

CERTIDÃO DE PROTOCOLO DE RECEBIMENTO

CERTIFICO e dou fé que, na presente data, aos 20 de fevereiro de 2026, às 14:10h, a empresa **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº **55.552.443/0001-87**, realizou a entrega do envelope contendo a **DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**, em um único envelope, ou enviou a referida documentação via e-mail, referente ao **CREDENCIAMENTO Nº 006/2025** e ao **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 006/2025**, tendo como objeto o **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURIDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES ESPECIALIZADOS, CONSULTAS E PROCEDIMENTOS PARA ATENDIMENTOS NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) DO CIS5ªRS**.

DADOS DA EMPRESA: DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA.

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DOS DOCUMENTOS: CHILIANE DE SOUZA CARVALHO

TELEFONE: (63) 98150-3212

E-MAIL: odonttohome@gmail.com

OBSERVAÇÃO: Informamos que a mera apresentação da documentação não implica no deferimento do credenciamento da empresa, uma vez que os documentos serão submetidos a análise posterior, podendo o pedido ser deferido ou indeferido. Caso sejam identificadas eventuais pendências documentais, serão realizadas diligências nos termos previstos no edital, com o objetivo de requisitar a complementação necessária. O contato oficial para tal solicitação será realizado exclusivamente por meio do endereço de e-mail informado pela empresa neste protocolo.

Thaís Zavaski
Thaís Zavaski

Servidor Responsável
pelo recebimento da documentação

Documento assinado digitalmente
gov.br **CHILIANE DE SOUZA CARVALHO**
Data: 05/03/2026 12:07:48-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Chiliane de Souza Carvalho
Responsável
pela entrega da documentação

RESOLUÇÃO 027/2025 ANEXO III
REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO
EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº. 006/2025 – CIS5ªRS
CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
NA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO A DEMANDA DOS MUNICÍPIOS
CONSORCIADOS AO CIS5ªRS
O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE
PESSOA JURÍDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE
PARA ATENDIMENTO A DEMANDA DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO
CIS5ªRS, divulgado pelo consórcio intermunicipal de saúde da 5ª Região de Saúde
do Paraná, nos termos do Edital de Credenciamento Público nº. 006/2025.

Razão Social: DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR
LTDA
Nome Fantasia: DELIVERY ODONTO HOME - OPNE
CNPJ: 55.552.443/0001-87
Inscrição Estadual: NÃO CONSTA
CNES: DISPENSADO
Endereço comercial: RUA FREI CANECA, 2035, TRIANON, CEP 8501200,
GUARAPUAVA-PR

**RELAÇÃO DE ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS A SEREM
REALIZADOS**

LOTE	ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR
01	09	ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS - 1º AVALIAÇÃO.	R\$ 70,00
	05	ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM ENDODONTIA – 1º ATENDIMENTO.	R\$ 70,00
02	06	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM	R\$ 120,00
	08	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES	R\$ 80,00
	09	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	R\$ 100,00
	12	DRENAGEM DE ABCESSO DA BOCA E ANEXOS	R\$ 120,00
	19	EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOPLASTIA POR SEXTANTE	R\$ 120,00
	20	FRENECTOMIA	R\$ 100,00
	23	MOLDAGEM PROVA DE CERA, PROVA DE DENTES E ENTREGA	R\$ 70,00
	26	PROCEDIMENTOS INDIVIDUAIS PREVENTIVOS, DENTISTICA BÁSICA.	R\$ 90,00

Guarapuava, 11 De fevereiro 2026.

DELIVERY ODONTO HOME
ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA
CNPJ: 55.552.443/0001-87

Assinatura do representante legal da empresa
Nome completo do representante legal
Carimbo da empresa

DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA
PRIMEIRA ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL

NIRE - 41212607425

CNPJ - 55.552.443/0001-87

CHILIANE DE SOUZA CARVALHO brasileira, maior, solteira, natural de Guarapuava-Pr, nascida aos 26 de novembro de 1991, odontóloga, residente e domiciliada na Rua João Keller nº 501, bairro Industrial, na cidade de Guarapuava, estado do Paraná, CEP 85053-050, portadora da carteira nacional de habilitação nº 05259858166, Detran-Pr, e CPF nº 078.563.909-80, único sócio da sociedade empresária **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**, firma estabelecida na Rua João Keller nº 501, bairro Industrial, na cidade de Guarapuava, estado do Paraná, CEP 85053-050, registrada na Junta Comercial do Estado do Paraná sob **NIRE 41212607425**, em seção do dia 17 de junho de 2.024, inscrita no CNPJ sob nº 55.552.443/0001-87, resolve por este instrumento particular, alterar e consolidar o Contrato Social conforme cláusulas e condições a seguir

CLAUSULA PRIMEIRA - A sociedade passa a ter sede e domicílio na Rua Frei Caneca nº 2035, Apto 1604, edifício Residencial Brisas da Lagoa, bairro Trianon, na cidade de Guarapuava, estado do Paraná, CEP 85012-000.

CLAUSULA SEGUNDA - A sócia Chiliane de Souza Carvalho, acima qualificada, passa a ter residência e domicílio na Rua Frei Caneca nº 2035, Apto 1604, edifício Residencial Brisas da Lagoa, bairro Trianon, na cidade de Guarapuava, estado do Paraná, CEP 85012-000.

CLAUSULA TERCEIRA - Todas as demais cláusulas e condições estabelecidas nos atos constitutivos e alterações da sociedade, não alcançados pelo presente instrumento, permanecem em pleno vigor.

CLAUSULA QUARTA - Que os sócios por unanimidade resolvem, por este instrumento, CONSOLIDAR o contrato social e alterações posteriores, que de ora em diante passa a vigorar com a seguinte redação:

CONSOLIDAÇÃO:

CONSOLIDAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL
DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA
CNPJ - 55.552.443/0001-87 - NIRE - 41212607425

CHILIANE DE SOUZA CARVALHO brasileira, maior, solteira, natural de Guarapuava-Pr, nascida aos 26 de novembro de 1991, odontóloga, residente e domiciliada na Rua Frei Caneca nº 2035, Apto 1604, edifício Residencial Brisas da Lagoa, bairro Trianon, na cidade de Guarapuava, estado do Paraná, CEP 85012-000, portadora da carteira nacional de habilitação nº 05259858166, Detran-Pr, e CPF nº 078.563.909-80.

Único sócio da sociedade empresária **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**, firma estabelecida na Rua Frei Caneca nº 2035, Apto 1604, edifício Residencial Brisas da Lagoa, bairro Trianon, na cidade de Guarapuava, estado do Paraná, CEP 85012-000, registrada na Junta Comercial do Estado do Paraná sob **NIRE 41212607425**, em seção do dia 17 de junho de 2.024, inscrita no CNPJ sob nº 55.552.443/0001-87, resolvem por este instrumento particular, consolidar o Contrato Social conforme cláusulas e condições a seguir e passa a vigorar com a seguinte redação:

CLAUSULA PRIMEIRA - A sociedade gira sob o nome empresarial **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**, e usa a expressão Delivery Odonto Home-OPNE, como nome fantasia, estabelecida na Rua Frei Caneca nº 2035, Apto 1604, edifício Residencial Brisas da Lagoa, bairro Trianon, na cidade de Guarapuava, estado do Paraná, CEP 85012-000.

CLAUSULA SEGUNDA - O capital social será R\$20.000,00 (vinte mil reais) dividido em 20.000 (vinte mil) quotas no valor de R\$1,00 (um real) cada uma, totalmente integralizadas em moeda corrente do País, assim distribuído entre os sócios:

DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**PRIMEIRA ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL****NIRE - 41212607425****CNPJ - 55.552.443/0001-87**

Sócios	Quotas	Valor em R\$
Participação		
Chiliane de Souza Carvalho	20.000	20.000,00
TOTAL	20.000	20.000,00
		100,00%

CLAUSULA TERCEIRA - A sociedade tem por objeto o exercício da(s) seguinte(s) atividade(s) econômica: Prestação de Serviços de Atividade Odontológica.

CLAUSULA QUARTA - A sociedade iniciou suas atividades em 20 de junho de 2.024 e seu prazo de duração indeterminado.

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

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

CLAUSULA SETIMA - A administração da sociedade caberá ao sócio **Chiliane de Souza Carvalho** individualmente pela sociedade, com os poderes e atribuições de Administrador, autorizado o uso do nome empresarial, vedado, no entanto, em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor de qualquer dos quotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da sociedade, sem autorização do outro sócio.

CLAUSULA OITAVA - Ao término de cada exercício social, em 31 de dezembro, o administrador prestará contas justificadas de sua administração, procedendo à elaboração do inventário, do balanço patrimonial e do balanço de resultado econômico, cabendo aos sócios, na proporção de suas quotas, os lucros ou perdas apurados.

CLAUSULA NONA - Nos quatro meses seguintes ao término do exercício social, os sócios deliberarão sobre as contas e designarão administrador(es) quando for o caso.

CLAUSULA DECIMA - A sociedade poderá a qualquer tempo, abrir ou fechar filial ou outra dependência, mediante alteração contratual assinada por todos os sócios.

CLAUSULA DECIMA PRIMEIRA - Os sócios poderão de comum acordo, fixar uma retirada mensal, a título de "pro labore", observadas as disposições regulamentares pertinentes.

CLAUSULA DECIMA SEGUNDA - Falecendo ou interditado qualquer sócio, a sociedade continuará suas atividades com os herdeiros, sucessores e o incapaz. Não sendo possível ou inexistindo interesse destes ou do(s) sócio(s) remanescente(s), o valor de seus haveres será apurado e liquidado com base na situação patrimonial da sociedade, à data da resolução, verificada em balanço especialmente levantado.

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

CLAUSULA DECIMA TERCEIRA - O(s) Administrador(es) declara(m), sob as penas da lei, de que não está(ão) impedido(s) de exercer(em) a administração da sociedade, por lei especial, ou em virtude de

DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA
PRIMEIRA ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL

NIRE - 41212607425

CNPJ - 55.552.443/0001-87

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

CLAUSULA DECIMA QUARTA - O(s) sócio(s) declara(m) sob as penas da Lei, que a empresa se enquadra na condição de MICROEMPRESA, nos termos da Lei Complementar nº 123 de 14 de dezembro de 2006, que não se enquadra em qualquer das hipóteses de exclusão relacionadas no § 4º do art. 3º da mencionada lei.

CLAUSULA DECIMA QUINTA - Fica eleito o foro da Comarca de Guarapuava, estado do Paraná, para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato, renunciando-se a qualquer outro por muito especial que seja.

E por estarem assim justos e contratados, assinam o presente instrumento em uma única via.

Guarapuava-Pr, 04 de julho de 2024.

Chiliane de Souza Carvalho
Socio administrador



ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA consta assinado digitalmente por:

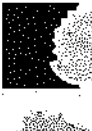
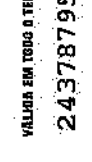
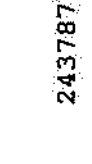
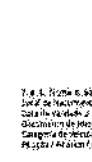
IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
07856390980	CHILIANE DE SOUZA CARVALHO



CERTIFICO O REGISTRO EM 16/07/2024 14:56 SOB Nº 20244796815.
PROTOCOLO: 244796815 DE 16/07/2024.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12410048251. CNPJ DA SEDE: 55552443000187.
NIRE: 41212607425. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 04/07/2024.
DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA

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

A validade deste documento, se impresso, fica sujeita à comprovação de sua autenticidade nos respectivos portais, informando seus respectivos códigos de verificação.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL											
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES											
SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO											
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN											
		NOME (COMPLETE)									
		MILIANE DE SOUZA CARVALHO									
		DATA DE NASCIMENTO									
		26/11/1991, GUARAPUAVA, PR									
		DATA DE EMISSÃO									
		24/08/2022									
		DATA DE VALIDADE									
		24/08/2024									
		CATEGORIA									
		B									
		NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO (CPF)									
		83925460-8									
		DATA DE EMISSÃO									
		24/08/2022									
		DATA DE VALIDADE									
		24/08/2024									
		NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO (CPF)									
		83925460-8									
		DATA DE EMISSÃO									
		24/08/2022									
		DATA DE VALIDADE									
		24/08/2024									
		NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO (CPF)									
		83925460-8									
		DATA DE EMISSÃO									
		24/08/2022									
		DATA DE VALIDADE									
		24/08/2024									
		NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO (CPF)									
		83925460-8									
		DATA DE EMISSÃO									
		24/08/2022									
		DATA DE VALIDADE									
		24/08/2024									
		NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO (CPF)									
		83925460-8									
		DATA DE EMISSÃO									
		24/08/2022									
		DATA DE VALIDADE									
		24/08/2024									
		NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO (CPF)									
		83925460-8									
		DATA DE EMISSÃO									
		24/08/2022									
		DATA DE VALIDADE									
		24/08/2024									
		NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO (CPF)									
		83925460-8									
		DATA DE EMISSÃO									
		24/08/2022									
		DATA DE VALIDADE									
		24/08/2024									
		NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO (CPF)									
		83925460-8									
		DATA DE EMISSÃO									
		24/08/2022									
		DATA DE VALIDADE									
		24/08/2024									
		NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO (CPF)									
		83925460-8									
		DATA DE EMISSÃO									
		24/08/2022									
		DATA DE VALIDADE									
		24/08/2024									
		NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO (CPF)									
		83925460-8									
		DATA DE EMISSÃO									
		24/08/2022									
		DATA DE VALIDADE									
		24/08/2024									
		NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO (CPF)									
		83925460-8									
		DATA DE EMISSÃO									
		24/08/2022									
		DATA DE VALIDADE									
		24/08/2024									
		NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO (CPF)									
		83925460-8									
		DATA DE EMISSÃO									
		24/08/2022									
		DATA DE VALIDADE									
		24/08/2024									
		NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO (CPF)									
		83925460-8									
		DATA DE EMISSÃO									
		24/08/2022									
		DATA DE VALIDADE									
		24/08/2024									
		NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO (CPF)									
		83925460-8									
		DATA DE EMISSÃO									
		24/08/2022									
		DATA DE VALIDADE									

QR-CODE



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

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

SERPRO/SENATRAN

[illegible]

I<BRAD52598581<667<<<<<<<<<<
9111266F3208243BRA<<<<<<<<<<6
CHIILIANE<<DE<SOUZA<CARVALHO<<<



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NUMERO DE INSCRIÇÃO 55.552.443/0001-87 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 17/06/2024
---	---	--------------------------------

NOME EMPRESARIAL DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA
--

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) DELIVERY ODONTO HOME-OPNE	PORTE ME
---	-------------

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.30-5-04 - Atividade odontológica
--

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não informada

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada
--

LOGRADOURO R FREI CANECA	NÚMERO 2035	COMPLEMENTO APT 1604 EDIF RES. BRISAS DA LAGOA
-----------------------------	----------------	---

CEP 85.012-000	BAIRRO/DISTRITO TRIANON	MUNICÍPIO GUARAPUAVA	UF PR
-------------------	----------------------------	-------------------------	----------

ENDEREÇO ELETRÔNICO CHILIANECARVALHO@HOTMAIL.COM	TELEFONE (42) 9946-6620
---	----------------------------

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****
--

SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 17/06/2024
-----------------------------	--

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****
----------------------------	------------------------------------

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

Emitido no dia 16/07/2024 às 16:03:54 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1



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

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

Nome: DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA
CNPJ: 55.552.443/0001-87

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

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

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

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

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

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

Emitida às 13:16:18 do dia 07/01/2026 <hora e data de Brasília>.

Válida até 06/07/2026.

Código de controle da certidão: **17DD.1504.8B28.9B22**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



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

Certidão Negativa

de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual
Nº 38790448-91

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **55.552.443/0001-87**

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

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

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

Válida até 07/05/2026 - Fornecimento Gratuito

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



CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS DO CONTRIBUINTE Nº 1307/2026

Contribuinte

Nome/Razão: 18442 - DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA
CNPJ/CPF: 55.552.443/0001-87
Endereço: RUA FREI CANECA, 2035
Complemento: APT 1604 EDIF RES. BRISAS DA LAGOA
Bairro: TRIANON **Cidade:** Guarapuava - PR

Finalidade

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VALIDADE
07/01/2026	90 dias

CERTIFICA-SE que não constam, até esta data, pendências em nome do Contribuinte acima identificado, relativas a débitos de competências e administrados pelo Poder Público Municipal. Ressalvado o direito de a Fazenda Pública Municipal apurar, efetuar lançamentos e cobrar quaisquer dívidas de responsabilidade do contribuinte acima, que vierem a ser apuradas posteriormente à data de emissão da presente certidão.

Esta certidão refere-se exclusivamente à situação do contribuinte no âmbito desta municipalidade e a créditos tributários referentes à Fazenda Pública Municipal.

Prefeitura de Guarapuava, 07 de janeiro de 2026.

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

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 55.552.443/0001-87
Razão Social: DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA
Endereço: R FREI CANECA 2035 APT 1604 / TRIANON / GUARAPUAVA / PR / 85012-000

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

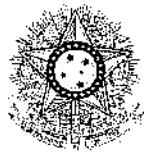
O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 04/02/2026 a 05/03/2026

Certificação Número: 2026020403086507458360

Informação obtida em 19/02/2026 14:59:42

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



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA (MATRIZ E FILIAIS)
CNPJ: 55.552.443/0001-87
Certidão nº: 2598689/2026
Expedição: 12/01/2026, às 09:01:48
Validade: 11/07/2026 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **55.552.443/0001-87**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

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

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

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

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

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



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE
GUARAPUAVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

Empresa ➤ ➤ **Fácil**

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

Número 360868

Nome Fantasia: DELIVERY ODONTO HOME-OPNE

Razão Social: DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA

CNPJ: 55.552.443/0001-87

Atividade Principal: 8630-5/04 - Atividade odontológica

Atividade(s) Secundária(s):

Município: Guarapuava **Endereço:** RUA FREI CANECA, 2035, APT 1604 EDIF RES. BRISAS DA LAGOA, TRIANON

Local e data: Guarapuava, terça, 16 de julho de 2024

Vencimento: sábado, 14 de setembro de 2024

DIOCESAR COSTA DE SOUZA

Secretaria Municipal de Finanças

Observações:

Liberado a Inscrição Municipal com validade de 60 (sessenta) dias, ficando sujeito ao cumprimento de legislação específica dos demais órgãos para funcionamento. A responsabilidade da solicitação do alvará e cumprimento das exigências é de inteira responsabilidade da empresa, nos termos do Art. 24 do Decreto 11.044/2024.

Conforme Art. 30 do Código de Postura Municipal, LEI COMPLEMENTAR Nº 7/2004, nenhum estabelecimento de produção, comércio, indústria e de prestação de serviços poderá funcionar no Município sem prévia licença da Secretaria Municipal de Finanças, concedida através de requerimento dos interessados, mediante pagamento dos tributos devidos. O não cumprimento deste artigo constitui infração, passivo de autuação de natureza grave. Conforme Art. 30 do Código de Postura Municipal (LEI COMPLEMENTAR Nº 7/2004), nenhum estabelecimento de produção, comércio, indústria e de prestação de serviços poderá funcionar no Município sem prévia licença da Secretaria Municipal de Finanças, concedida através de requerimento dos interessados, mediante pagamento dos tributos devidos. O não cumprimento deste artigo constitui infração, passivo de autuação de natureza grave.

Código de Autenticidade: **240FVZAKEK**

EMITIDO ELETRONICAMENTE PELO EMPRESA FÁCIL PARANÁ

Esse documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial



MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
DEPARTAMENTO DE ALVARÁS



Alvará de Licença de Localização e Funcionamento

136/2026

VALIDADE: 19/01/2029

Cumprindo o que dispõe o CÓDIGO DE POSTURA MUNICIPAL em vigor, Lei Complementar nº 007/2004, e suas alterações, outorgamos o presente ALVARÁ DE LICENÇA DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO durante o corrente exercício, do estabelecimento abaixo discriminado.

INSCRIÇÃO MUNICIPAL 360868	CPF / CNPJ 55.552.443/0001-87	DATA INÍCIO ATIVIDADE 17/06/2024	DATA DE EMISSÃO 19/01/2026	PROTOCOLO 530 / 2026 IPM
-------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

NOME / RAZÃO SOCIAL DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA	ÁREA CONSTRUÍDA 5
---	----------------------

LOGRADOURO RUA FREI CANECA	NÚMERO 2035	COMPLEMENTO APT 1604 EDIF RES. BRISAS DA LAGOA
-------------------------------	----------------	---

CEP 85.012-000	BAIRRO TRIANON	MUNICÍPIO Guarapuava	ESTADO PR
-------------------	-------------------	-------------------------	--------------

ATIVIDADE PRINCIPAL 0086.3/05.04 Atividade odontológica
--

ATIVIDADE SECUNDÁRIA(s)

OBSERVAÇÃO
Liberado conf. DECRETO Nº 11.044/2024 ALVARÁ DE VERIFICAÇÃO E FUNCIONAMENTO PARA ATIVIDADE ECONÔMICA NÃO EXERCIDA NO LOCAL. Lembrando que é de inteira responsabilidade do empresário as informações contidas na documentação apresentada, estando ciente que qualquer informação ou documentação divergente implicam independente das sanções administrativas cabíveis, crime de falsidade ideológica, nos termos do Art. 299 do Código Penal.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PRAZO PARA REQUERIMENTO DE QUALQUER ALTERAÇÃO, BAIXA OU PARALISAÇÃO DEVERÁ OCORRER DENTRO DE 30 (TRINTA) DIAS CONTADOS DO EVENTO, CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.

ESTE DOCUMENTO DEVERÁ OBRIGATORIAMENTE SER AFIXADO EM LOCAL VISÍVEL NO ESTABELECIMENTO, CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.



**ESTADO DO PARANÁ
COMARCA DE PONTA GROSSA**

OFÍCIO DISTRIBUIDOR
Rua Leopoldo Guimarães da Cunha, 590 - Oficinas
PONTA GROSSA/PR - 84035310

TITULAR
ROSANA WAGNER
JURAMENTADOS
MUALMERI JANOSKI
NATHALIA LAIS WAGNER EMILIO

Certidão Negativa
Para Fins Gerais

Certifico, a pedido de parte interessada, que revendo os livros e arquivos de distribuição de Ações de FALÊNCIA, CONCORDATA, RECUPERAÇÃO JUDICIAL e HOMOLOGAÇÃO DE RECUPERAÇÃO EXTRAJUDICIAL, sob minha guarda neste cartório, verifiquei **NÃO CONSTAR** nenhum registro em andamento contra:

DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA

Documento..... CNPJ 55.552.443/0001-87

Sede..... Rua FREI CANECA, 2036 (APT 1604 EDIF BRISAS DA LAGOA), TRIANON,
GUARAPUAVA/PR, CEP 85012000

no período compreendido entre a presente data e os últimos 20 anos que a antecederem.

PONTA GROSSA/PR, 06 de Fevereiro de 2026, 15:25:39



Certificação

ASSINADO DIGITALMENTE
ROSANA WAGNER
CPF
63910969968

Para verificar a autenticidade desta assinatura digital, acesse o site:
<http://www.pgrj.pr.gov.br/validacao-digital>



Página 0001/0001

Documento assinado digitalmente ICP-BRASIL, conf. MP Nº 2.200-2/2001, LEI Nº 14.063/20
A Verificação da assinatura: <https://validar.iti.gov.br/> - Este documento não deve ser impresso.

RESOLUÇÃO 027/2025 ANEXO III
REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO
EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº. XXX/2025 – CIS5ªRS
CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURIDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
NA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO A DEMANDA DOS MUNICIPIOS
CONSORCIADOS AO CIS5ªRS
O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE
PESSOA JURIDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE
PARA ATENDIMENTO A DEMANDA DOS MUNICIPIOS CONSORCIADOS AO
CIS5ªRS, divulgado pelo consórcio intermunicipal de saúde da 5ª Região de Saúde
do Paraná, nos termos do Edital de Credenciamento Público nº. XXX/2025.

Razão Social: DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR
LTDA
Nome Fantasia: DELIVERY ODONTO HOME - OPNE
CNPJ: 55.552.443/0001-87
Inscrição Estadual: NÃO CONSTA
CNES: DISPENSADO
Endereço comercial: RUA FREI CANECA, 2035, TRIANON, CEP 8501200,
GUARAPUAVA-PR

**RELAÇÃO DE ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS A SEREM
REALIZADOS**

LOTE	ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR
01	09	ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS - 1º AVALIAÇÃO.	R\$ 70,00
	05	ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM ENDODONTIA - 1º ATENDIMENTO.	R\$ 70,00
02	06	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM	R\$ 120,00
	08	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES	R\$ 80,00
	09	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	R\$ 100,00
	12	DRENAGEM DE ABCESSO DA BOCA E ANEXOS	R\$ 120,00
	19	EXODONTIA MULTIPLA COM ALVEOPLASTIA POR SEXTANTE	R\$ 120,00
	20	FRENECTOMIA	R\$ 100,00
	23	MOLDAGEM PROVA DE CERA, PROVA DE DENTES E ENTREGA	R\$ 70,00
	26	PROCEDIMENTOS INDIVIDUAIS PREVENTIVOS, DENTÍSTICA BÁSICA.	R\$ 90,00

Guarapuava, 11 De fevereiro 2026.


DELIVERY ODONTO HOME
ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA
CNPJ: 55.552.443/0001-87
Assinatura do representante legal da empresa
Nome completo do representante legal
Carimbo da empresa

ANEXO IV**RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA EMPRESA QUE PRESTARÃO SERVIÇOS****EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº. 006/2025 – CIS5ªRS****CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURIDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS****NA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO A DEMANDA DOS MUNICIPIOS CONSORCIADOS AO CIS5ªRS**

A empresa, DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA, vem através deste informar os nomes dos profissionais disponíveis para prestar serviços ao CIS5ªRS, conforme quadro abaixo:

NOME DO PROFISSIONAL	REGISTRO PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
CHILIANE DE SOUZA CARVALHO	32599	-ODONTOLOGIA PARA PACIENTES ESPECIAIS
CHILIANE DE SOUZA CARVALHO	32599	- PROTESE

Guarapuava, 11 De fevereiro 2026.

 DELIVERY ODONTO HOME
ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA
CNPJ: 55.552.443/0001-87

Assinatura do representante legal da empresa

Nome completo do representante legal

Carimbo da empresa

MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Informação, Tecnologia e Inovação em Saúde - DITIS

Declaração de Isenção de Cadastro-CNES

Considerando as diretrizes da Portaria 20/2024/SMS;

Considerando a definição de Estabelecimento de Saúde disponibilizada pelo Ministério da Saúde: espaço físico, edificado ou móvel, privado ou público, onde são realizados ações e serviços de saúde, por pessoa física ou jurídica, e que possua responsável técnico, pessoal e infraestrutura compatível com a sua finalidade;

Considerando o contido no Alvará da Vigilância Sanitária e/ou na Declaração de Dispensa de Licenciamento Sanitário, em que possua a anotação de que é APENAS ponto de referência ou que NÃO realizam atividades no local:

- () ALVARÁ DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA
- () DECLARAÇÃO DE DISPENSA DE LICENCIAMENTO SANITÁRIO
- () CONTRATO SOCIAL
- () CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA (CNPJ)
- (X) ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Observação: consta liberação para atividade econômica não exercida no local, licença número 136.

DECLARAMOS que a Pessoa Jurídica/Pessoa Física 55.552.443/0001-87 Delivery Odonto Home Odontologia Domiciliar, inscrita (o) sob o CNPJ/CPF, está LIBERADA (O) da inclusão no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), para a obtenção de cadastro como estabelecimento de saúde.

Por força da PORTARIA 20/2024/SMS, a presente declaração poderá SUBSTITUIR o número de CNES, para fins de comprovação da oferta dos serviços de saúde em local diverso ao endereço do solicitante no seu contrato social celebrado para a prestação do serviço e/ou comprovante de inscrição e de situação cadastral no CNPJ.

Essa declaração não substitui a necessidade de apresentação de CNS Profissional (Cartão Nacional de Saúde).

DELIVERY ODONTO HOME
ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA
55.552.443/0001-87

DECLARAÇÃO ME/EPP/MEI

A empresa DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA, inscrita no CNPJ sob o número 55.552.443/0001 87, sediada Rua Frei Caneca, nº: 2035, Complemento: APT 1604 EDIF RES. BRISAS DA LAGOA, Bairro: TRIANON, CEP: 85.012 000, Cidade: Guarapuava, Estado: PR, através de seu representante, Sr(a). CHILLIANE DE SOUZA CARVALHO, CPF número 078.563.909 80, RG número 835.254 60 SESP PR na qualidade de proponente do procedimento licitatório no CREDENCIAMENTO nº 006/2025, instaurado pelo CIS5ªRS, declara sob as penas da lei que penal e civil, que a ora declarante está classificada como Microempresa ME, perante Receita Federal e/ou Secretaria da Fazenda do Estado, comprometendo se ainda a informar caso deixe de ser enquadrada na condição de Microempresa ME, nos termos da lei.

Guarapuava, 19 de fevereiro de 2026



Chilliane de Souza Carvalho

**DECLARAÇÃO UNIFICADA PARA HABILITAÇÃO EDITAL DE CREDENCIAMENTO
PÚBLICO Nº. 006/2025 – CIS5ªRS**

CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURIDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES ESPECIALIZADOS, CONSULTAS E PROCEDIMENTOS PARA ATENDIMENTOS NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) DO CIS5ªRS

A empresa DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA, inscrita no CNPJ sob o número 55.552.443/0001-87, sediada Rua Frei Caneca, nº. 2035, Complemento: APT 1604 EDIF RES. BRISAS DA LAGOA, Bairro: TRIANON, CEP: 85.012-000, Cidade: Guarapuava, Estado: PR, através de seu representante, Sr(a). CHILLIANE DE SOUZA CARVALHO, CPF número 078.563.909-80, RG número 835.254-60 SESP PR na qualidade de proponente do procedimento licitatório no CREDENCIAMENTO nº 006/2025, instaurado pelo CIS5ªRS, declara sob as penas da lei que:

- 1) Não se encontra com o Direito de Licitar suspenso perante o CIS5ªRS, bem como não se encontra declarado inidôneo por órgão ou entidade em qualquer das esferas do Governo;
- 2) Até a presente data inexistem fatos impeditivos para a sua habilitação no presente processo licitatório ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;
- 3) Não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7º, XXXIII, da Constituição;
- 4) As propostas econômicas compreendem a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega das propostas;
- 5) Os proprietários, sócios e/ou dirigentes da referida empresa NÃO possuem grau de parentesco consanguíneo ou por afinidade até o terceiro grau, com SERVIDORES EFETIVOS INVESTIDOS DE CARGOS DE DIREÇÃO, CHEFIA E ASSESSORAMENTO, OU EXERÇAM FUNÇÃO GRATIFICADA E AINDA QUE FAÇAM PARTE DO DEPARTAMENTO DE COMPRAS, LICITAÇÕES E E CONTRATOS, SEJA AGENTE DE CONTRATAÇÃO E OU MEMBRO DA EQUIPE DE APOIO, E DA COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÕES DO CIS5ªRS OU QUE EXERÇAM FUNÇÃO DE FISCALIZAÇÃO E GESTÃO DE CONTRATOS ORIUNDO DO PRESENTE PROCESSO LICITATÓRIO, AGENTES POLÍTICOS, PREFEITO, VICE-PREFEITO E OCUPANTES DE CARGOS EM COMISSÃO DO CIS5ªRS, responsabilizando-se civil, administrativa e criminalmente pela veracidade das informações contidas nessa Declaração.
- 6) Não possui, em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal;
- 7) Cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.
- 8) Está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como de que a proposta apresentada compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas

DELIVERY ODONTO HOME
ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA
55.552.443/0001-87

normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de sua entrega em definitivo e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no instrumento convocatório;

9) Que tomou conhecimento de todas as informações e das condições locais para o cumprimento das obrigações objeto da licitação; bem como de que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no edital, referentes o CREDENCIAMENTO Nº 006/2025.

10) Que se responsabiliza pelo uso regular de dados de pacientes para uso exclusivo das finalidades do CIS5RS, bem como de garantir que o acesso ao sistema do CIS5RS ocorra de forma personalíssima, sob pena de sofrer as sanções legais.

11) Que realiza o tratamento de dados pessoais pertinentes à qualificação jurídica, econômico-financeira, tributária e técnica descritas no Edital, para uso exclusivo às finalidades legais e institucionais, conforme disposto na Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e no Decreto nº 10.046/2019, assim como se compromete a exigir de seus funcionários o mesmo grau de responsabilidade com o manuseio e tratamento de dados sensíveis que porventura tenha acesso no cumprimento de suas obrigações contratuais, devendo, expressamente indicar os dados sensíveis de pessoas naturais constantes dos referidos documentos, que deseja sejam anonimizados;

12) Declara que os profissionais apresentados no ANEXO IV possuem capacidade técnica e estão disponíveis a prestar o atendimento aos usuários do CIS5RS

13) Responsável pela empresa conforme contrato social e alterações: nome: CHILLIANE DE SOUZA CARVALHO. RG 835.254-60 SESP PR, CPF 078.563.909-80, email chilianecarvalho@hotmail.com, celular (63) 98150-3212.

14) Responsável Técnico pela empresa conforme contrato social e alterações: CHILLIANE DE SOUZA CARVALHO. RG 835.254-60 SESP PR, CPF 078.563.909-80, email chilianecarvalho@hotmail.com, celular (63) 98150-3212, Registro profissional da entidade competente 32599 CRO PR.

15) Declara que a agência de depósito referente aos serviços prestados é: Banco: BANCO DO BRASIL, Agência: 02992, Conta Corrente: 114234-8

16) Declara que em atendimento ao disposto na Lei Federal nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), a Administração Pública informa que os dados pessoais e empresariais constantes dos documentos apresentados no âmbito deste processo licitatório, inclusive os referentes aos sócios, representantes legais e demais envolvidos, poderão ser tratados, utilizados e divulgados com a finalidade de atendimento ao princípio da publicidade e da transparência dos atos administrativos, conforme previsto no art. 37 da Constituição Federal e na legislação pertinente.

17) Declara que tais informações poderão ser publicadas e disponibilizadas nos portais oficiais de transparência da Administração Pública, bem como em outros meios de divulgação oficial que se façam necessários ou obrigatórios para o cumprimento da legislação vigente, incluindo, mas não se limitando, ao Portal da Transparência do Município, sites governamentais de acompanhamento de contratações públicas, e diários oficiais.

18) Declara que ao participar deste certame, tem concordância expressa com o uso, tratamento e divulgação de seus dados pessoais e empresariais para os fins acima indicados, não cabendo qualquer alegação futura de desconhecimento ou objeção quanto ao uso das informações fornecidas nos termos exigidos por este Edital e pela legislação aplicável.

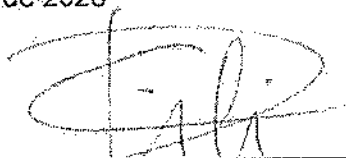
19) Declara que os profissionais relacionados fazem parte do corpo clínico desta prestadora de serviço

DELIVERY ODONTO HOME
ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA
55.552.443/0001-87

20) Declara para os devidos fins, que será de uso intransferível o login e senha disponibilizado pelo CIS Ivaiporã ao profissional médico que fará uso do sistema de prontuário dos pacientes.

21) Declara que se compromete, ao preenchimento do prontuário eletrônico do sistema CIS5ªRS – IDS Saúde, nos atendimentos aos pacientes atendidos, bem como se necessário, impressão e assinatura em prontuário físico.

Guarapuava, 19 de fevereiro de 2026



Chylliane de Souza Carvalho

ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL
NÚCLEO DE IDENTIFICAÇÃO

CHILIANE DE SOUZA CARVALHO

TIPOLOGIA: ANOMIA DA SÉLVIA CARVALHO
LEONORA FERREIRA DE SOUZA

DATA NASCIM. 04/01/1982
ZEL/11/1981 GUARAPUAVAPR
CÓDIGO 811232323
CPF

Chiliane de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL
NÚCLEO DE IDENTIFICAÇÃO

CPF: 078.883.808-80
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 8.352.546-0
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL
CORREIO GUARAPUAVAPR, GOXEM
CIVIL-195, LINDO-17A, FOLHA-3

DATA DE EMISSÃO: 10/03/2021

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL
NÚCLEO DE IDENTIFICAÇÃO

Chiliane de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL
NÚCLEO DE IDENTIFICAÇÃO



CENTRO UNIVERSITÁRIO GUAIRACÁ

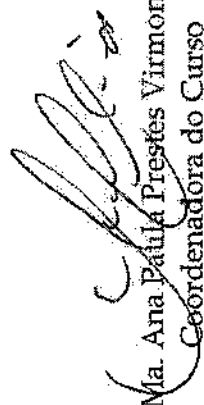
Credenciamento Portaria N° 463 de 07/05/20 DOU N° 88 de 11/05/20

CERTIFICADO

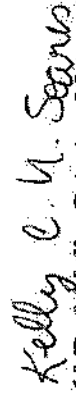
A Pró-Reitora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão do Centro Universitário Guairacá, no uso de suas atribuições legais e tendo em vista a conclusão do Curso de Extensão em Diagnóstico Bucal, realizado no período de 25 de abril de 2021 a 21 de novembro de 2021, confere este Certificado a

CHILIANE DE SOUZA CARVALHO,

brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida em 26 de novembro de 1991, portadora da Carteira de Identidade n°. 8.352.546-0 II/PR, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.


Prof. Ma. Ana Paula Prestes Virmond Traiano
Coordenadora do Curso

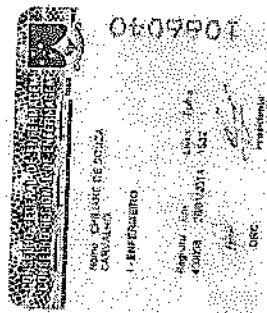
Guarapuava, 21 de março de 2022.


Prof.ª Dr.ª Kelly Cristina Nogueira Soares
Pró-Reitora de Pós-Graduação,
Pesquisa e Extensão
Portaria n° 002/2020 GR



UNI
GUAIRACÁ

Reconhecido pela Portaria Ministerial nº. 134, de 27 de julho de 2012, Publicado no Diário Oficial da União nº. 146- Seção 1, de 30 de julho de 2012, pag. 38.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE
UNICENTRO

Diploma registrado sob n.º 49.314. Livro 022, Fls. 013.
Processo 959 de 07/10/2013, de acordo com o disposto no artigo 48, § 1º da Lei 9.394, de 20/12/1996, e nos termos da Resolução CNE/CES nº 12, de 13/12/2007.

Guarapuava, 05 de novembro de 2013.

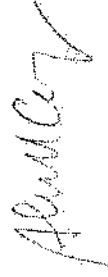
Márcia Teyzinha Fembil
Prof.ª Márcia Teyzinha Fembil,
Pró-Reitora de Ensino.

Por delegação de competência, nos termos da Resolução n.º 177/2001-CAD/UNICENTRO, de 09 de outubro de 2001.

CERTIFICADO

Certifico que **Chiliane Carvalho** participou do **Curso de Habilitação em Laserterapia Para Dentistas**, com carga horária total de 60 horas, no período de **07 de maio a 26 de junho de 2021**. A Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein outorga o presente certificado ao respectivo(a) aluno(a), a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 26 de junho 2021.



ALEXANDRE HOLTHAUSEN CAMPOS

Diretor Acadêmico da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein



ALBERT EINSTEIN
INSTITUTO ISRAELITA DE
ENSINO E PESQUISA
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
ABRAHAM SZAJMAN

Disciplina	Carga horária	Nota	Corpo Docente
Fundamentos da Física do Laser e Interação da Luz com Tecidos Biológicos	4	10	Fernanda de Paula Eduardo
Mecanismo de ação dos lasers em alta e baixa intensidade e LEDs	4	10	Luciane H Azevedo
Dosimetria	4	10	Fernanda de Paula Eduardo
Normas de Segurança para uso dos Lasers de Alta e Baixa Potência	2	10	Fernanda de Paula Eduardo
Terapia Fotodinâmica (PDT) - teoria e prática clínica	4	10	Fernanda de Paula Eduardo
Aplicações dos Lasers de alta, baixa potência e LEDs nas diversas especialidades odontológicas	28	10	Leticia Mello Bezinelli
Diagnósticos por meios ópticos	2	10	Carlos de Paula Eduardo
Laser de alta e baixa intensidade. - Prática	8	10	Daniel Simoes de Almeida Rosa
Gestão da Nova tecnologia na prática odontológica	2	10	Leticia Mello Bezinelli
Avaliação teórico prática	2	APROVADO	Fernanda de Paula Eduardo

CROSP 67191
CROSP 57630
CROSP 67191
CROSP 67191
CROSP 67191
CROSP 84561
CROSP 7302
CROSP 61574
CROSP 84561
CROSP 67191

CERTIFICADO

Certifico que,

Chiliane Carvalho

Participou do **Curso de Atualização em Urgência Odontológica e sua Terapêutica Medicamentosa**, promovido pela área de Cursos de Atualização do Instituto de Ensino do Hospital Israelita Albert Einstein, na categoria participante, no dia **11 de Junho de 2021** com carga horária total de **9 horas**.

São Paulo, 11 de Junho de 2021.



ALEXANDRE HOLTHAUSEN CAMPOS

Diretor de Ensino do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa - IIEPAE



ALBERT EINSTEIN
INSTITUTO ISRAELITA DE
ENSINO E PESQUISA
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
ABRAM SZAJMAN

[Digite aqui]



DECLARAÇÃO:

Declaro para devidos fins, que nesse estabelecimento CLÍNICA ODONTOLÓGICA ODONTO-PARANA, situado no endereço Avenida Anhanguera, nº 1464 – Centro, sob inscrição CNPJ nº 25.117.935/0001-83, na cidade de Colinas do Tocantins-TO, a profissional Cirurgiã-Dentista Chiliane de Souza Carvalho, inscrita no CPF nº 078.563.909-80, atuou na prestação de serviços para público em geral e em atendimento domiciliar para pacientes com necessidades especiais, realizando reabilitação oral em próteses para pacientes com mobilidade motora sem deslocamento, atendimento de crianças com TEA, tratamentos de ansiedades para conforto dos pacientes nos atendimentos, repassando orientações para os cuidadores e responsáveis dos mesmos, a melhor forma de prestar os devidos cuidados.

Atuando com precisão em domicílio na produção de placas miorelaxante, prótese total, prótese parcial removível, contendo capacidade técnica para moldagens, ajustes em diferentes condições, e o que fosse necessário para a qualidade de vida dos mesmos. Atuando em período integral de outubro de 2021 a setembro de 2023.

Ficamos à disposição para mais informações.

Colinas do Tocantins - TO, 05 de FEVEREIRO de 2026.

Glenio Leonardo do Carmo Sousa
GLENIO LEONARDO DE CARMO SOUSA
RESPONSÁVEL CRO 4719
CPF nº 06640275120

Odontto Paraná LTDA
25.117.935/0001-83

Odontto Paraná LTDA
CNPJ/25.117.935001-83

2º Tabelionato de Notas, Tabelionato de Protesto de Títulos,
Registro de Títulos e Documentos e Registro Civil de Pessoas Jurídicas
Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins
Av. Tancredo Neves, 1000 - Colinas do Tocantins - TO - CEP: 77000-000
Tel: (68) 3571-0471 - e-mail: tjd@tjd.to.gov.br

Selo nº 12457344823564 - FMY
Cópia autêntica de documento original em papel de segurança
Reconheço por Verdadeiro a assinatura de GLENIO
LEONARDO DO CARMO SOUSA, posto que análoga a constante de
nosso arquivo, do qual dou fé Colinas do Tocantins-TO, 11 de
fevereiro de 2026. Emolumentos: R\$ 3,52, Taxa Judiciária
R\$ 0,86, Função: R\$ 0,87, ISS: R\$ 0,17, TOTAL: R\$ 5,42 (As
08:57:25)

Débora Siqueira Valcari - Escrevente

“Aqui sempre com zelo e honestidade, sem exceção no passado”

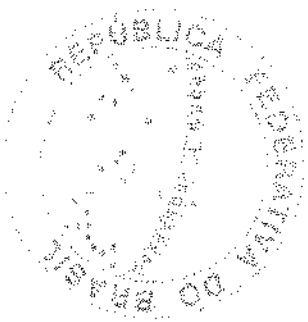
2º Tabelionato de Notas, Tabelionato de Protesto de Títulos,
Registro de Títulos e Documentos e Registro Civil de Pessoas Jurídicas
Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins
Av. Tancredo Neves, 1000 - Colinas do Tocantins - TO - CEP: 77000-000
Tel: (68) 3571-0471 - e-mail: tjd@tjd.to.gov.br

Selo nº 12457344823564 - BR5

Cópia autêntica de documento original em papel de segurança
Reconheço por Semelhante a assinatura de ALLAN DE
SOUZA CARVALHO, posto que análoga a constante de nosso
arquivo, do qual dou fé Colinas do Tocantins-TO, 11 de fevereiro de
2026. Emolumentos: R\$ 2,04, Taxa Judiciária: R\$ 1,92,
Função: R\$ 1,34, ISS: R\$ 0,35 - TOTAL: R\$ 5,65 (As 09:58:45)

Débora Siqueira Valcari - Escrevente

“Aqui sempre com zelo e honestidade, sem exceção no passado”



CENTRO UNIVERSITÁRIO GUAIRACÁ

Credenciamento Portaria MEC n.º 463, de 07 de maio de 2020

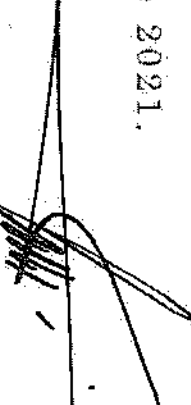
O Reitor do Centro Universitário Guairacá, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de ODONTOLOGIA, em 03 de julho de 2021, e colação de grau em 15 de julho de 2021, confere o título de BACHARELA em ODONTOLOGIA, a

CHILLANE DE SOUZA CARVALHO,

brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida em 26 de novembro de 1991, portadora da Carteira de Identidade N.º 8.352.546-0/PR, e outorga-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Guarapuava-PR, 30 de agosto de 2021.

Juliana Carvalho
Chillane de Souza Carvalho
Graduada


Prof. Ms. Jucarez Matias Soares
Reitor

Centro Universitário Guairacá
(Instituição Expedidora e Registradora)

SESG - Sociedade de Educação Superior Guairacá

Credenciamento Portaria nº 463 de 07/05/2020,
DOU nº 88, Seção 01, pág. 58, de 11/05/2020.

CNPJ: 06.060.722/0001-18

Curso: Odontologia

Autorização Portaria nº 400, de 29/05/2015,
DOU nº 102, Seção 01, pág. 18, de 01/06/2015.

Curso reconhecido na forma do art. 11, § 1º, do Decreto nº 9.235,
de 15/12/2017, e do art. 26 § 1º, da Portaria MEC nº 1.095, de
25/10/2018, DOU nº 207, Seção 1, pág. 32, de 26/10/2018.

CENTRO UNIVERSITÁRIO GUAIRACÁ

CNPJ: 06.060.722/0001-18

Credenciamento Portaria nº 463 de 07/05/2020, Publicado no Diário Oficial da
União nº 88, Seção 01, pág. 58, de 11/05/2020.

Diploma registrado sob nº 383, Livro 02, fls. 93, em 01/09/2021, por delegação
de competência do Ministério da Educação, nos termos da Lei nº 9.394, de 20 de
dezembro de 1996, do Decreto nº 9.235, de 15 de dezembro de 2017 e do artº
5º da Portaria nº 1.095, de 25 de outubro de 2018.
Processo nº 260/2021

Guarapuava, 01 de setembro de 2021.

Kelly C. N. Soares

Prof.^a Dra. Kelly Cristina Nogueira Soares
Pró-Reitora Acadêmica e de Planejamento

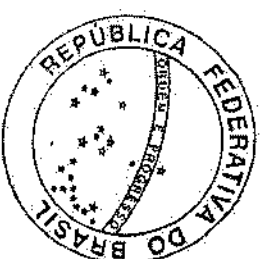
Por delegação de competência nos termos da Portaria 040/2020 – GR.
de 18 de dezembro de 2020.

Faculdade UnibF



unibF
FACULDADE

CERTIFICADO



Pós-Graduação Lato Sensu

O Diretor Geral da Faculdade UnibF, no uso de suas atribuições, confere o presente certificado em Nível de Especialização a

CHILIANE DE SOUZA CARVALHO

pela conclusão do curso de Pós-Graduação Lato Sensu em ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS, com 1000 horas, aprovado pelo Conselho Diretor, através da Resolução CONDI nº 002/18, de 14/05/2018 e promovido por esta Faculdade no período de 23/04/2021 a 05/04/2022.

Paraíso do Norte, 05 de abril de 2022.

Fernando Kaio Muniz Hoegen
Diretor Geral

Elisângela L. dos Santos
Secretária Acadêmica

CHILIANE DE SOUZA CARVALHO
Concluinte

Site de Validação: <https://sistema.alunodigital.com.br/ValidarDocumento.aspx>

Aluno: CHILIANE DE SOUZA CARVALHO

Curso: ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Área de Conhecimento (CAPES/CNPQ): Saúde e bem-estar social

CPF: 078.563.909-80

Registro: 58319 Livro: 31 Folha: 22

Data do Registro: 05/04/2022

Disciplina	Ministrante	Título	CH	Nota	Frequência	Situação Final
METODOLOGIA DA PESQUISA	RODRIGO JUNIOR GUALASSI	ESPECIALISTA	120	8	100%	APROVADO
GESTÃO DOS SERVIÇOS DA SAÚDE	EWERTON TAVEIRA CANGUSSU	MESTRE	120	8	100%	APROVADO
ÉTICA E RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL	OSWALDO OLIVEIRA SANTOS JÚNIOR	MESTRE	120	10	100%	APROVADO
POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE	LUÇAS PAULO JACINTO SAAVEDRA	DOUTOR	120	10	100%	APROVADO
SAÚDE E DESENVOLVIMENTO INFANTIL	EWERTON TAVEIRA CANGUSSU	MESTRE	120	9	100%	APROVADO
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS I	MAYARA MOREIRA ROGERIO CARVALHO	ESPECIALISTA	120	10	100%	APROVADO
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS II	MAYARA MOREIRA ROGERIO CARVALHO	ESPECIALISTA	120	10	100%	APROVADO
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS III	MAYARA MOREIRA ROGERIO CARVALHO	ESPECIALISTA	120	10	100%	APROVADO
ÉTICA E RESPONSABILIDADE SOCIAL	OSWALDO OLIVEIRA SANTOS JÚNIOR	MESTRE	20	8	100%	APROVADO
TCC - TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	CARLOS HOEGEN	ESPECIALISTA	20	10	100%	APROVADO

Título do Trabalho de Conclusão: ALTERAÇÕES BUCAIS NO IDOSO Orientador: CARLOS HOEGEN

Recredenciada pela Portaria nº 315 de 05/05/2016, publicada no D.O.U. em 06/05/2016. Credenciada para oferta em EAD pela Portaria nº 1.851, publicada no D.O.U. de 29/10/2019. Este curso obedeceu a todas as disposições da Resolução CNE/CES nº 2 de 06 de abril de 2018. Atendendo as exigências da Lei nº 9.394/1996, do CNE.

Paraisópolis do Norte, 05 de abril de 2022

Faculdade Unibf - CNPJ: 07.481.324/0001-38

Rua Otávio Bilac, nº 78 - Centro - CEP 87.780-000 - Paraisópolis do Norte - Paraná

Telefone: (41) 3431-1212 - 99149-7882 (Secretaria de Pós-Graduação)



Documento Gerado e Assinado Digitalmente em 05/04/2022 às 09:24:41 (data e hora de Brasília)
Dados do Assinante: UNIAO BRASILEIRA DE FACULDADES - UNIBF - CPF/CNPJ: 07.481.324/0001-38
Código de Verificação: 74387245413357664565383d
Valide esse documento em: <https://sistema.alunodigital.com.br/ValidarDocumento.aspx> informando o código de verificação.

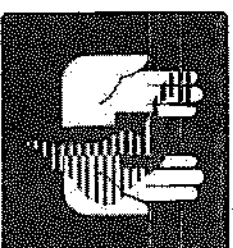
PLATAFORMA EDUCACIONAL MEDTRONIC

Certificação em

Treinamento em Eletricidade e
Energia Avançada

Este certificado é concedido a:

CHILIANE CARVALHO



FIELAC

Medtronic

República Federativa do Brasil
Conselho Federal e Regional de Odontologia

CRO: PARANÁ Incrição: PR-CD-92599

Nome: CHILIANE DE SOUZA CARVALHO

Nome social: _____

Fil: ARNANI DA SILVA CARVALHO

Mã: LEONORA FERREIRA DE SOUZA

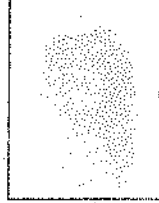
C.P.F.: 078.563.909-89 Nascimento: 26/11/1991 Naturalidade: GUARAPUAVA / PR

CURITIBA-PR, 26 de set de 2024

Quilinda Coelho de Farias
Presidente do CRO-PR



POLEGAR DIREITO



Identidade Civil: Nº: 9.352.246-4 Orgão: SESP UF: PR Data: 10/08/2021

Identidade Eleitoral: Nº: 0868 1085 6655 Zona: 283 Seção: 0195 UF: PR

Incrição no CRO: Livro: CROPR-01, Folha: 8805 Processo: 61914/2021 Data: 02/09/2021

Incrição no CFO: Livro: CFO-01, Folha: 30326 Processo: 625097/2021 Data: 02/09/2021

Observações Gerais: Tipo sanguíneo: A- Doador de órgãos: Não informado

Assinatura do Portador



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARANÁ

Em atendimento à solicitação efetuada no site do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná sob o protocolo nº 20260120-J9m5-DYMR-pKVA.

CERTIFICA-SE, que em consulta aos sistemas eletrônicos de registros processuais do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, que **NÃO CONSTAM** em nome de **CHILIANE DE SOUZA CARVALHO**, filho(a) de LEONORA FERREIRA DE SOUZA e ARNANI DA SILVA CARVALHO, inscrito(a) no CPF nº 078.563.909-80, recursos CRIMINAIS em 2º Grau de Jurisdição.

Curitiba, 20 de janeiro de 2026.

Certidão emitida em 20/01/2026 às 15:22 (data e hora de Brasília)

Para verificar a validade desta certidão acesse <https://www.tjpr.jus.br/certidoes> e clique no menu da Certidão de Pessoa Física. Após, acesse a guia Verificar Certidão e informe o Código Validador localizado na lateral direita deste documento.





TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

Consulta Consolidada de Pessoa Jurídica

Este relatório tem por objetivo apresentar os resultados consolidados de consultas eletrônicas realizadas diretamente nos bancos de dados dos respectivos cadastros. A responsabilidade pela veracidade do resultado da consulta é do Órgão gestor de cada cadastro consultado. A informação relativa à razão social da Pessoa Jurídica é extraída do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica, mantido pela Receita Federal do Brasil.

Consulta realizada em: 19/02/2026 14:44:03

Informações da Pessoa Jurídica:

Razão Social: **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**
CNPJ: **55.552.443/0001-87**

Resultados da Consulta Eletrônica:

Órgão Gestor: **TCU**
Cadastro: **Licitantes Inidôneos**
Resultado da consulta: **Nada Consta**

Para acessar a certidão original no portal do órgão gestor, clique [AQUI](#).

Órgão Gestor: **CNJ**
Cadastro: **CNIA - Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade**
Resultado da consulta: **Nada Consta**

Para acessar a certidão original no portal do órgão gestor, clique [AQUI](#).

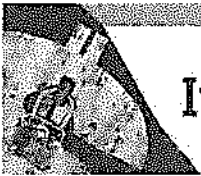
Órgão Gestor: **Portal da Transparência**
Cadastro: **Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas**
Resultado da consulta: **Nada Consta**

Para acessar a certidão original no portal do órgão gestor, clique [AQUI](#).

Órgão Gestor: **Portal da Transparência**
Cadastro: **CNEP - Cadastro Nacional de Empresas Punidas**
Resultado da consulta: **Nada Consta**

Para acessar a certidão original no portal do órgão gestor, clique [AQUI](#).

Obs: A consulta consolidada de pessoa jurídica visa atender aos princípios de simplificação e racionalização de serviços públicos digitais. Fundamento legal: Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014, Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, Lei nº 13.726, de 8 de outubro de 2018, Decreto nº 8.638 de 15, de janeiro de 2016.



Improbidade Administrativa e Inelegibilidade

Certidão Negativa

Certifico que nesta data (19/02/2026 às 14:46) NÃO CONSTA no Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade registros de condenação com trânsito em julgado ou sanção ativa quanto ao CNPJ nº 55.552.443/0001-87.

A condenação por atos de improbidade administrativa não implica automático e necessário reconhecimento da inelegibilidade do condenado.

Para consultas sobre inelegibilidade acesse portal do TSE em <http://divulgacandcontas.tse.jus.br/>

Esta certidão é expedida gratuitamente. Sua autenticidade pode ser por meio do número de controle 6997.4C8D.9CC2.5213 no seguinte endereço: https://www.cnj.jus.br/improbidade_adm/autenticar_certidao.php



Consulta de Impedidos de Licitar

CNPJ: 55552443000187

NENHUM ITEM ENCONTRADO!



CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO

Certidão Negativa Correccional - Entes Privados (ePAD, CGU-PJ, CEIS, CNEP e CEPIM)

Consultado: **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**

CPF/CNPJ: **55.552.443/0001-87**

Certifica-se que, em consulta aos sistemas ePAD e CGU-PJ e aos cadastros CEIS, CNEP e CEPIM, mantidos pela Corregedoria-Geral da União, **NÃO CONSTAM** registros de penalidades vigentes ou de procedimentos acusatórios em andamento, relativos ao CPF/CNPJ consultado.

Destaca-se que, nos termos da legislação vigente, os referidos cadastros consolidam informações prestadas pelos entes públicos, de todos os Poderes e esferas de governo.

Os Sistemas ePAD e CGU-PJ consolidam os dados sobre o andamento dos processos administrativos de responsabilização de entes privados no Poder Executivo Federal.

O Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS) apresenta a relação de empresas e pessoas físicas que sofreram sanções que implicaram a restrição de participar de licitações ou de celebrar contratos com a Administração Pública.

O Cadastro Nacional de Empresas Punidas (CNEP) apresenta a relação de empresas que sofreram quaisquer das punições previstas na Lei nº 12.846/2013 (Lei Anticorrupção).

O Cadastro de Entidades Privadas sem Fins Lucrativos Impedidas (CEPIM) apresenta a relação de entidades privadas sem fins lucrativos que estão impedidas de celebrar novos convênios, contratos de repasse ou termos de parceria com a Administração Pública Federal, em função de irregularidades não resolvidas em convênios, contratos de repasse ou termos de parceria firmados anteriormente.

Certidão emitida às 14:52:40 do dia 19/02/2026 , com validade até o dia 21/03/2026.

Link para consulta da verificação da certidão <https://certidoes.cgu.gov.br/>

Código de controle da certidão: Ec9Nju4x54HXrXChwLc6

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ

Certidão Negativa de Pendências

CNPJ: 55.552.443/0001-87

Requerente: DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA

O Tribunal de Contas do Estado do Paraná CERTIFICA, em consulta ao banco de dados da Coordenadoria de Monitoramento e Execuções - CMEX, que, nesta data, não consta registro de pendências, referentes a contas julgadas irregulares nos últimos 8 (oito) anos e sanções ou determinações, de responsabilidade do requerente.

Esta certidão não se aplica aos seguintes casos:

- a) aos registros para obtenção de certidão liberatória pelas entidades e suas vinculadas, conforme Instrução Normativa nº 68/2012;
- b) aos registros constantes da apreciação pelo Tribunal, mediante emissão de parecer prévio, das contas anuais prestadas pelos chefes dos poderes executivo estadual e municipais, conforme inciso I, do art. 1º, da Lei Complementar nº 113/2005.

Certidão emitida em 21/01/2026 13:28:04, com validade de 30 (trinta) dias, a contar da emissão.

A autenticidade desta certidão poderá ser confirmada no site www.tce.pr.gov.br mediante digitação do código de controle.

Código de controle desta certidão: 422170585

Certidão emitida nos termos da Instrução de Serviço nº 92, de 15/12/2014.

ANEXO I
DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE CONTÁBIL

Eu, EDUARDO BORGES ESCLAVAZINI, portador do CPF nº 713.770.421-20 e com registro no CRC nº 339307-0/1T-PR, sócio/proprietário do escritório RUA DEPUTADO BRANCO MENDES Nº 421, CENTRO- COLORADO-PR, declaro ser o RESPONSÁVEL CONTÁBIL da empresa nominada:

Razão Social DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA, CNPJ nº 55.552.443/0001-87, Telefone nº (63) 981503212

Atividades: Atividade odontológica

Endereço: R: FREI CANECA nº 2035, bairro TRIANON, cidade Guarapuava, UF PR e CEP 85.012-000.

E solicito a VINCULAÇÃO ao meu cadastro de contador (a) no sistema digital do Município de Guarapuava.

Ciente de que, estou apto a receber avisos e notificações nas formas da Lei, em nome da empresa para a qual me vinculo.

Por fim, declaro que as informações aqui prestadas são as expressões da verdade, e que qualquer informação falsa constituirá infração de natureza gravíssima conforme o Código de Postura Municipal (Lei Complementar nº 218, de 29 de outubro de 2024) e, independente das sanções administrativas cabíveis, crime de falsidade ideológica, nos termos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal.

Guarapuava, 18 de DEZEMBRO de 2025.

EDUARDO
BORGES
ESCLAVAZINI:71
377042120

Assinado de forma digital
por EDUARDO BORGES
ESCLAVAZINI:7137704212
0
Dados: 2025.12.18
17:31:43 -03'00'

Assinatura do Responsável Contábil

gov.br

Documento assinado digitalmente:
CHILIANE DE SOUZA CARVALHO
Data: 18/12/2025 17:29:54-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Assinatura do Empresário

BALANÇO PATRIMONIAL

Entidade: DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA
Período da Escrituração: 17/06/2024 a 31/12/2024 CNPJ: 55.552.443/0001-87
Número de Ordem do Livro: 1
Período Selecionado: 17 de junho de 2024 a 31 de dezembro de 2024

Descrição	Nota	Saldo Inicial	Saldo Final
ATIVO		R\$ 0,00	R\$ 19.477,55
ATIVO CIRCULANTE		R\$ 0,00	R\$ 19.477,55
DISPONIBILIDADES		R\$ 0,00	R\$ 19.477,55
CAIXA		R\$ 0,00	R\$ 19.477,55
CAIXA		R\$ 0,00	R\$ 19.477,55
PASSIVO		R\$ 0,00	R\$ 19.477,55
PATRIMÔNIO LÍQUIDO		R\$ 0,00	R\$ 19.477,55
CAPITAL REALIZADO		R\$ 0,00	R\$ 20.000,00
CAPITAL SOCIAL		R\$ 0,00	R\$ 20.000,00
CAPITAL SOCIAL		R\$ 0,00	R\$ 20.000,00
LUCROS OU PREJUÍZOS ACUMULADOS		R\$ 0,00	R\$ (522,45)
LUCROS OU PREJUÍZOS ACUMULADOS		R\$ 0,00	R\$ (522,45)
PREJUÍZO DO EXERCÍCIO		R\$ 0,00	R\$ (522,45)

Este documento é parte integrante de escrituração cuja autenticação se comprova pelo recibo de número 56.59.17.50.2F.E4.44.B3.60.3B.C5.E1.68.A0.3A.BB.69.9D-9, nos termos do Decreto nº 8.683/2016.

Este relatório foi gerado pelo Sistema Público de Escrituração Digital -- Sped

Versão 10.3.5 do Visualizador

LIVRO DIÁRIO

Entidade: DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA

Período da Escrituração: 17/06/2024 a 31/12/2024

CNPJ: 55.552.443/0001-87

Número de Ordem do Livro: 1

Período Selecionado: 17 de junho de 2024 a 31 de dezembro de 2024

Data	Nº da Conta	Nome da Conta	Centro de Custo	Histórico	Nº do Lançamento	Valor	D/C
17/06/2024	1101010001	CAIXA		VLR REF. A Vlr ref. a INTEGRAÇÃO CAPITAL SOCIAL	1	R\$ 20.000,00	D
17/06/2024	2401010001	CAPITAL SOCIAL		VLR REF. A Vlr ref. a INTEGRAÇÃO CAPITAL SOCIAL	1	R\$ 20.000,00	C
31/07/2024	4302020024	JUNTA COMERCIAL DO PARANA		VLR REF. A Vlr ref. a taxa juvepar	2	R\$ 122,45	D
31/07/2024	1101010001	CAIXA		VLR REF. A Vlr ref. a taxa juvepar	2	R\$ 122,45	C
20/08/2024	4302020022	HONORÁRIOS CONTÁBEIS		PAGTO HONORARIOS Pagto honorarios contabeis ef. no mês cf. recibo	3	R\$ 400,00	D
20/08/2024	1101010001	CAIXA		PAGTO HONORARIOS Pagto honorarios contabeis ef. no mês cf. recibo	3	R\$ 400,00	C
31/12/2024	2406010005	PREJUÍZO DO EXERCÍCIO		VLR Q. SE TRANSFERE VLR Q. SE TRANSFERE P/ ENCERRAMENTO DO EXERCÍCIO.	4	R\$ 522,45	D
31/12/2024	4302020022	HONORÁRIOS CONTÁBEIS		VLR Q. SE TRANSFERE VLR Q. SE TRANSFERE P/ ENCERRAMENTO DO EXERCÍCIO.	4	R\$ 400,00	C
31/12/2024	4302020024	JUNTA COMERCIAL DO PARANA		VLR Q. SE TRANSFERE VLR Q. SE TRANSFERE P/ ENCERRAMENTO DO EXERCÍCIO.	4	R\$ 122,45	C

DEMONSTRAÇÃO DAS MUTAÇÕES DO PATRIMÔNIO LÍQUIDO



Entidade: DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA
Período da Escrituração: 17/06/2024 a 31/12/2024 CNP 55.552.443/0001-87 Número de Ordem do Livro: 1
Período Selecionado: 17 de junho de 2024 a 31 de dezembro de 2024

Histórico	Código de Aglutinação das Contas de Patrimônio Líquido		Total (R\$)
	CAPITAL SOCIAL (R\$)	PRELUIZO DO EXERCÍCIO (R\$)	
Saldo Inicial em 17.06.2024	0,00	0,00	0,00
RESULTADO DO EXERCÍCIO	20.000,00	(-)522,45	19.477,55
Saldo Final em 31.12.2024	20.000,00	(-)522,45	19.477,55

Notas

Notas

Este documento é parte integrante de escrituração cuja autenticação se comprova pelo recibo de número 56.59.17.50.2F.52.4F.E4.44.B3.60.3B.C5.E1.68.A0.3A.BB.69.9D-9, nos termos do Decreto nº 8.683/2016.

Este relatório foi gerado pelo Sistema Público de Escrituração Digital – Sped

Versão 10.3.5 do Visualizador

Página 1 de 1

Sped

2016

DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADO DO EXERCÍCIO

Entidade: DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA

Período da Escrituração: 17/06/2024 a 31/12/2024

CNPJ: 55.552.443/0001-87

Número de Ordem do Livro: 1

Período Selecionado: 17 de junho de 2024 a 31 de dezembro de 2024

Descrição	Nota	Saldo anterior	Saldo atual
(-) DESPESAS OPERACIONAIS		R\$ (0,00)	R\$ (522,45)
(-) DESPESAS GERAIS		R\$ (0,00)	R\$ (522,45)
(-) HONORÁRIOS CONTÁBEIS		R\$ (0,00)	R\$ (400,00)
(-) JUNTA COMERCIAL DO PARANÁ		R\$ (0,00)	R\$ (122,45)
(-) PREJUÍZO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO		R\$ (0,00)	R\$ (522,45)

Este documento é parte integrante de escrituração cuja autenticação se comprova pelo recibo de número 56.59.17.50.2F.E4.44.B3.60.3B.C5.E1.68.A0.3A.BB.69.9D-9, nos termos do Decreto nº 8.683/2016.

Este relatório foi gerado pelo Sistema Público de Escrituração Digital – Sped

Versão 10.3.5 do Visualizador

RECIBO DE ENTREGA DE ESCRITURAÇÃO CONTÁBIL DIGITAL

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DA ESCRITURAÇÃO

NIRE 41212607425	CNPJ 55.552.443/0001-87	
NOME EMPRESARIAL DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA		

IDENTIFICAÇÃO DA ESCRITURAÇÃO

FORMA DA ESCRITURAÇÃO CONTÁBIL Livro Diário (Completo - sem escrituração Auxiliar)	PERÍODO DA ESCRITURAÇÃO 17/06/2024 a 31/12/2024
NATUREZA DO LIVRO Livro Diário Geral	NÚMERO DO LIVRO 1
IDENTIFICAÇÃO DO ARQUIVO (HASH) 56.59.17.50.2F.52.4F.E4.44.B3.60.3B.C5.E1.68.A0.3A.BB.69.9D	
ARQUIVOS SUBSTITUÍDOS (HASH)	

ESTE LIVRO FOI ASSINADO COM OS SEGUINTE CERTIFICADOS DIGITAIS:

QUALIFICAÇÃO DO SIGNATARIO	CPF/CNPJ	NOME	Nº SÉRIE DO CERTIFICADO	VALIDADE	RESPONSÁVEL LEGAL
Procurador	71377042120	EDUARDO BORGES ESCLAVAZINI:71377042120	869345549740028886 1	11/11/2025 a 11/11/2026	Sim
Contador	71377042120	EDUARDO BORGES ESCLAVAZINI:71377042120	869345549740028886 1	11/11/2025 a 11/11/2026	Não

NÚMERO DO RECIBO:
56.59.17.50.2F.52.4F.E4.44.B3.60.3B.C
5.E1.68.A0.3A.BB.69.9D-9

Escrituração recebida via Internet
pelo Agente Receptor SERPRO
em 21/01/2026 às 11:07:30
C5.D9.81.5D.DB.97.DB.6C
BA.1F.B0.E5.A3.08.29.E5

Considera-se autenticado o livro contábil a que se refere este recibo, dispensando-se a autenticação de que trata o art. 39 da Lei nº 8.934/1994. Este recibo comprova a autenticação.

BASE LEGAL: Decreto nº 1.800/1996, com a alteração do Decreto nº 8.683/2016, e arts. 39, 39-A, 39-B da Lei nº 8.934/1994 com a alteração da Lei Complementar nº 1247/2014.

TERMOS DE ABERTURA E ENCERRAMENTO



Entidade: **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**
Período da Escrituração: **17/06/2024 a 31/12/2024** CNPJ: **55.552.443/0001-87**
Número de Ordem do Livro: **1**
Período Selecionado: **17 de junho de 2024 a 31 de dezembro de 2024**

TERMO DE ABERTURA

Nome Empresarial **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**
NIRE **41212607425**
CNPJ **55.552.443/0001-87**
Número de Ordem **1**
Natureza do Livro **Livro Diário Geral**
Município **Guarapuava**
Data do arquivamento dos atos constitutivos **17/06/2024**
Data de arquivamento do ato de conversão de sociedade simples em sociedade empresária
Data de encerramento do exercício social **31/12/2024**
Quantidade total de linhas do arquivo digital **838**

TERMO DE ENCERRAMENTO

Nome Empresarial **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**
Natureza do Livro **Livro Diário Geral**
Número de ordem **1**
Quantidade total de linhas do arquivo digital **838**
Data de início **17/06/2024**
Data de término **31/12/2024**

Este documento é parte integrante de escrituração cuja autenticação se comprova pelo recibo de número 56.59.17.50.2F.52.4F.E4.44.B3.60.3B.C5.E1.68.A0.3A.BB.69.9D-9, nos termos do Decreto nº 8.683/2016.

Este relatório foi gerado pelo Sistema Público de Escrituração Digital – Sped

Versão 10.3.5 do Visualizador

Página 1 de 1

ANEXO I
DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE ECONÔMICA NÃO EXERCIDA NO LOCAL

Declaro para os devidos fins que a empresa:

Razão social: **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**
CNPJ n.º: **55.552.443/0001-87** Telefone: **63 981503212**

Atividade: **Atividade odontológica**

Endereço: **R: FREI CANECA n.º 2035**

Bairro: **TRIANON** Cidade: **Guarapuava** UF: **PR**

CEP n.º: **85.012-000**

Representada neste ato pelo Sócio Administrador/Representante Legal:

Nome: **CHILIANE DE SOUZA CARVALHO**

RG n.º: **8352546-0**, CPF n.º: **078.563.909-80**

Utiliza o endereço informado tão somente para fins de correspondência, NÃO havendo no local comércio, depósito, escritório ou qualquer outro tipo de atividade, tendo ciência que é PROIBIDO fixar placa ou exercer atividade no local.

Obs.: Especificar como será desenvolvida a atividade solicitada em caso desta estar classificada como alto risco, conforme legislação vigente e, apresentar local onde será desenvolvida em caso de parcerias:
Clique ou toque aqui para inserir o texto.

No caso da atividade de "Transportes", informar o local de estacionamento do(s) veículo(s), ciente que deverá estar de acordo com a Lei de Zoneamento vigente do Município de Guarapuava:

Endereço: Clique ou toque aqui para inserir o texto. n.º. Clique ou toque aqui para inserir o texto.

Bairro: Clique ou toque aqui para inserir o texto. Cidade: **Guarapuava** UF: **PR**

CEP n.º: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

Ciente de que o descumprimento e inobservância legais apresentados nesta declaração constituir-se-ão em motivos para cassação do Alvará de Funcionamento em caráter definitivo.

Por fim, declaro que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade, e que qualquer informação falsa constitui infração de natureza gravíssima conforme Código de Postura Municipal (Lei Complementar n.º 07, de 02 de setembro de 2004) e, independente das sanções administrativas cabíveis, crime de falsidade ideológica, nos termos do Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal.

Guarapuava, 18 de Dezembro de 2025

 Documento assinado digitalmente
CHILIANE DE SOUZA CARVALHO
Data: 18/12/2025 17:31:26-0300
Verifique em <https://validar.siti.gov.br>

Assinatura do Representante legal e n.º do CPF.

***** Deverá ser reconhecida assinatura do responsável em cartório, assinado digitalmente (com certificado digital ou GOV.BR) ou autenticada por funcionário público do setor responsável pela liberação de empresas.**



(Constituído por representantes dos municípios do consórcio)

**ATA DE ABERTURA - FASE DE HABILITAÇÃO
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 006/2025 -
CREDENCIAMENTO Nº 006/2025**

Aos **23** dias do mês de **fevereiro** do ano de dois mil e vinte e seis (2026), às **08:17 horas (08 horas e 17 minutos)**, na sede do **CIS5ªRS**, reuniu-se o Sr. **Agente de Contratação, LEONARDO BARBOSA DE RAMOS**, Matrícula nº 4121, acompanhado pelos membros da equipe de apoio, **Rafaela Gouvêa**, Matrícula nº 47901, e **Wilson Antônio Batista**, Matrícula nº 48401, designados pela **PORTARIA Nº 169/2025**, de 23 de outubro de 2025, todos abaixo assinados, para proceder à **abertura e análise** da documentação de habilitação apresentada pela empresa **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº **55.552.443/0001-87**, com relação ao **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURIDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES ESPECIALIZADOS, CONSULTAS E PROCEDIMENTOS PARA ATENDIMENTOS NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) DO CIS5ªRS** destinados ao atendimento da demanda dos municípios consorciados ao **CIS5ªRS**. Declarada aberta a **sessão pública**, constatou-se que a documentação de habilitação foi enviada pela empresa **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº **55.552.443/0001-87**, porém sem a presença de representante da referida empresa. Diante disso, o Sr. **Agente de Contratação**, juntamente com os membros da equipe de apoio, procedeu à abertura do envelope para análise do conteúdo da documentação apresentada. Após exaustiva análise, constatou-se que a empresa **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº **55.552.443/0001-87**, atendeu parcialmente as exigências editalícias, cumprindo os requisitos previstos no **Edital de Credenciamento Nº 006/2025**. Verificou-se que a empresa **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº **55.552.443/0001-87**, não apresentou a seguinte documentação:

- Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, expedido a no mínimo 90 (noventa) dias.
- Requerimento para credenciamento, conforme anexo;
- Relação dos profissionais que prestarão os serviços;
- Apresentar declaração de regime de enquadramento fiscal de pessoa jurídica;
- Declaração Unificada, conforme anexo.
- Cópia dos certificados de título, especialização ou residência na área indicada expedido pelo Conselho Regional da Classe ou documento que comprove experiência mínima de 2 (dois) anos.
- Certidão de Antecedentes Criminais do profissional da Comarca onde reside.
- (Os documentos que foram assinados manualmente serão aceitos com assinatura digital, ou entregues com a cópia original pessoalmente).

Rua Brigadeiro Rocha, 901 - Trilhon - Guarapuava | PR

e-mail: consorcio cis5rs@gmail.com



Consórcio Intergestores de Saúde da 5ª Região de Saúde

Diante disto, prevalecendo da legislação e conforme previsão em edital, será concedido o **prazo de 10 (dez) dias** para a apresentação da documentação ausente. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente **Ata**, que segue assinada pelo Sr. **Agente de Contratação** e pelos membros da equipe de apoio.

LEONARDO BARBOSA DE RAMOS

Matrícula nº. 4121

RAFAELA GOUVÊA

MATRÍCULA Nº. 47901

WILSON ANTÔNIO BATISTA

MATRÍCULA Nº. 48401

CHECKLIST DOS DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS PARA ATENDIMENTOS NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
EDITAL 006/2025

6.2.3.	HABILITAÇÃO JURÍDICA	Tick
6.2.3.1.	Ato constitutivo, sendo estatuto social ou contrato social em vigor e alterações subsequentes ou última alteração consolidada, devidamente registrada, na Junta Comercial ou Cartório (conforme o caso) e ata registrada da Assembleia de Eleição da diretoria, quando houver.	OK
6.2.3.2.	Empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede; Microempreendedor Individual - MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio https://www.gov.br/empresas-e-negocios/ptbr/empreendedor ;	-
6.2.3.4.	Sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;	-
6.2.3.3.	Sociedade empresária, sociedade limitada unipessoal – SLU ou sociedade identificada como empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: inscrição do ato constitutivo, estatuto ou contrato social no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;	-
6.2.3.5.	Filial, sucursal ou agência de sociedade simples ou empresária: inscrição do ato constitutivo da filial, sucursal ou agência da sociedade simples ou empresária, respectivamente, no Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz;	-
6.2.3.6.	Cópia do RG e CPF ou outra equivalente, na forma da Lei dos sócios administradores.	OK
6.2.4.	REGULARIDADE FISCAL SOCIAL E TRABALHISTA	
6.2.4.1.	Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ , expedido a no mínimo 90 (noventa) dias.	X
6.2.4.2.	A prova de regularidade com a Fazenda Federal será efetuada por meio da Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, ou Certidão Conjunta Positiva com efeito negativo, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB e Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional - PGFN, da sede do licitante.	OK
6.2.4.3.	Prova de Regularidade para com a Fazenda Estadual , por meio de Certidão Negativa de Débito em relação a Tributos Estaduais, expedida pela Secretaria da Fazenda Estadual, do Estado sede da licitante;	OK
6.2.4.4.	Prova de Regularidade para com a Fazenda Municipal , por meio de Certidão Negativa de Débito em relação a tributos Municipais, expedida pelo Município sede ou domicílio da licitante;	OK

6.2.4.5.	Prova de Regularidade relativa ao FGTS , por meio de Certificado de Regularidade Fiscal (CRF), expedida pela Caixa Econômica Federal (www.caixa.gov.br) ou do documento denominado "Situação de Regularidade do Empregador";	OK
6.2.4.6.	Prova de Regularidade para com o Ministério do Trabalho , por meio da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), expedida pelo Ministério do Trabalho.	OK
6.2.4.7.	Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual e/ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;	OK
6.2.4.8.	As certidões que não contiverem prazo de validade, serão consideradas vencidas em 90 (noventa) dias após a data da emissão.	---
6.2.5.	QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA	
6.2.5.1.	Certidão Negativa de Falência , expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica e/ou a Certidão Negativa de Falência, expedida pelo distribuidor da VARA EMPRESARIAL REGIONAL, a que pertence a pessoa jurídica, conforme Resolução nº. 426/2024 do Órgão Especial do TJPR, com data de expedição não superior a 90 (noventa) dias, contados da data de apresentação dos documentos;	OK
6.2.5.2.	No caso de certidão positiva de recuperação judicial ou extrajudicial, o licitante deverá apresentar a comprovação de que o respectivo plano de recuperação foi acolhido judicialmente , na forma do artigo 58 da Lei n.º 11.101, de 09 de fevereiro de 2005, sob pena de inabilitação, devendo, ainda, comprovar todos os demais requisitos de habilitação.	-
6.2.6.	QUALIFICAÇÃO TÉCNICA OPERACIONAL (EMPRESA)	
6.2.6.1.	Requerimento para credenciamento, conforme anexo;	X
6.2.6.2.	Relação dos profissionais que prestarão os serviços;	X
6.2.6.3.	Prova de inscrição da empresa no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;	OK
6.2.6.4.	Cópia da Licença Sanitária do estabelecimento ou Certificado de Isenção, dentro do prazo de validade;	-
6.2.6.5.	Apresentar declaração de regime de enquadramento fiscal de pessoa jurídica;	X
6.2.6.6.	Declaração Unificada, conforme anexo.	X
6.2.7.	QUALIFICAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL	
6.2.7.1.	Documentos pessoais dos profissionais que executarão os serviços;	OK
6.2.7.2.	Cópia do diploma ou certificado de conclusão do curso superior inerente à área de atuação;	OK
6.2.7.3.	Cópia dos certificados de título, especialização ou residência na área indicada expedido pelo Conselho Regional da Classe ou documento que comprove experiência	X

	mínima de 2 (dois) anos.	-
6.2.7.4.	Documentos comprobatórios de formação técnica do profissional responsável para realizar os atendimentos e procedimentos em relação ao lote 03.	-
6.2.7.5.	Cópia da Carteira de Registro no Conselho Regional de Odontologia do Paraná (CRO).	OK
6.2.7.6.	Prova de vínculo contratual do profissional com a licitante, mediante cópia do registro em carteira de trabalho ou cópia da ficha de registro de empregados da empresa ou Contrato de Trabalho/Prestação de serviços. Obs.: Caso o Profissional Responsável pelos serviços, seja dirigente ou sócio da empresa proponente, tal comprovação deverá ser feita através da cópia da ata da assembleia de sua investidura no cargo ou apresentar cópia do contrato social.	OK
6.2.7.7.	Certidão de Antecedentes Criminais do profissional da Comarca onde reside.	X

Guarapuava, 21 de fevereiro, de 2026.



Responsável pelo preenchimento do Checklist

CERTIDÃO DE AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS

CERTIFICO e dou fé que, nesta data, revendo a(s) documentação(ões) apresentada(s) pelo profissional o(a) Sr.(a) **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº **55.552.443/0001-87**, para o **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURIDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES ESPECIALIZADOS, CONSULTAS E PROCEDIMENTOS PARA ATENDIMENTOS NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) DO CIS5ªRS**. Após análise, verificamos a ausência do(s) seguinte(s) documento(s) necessário(s) para a conclusão do processo:

- Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, expedido a no mínimo 90 (noventa) dias.
- Requerimento para credenciamento, conforme anexo;
- Relação dos profissionais que prestarão os serviços;
- Apresentar declaração de regime de enquadramento fiscal de pessoa jurídica;
- Declaração Unificada, conforme anexo.
- Cópia dos certificados de título, especialização ou residência na área indicada expedido pelo Conselho Regional da Classe ou documento que comprove experiência mínima de 2 (dois) anos.
- Certidão de Antecedentes Criminais do profissional da Comarca onde reside.
- (Os documentos que foram assinados manualmente serão aceitos com assinatura digital, ou entregues com a cópia original pessoalmente).

Desta forma, certifico que a informação foi transmitida ao responsável legal da empresa **BAZZAN E AGIBERT SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº **50.093.655/0001-20**, através do fone **(63) 98150-3212**, e pelo correio eletrônico odonttohome@gmail.com para que no prazo de **10 (dez) dias** apresente as documentações solicitadas, para que só assim seja dado prosseguimento ao referido pedido.

Guarapuava, 23 de Fevereiro de 2026.



LEONARDO BARBOSA DE RAMOS

Matrícula nº. 4121

Agente de Contratação

PORTARIA n.º 169/2025

CERTIDÃO DE PROTOCOLO DE RECEBIMENTO

CERTIFICO e dou fé que, na presente data, ao(s) 03 dia(s) do mês de MARÇO do ano de 2026, às 11h15m, a **empresa DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº **55.552.443/0001-87**, realizou a entrega de envelope em mãos contendo a **DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**, reconhecida em cartório, e enviou outros via e-mail nessa data de 03/03/2026, referente ao **CREDENCIAMENTO Nº 006/2025** e ao **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 006/2025**, tendo como objeto o **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CONSULTAS E PROCEDIMENTOS PARA ATENDIMENTO NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) DO CIS5ªRS**

EMPRESA: DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA

RESPONSÁVEL: CHILIANE DE SOUZA CARVALHO

TELEFONE: (63) 98150-3212

E-MAIL: odonttohome@gmail.com

OBSERVAÇÃO: Informamos que a mera apresentação da documentação não implica no deferimento do credenciamento da empresa, uma vez que os documentos serão submetidos a análise posterior, podendo o pedido ser deferido ou indeferido. Caso sejam identificadas eventuais pendências documentais, serão realizadas diligências nos termos previstos no edital, com o objetivo de requisitar a complementação necessária. O contato oficial para tal solicitação será realizado exclusivamente por meio do endereço de e-mail informado pela empresa neste protocolo.


DAYANE CRISTINA C. S. SILVÉRIO
Servidor Responsável
pelo recebimento da documentação

Documento assinado digitalmente
gov.br CHILIANE DE SOUZA CARVALHO
Data: 03/03/2026 12:08:57-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

CHILIANE DE SOUZA CARVALHO
Responsável
pela entrega da documentação



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARANÁ

Em atendimento à solicitação efetuada no site do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná sob o protocolo nº 20260120-J9m5-DYMR-pKVA.

CERTIFICA-SE, que em consulta aos sistemas eletrônicos de registros processuais do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, que **NÃO CONSTAM** em nome de **CHILIANE DE SOUZA CARVALHO**, filho(a) de LEONORA FERREIRA DE SOUZA e ARNANI DA SILVA CARVALHO, inscrito(a) no CPF nº 078.563.909-80, recursos CRIMINAIS em 2º Grau de Jurisdição.

Curitiba, 20 de janeiro de 2026

Certidão emitida em 20/01/2026 às 15:22 (data e hora de Brasília)

Para verificar a validade desta certidão acesse <https://www.tjpr.jus.br/certidoes> e clique no menu da Certidão de Pessoa Física. Após, acesse a guia Verificar Certidão e informe o Código Validador localizado na lateral direita deste documento.



RESOLUÇÃO 027/2025 ANEXO III**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO****EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº. 006/2025 – CIS5ºRS****CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO A DEMANDA DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CIS5ºRS**

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO A DEMANDA DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CIS5ºRS, divulgado pelo consórcio intermunicipal de saúde da 5ª Região de Saúde do Paraná, nos termos do Edital de Credenciamento Público nº. 006/2025.

Razão Social: DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA

Nome Fantasia: DELIVERY ODONTO HOME - OPNE

CNPJ: 55.552.443/0001-87

Inscrição Estadual: NÃO CONSTA

CNES: DISPENSADO

Endereço comercial: RUA FREI CANECA, 2035, TRIANON, CEP 8501200, GUARAPUAVA-PR

RELAÇÃO DE ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS

LOTE	ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR
01	09	ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS - 1ª AVALIAÇÃO.	R\$ 70,00
	05	ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM ENDODONTIA – 1º ATENDIMENTO.	R\$ 70,00
02	06	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM	R\$ 120,00
	08	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES	R\$ 80,00
	09	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	R\$ 100,00
	12	DRENAGEM DE ABCESSO DA BOCA E ANEXOS	R\$ 120,00
	19	EXODONTIA MULTIPLA COM ALVEOPLASTIA POR SEXTANTE	R\$ 120,00
	20	FRENECTOMIA	R\$ 100,00
	23	MOLDAGEM PROVA DE CERA, PROVA DE DENTES E ENTREGA	R\$ 70,00
	26	PROCEDIMENTOS INDIVIDUAIS PREVENTIVOS, DENTÍSTICA BÁSICA.	R\$ 90,00

Guarapuava, 11 De fevereiro 2026.

DELIVERY ODONTO HOME
ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA
CNPJ: 55.552.443/0001-87

Assinatura do representante legal da empresa

Nome completo do representante legal

Carimbo da empresa



Documento assinado digitalmente:

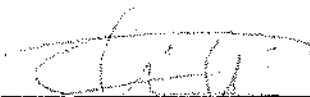
CHILIANE DE SOUZA CARVALHO
Data: 23/02/2026 16:11:38-0300
Verifique em: <https://validar-ati.gov.br>

DELIVERY ODONTO HOME
ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA
55.552.443/0001-87

DECLARAÇÃO ME/EPP/MEI

A empresa DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA, inscrita no CNPJ sob o número 55.552.443/0001-87, sediada Rua Frei Caneca, nº: 2035, Complemento: APT 1604 EDIF RES. BRISAS DA LAGOA, Bairro: TRIANON, CEP: 85.012-000, Cidade: Guarapuava, Estado: PR, através de seu representante, Sr(a). CHILLIANE DE SOUZA CARVALHO, CPF número 078.563.909-80, RG número 835.254-60 SESP PR na qualidade de proponente do procedimento licitatório no CREDENCIAMENTO nº 006/2025, instaurado pelo CIS5ªRS, declara sob as penas da lei que penal e civil, que a ora declarante está classificada como Microempresa ME, perante Receita Federal e/ou Secretaria da Fazenda do Estado, comprometendo-se ainda a informar caso deixe de ser enquadrada na condição de Microempresa ME, nos termos da lei.

Guarapuava, 19 de fevereiro de 2026



Chilliane de Souza Carvalho



Documento assinado digitalmente

CHILLIANE DE SOUZA CARVALHO

Data: 23/02/2026 15:11:35-0300

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

[Digite aqui]



DECLARAÇÃO:

Declaro para devidos fins, que nesse estabelecimento CLÍNICA ODONTOLÓGICA ODONTO-PARANÁ situado no endereço Avenida Anhanguera, nº 1464 – Centro, sob inscrição CNPJ nº 25.117.935/0001-83, na cidade de Colinas do Tocantins-TO, a profissional Cirurgiã-Dentista Chiliane de Souza Carvalho, inscrita no CPF nº 078.563.909-80, atuou na prestação de serviços para público em geral e em atendimento domiciliar para pacientes com necessidades especiais, realizando reabilitação oral em próteses para pacientes com mobilidade motora sem deslocamento, atendimento de crianças com TEA, tratamentos de ansiedades para conforto dos pacientes nos atendimentos, repassando orientações para os cuidadores e responsáveis dos mesmos, a melhor forma de prestar os devidos cuidados.

Atuando com precisão em domicílio na produção de placas miorelaxante, prótese total, prótese parcial removível, contendo capacidade técnica para moldagens, ajustes em diferentes condições, e o que fosse necessário para a qualidade de vida dos mesmos. Atuando em período integral de outubro de 2021 a setembro de 2023.

Ficamos à disposição para mais informações.

Colinas do Tocantins - TO, 05 de FEVEREIRO de 2026.

GLENIO LEONARDO DO CARMO SOUSA
GLENIO LEONARDO DE CARMO SOUSA
RESPONSÁVEL CRO 4719
CPF nº 06640275120

Odontto Paraná LTDA
25.117.935/0001-83

ODONTTO PARANA LTDA
CNPJ/25.117.935001-83

Documento assinado digitalmente

gov.br

ALLAN DE SOUZA CARVALHO

Data: 02/03/2026 16:43:37-0300

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

2º Tabelionato de Notas, Tabelionato de Protesto de Títulos, Registro de Títulos e Documentos e Registro Civil de Pessoas Jurídicas
Tutor: Lucas Edson Agostini
Av. Tancredo Neves Campos, 1223 - Centro - Colinas do Tocantins-TO - CEP: 77.000-000
Tel: (63) 3311-8435 - contato@tabelaconline.com.br

Selo nº 1265734A825563-FHY
Consulte este selo em [tabelaconline.com.br](https://www.tabelaconline.com.br) para verificar a autenticidade.
Reconheço por Verdadeiro a assinatura de GLENIO LEONARDO DO CARMO SOUSA, posto que análoga à constante de nosso arquivo, do que dou fé. Colinas do Tocantins-TO, 11 de fevereiro de 2026. *0048*. Emolumentos: R\$ 3,52, Taxa Judiciária: R\$ 0,95, Função: R\$ 0,67, ISS: R\$ 0,17 - TOTAL R\$ 5,31
09/02/25

Débora Squerra Valcarlos - Escrevente

VALIDAR DOCUMENTO COM O SELO DE AUTENTICIDADE, SEM AVALIAÇÃO DA REALIDADE

2º Tabelionato de Notas, Tabelionato de Protesto de Títulos, Registro de Títulos e Documentos e Registro Civil de Pessoas Jurídicas
Tutor: Lucas Edson Agostini
Av. Tancredo Neves Campos, 1223 - Centro - Colinas do Tocantins-TO - CEP: 77.000-000
Tel: (63) 3311-8435 - contato@tabelaconline.com.br

Selo nº 1265734A825564-BRS
Consulte este selo em [tabelaconline.com.br](https://www.tabelaconline.com.br) para verificar a autenticidade.
Reconheço por Semelhante a assinatura de ALLAN DE SOUZA CARVALHO, posto que análoga à constante de nosso arquivo, do que dou fé. Colinas do Tocantins-TO, 11 de fevereiro de 2026. *0048*. Emolumentos: R\$ 2,04, Taxa Judiciária: R\$ 1,92, Função: R\$ 1,34, ISS: R\$ 0,35 - TOTAL R\$ 5,65
09/02/25

Débora Squerra Valcarlos - Escrevente

VALIDAR DOCUMENTO COM O SELO DE AUTENTICIDADE, SEM AVALIAÇÃO DA REALIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NUMERO DE INSCRIÇÃO 55.552.443/0001-87 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 17/06/2024
---	---	--------------------------------

NOME EMPRESARIAL DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA
--

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) DELIVERY ODONTO HOME-OPNE	PORTE ME
---	-------------

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.30-5-04 - Atividade odontológica
--

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não Informada

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada
--

LOGRADOURO R FREI CANECA	NÚMERO 2035	COMPLEMENTO APT 1604 EDIF RES. BRISAS DA LAGOA
-----------------------------	----------------	---

CEP 85.012-000	BAIRRO/DISTRITO TRIANON	MUNICÍPIO GUARAPUAVA	UF PR
-------------------	----------------------------	-------------------------	----------

ENDEREÇO ELETRÔNICO CHILIANECARVALHO@HOTMAIL.COM	TELEFONE (42) 9946-6620
---	----------------------------

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****
--

SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 17/06/2024
-----------------------------	--

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****
----------------------------	------------------------------------

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

Emitido no dia 23/02/2026 às 13:05:21 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

**DECLARAÇÃO UNIFICADA PARA HABILITAÇÃO EDITAL DE CREDENCIAMENTO
PÚBLICO Nº. 006/2025 – CIS5ªRS**

CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURIDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES ESPECIALIZADOS, CONSULTAS E PROCEDIMENTOS PARA ATENDIMENTOS NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) DO CIS5ªRS

A empresa DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA, inscrita no CNPJ sob o número 55.552.443/0001-87, sediada Rua Frei Caneca, nº: 2035, Complemento: APT 1604 EDIF RES. BRISAS DA LAGOA, Bairro: TRIANON, CEP: 85.012-000, Cidade: Guarapuava, Estado: PR, através de seu representante, Sr(a), CHILLIANE DE SOUZA CARVALHO, CPF número 078.563.909-80, RG número 835.254-60 SESP PR na qualidade de proponente do procedimento licitatório no CREDENCIAMENTO nº 006/2025, instaurado pelo CIS5ªRS, declara sob as penas da lei que:

- 1) Não se encontra com o Direito de Licitar suspenso perante o CIS5ªRS, bem como não se encontra declarado inidôneo por órgão ou entidade em qualquer das esferas do Governo;
- 2) Até a presente data inexistem fatos impeditivos para a sua habilitação no presente processo licitatório ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;
- 3) Não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7º, XXXIII, da Constituição;
- 4) As propostas econômicas compreendem a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega das propostas.
- 5) Os proprietários, sócios e/ou dirigentes da referida empresa NÃO possuem grau de parentesco consanguíneo ou por afinidade até o terceiro grau, com SERVIDORES EFETIVOS INVESTIDOS DE CARGOS DE DIREÇÃO, CHEFIA E ASSESSORAMENTO, OU EXERÇAM FUNÇÃO GRATIFICADA E AINDA QUE FAÇAM PARTE DO DEPARTAMENTO DE COMPRAS, LICITAÇÕES E E CONTRATOS, SEJA AGENTE DE CONTRATAÇÃO E OU MEMBRO DA EQUIPE DE APOIO, E DA COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÕES DO CIS5ªRS OU QUE EXERÇAM FUNÇÃO DE FISCALIZAÇÃO E GESTÃO DE CONTRATOS ORIUNDO DO PRESENTE PROCESSO LICITATÓRIO, AGENTES POLÍTICOS, PREFEITO, VICE-PREFEITO E OCUPANTES DE CARGOS EM COMISSÃO DO CIS5ªRS, responsabilizando-se civil, administrativa e criminalmente pela veracidade das informações contidas nessa Declaração.
- 6) Não possui, em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal;
- 7) Cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.
- 8) Está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como de que a proposta apresentada compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas

DELIVERY ODONTO HOME
ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA
55.552.443/0001-87

normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de sua entrega em definitivo e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no instrumento convocatório;

9) Que tomou conhecimento de todas as informações e das condições locais para o cumprimento das obrigações objeto da licitação; bem como de que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no edital, referentes o CREDENCIAMENTO Nº 006/2025.

10) Que se responsabiliza pelo uso regular de dados de pacientes para uso exclusivo das finalidades do CIS5RS, bem como de garantir que o acesso ao sistema do CIS5RS ocorra de forma personalíssima, sob pena de sofrer as sanções legais.

11) Que realiza o tratamento de dados pessoais pertinentes à qualificação jurídica, econômico-financeira, tributária e técnica descritas no Edital, para uso exclusivo às finalidades legais e institucionais, conforme disposto na Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e no Decreto nº 10.046/2019, assim como se compromete a exigir de seus funcionários o mesmo grau de responsabilidade com o manuseio e tratamento de dados sensíveis que porventura tenha acesso no cumprimento de suas obrigações contratuais, devendo, expressamente indicar os dados sensíveis de pessoas naturais constantes dos referidos documentos, que deseje sejam anonimizados;

12) Declara que os profissionais apresentados no ANEXO IV possuem capacidade técnica e estão disponíveis a prestar o atendimento aos usuários do CIS5RS

13) Responsável pela empresa conforme contrato social e alterações: nome: CHILLIANE DE SOUZA CARVALHO. RG 835.254-60 SESP PR, CPF 078.563.909-80, email chillianecarvalho@hotmail.com, celular (63) 98150-3212.

14) Responsável Técnico pela empresa conforme contrato social e alterações: CHILLIANE DE SOUZA CARVALHO. RG 835.254-60 SESP PR, CPF 078.563.909-80, email chillianecarvalho@hotmail.com, celular (63) 98150-3212, Registro profissional da entidade competente 32599 CRO PR.

15) Declara que a agência de depósito referente aos serviços prestados é: Banco: BANCO DO BRASIL, Agência: 02992, Conta Corrente: 114234 8

16) Declara que em atendimento ao disposto na Lei Federal nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), a Administração Pública informa que os dados pessoais e empresariais constantes dos documentos apresentados no âmbito deste processo licitatório, inclusive os referentes aos sócios, representantes legais e demais envolvidos, poderão ser tratados, utilizados e divulgados com a finalidade de atendimento ao princípio da publicidade e da transparência dos atos administrativos, conforme previsto no art. 37 da Constituição Federal e na legislação pertinente.

17) Declara que tais informações poderão ser publicadas e disponibilizadas nos portais oficiais de transparência da Administração Pública, bem como em outros meios de divulgação oficial que se façam necessários ou obrigatórios para o cumprimento da legislação vigente, incluindo, mas não se limitando, ao Portal da Transparência do Município, sites governamentais de acompanhamento de contratações públicas, e diários oficiais.

18) Declara que ao participar deste certame, tem concordância expressa com o uso, tratamento e divulgação de seus dados pessoais e empresariais para os fins acima indicados, não cabendo qualquer alegação futura de desconhecimento ou objeção quanto ao uso das informações fornecidas nos termos exigidos por este Edital e pela legislação aplicável.

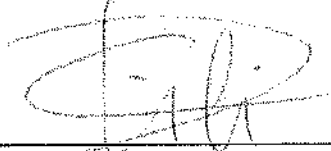
19) Declara que os profissionais relacionados fazem parte do corpo clínico desta prestadora de serviço

DELIVERY ODONTO HOME
ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA
55.552.443/0001-87

20) Declara para os devidos fins, que será de uso intransferível o login e senha disponibilizado pelo CIS Ivaiporã ao profissional médico que fará uso do sistema de prontuário dos pacientes.

21) Declara que se compromete, ao preenchimento do prontuário eletrônico do sistema CIS5ªRS – IDS Saúde, nos atendimentos aos pacientes atendidos, bem como se necessário, impressão e assinatura em prontuário físico.

Guarapuava, 19 de fevereiro de 2026



Chylliane de Souza Carvalho



Documento assinado digitalmente
CHILLIANE DE SOUZA CARVALHO
Data: 23/02/2026 16:11:35-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

CENTRO UNIVERSITÁRIO GUAIRACÁ

Credenciamento Portaria N° 463 de 07/05/20 DOU N° 88 de 11/05/20

SERVIÇO DISTRICTAL
DE BOQUEIRÃO
Guarapuava PR
CONFERE COM O ASSUNTADO
apresentado. Dado.

Em 25 FEV 2023

Guarapuava
(PR)

☐ Aluísio Azeite Aguiar	☐ Patrício de Valsa Loures
☐ Aluísio Vianelli Junior	☐ Aline Sclia Rietz Santini
☐ Mayron Eduardo F. Neutraf	☐ Delora de Fátima Rodrigues
☐ Dami Karam Silva	☐ Felipe Wendler
☐ Thais Coradassi	☐ Tatiana Soares Jansen Cezar

CERTIFICADO

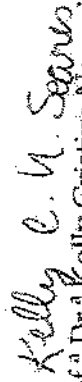
A Pró-Reitora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão do Centro Universitário Guairacá, no uso de suas atribuições legais e tendo em vista a conclusão do Curso de Extensão em Diagnóstico Bucal, realizado no período de 25 de abril de 2021 a 21 de novembro de 2021, confere este Certificado a

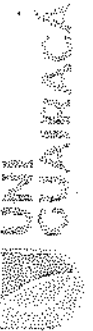
CHILIANE DE SOUZA CARVALHO,

brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida em 26 de novembro de 1991, portadora da Carteira de Identidade n° 8.352.546-0 II/PR, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Guarapuava, 21 de março de 2022.


Prof. Ma. Ana Paula Prestes Virmond Traiano
Coordenadora do Curso


Prof.ª Dr.ª Kelly Cristina Nogueira Soares
Pró-Reitora de Pós-Graduação,
Pesquisa e Extensão
Portaria n° 002/2020 GR



Disciplina	Carga Horária	Média	% Frequência	Situação
Alterações de Desenvolvimento da Região Oral e Maxilofacial - Anomalias Dentárias - Infecções Bacterianas - Doenças Fúngicas e Protozoárias - Infecções Virais	12	10,0	100	Aprovada
Anatomia Maxilomandibular - Anatomia Radiográfica - Anestesiologia - Técnica Cirúrgica - Biossegurança - Doenças Pulpar, Periapical e Periodontal	12	10,0	100	Aprovada
Atendimento Odontológico em Paciente Oncológicos - Cuidados Paliativo em Pacientes Oncológicos	12	10,0	100	Aprovada
Cisto dos Maxilares - Tumores Benignos dos Maxilares - Tumores Malignos dos Maxilares - Categoria TMN Dos Tumores Malignos	12	10,0	100	Aprovada
Diagnósticos por imagem - Visita à Clínica de Imagem - Aula Prática com Radiodiagnóstico	12	10,0	100	Aprovada
Exame Clínico - Exame Complementares - Lesões Fundamentais - Aula Prática	12	10,0	100	Aprovada
Injúrias Físicas e Químicas - Doenças Imunológicas Alérgicas - Patologia de Glândulas Salivares - Patologia Epitelial - Patologia óssea	12	10,0	100	Aprovada
Manejo de Pacientes Hospitalar	12	10,0	100	Aprovada
Neoplasias do Tecidos Moles - Doenças Hematológicas - Doenças Dermatológicas e Manifestações Bucais de Doenças Sistêmicas - Dor Facial e Doenças Neuromusculares e Alterações ATM	12	10,0	100	Aprovada
Seminários	12	10,0	100	Aprovada
120 Horas				

SERVIÇO DISTRITAL AUTENTICADO
 DE BOQUEIRÃO
 Confere com o documento
 Guaporé - PR
 Apresentação Digital

[illegible]

REGISTRO	
NUMERO	03
FOLHA	27 v
LIVRO	04

CENTRO UNIVERSITÁRIO GUAIACÁ

Credenciamento Portaria MEC n.º 463, de 07 de maio de 2020

O Reitor do Centro Universitário Guairacá, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de ODONTOLOGIA, em 08 de julho de 2021, e colação de grau em 15 de julho de 2021, confere o título de BACHARELA em ODONTOLOGIA, a

CHILIANE DE SOUZA CARVALHO,

brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida em 26 de novembro de 1991, portadora da Carteira de Identidade N.º 8.352.546-0/PR, e outorga-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Guarapuava-PR, 30 de agosto de 2021.

Chiliane Carvalho
Chiliane de Souza Carvalho
Graduada

SERVIÇO DISTRICTAL AUTENTICAÇÃO											
DE BOQUEIRÃO	Conteúdo do documento apresentado. Deu fé.										
Guarapuava - PR											
Em: 25 FEV 2025	Local: Guarapuava - PR										
<table border="1"><tr><td>☒ Maria da Azeite</td><td>☒ Maria da Azeite</td></tr><tr><td>☒ Alina Sílvia</td><td>☒ Alina Sílvia</td></tr><tr><td>☒ Nelson Eduardo F. Kneusner</td><td>☒ Nelson Eduardo F. Kneusner</td></tr><tr><td>☒ Damião Karim Silva</td><td>☒ Damião Karim Silva</td></tr><tr><td>☒ Thais Carolina</td><td>☒ Thais Carolina</td></tr></table>		☒ Maria da Azeite	☒ Maria da Azeite	☒ Alina Sílvia	☒ Alina Sílvia	☒ Nelson Eduardo F. Kneusner	☒ Nelson Eduardo F. Kneusner	☒ Damião Karim Silva	☒ Damião Karim Silva	☒ Thais Carolina	☒ Thais Carolina
☒ Maria da Azeite	☒ Maria da Azeite										
☒ Alina Sílvia	☒ Alina Sílvia										
☒ Nelson Eduardo F. Kneusner	☒ Nelson Eduardo F. Kneusner										
☒ Damião Karim Silva	☒ Damião Karim Silva										
☒ Thais Carolina	☒ Thais Carolina										

Prof. Ms. Juares Matias Soares
Reitor

CENTRO UNIVERSITÁRIO GUAIACÁ



Faculty Update



ACCURILE

Pós-Graduação Lato Sensu

O Diretor Geral da Faculdade UnibF, no uso de suas atribuições, confere o presente certificado em Nível de Especialização a

CHILIANE DE SOUZA CARVALHO

pela conclusão do curso de Pós-Graduação Lato Sensu em ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS, com 1000 horas, aprovado pelo Conselho Diretor, através da Resolução CONDI nº 002/18, de 14/05/2018 e promovido por esta Faculdade no período de 23/04/2021 a 05/04/2022.

Paraíso do Norte, 05 de abril de 2022.

Fernando Kalin Muniz Hogen
Diretor Geral

Elisângela I. dos Santos
Secretaria Acadêmica

SERVICO DISTRICTAL	AUTENTICACAO
DIE REGISTRAÇÃO	Cancelado em documento
Quaternário PR	aproximadamente 100 mil
Em.	25 FEV. 2025
	Colaboração (PR)
	☐ Alvaro de Souza Aguiar (Petrópolis) ☐ Aulina Wendler (Londrina) ☐ Mayron Eduardo F. Krauscher ☐ Dam Karam Silva ☐ Flávio de Souza (Petrópolis) ☐ Alina Spina Petros Santos ☐ Cibora de Almeida Rodrigues ☐ Felipe Wendler ☐ Tereza Sales Aragão (Petrópolis)

CHILIANE DE COPIALAGUE

Site de Validação: <https://sistema.alunodigital.com.br/ValidarDocumento.aspx>

CPF: 078.563.909-80
Registro: 58319-Livro: 31-Folha: 22
Data da Registro: 05/04/2022

Aluno: CHILIANE DE SOUZA CARVALHO
Curso: ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS
Área de Conhecimento (CAPES/CNPQ): Saúde e bem-estar social

Disciplina	Ministrante	Titulação	CH	Nota	Frequência	Situação Final
METODOLOGIA DE PESQUISA	RODRIGO JUNIOR CUNHAS SR	ESPECIALISTA	120	8	100%	APROVADO
GESTÃO DOS SERVIÇOS DA SAÚDE	EWERTON TAVERA CANGUSSU	MESTRE	120	8	100%	APROVADO
ÉTICA E RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL	OSWALDO OLIVEIRA SANTOS JÚNIOR	MESTRE	120	10	100%	APROVADO
POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE	LUCAS PAULO JACINTO SAABEDRA	DOUTOR	120	10	100%	APROVADO
SAÚDE E DESENVOLVIMENTO INFANTIL	EWERTON TAVERA CANGUSSU	MESTRE	120	9	100%	APROVADO
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS I	MAYARA MOREIRA RODRIGUES CARVALHO	ESPECIALISTA	120	10	100%	APROVADO
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS II	MAYARA MOREIRA RODRIGUES CARVALHO	ESPECIALISTA	120	10	100%	APROVADO
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS III	MAYARA MOREIRA RODRIGUES CARVALHO	ESPECIALISTA	120	10	100%	APROVADO
ÉTICA E RESPONSABILIDADE SOCIAL	OSWALDO OLIVEIRA SANTOS JÚNIOR	MESTRE	120	8	100%	APROVADO
TCC - TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	CARLOS HOEGEN	ESPECIALISTA	240	10	100%	APROVADO

Título do Trabalho de Conclusão: ALTERAÇÕES BUCAIS NO IDOSO Orientador: CARLOS HOEGEN

Reconhecida pela Portaria nº 345 de 05/05/2016, publicada no D.O.U. em 06/05/2016. Credenciada para oferta em EAD pela Portaria nº 2.837, publicada no D.O.U. de 29/10/2019. Este curso obedece a todas as disposições da Resolução CNE/CES nº 1 de 06 de abril de 2020. Atendendo as exigências do (Lei nº 9.394/1996, do CNE).

Paróquia do Norte, 05 de abril de 2022
Faculdade Unibf - CNPJ: 07.481.324/0001-38
Rua Olavo Bilac, nº 78 - Centro - CEP 87.780-000 - Paraná do Norte - Paraná
Telefone: (41) 3432-1212 - 99349-7882 (Secretaria de Pós-Graduação)

SERVIÇO DISTRITAL	AUTENTICAÇÃO
DE BOQUEIRO	Confere com o documento
Guarapuava PR	apresentado. Dou fe
Em	25 FEV 2025
Guarapuava	PR
☐ Alencar Aguiar - Mediadora ☐ Almino Wendler Junior ☐ Mayron Edson de F. Mendes ☐ Dam Karim Sliwa ☐ Thaís Cordeiro	
☐ Tânia de Fátima ☐ Tânia de Fátima ☐ Tânia de Fátima	

Transmissão de dados
Exclusivo para
Autenticação de dados

FXG12401

Documento Gerado e Assinado Digitalmente em 06/04/2022 às 09:24:41 (data e hora de Brasília).
Dados do Assinante: UNIAO BRASILEIRA DE FACULDADES - UNIBF - CPF/CNPJ: 07.481.324/0001-38
Código de Verificação: 74387245413387664565383d
Valide esse documento em: <https://sistema.aluradigital.com.br/ValidarDocumento.aspx> Informando o código de verificação.

CERTIFICADO

Certifico que **Chiliane Carvalho** participou do **Curso de Habilitação em Laserterapia Para Dentistas**, com carga horária total de **60 horas**, no período de **07 de maio a 26 de junho de 2021**. A Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein outorga o presente certificado ao respectivo(a) aluno(a), a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 26 de junho 2021.

Alexandre Campos

ALEXANDRE HOLTHAUSEN CAMPOS
Diretor Acadêmico da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein

SERVIÇO DISTRICTAL DE BOQUEIRÃO DE GUARAPUAVA PR	AUTENTICAÇÃO
Conteúdo com o documento apresentado (outro)	
Em 25 FEV 2025	
Guarapuava (PR)	
☒ Alexandre Sper - Agente Especial	☒ 2018/10 - Vale Contas
☒ Nelson Wendler Junior	☒ Alex - Sola - Treca - Santini
☒ Almir Eduardo F. Almeida	☒ Cláudia de Fátima Rodrigues
☒ Zelmira de Souza	☒ Felipe Wendler
☒ Thaisa Oliveira	☒ Larissa Soares Amorim Dantas



ALBERT EINSTEIN
FACULDADE ISRAELITA DE
ENSINO E PESQUISA
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
ABRAM 525 JARDIM

ANEXO IV**RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA EMPRESA QUE PRESTARÃO SERVIÇOS****EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº. 006/2025 – CIS5ªRS****CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURIDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS****NA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO A DEMANDA DOS MUNICIPIOS CONSORCIADOS AO CIS5ªRS**

A empresa, DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA, vem através deste informar os nomes dos profissionais disponíveis para prestar serviços ao CIS5ªRS, conforme quadro abaixo:

NOME DO PROFISSIONAL	REGISTRO PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE
CHILIANE DE SOUZA CARVALHO	32599	-ODONTOLOGIA PARA PACIENTES ESPECIAIS
CHILIANE DE SOUZA CARVALHO	32599	- PROTESE

Guarapuava, 11 De fevereiro 2026.


DELIVERY ODONTO HOME
ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA
CNPJ: 55.552.443/0001-87
Assinatura do representante legal da empresa
Nome completo do representante legal
Carimbo da empresa



Documento assinado digitalmente.
CHILIANE DE SOUZA CARVALHO
Data: 24/02/2026 15:11:35-0300.
Verifique em <https://validar3ti.gov.br/>



ODONTO EXCELLENCE

DECLARAÇÃO

Na qualidade de Responsável, declaro que a profissional Cirurgiã-Dentista Chiliane de Souza Carvalho, inscrita no CPF nº 078.563.909-80 e CRO/PR 32599, efetivou serviços de ortodontia e prótese sob regime de remuneração nas dependências desta empresa ODONTO EXCELLENCE, situado no endereço Avenida Trifon Hanycz, nº 174 – Centro – PINHÃO/PR, sob inscrição CNPJ nº 41.715.628/0001-50, no período de setembro de 2023 a abril de 2025.

Sendo responsável pela realização das especialidades de Ortodontia e Prótese, executando com excelência o trabalho de reabilitação protética como: moldagens, ajustes, procedimentos cirúrgicos para adaptação das mesmas, possui vivência laboratorial em confecções de prótese total, prótese parcial e prótese fixa. Apresenta compromisso com a precisão técnica, materiais de alta qualidade e tratamentos individualizados.

Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos complementares relacionados aos serviços profissional prestado.

Pinhão, 10 de FEVEREIRO de 2026.

Responsável: FERNANDO VOLLWEITER

CRO 23480

CPF 076150809-08

Fernando Vollweiler
Cirurgião Dentista
CRO - PR 23480

ODONTO EXCELLENCE

FERNANDO VOLLWEITER ODONTOLOGIA

CNPJ/ 41.715.628/0001-50

ODONTO EXCELLENCE
FERNANDO VOLLWEITER ODONTOLOGIA
CNPJ: 41.715.628/0001-50



Av. Trifon Hanycz, 174 / Centro – Sala 01

PINHÃO/PR

Tel: (42) 9 9910-1101

(42) 9 9910-1109



DECLARAÇÃO

Venho por meio deste, declarar que a profissional Cirurgiã-Dentista Chiliane de Souza Carvalho, inscrita no CPF nº 078.563.909-80 e CRO/PR 32599, prestou serviço remunerado dentro deste estabelecimento, Guarapuava Sorria Sim Clínicas Odontológicas LTDA, situado no endereço Rua Marechal Floriano Peixoto, nº 1680 – Centro, sob inscrição CNPJ nº 41.663.107/0001-05, cidade de Guarapuava-Pr. No período de abril de 2025 até o momento, sendo responsável pela realização dos tratamentos de Reabilitação Protética, atuando no planejamento, execução e acompanhamento de casos envolvendo prótese total, prótese parcial e prótese removível. Possui conhecimento técnico nos procedimentos clínicos e laboratoriais, incluindo moldagens, ajustes, provas funcionais e estéticas, bem como orientação ao paciente quanto ao uso, higienização e manutenção das próteses, prestando atendimento aos pacientes em consultório, com foco na restauração da função mastigatória, estética e conforto ao paciente, prezando pela precisão técnica, qualidade dos materiais utilizados e individualização de cada tratamento.

Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos complementares relacionados aos serviços profissionais prestados.

Guarapuava, 09 de FEVEREIRO de 2026.

Dra. *Andriele Martin*
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 036025

Andriele Aparecida Martin
Nome do responsável: ANDRIELE MARTIN
CRO 36025
Cargo: RESPONSÁVEL TÉCNICA
CPF nº 085144639-69

Guarapuava Sorria Sim
Clínicas Odontológicas
CNPJ: 41.663.107/0001-05

CLINICAS ODONTOLOGICAS SORRIA SIM
CNPJ/41.663.107/0001-05



SFTN1VGFRbMwIwnTR8MMF529q
<https://selo.funapen.com.br>
Reconheço por SEMELHANÇA a(s) firma(s) de: **ANDRIELE**
APARECIDA MARTIN do que dou fé.



Guarapuava, 27 de fevereiro de 2026

0016836 (001-000769240)

Celso Prates de Andrade
Auxiliar Juramentado



CENTRO UNIVERSITÁRIO GUAIRACÁ

Credenciamento Portaria N° 463 de 07/05/20 DOU N° 88 de 11/05/20

SERVIÇO DISTRIAL
DE BOQUEIRÃO
Guarapuava PR

AUTENTICAÇÃO
Confere com o documento
apresentado: Doyle.

Em 25 FEV. 2025

(Guarapuava
PR)

☒ Alceu Leite Agner - Agente de Segurança	☒ Fabiano do Vale Loures
☒ Almino Wendler Junior	☒ Alinne Sibila Peters Santini
☒ Mayron Eduardo F. Kreuscher	☒ Débora de Fátima Rodrigues
☒ Dam Karam Silva	☒ Felipe Wendler
☒ Thalita Coradassi	☒ Tatiane Soares Jonsson Oliveira

CERTIFICADO

A Pró-Reitora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão do Centro Universitário Guairacá, no uso de suas atribuições legais e tendo em vista a conclusão do Curso de Extensão em Diagnóstico Bucal, realizado no período de 25 de abril de 2021 a 21 de novembro de 2021, confere este Certificado a

CHILIANE DE SOUZA CARVALHO,

brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida em 26 de novembro de 1991, portadora da Carteira de Identidade n° 8.352.546-0 II/PR, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Guarapuava, 21 de março de 2022.

Prof. Ma. Ana Paula Prestes Virmond Traiano
Coordenadora do Curso

Kelly C. N. Soares
Prof.ª Dr.ª Kelly Cristina Nogueira Soares
Pró-Reitora de Pós-Graduação,
Pesquisa e Extensão
Portaria n° 002/2020 GR





CENTRO UNIVERSITÁRIO GUAIRACÁ

Credenciamento Portaria MEC n.º 463, de 07 de maio de 2020

O Reitor do Centro Universitário Guairacá, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de ODONTOLOGIA, em 03 de julho de 2021, e colação de grau em 15 de julho de 2021, confere o título de BACHARELA em ODONTOLOGIA, a

CHILIANE DE SOUZA CARVALHO,

brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida em 26 de novembro de 1991, portadora da Carteira de Identidade N.º 8.352.546-0/PR, e outorga-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Chiliane Carvalho
Chiliane de Souza Carvalho
Graduada

Guarapuava-PR, 30 de agosto de 2021.

SERVIÇO DISTRITAL DE BOQUEIRÃO	GUARAPUAVA - PR	Em 25 FEV 2025	Guarapuava (PR)
AUTENTICAÇÃO		Confere com o documento apresentado. Dou fé.	
☐ Aluísio Agner - Agente Delegado		☐ Fabiano do Vale Loures	
☐ Alvirio Wendler Junior		☐ Aline Sibila Peters Santini	
☐ Mayron Eduardo F. Kreischer		☐ Déora de Fátima Rodrigues	
☐ Dam Karam Silva		☐ Felipe Wendler	
☐ Thalia-Goradassi		☐ Tatiane Soares Jonsson Oliveira	

Prof. Ms. Juarez Matias Soares
Reitor





UniBF
FACULDADE

Faculdade UniBF



CERTIFICADO

Pós-Graduação Lato Sensu

O Diretor Geral da Faculdade UniBF no uso de suas atribuições, confere o presente certificado em Nível de Especialização a

CHILIANE DE SOUZA CARVALHO

pela conclusão do curso de Pós-Graduação Lato Sensu em ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS, com 1000 horas, aprovado pelo Conselho Diretor, através da Resolução CONDI nº 002/18, de 14/05/2018 e promovido por esta Faculdade no período de 23/04/2021 a 05/04/2022.

Paraíso do Norte, 05 de abril de 2022.

Fernando Kaio Muniz Hoegen
Diretor Geral

Elisângela I. dos Santos
Secretária Acadêmica

Site de Validação: <https://sistema.alunodigital.com.br/ValidarDocumento.aspx>

SERVIÇO DISTRITAL DE BOQUEIRÃO Guarapuava - PR	AUTENTICAÇÃO Confere com o documento apresentado: <u>Boulle</u>										
Em 25 FEV. 2025	Guarapuava (PR)										
<table border="1"><tr><td>☐ Alceu Lacerda Aguiar - Agente Delegado</td><td>☐ Fabiano do Vale Loures</td></tr><tr><td>☐ Alvirio Wendler Junior</td><td>☐ Aline Sblitz Peters Santini</td></tr><tr><td>☐ Mayron Eduardo F. Kreucher</td><td>☒ Débora de Fátima Rodrigues</td></tr><tr><td>☐ Dam Karam Silva</td><td>☐ Felipe Wendler</td></tr><tr><td>☐ Tatiene Soares Jonsson Oliveira</td><td></td></tr></table>		☐ Alceu Lacerda Aguiar - Agente Delegado	☐ Fabiano do Vale Loures	☐ Alvirio Wendler Junior	☐ Aline Sblitz Peters Santini	☐ Mayron Eduardo F. Kreucher	☒ Débora de Fátima Rodrigues	☐ Dam Karam Silva	☐ Felipe Wendler	☐ Tatiene Soares Jonsson Oliveira	
☐ Alceu Lacerda Aguiar - Agente Delegado	☐ Fabiano do Vale Loures										
☐ Alvirio Wendler Junior	☐ Aline Sblitz Peters Santini										
☐ Mayron Eduardo F. Kreucher	☒ Débora de Fátima Rodrigues										
☐ Dam Karam Silva	☐ Felipe Wendler										
☐ Tatiene Soares Jonsson Oliveira											

CHILIANE DE SOUZA CARVALHO

Concluinte

CERTIFICADO

Certifico que **Chiliane Carvalho** participou do **Curso de Habilitação em Laserterapia Para Dentistas**, com carga horária total de 60 horas, no período de **07 de maio a 26 de junho de 2021**. A Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein outorga o presente certificado ao respectivo(a) aluno(a), a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 26 de junho 2021.

Alexandre Holthausen Campos

ALEXANDRE HOLTHAUSEN CAMPOS
Diretor Acadêmico da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein



SERVIÇO DISTRICTAL DE BOQUEIRÃO
Guarapuava PR

Em 25 FEV. 2025

AUTENTICAÇÃO
Contere com o documento apresentado. Dou fé.

☒ Alfeuete Agner - Agente Delegado	☒ Fabiano do Vale Loures
☒ Alvimio Wendler Junior	☒ Aline Sônia Peters Santini
☒ Mayron Eduardo F. Kreuzer	☒ Debora de Fátima Rodrigues
☒ Dam Karam Silva	☒ Felipe Mandler
☒ Thelma Corabassi	☒ Tatiane Soares Jansson Oliveira



ALBERT EINSTEIN
INSTITUTO ISRAELITA DE
ENSINO E PESQUISA
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
ABRAM SZAJMAN



Consórcio Intermunicipal de Saúde da 5ª Região de Saúde

**ATA DE ABERTURA - FASE DE HABILITAÇÃO
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 006/2025 -
CREDENCIAMENTO Nº 006/2025**

Aos **03** dias do mês de **março** do ano de dois mil e vinte e seis (2026), às **13:17 horas (13 horas e 17 minutos)**, na sede do **CIS5ªRS**, reuniu-se o Sr. **Agente de Contratação, LEONARDO BARBOSA DE RAMOS**, Matrícula nº 4121, acompanhado pelos membros da equipe de apoio, **Rafaela Gouvêa**, Matrícula nº 47901, e **Wilson Antônio Batista**, Matrícula nº 48401, designados pela **PORTARIA Nº 169/2025**, de 23 de outubro de 2025, todos abaixo assinados, para proceder à **abertura e análise** da documentação de habilitação apresentada pela empresa **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº **55.552.443/0001-87**, com relação ao **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURIDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES ESPECIALIZADOS, CONSULTAS E PROCEDIMENTOS PARA ATENDIMENTOS NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) DO CIS5ªRS** destinados ao atendimento da demanda dos municípios consorciados ao **CIS5ªRS**. Declarada aberta a **sessão pública**, constatou-se que a documentação de habilitação foi enviada pela empresa **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº **55.552.443/0001-87**, porém sem a presença de representante da referida empresa. Diante disso, o Sr. **Agente de Contratação**, juntamente com os membros da equipe de apoio, procedeu à abertura do envelope para análise do conteúdo da documentação apresentada. Após exaustiva análise, constatou-se que a empresa **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº **55.552.443/0001-87**, atendeu parcialmente as exigências editalícias, cumprindo os requisitos previstos no **Edital de Credenciamento Nº 007/2025**. Verificou-se que a empresa **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº **55.552.443/0001-87**, não apresentou a seguinte documentação:

- Apresentar declaração de regime de enquadramento fiscal de pessoa jurídica;
- Certidão de Antecedentes Criminais do profissional da Comarca onde reside.

Diante disto, prevalecendo da legislação e conforme previsão em edital, será concedido o **prazo de 10 (dez) dias** para a apresentação da documentação ausente. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente **Ata**, que segue assinada pelo Sr. **Agente de Contratação** e pelos membros da equipe de apoio.


LEONARDO BARBOSA DE RAMOS
Matrícula nº. 4121



Consórcio Intergestores de Saúde da 5ª Região de Saúde

Rafaela Gouvêa

RAFAELA GOUVÊA
MATRÍCULA Nº. 47901

Wilson Antonio Batista

WILSON ANTONIO BATISTA
MATRÍCULA Nº. 48401

CHECKLIST DOS DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS PARA ATENDIMENTOS NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
EDITAL 006/2025

6.2.3.	HABILITAÇÃO JURÍDICA	Tick
6.2.3.1.	Ato constitutivo, sendo estatuto social ou contrato social em vigor e alterações subsequentes ou última alteração consolidada, devidamente registrada, na Junta Comercial ou Cartório (conforme o caso) e ata registrada da Assembleia de Eleição da diretoria, quando houver.	ok
6.2.3.2.	Empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede; Microempreendedor Individual - MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio https://www.gov.br/empresas-e-negocios/ptbr/empreendedor ;	-
6.2.3.4.	Sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;	-
6.2.3.3.	Sociedade empresária, sociedade limitada unipessoal – SLU ou sociedade identificada como empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: inscrição do ato constitutivo, estatuto ou contrato social no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;	-
6.2.3.5.	Filial, sucursal ou agência de sociedade simples ou empresária: inscrição do ato constitutivo da filial, sucursal ou agência da sociedade simples ou empresária, respectivamente, no Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz;	-
6.2.3.6.	Cópia do RG e CPF ou outra equivalente, na forma da Lei dos sócios administradores.	ok
6.2.4.	REGULARIDADE FISCAL SOCIAL E TRABALHISTA	
6.2.4.1.	Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ , expedido a no mínimo 90 (noventa) dias.	ok
6.2.4.2.	A prova de regularidade com a Fazenda Federal será efetuada por meio da Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, ou Certidão Conjunta Positiva com efeito negativo, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB e Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional - PGFN, da sede do licitante.	ok
6.2.4.3.	Prova de Regularidade para com a Fazenda Estadual , por meio de Certidão Negativa de Débito em relação a Tributos Estaduais, expedida pela Secretaria da Fazenda Estadual, do Estado sede da licitante;	ok
6.2.4.4.	Prova de Regularidade para com a Fazenda Municipal , por meio de Certidão Negativa de Débito em relação a tributos Municipais, expedida pelo Município sede ou domicílio da licitante;	ok

6.2.4.5.	Prova de Regularidade relativa ao FGTS , por meio de Certificado de Regularidade Fiscal (CRF), expedida pela Caixa Econômica Federal (www.caixa.gov.br) ou do documento denominado "Situação de Regularidade do Empregador";	OK
6.2.4.6.	Prova de Regularidade para com o Ministério do Trabalho , por meio da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), expedida pelo Ministério do Trabalho.	OK
6.2.4.7.	Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual e/ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;	OK
6.2.4.8.	As certidões que não contiverem prazo de validade, serão consideradas vencidas em 90 (noventa) dias após a data da emissão.	---
6.2.5.	QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA	
6.2.5.1.	Certidão Negativa de Falência , expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica e/ou a Certidão Negativa de Falência, expedida pelo distribuidor da VARA EMPRESARIAL REGIONAL, a que pertence a pessoa jurídica, conforme Resolução nº. 426/2024 do Órgão Especial do TJPR, com data de expedição não superior a 90 (noventa) dias, contados da data de apresentação dos documentos;	OK
6.2.5.2.	No caso de certidão positiva de recuperação judicial ou extrajudicial, o licitante deverá apresentar a comprovação de que o respectivo plano de recuperação foi acolhido judicialmente , na forma do artigo 58 da Lei n.º 11.101, de 09 de fevereiro de 2005, sob pena de inabilitação, devendo, ainda, comprovar todos os demais requisitos de habilitação.	-
6.2.6.	QUALIFICAÇÃO TÉCNICA OPERACIONAL (EMPRESA)	
6.2.6.1.	Requerimento para credenciamento, conforme anexo;	OK
6.2.6.2.	Relação dos profissionais que prestarão os serviços;	OK
6.2.6.3.	Prova de inscrição da empresa no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;	OK
6.2.6.4.	Cópia da Licença Sanitária do estabelecimento ou Certificado de Isenção, dentro do prazo de validade;	-
6.2.6.5.	Apresentar declaração de regime de enquadramento fiscal de pessoa jurídica;	X
6.2.6.6.	Declaração Unificada, conforme anexo.	OK
6.2.7.	QUALIFICAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL	
6.2.7.1.	Documentos pessoais dos profissionais que executarão os serviços;	OK
6.2.7.2.	Cópia do diploma ou certificado de conclusão do curso superior inerente à área de atuação;	OK
6.2.7.3.	Cópia dos certificados de título, especialização ou residência na área indicada expedido pelo Conselho Regional da Classe ou documento que comprove experiência	OK

	mínima de 2 (dois) anos.	-
6.2.7.4.	Documentos comprobatórios de formação técnica do profissional responsável para realizar os atendimentos e procedimentos em relação ao lote 03.	X
6.2.7.5.	Cópia da Carteira de Registro no Conselho Regional de Odontologia do Paraná (CRO).	X
6.2.7.6.	Prova de vínculo contratual do profissional com a licitante, mediante cópia do registro em carteira de trabalho ou cópia da ficha de registro de empregados da empresa ou Contrato de Trabalho/Prestação de serviços. Obs.: Caso o Profissional Responsável pelos serviços, seja dirigente ou sócio da empresa proponente, tal comprovação deverá ser feita através da cópia da ata da assembleia de sua investidura no cargo ou apresentar cópia do contrato social.	X
6.2.7.7.	Certidão de Antecedentes Criminais do profissional da Comarca onde reside.	X

Guarapuava, 03 de março de 2026.

Thais Zanask

Responsável pelo preenchimento do Checklist

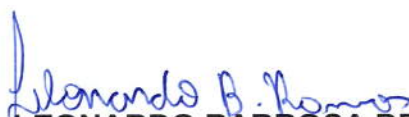
CERTIDÃO DE AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS

CERTIFICO e dou fé que, nesta data, revendo a(s) documentação(ões) apresentada(s) pelo profissional o(a) Sr.(a) **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº **55.552.443/0001-87**, para o **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURIDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLMENTARES ESPECIALIZADOS, CONSULTAS E PROCEDIMENTOS PARA ATENDIMENTOS NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) DO CIS5ªRS**. Após análise, verificamos a ausência do(s) seguinte(s) documento(s) necessário(s) para a conclusão do processo:

- Apresentar declaração de regime de enquadramento fiscal de pessoa jurídica;
- Certidão de Antecedentes Criminais do profissional da Comarca onde reside.

Desta forma, certifico que a informação foi transmitida ao responsável legal da empresa **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº **55.552.443/0001-87**, através do fone **(63) 98150-3212**, e pelo correio eletrônico odonttohome@gmail.com para que no prazo de **10 (dez) dias** apresente as documentações solicitadas, para que só assim seja dado prosseguimento ao referido pedido.

Guarapuava, 03 de março de 2026.


LEONARDO BARBOSA DE RAMOS
Matrícula nº. 4121
Agente de Contratação
PORTARIA n.º 169/2025



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO PARANÁ
COMARCA DE GUARAPUAVA

OFÍCIO DISTRIBUIDOR JUDICIAL
AVENIDA MANOEL RIBAS Nº 500 - FORUM ESTADUAL - VILA
SANTANA
GUARAPUAVA/PR - 85.070-18

TITULAR
NERY REGIANI DE MACEDO
JURAMENTADO
RAQUEL REGEANI DE MACEDO LUSTOZA

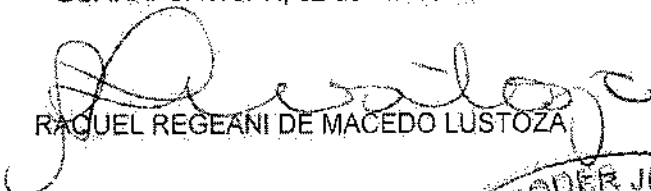
Certidão Negativa
Para Fins Gerais

Certifico, a pedido de parte interessada, que revendo os livros e arquivos de distribuição CRIMINAL (Criminal, Carta Precatória, Precatória Especial, Juizado Especial, Violência Contra a Mulher, Violência Contra a Mulher Carta Precatória) sob minha guarda neste cartório, verifiquei **NÃO CONSTAR** nenhum registro em andamento contra:

CHILIANE DE SOUZA CARVALHO

CPF 078.563.909-80, RG 8.352.546-0-PR, filha de LEONORA FERREIRA DE SOUZA e ARNANI DA SILVA CARVALHO, no período compreendido desde 16/04/1996, até a presente data.

GUARAPUAVA/PR, 02 de Março de 2026


RAQUEL REGEANI DE MACEDO LUSTOZA



Certificação



Custas = R\$ 52,69
Página 0001/0001

Qualquer rasura ou entrelinha, tornará nula esta Certidão.

Identificação do Contribuinte - CNPJ Matriz

CNPJ: **55.552.443/0001-87**

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

Nome Empresarial: **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**

Situação Atual

Situação no Simples Nacional: **Optante pelo Simples Nacional desde 17/06/2024**

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

 Mais informações

Períodos Anteriores

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

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

Eventos Futuros (Simples Nacional)

Não Existem

Eventos Futuros (SIMEI)

Não Existem

Informações de Períodos como MEI Transportador Autônomo de Cargas

Não Existem

[Voltar](#)

[Gerar PDF](#)



Atendimento
Odontológico
Domiciliar

Delivery
odontohome
Home Care

DECLARAÇÃO DE TRIBUTAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE

A empresa **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**, portadora CNPJ Nº **55552443000187** sediada a **Rua Frei Caneca nº 2035 Guarapuava Pr CEP 85012000**, através de seu representante legal abaixo assinado Declaro (amos) para todos os fins de direito, especificamente para participação de credenciamento 006/2025, que estou (amos) sob o regime de ME/EPP, para efeito do disposto na LC 123/2006 e cumpre os requisitos estabelecidos no artigo 3º da Lei Complementar nº 123, de 2006, estando apta a usufruir do tratamento favorecido estabelecido em seus arts. 42 a 49, observados os dispostos nos §§1º ao 3º do art. 4º da Lei nº14.133/2021.

Guarapuava – Pr Aos Quatro (04) de Março de 2026

Delivery
odontohome
gov.br

Documento assinado digitalmente:

CHILIANE DE SOUZA CARVALHO

Data: 04/03/2026 18:42:15-0300

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

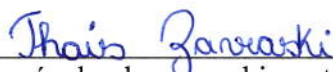
CHECKLIST DOS DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS PARA ATENDIMENTOS NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
EDITAL 006/2025

6.2.3.	HABILITAÇÃO JURÍDICA	Tick
6.2.3.1.	Ato constitutivo, sendo estatuto social ou contrato social em vigor e alterações subsequentes ou última alteração consolidada, devidamente registrada, na Junta Comercial ou Cartório (conforme o caso) e ata registrada da Assembleia de Eleição da diretoria, quando houver.	OK
6.2.3.2.	Empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede; Microempreendedor Individual - MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio https://www.gov.br/empresas-e-negocios/ptbr/empreendedor ;	-
6.2.3.4.	Sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;	-
6.2.3.3.	Sociedade empresária, sociedade limitada unipessoal – SLU ou sociedade identificada como empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: inscrição do ato constitutivo, estatuto ou contrato social no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;	-
6.2.3.5.	Filial, sucursal ou agência de sociedade simples ou empresária: inscrição do ato constitutivo da filial, sucursal ou agência da sociedade simples ou empresária, respectivamente, no Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz;	-
6.2.3.6.	Cópia do RG e CPF ou outra equivalente, na forma da Lei dos sócios administradores.	OK
6.2.4.	REGULARIDADE FISCAL SOCIAL E TRABALHISTA	
6.2.4.1.	Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ , expedido a no mínimo 90 (noventa) dias.	OK
6.2.4.2.	A prova de regularidade com a Fazenda Federal será efetuada por meio da Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, ou Certidão Conjunta Positiva com efeito negativo, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB e Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional - PGFN, da sede do licitante.	OK
6.2.4.3.	Prova de Regularidade para com a Fazenda Estadual , por meio de Certidão Negativa de Débito em relação a Tributos Estaduais, expedida pela Secretaria da Fazenda Estadual, do Estado sede da licitante;	OK
6.2.4.4.	Prova de Regularidade para com a Fazenda Municipal , por meio de Certidão Negativa de Débito em relação a tributos Municipais, expedida pelo Município sede ou domicílio da licitante;	OK

6.2.4.5.	Prova de Regularidade relativa ao FGTS , por meio de Certificado de Regularidade Fiscal (CRF), expedida pela Caixa Econômica Federal (www.caixa.gov.br) ou do documento denominado "Situação de Regularidade do Empregador";	OK
6.2.4.6.	Prova de Regularidade para com o Ministério do Trabalho , por meio da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), expedida pelo Ministério do Trabalho.	OK
6.2.4.7.	Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual e/ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;	OK
6.2.4.8.	As certidões que não contiverem prazo de validade, serão consideradas vencidas em 90 (noventa) dias após a data da emissão.	---
6.2.5.	QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA	
6.2.5.1.	Certidão Negativa de Falência , expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica e/ou a Certidão Negativa de Falência, expedida pelo distribuidor da VARA EMPRESARIAL REGIONAL, a que pertence a pessoa jurídica, conforme Resolução nº. 426/2024 do Órgão Especial do TJPR, com data de expedição não superior a 90 (noventa) dias, contados da data de apresentação dos documentos;	OK
6.2.5.2.	No caso de certidão positiva de recuperação judicial ou extrajudicial, o licitante deverá apresentar a comprovação de que o respectivo plano de recuperação foi acolhido judicialmente , na forma do artigo 58 da Lei n.º 11.101, de 09 de fevereiro de 2005, sob pena de inabilitação, devendo, ainda, comprovar todos os demais requisitos de habilitação.	-
		-
6.2.6.	QUALIFICAÇÃO TÉCNICA OPERACIONAL (EMPRESA)	
6.2.6.1.	Requerimento para credenciamento, conforme anexo;	OK
6.2.6.2.	Relação dos profissionais que prestarão os serviços;	OK
6.2.6.3.	Prova de inscrição da empresa no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;	OK
6.2.6.4.	Cópia da Licença Sanitária do estabelecimento ou Certificado de Isenção, dentro do prazo de validade;	-
6.2.6.5.	Apresentar declaração de regime de enquadramento fiscal de pessoa jurídica;	OK
6.2.6.6.	Declaração Unificada, conforme anexo.	OK
6.2.7.	QUALIFICAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL	
6.2.7.1.	Documentos pessoais dos profissionais que executarão os serviços;	OK
6.2.7.2.	Cópia do diploma ou certificado de conclusão do curso superior inerente à área de atuação;	OK
6.2.7.3.	Cópia dos certificados de título, especialização ou residência na área indicada expedido pelo Conselho Regional da Classe ou documento que comprove experiência	OK

	mínima de 2 (dois) anos.	-
6.2.7.4.	Documentos comprobatórios de formação técnica do profissional responsável para realizar os atendimentos e procedimentos em relação ao lote 03.	OK
6.2.7.5.	Cópia da Carteira de Registro no Conselho Regional de Odontologia do Paraná (CRO).	OK
6.2.7.6.	Prova de vínculo contratual do profissional com a licitante, mediante cópia do registro em carteira de trabalho ou cópia da ficha de registro de empregados da empresa ou Contrato de Trabalho/Prestação de serviços. Obs.: Caso o Profissional Responsável pelos serviços, seja dirigente ou sócio da empresa proponente, tal comprovação deverá ser feita através da cópia da ata da assembleia de sua investidura no cargo ou apresentar cópia do contrato social.	OK
6.2.7.7.	Certidão de Antecedentes Criminais do profissional da Comarca onde reside.	OK

Guarapuava, 05 de março de 2026.



Responsável pelo preenchimento do Checklist



Consórcio Intermunicipal de Saúde da 5ª Região de Saúde

**ATA DE ABERTURA - FASE DE HABILITAÇÃO
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 006/2025 -
CREDENCIAMENTO Nº 006/2025**

Aos **05** dias do mês de **Março** do ano de dois mil e vinte e seis (2026), às **13:30** horas (**13 horas e 30 minutos**), na sede do **CIS5ªRS**, reuniu-se o Sr. **Agente de Contratação, LEONARDO BARBOSA DE RAMOS**, Matrícula nº 4121, acompanhado pelos membros da equipe de apoio, **Rafaela Gouvêa**, Matrícula nº 47901, e **Wilson Antônio Batista**, Matrícula nº 48401, designados pela **PORTARIA Nº 169/2025**, de 23 de outubro de 2025, todos abaixo assinados, para proceder à **abertura e análise** da documentação de habilitação apresentada pela empresa **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº **55.552.443/0001-87**, com relação ao **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURIDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES ESPECIALIZADOS, CONSULTAS E PROCEDIMENTOS PARA ATENDIMENTOS NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) DO CIS5ªRS**, destinados ao atendimento da demanda dos municípios consorciados ao **CIS5ªRS**. Declarada aberta a **sessão pública**, constatou-se que a documentação de habilitação foi enviada pela empresa **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº **55.552.443/0001-87**, porém sem a presença de representante da referida empresa. Diante disso, o Sr. **Agente de Contratação**, juntamente com os membros da equipe de apoio, procedeu à abertura do envelope para análise do conteúdo da documentação apresentada. Após exaustiva análise, constatou-se que a empresa **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº **55.552.443/0001-87**, atendeu plenamente a todas as exigências editalícias, cumprindo os requisitos previstos no **Edital de Credenciamento Nº 006/2025**. Assim, por **unanimidade de votos dos membros da equipe de apoio presentes**, o Sr. **Agente de Contratação DECLAROU HABILITADA** a referida empresa para o Credenciamento solicitado. Nos termos da lei aplicável, informa-se que a **habilitação da empresa** será **publicada em meio oficial**, no **Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP)** e no **site do CIS5ªRS**, para conhecimento público. A partir da data da referida publicação, iniciar-se-á o **prazo legal para a interposição de recursos**. Após o decurso do prazo recursal, a documentação será encaminhada à apreciação superior, visando **homologação ou ratificação pelo Presidente do CIS5ªRS**. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente **Ata**, que segue assinada pelo Sr. **Agente de Contratação** e pelos membros da equipe de apoio.

LEONARDO BARBOSA DE RAMOS
MATRÍCULA Nº. 4121



Consórcio Intergestores de Saúde da 5ª Região de Saúde

Rafaela Gouvêa

RAFAELA GOUVÊA
MATRÍCULA Nº. 47901

Wilson Antônio Batista

WILSON ANTÔNIO BATISTA
MATRÍCULA Nº. 48401

**AVISO DE HABILITAÇÃO
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 006/2025
CREDENCIAMENTO Nº 006/2025**

O Sr. **Agente de Contratação LEONARDO BARBOSA DE RAMOS**, Matrícula nº 4121, designado pela **Portaria n.º 169/2025**, de 23 de outubro de 2025, no uso de suas atribuições legais, torna público, para conhecimento de todos os interessados, que procedeu à **habilitação** da empresa **DELIVERY ODONTO HOME ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº **55.552.443/0001-87**, com vistas ao **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURIDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES ESPECIALIZADOS, CONSULTAS E PROCEDIMENTOS PARA ATENDIMENTOS NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) DO CIS5ªRS**.

Informa-se, ainda, que, com a publicação deste aviso, abre-se o prazo para interposição de recursos, nos termos da **Lei nº 14.133/2021**, com o prazo de **3 (três) dias úteis** contados desta publicação.

Guarapuava, Paraná, 05 de março de 2026.


LEONARDO BARBOSA DE RAMOS
Matrícula nº. 4121
Agente de Contratação
PORTARIA n.º 169/2025


RAFAELA GOUVÊA
MATRÍCULA Nº. 47901


WILSON ANTÔNIO BATISTA
MATRÍCULA Nº. 48401