.	MIZOTE CLÍNICA MÉDICA LTDA	270,00
2021	162	15/01/2021	01.015.10.302.0015.2.020.3.3.90.39.00.00.	G. J. S. SERVIÇOS MÉDICOS S/S LTDA	3.780,00
2021	311	29/01/2021	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	DERME ERVAS FARMACIA DE MANIPULAÇÃO LTD	20,49
2021	527	22/02/2021	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	FALCÃO SERVIÇOS ESPECIAIS EIRELI	4.621,68
2021	572	26/02/2021	01.005.10.302.0005.2.006.3.3.90.39.00.00.	LIGUE TELECOMUNICAÇÕES LTDA	4,26
2021	574	26/02/2021	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	LIGUE TELECOMUNICAÇÕES LTDA	17,44
2021	2042	23/07/2021	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	COMERCIO DE MEDICAMENTOS BRAIR LTDA	64,83
2021	2847	05/10/2021	01.015.10.302.0015.2.020.3.3.90.39.00.00.	AKIYAMA DIAGNÓSTICO POR IMAGEM LTDA	1.143,78
2021	3274	01/11/2021	01.015.10.302.0015.2.020.3.3.90.39.00.00.	MARINA PINHEIRO LIMA MARFARA CLÍNICA MÉDI	855,00
2021	3637	13/12/2021	01.015.10.302.0015.2.020.3.3.90.39.00.00.	MARINA PINHEIRO LIMA MARFARA CLÍNICA MÉDI	495,00
2021	3702	13/12/2021	01.015.10.302.0015.2.020.3.3.90.39.00.00.	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ENGENHEIRO B	1.740,00
					<b>13.433,49</b>

8155497774497682462



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: 33b0bdb05f5b7d006e8c72b070266e000114d9c3b5080d93d89f5e79fe840fc3  
 Link de validação: <https://valida.ae/201a9998518461d08acd404c53b735fcbffed364dd14f5cdc>





**CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO MOURA**  
**Estado do Paraná**

**Extrato de Restos a Pagar**

ANEXO Nº 2

3.2.02

<u>Exercício</u>	<u>Empenho</u>	<u>Data</u>	<u>Programática</u>	<u>Credor</u>	<u>a Pagar</u>
2011	6	02/01/2011	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	ASSETEL ASSISTÊNCIA TÉCNICA E SERVIÇOS TELE	230,00
					<b>230,00</b>

8155497774497682462



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: 33b0bdb05f5b7d006e8c72b070266e000114d9c3b5080d93d89f5e79fe840fc3  
 Link de validação: <https://valida.ae/201a9998518461d08acd404c53b735fcbffed364dd14f5cdc>



Validador



**CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO MOURA**  
**Estado do Paraná**

**Extrato de Restos a Pagar**

ANEXO Nº 3

8.2.02

<u>Exercício</u>	<u>Empenho</u>	<u>Data</u>	<u>Programática</u>	<u>Credor</u>	<u>a Pagar</u>
2013	1928	31/12/2013	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.30.00.00.	AJMN - COMÉRCIO DE PRODUTOS CIENTÍFICOS LTD	3.412,40
					<b>3.412,40</b>

8155497774497682462



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: 33b0bdb05f5b7d006e8c72b070266e000114d9c3b5080d93d89f5e79fe840fc3  
 Link de validação: <https://valida.ae/201a9998518461d08acd404c53b735fcbffed364dd14f5cdc>



Validador



**CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO MOURA**  
**Estado do Paraná**

**Extrato de Restos a Pagar**

ANEXO Nº 4

3.8.02

<u>Exercício</u>	<u>Empenho</u>	<u>Data</u>	<u>Programática</u>	<u>Credor</u>	<u>a Pagar</u>
2014	1	01/01/2014	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	BANCO DO BRASIL SA	1.566,39
2014	2	01/01/2014	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	BANCO DO BRASIL SA	365,60
2014	3	01/01/2014	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	BANCO DO BRASIL SA	656,20
2014	4	01/01/2014	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	BANCO DO BRASIL SA	300,00
					<b>2.888,19</b>

8155497774497682462



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: 33b0bdb05f5b7d006e8c72b070266e000114d9c3b5080d93d89f5e79fe840fc3  
 Link de validação: <https://valida.ae/201a9998518461d08acd404c53b735fcbffed364dd14f5cdc>





**CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO MOURA**  
**Estado do Paraná**

**Extrato de Restos a Pagar**     ANEXO Nº 5  
 3.2.02

Exercício	Empenho	Data	Programática	Credor	a Pagar
2015	1	02/01/2015	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	BANCO DO BRASIL SA	211,70
2015	2	02/01/2015	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	BANCO DO BRASIL SA	440,91
2015	3	02/01/2015	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	BANCO DO BRASIL SA	570,05
2015	4	02/01/2015	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	BANCO DO BRASIL SA	79,83
2015	5	02/01/2015	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	ACISPAR - ASSOCIAÇÃO CONSORCIO PARANÁ	536,27
2015	909	18/06/2015	01.001.10.302.0003.2.004.3.3.90.39.00.00.	CLINICA DA MULHER LTDA	4.770,00
2015	910	18/06/2015	01.001.10.302.0003.2.004.3.3.90.39.00.00.	CLINICA PSIQUIATRICA DRA NANCY HADA EIRELI -	4.770,00
2015	911	18/06/2015	01.001.10.302.0003.2.004.3.3.90.39.00.00.	FERRARI MEDICOS ASSOCIADOS LTDA	4.770,00
2015	913	18/06/2015	01.001.10.302.0003.2.004.3.3.90.39.00.00.	M. BONOMO - ME	3.577,50
2015	1000	10/07/2015	01.001.10.302.0003.2.004.3.3.90.39.00.00.	FABRI IMOBILIARIA E GESTAO DE SERVICOS LTDA	2.565,00
2015	1001	10/07/2015	01.001.10.302.0003.2.004.3.3.90.39.00.00.	GAMEIRO E IBBA ANÁLISES CLÍNICAS LTDA	132,70
2015	1880	01/12/2015	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.30.00.00.	TESCARO GASES E SOLDAS LTDA	138,00
2015	1897	08/12/2015	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	GARBELOTTI E CIA. LTDA. - ME	20,00
					<b>22.581,96</b>

8155497774497682462



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: 33b0bdb05f5b7d006e8c72b070266e000114d9c3b5080d93d89f5e79fe840fc3  
 Link de validação: <https://valida.ae/201a9998518461d08acd404c53b735fcbffed364dd14f5cdc>





**CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO MOURA**  
**Estado do Paraná**

**Extrato de Restos a Pagar**      ANEXO Nº 6  
 3.2.02

<u>Exercício</u>	<u>Empenho</u>	<u>Data</u>	<u>Programática</u>	<u>Credor</u>	<u>a Pagar</u>
2016	917	31/05/2016	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	D H BAGINI -ME	45.400,00
2016	1556	19/09/2016	01.001.10.843.0001.2.002.4.6.90.71.00.00.	INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	46,88
2016	1557	19/09/2016	01.001.10.843.0001.2.002.3.2.90.21.00.00.	INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	32,27
2016	2149	12/12/2016	01.001.10.843.0001.2.002.3.2.90.21.00.00.	INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	153,87
					<b>45.633,02</b>

N. EMPENHO Nº 917/2016 D H BAGINI -ME = R\$ 45.400,00  
 RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADO

DEMAIS EMPENHOS R\$ 233,02  
 AUTORIZADO CANCELAMENTO PORTARIA Nº 53-2026 de 18-12-2025

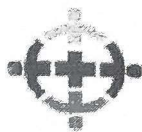


8155497774497682462



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: 33b0bdb05f5b7d006e8c72b070266e000114d9c3b5080d93d89f5e79fe840fc3  
 Link de validação: <https://valida.ae/201a9998518461d08acd404c53b735fcbffed364dd14f5cdc>

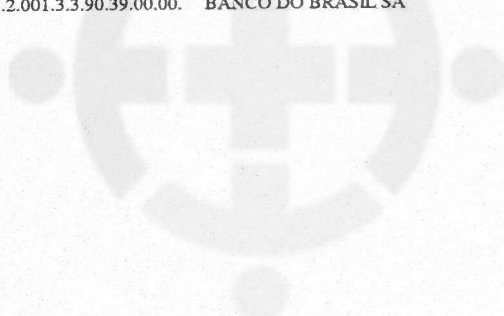




**CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO MOURA**  
**Estado do Paraná**

**Extrato de Restos a Pagar**      ANEXO P. 7  
 3.2.02

Exercício	Empenho	Data	Programática	Credor	a Pagar
2017	2	02/01/2017	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	BANCO DO BRASIL SA	1.553,40
2017	3	02/01/2017	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	BANCO DO BRASIL SA	2.021,52
2017	4	02/01/2017	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	BANCO DO BRASIL SA	600,00
2017	8	02/01/2017	01.001.10.302.0003.2.004.3.3.90.39.00.00.	AKIYAMA DIAGNÓSTICO POR IMAGEM LTDA	120.173,91
2017	12	02/01/2017	01.001.10.302.0003.2.004.3.3.90.39.00.00.	CLINICA PSIQUIATRICA DRA NANCY HADA EIRELI -	5.432,85
2017	15	02/01/2017	01.001.10.302.0003.2.004.3.3.90.39.00.00.	GAMEIRO E IBBA ANÁLISES CLÍNICAS LTDA	14.280,28
2017	18	02/01/2017	01.001.10.302.0003.2.004.3.3.90.39.00.00.	RAMOS & RAMOS SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	12.033,36
2017	137	06/02/2017	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	SERVIOESTE PARANA TRATAMENTO DE RESIDUOS	255,00
2017	634	03/05/2017	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.30.00.00.	L M DANTAS - ME	1.922,20
2017	829	01/06/2017	01.001.10.302.0003.2.004.3.3.90.39.00.00.	RAVENA RADKE CLINICA DE NUTRIÇÃO - ME	8.000,00
2017	841	02/06/2017	01.001.10.302.0003.2.004.3.3.90.39.00.00.	VITALE CONSULTÓRIO MÉDICO LTDA - ME	16.758,00
2017	849	05/06/2017	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.30.00.00.	J. R. EHLKE & CIA LTDA	6.390,71
2017	956	21/06/2017	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.30.00.00.	LABINGÁ COMÉRCIO DE ARTIGOS PARA LABORATÓ	0,55
2017	1127	18/07/2017	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.30.00.00.	ANDERSON FERREIRA DE JESUS ARMARINHOS ME	8.358,89
2017	1128	18/07/2017	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.30.00.00.	SOUZA RAMOS DISTRIBUIDORA DE MATERIAIS DE I	6.837,10
2017	1129	18/07/2017	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.30.00.00.	ANDERSON FERREIRA DE JESUS ARMARINHOS ME	7.420,10
2017	1174	25/07/2017	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.30.00.00.	ECO-FARMAS COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTD	123,27
2017	1224	03/08/2017	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.32.00.00.	OTICA CIAOCULOS LTDA EPP.	3.215,60
2017	1225	03/08/2017	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.32.00.00.	AABA COMÉRCIO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS LT	4.800,00
2017	1378	29/08/2017	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.30.00.00.	SUPERMERCADO SÃO JOSÉ DE CAMPO MOURÃO L	4.894,25
2017	1508	15/09/2017	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	I. C. SIMÃO CONSULTORIA - ME	7.300,00
2017	1590	29/09/2017	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	TEREZINHA DA CONCEIÇÃO DA SILVA CLÍNICA DE I	11.520,00
2017	1720	20/10/2017	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	PIERINI CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME	0,03
2017	1791	02/11/2017	01.001.10.302.0005.2.006.4.4.90.52.00.00.	ROCHA MOREIRA EQUIPAMENTOS MEDICOS EIRELI	0,02
2017	1805	02/11/2017	01.001.10.302.0005.2.006.4.4.90.52.00.00.	CONFIANÇA COMERCIAL CIRURGICA - EIRELI - ME	2.000,00
2017	1956	22/11/2017	01.001.10.302.0003.2.004.3.3.90.39.00.00.	TEREZINHA DA CONCEIÇÃO DA SILVA CLÍNICA DE I	6.140,00
2017	1957	22/11/2017	01.001.10.302.0003.2.004.3.3.90.39.00.00.	MARINA PINHEIRO LIMA MARFARA CLÍNICA MÉDI	25.798,50
2017	2070	07/12/2017	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.30.00.00.	ANDERSON FERREIRA DE JESUS ARMARINHOS ME	1.458,80
2017	2159	14/12/2017	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.30.00.00.	ANDERSON FERREIRA DE JESUS ARMARINHOS ME	1.161,70
2017	2177	14/12/2017	01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00.	BANCO DO BRASIL SA	727,69
					<b>281.177,73</b>



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: 33b0bdb05f5b7d006e8c72b070266e000114d9c3b5080d93d89f5e79fe840fc3  
 Link de validação: <https://valida.ae/201a9998518461d08acd404c53b735fcbffed364dd14f5cdc>





**CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO MOURAO**  
**Estado do Paraná**

Exercício: 2025

**Demonstração da Dívida Flutuante**  
**Adendo III a Portaria SOF nº 08, de 04/02/1985**  
**Anexo XVII, da Lei nº 4.320/64**

**no Período de Janeiro a Dezembro**

TÍTULOS	RESTOS A PAGAR						
	Saldo do exercício	Movimento no Exercício					Saldo para o exercício seguinte
		Inscrição	Liquidação Inscrição	Liquidação Baixa	Cancelado	Pago	
<b>Contas a Pagar Inscrito Processado</b>							
Contas a Pagar: 2025	0,00	4.611.302,12	0,00	4.611.302,12	0,00	0,00	4.611.302,12
<b>Contas a Pagar Inscrito Não Processado</b>							
Contas a Pagar: 2025	0,00	2.155.215,89	0,00	0,00	0,00	0,00	2.155.215,89
<b>Totais</b>	<b>0,00</b>	<b>6.766.518,01</b>	<b>0,00</b>	<b>4.611.302,12</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>6.766.518,01</b>
<b>Restos a Pagar Processados</b>							
Restos a Pagar: 2009	211,13	0,00	0,00	0,00	211,13	0,00	0,00
Restos a Pagar: 2010	641,97	0,00	0,00	0,00	641,97	0,00	0,00
Restos a Pagar: 2011	3.952,65	0,00	0,00	0,00	3.952,65	0,00	0,00
Restos a Pagar: 2012	3.547,09	0,00	0,00	0,00	3.547,09	0,00	0,00
Restos a Pagar: 2013	2.975,07	0,00	0,00	0,00	2.975,07	0,00	0,00
Restos a Pagar: 2014	770,41	0,00	0,00	0,00	770,41	0,00	0,00
Restos a Pagar: 2015	2.326,62	0,00	0,00	0,00	2.287,37	0,00	39,25
Restos a Pagar: 2016	92.842,60	0,00	0,00	0,00	92.609,58	0,00	233,02
Restos a Pagar: 2017	3.123,19	0,00	0,00	0,00	2.429,84	0,00	693,35
Restos a Pagar: 2018	39.308,60	0,00	0,00	0,00	39.308,60	0,00	0,00
Restos a Pagar: 2019	5.348,19	0,00	0,00	0,00	5.348,19	0,00	0,00
Restos a Pagar: 2020	167,08	0,00	0,00	0,00	167,08	0,00	0,00
Restos a Pagar: 2021	13.433,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	13.433,49
Restos a Pagar: 2022	15.236,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15.236,85
Restos a Pagar: 2023	210.754,67	0,00	280,00	0,00	0,00	0,00	211.034,67
Restos a Pagar: 2024	586.456,14	0,00	104.480,02	0,00	0,00	256.068,23	434.867,93
<b>Totais</b>	<b>981.095,75</b>	<b>0,00</b>	<b>104.760,02</b>	<b>0,00</b>	<b>154.248,98</b>	<b>256.068,23</b>	<b>675.538,56</b>
<b>Restos a Pagar Não Processados</b>							
Restos a Pagar: 2011	230,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	230,00
Restos a Pagar: 2013	3.412,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.412,40
Restos a Pagar: 2014	2.888,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.888,19
Restos a Pagar: 2015	22.581,96	0,00	-39,25	0,00	39,25	0,00	22.581,96
Restos a Pagar: 2016	45.400,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	45.400,00
Restos a Pagar: 2017	281.177,73	0,00	-693,35	0,00	693,35	0,00	281.177,73
Restos a Pagar: 2021	402.265,01	0,00	0,00	0,00	402.265,01	0,00	0,00
Restos a Pagar: 2022	587.323,31	0,00	1.130,00	0,00	586.193,31	1.130,00	0,00
Restos a Pagar: 2023	511.926,37	0,00	5.283,23	280,00	506.643,14	5.003,23	0,00
Restos a Pagar: 2024	1.816.609,14	0,00	1.333.096,40	104.480,02	483.512,74	1.228.616,38	0,00
<b>Totais</b>	<b>3.673.814,11</b>	<b>0,00</b>	<b>1.338.777,03</b>	<b>104.760,02</b>	<b>1.979.346,80</b>	<b>1.234.749,61</b>	<b>355.690,28</b>
PENSÃO ALIMENTÍCIA	1.026,12	20.130,30				21.156,36	0,06
RETENÇÕES - EMPRÉSTIMOS E FINANCIA	6.275,14	55.712,12				57.257,41	4.729,85
OUTROS CONSIGNATARIOS	4.173,79	7.275,60				5.003,28	6.446,11
ISS	138.074,17	35.946,17				13.085,48	160.934,86
CONTRIBUIÇÃO AO RGPS	179.291,82	243.971,54				171.128,55	252.134,81
IMPOSTO SOBRE A RENDA RETIDO NA FO	0,00	1.723.265,05				730.232,56	993.032,49
<b>Totais</b>	<b>328.841,04</b>	<b>2.086.300,78</b>				<b>997.863,64</b>	<b>1.417.278,18</b>

8155497774497682462



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: 33b0bdb05f5b7d006e8c72b070266e000114d9c3b5080d93d89f5e79fe840fc3  
 Link de validação: <https://valida.ae/201a9998518461d08acd404c53b735fcbffed364dd14f5cdc>





**CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO MOURAO**  
**Estado do Paraná**

Exercício: 2025

**Demonstração da Dívida Flutuante**  
**Adendo III a Portaria SOF nº 08, de 04/02/1985**  
**Anexo XVII, da Lei nº 4.320/64**

**no Período de Janeiro a Dezembro**

<b>TOTAL GERAL :</b>	<b>4.983.750,90</b>	<b>8.852.818,79</b>	<b>2.133.595,78</b>	<b>2.488.681,48</b>	<b>9.215.025,03</b>
----------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------

**Nota:** Saldo para o exercício seguinte = Saldo do exercício + Inscrição - Cancelado - Pago.

Notas Explicativas

-



Ademir Proença  
 Coordenador

Alexandro Sebastião dos Santos  
 Contador

PAULO CEZAR EUGENIO DE OLIVEIRA  
 Contador



8155497774497682462



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
 Hash SHA256 do original: **33b0bdb05f5b7d006e8c72b070266e000114d9c3b5080d93d89f5e79fe840fc3**  
 Link de validação: <https://valida.ae/201a9998518461d08acd404c53b735fcbffed364dd14f5cdc>



## ADMINISTRAÇÃO



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

**PORTARIA N° 16, de 28 de maio de 2026**

**SÚMULA:** Dispõe sobre o inclusão de itens no Plano de Contratação Anual – PCA do exercício de 2025 dá outras providências.

O Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão - CIS-COMCAM, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Estatuto Social, e:

CONSIDERANDO a necessidade de adequação das demandas de bens e serviços às prioridades da administração do Cis-Comcam;

CONSIDERANDO a aprovação da área técnica competente e comprovação da viabilidade orçamentária e financeira para as inclusões pretendidas.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** Autorizar a alteração do Plano de Contratação Anual – PCA do exercício de 2025, com a inclusão dos itens constantes no Anexo Único desta Portaria.

**Art. 2º** O Anexo referido passa a integrar o Plano de Contratação Anual – PCA vigente, contendo a especificação, quantitativo e estimativa de despesas dos novos objetos.

**Art. 3º** Caberá à Divisão de Licitação providenciar a atualização das informações nos sistemas do Consórcio, a publicação no Portal Nacional de Contratações Públicas - PNCP e demais providências inerentes.

**Art. 4º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Campo Mourão, 28 de maio de 2026.

**JOÃO DOUGLAS FABRICIO**  
 Presidente do CIS-COMCAM

**ADEMIR TONET PROENÇA**  
 Coordenador do CIS-COMCAM

ANEXO ÚNICO – PORTARIA 16-2026					
IT	UNIDADE	OBJETO	DOTAÇÃO	VALOR	PERÍODO
54	Administração	Serviços de digitalização de documentos	01.001.10.302.0001.2002	63.000,00	JUL/2026 a SET/2026
55	Patrimônio	Aquisição de Mobiliário e Equipamentos p/ nova Sede	01.016.10.302.0016.2026	4.000.000,00	SET/2026 a DEZ/2026
			<b>TOTAL</b>	<b>4.063.000,00</b>	

## ADMINISTRAÇÃO



# CIS-COMCAM

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

## EXTRATO CONTRATO DE PRESTAÇÃO POR CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA Nº 142/2026

**Contratante:** CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO MOURAO, sob a sigla CIS-COMCAM, pessoa Jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob nº 95.640.322/0001-01, com endereço à Mamborê, 1.542, Centro, CEP 87.302-140, Campo Mourão - PR, neste ato representado por seu Presidente, João Douglas Fabricio, portador do RG nº 4.209.756-0 SESP/PR e CPF/MF nº606.115.379-15.

**Contratado:** CLINIPREV - CLINICA MEDICA LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 07.357.797/0012-80 com endereço à Avenida AVENIDA GOIOERÊ, 915, Centro, CEP 87302070, Campo Mourão - PR, neste ato representado por Reginaldo Czezacki, portador (a) do RG sob nº 40441913 SSP-PR e CPF/MF nº 531.695.909-44.

**Objeto:** Contratação de Pessoas Jurídica atuante na área da saúde para prestação de serviços nas especialidades constantes na Tabela de Valores Objeto do Chamamento Público nº1/2025

**Vigência:** 22 de maio de 2026 à 22 de maio de 2027.

**Legislação Pertinente:** Processo Licitatório n. 40/2026  
Inexigibilidade n. 30/2026

**Data:** Campo Mourão, 22 de maio de 2026.

**Signatários do Contrato:**

<b>CONTRATANTE:</b>	<b>JOÃO DOUGLAS FABRÍCIO</b>
<b>CONTRATADA:</b>	<b>CLINIPREV - CLINICA MEDICA LTDA</b>
<b>COORDENADOR:</b>	<b>ADEMIR TONET PROENÇA</b>
<b>FISCAL DE CONTRATO:</b>	<b>IVANI FIORE DAL MOLIN</b>
<b>TESTEMUNHA 1:</b>	<b>MARIA VICTORIA APARECIDA SANTOS</b>
<b>TESTEMUNHA 2:</b>	<b>LUANA SOARES GOMES</b>

Rua Mamborê, 1542 - CEP 87.302-140 - Campo Mourão - Pr. Telefone: (41) 3017-0321



Assinado com Assinatura Eletrônica (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)  
Hash SHA256 do original: 891561dc61240d9235003f23dfb1c1bf0a615a0290a7e6d81bab69753e068525  
Link de validação: <https://valida.ae/0e99188afee888890f1763e3f3eb1ef53c3d1a5443345ca43>



Validador