



Consórcio Inter-municipal de Saúde da 5ª Região do Estado do Rio Grande do Sul

CERTIDÃO DE PROTOCOLO DE RECEBIMENTO

CERTIFICO e dou fé que, na presente data, aos 29 de setembro de 2026, às 09:00h, a empresa **ANYCARE SERVIÇOS MEDICOS LTDA inscrita no CNPJ sob o nº58.287.535/0001-75**, 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 002/2026** cujo objeto é o **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TÉCNICO EM RADIOLOGIA E DE PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, PARA ATUAÇÃO JUNTO AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CIS5ªRS.**

DADOS DA EMPRESA: ANYCARE SERVIÇOS MEDICOS LTDA
RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DOS DOCUMENTOS: Julie Any Araujo Blf
CONTATO: [REDACTED]
E-MAIL: [REDACTED]

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.

[REDACTED]
Doris Cristina Ketis
Servidor Responsável
pelo recebimento da documentação



Documento assinado digitalmente
JULIE ANY ARAUJO BIF
Data: 29/09/2026 12:21:20-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Julie Any Araujo Blf
Responsável pela entrega da documentação

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA

ANYCARE SERVICOS MEDICOS LTDA

Pelo presente instrumento particular de Contrato Social:

JULIE ANY ARAUJO BIF, BRASILEIRA, SOLTEIRA, médica, [REDACTED]

JEANE DE FATIMA ARAUJO, BRASILEIRA, DIVORCIADO(A), empresaria, [REDACTED]

Resolvem, em comum acordo, constituir uma sociedade empresária limitada, nos termos da Lei nº 10.406/2002, mediante as condições e cláusulas seguintes:

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

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

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

A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: RUA Frei Caneca, nº 2035, APT 1504; SALA 1, Trianon, Guarapuava - PR, CEP: 85012000.

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

A sociedade terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômica: A ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS E COM REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES EXERCIDAS EM UNIDADES DE HOSPITAIS PREPARADAS PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS, EM PRONTOS-SOCORROS COM ASSISTÊNCIA 24 HORAS E COM LEITOS DE OBSERVAÇÃO, EM CLÍNICAS DE TERCEIROS E EM POSTOS DE SAÚDE

Parágrafo único. Em estabelecimento eleito como Sede (Matriz) será(ão) exercida(s) a(s) atividade(s) de A ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS E COM REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES EXERCIDAS EM UNIDADES DE HOSPITAIS PREPARADAS PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS, EM PRONTOS-SOCORROS COM ASSISTÊNCIA 24 HORAS E COM LEITOS DE OBSERVAÇÃO, EM CLÍNICAS DE TERCEIROS E EM POSTOS DE SAÚDE.

E exercerá as seguintes atividades:

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

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

CNAE Nº 8630-5/02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares

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

A sociedade iniciará suas atividades em 29/11/2024 e seu prazo de duração será por tempo indeterminado.

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

O capital será de [REDACTED]
uma, formado por [REDACTED] em moeda corrente no País

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

Nome dos Sócios	Qtd Quotas	Valor Em R\$	%
JULIE ANY ARAUJO BIF	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
JEANE DE FATIMA ARAUJO	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
TOTAL:	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

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

A administração da sociedade será exercida pelo sócio **JULIE ANY ARAUJO BIF** que representará legalmente a

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA

ANYCARE SERVICOS MEDICOS LTDA

sociedade e poderá praticar todo e qualquer ato de gestão pertinente ao objeto social.

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

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

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

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

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

CLÁUSULA IX - DO PRÓ LABORE

Os sócios poderão, de comum acordo, fixar uma retirada mensal, a título de pró labore para os sócios administradores, observadas as disposições regulamentares pertinentes.

CLÁUSULA X - DISTRIBUIÇÃO DE LUCROS

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

CLÁUSULA XI - DA RETIRADA OU FALECIMENTO DE SÓCIO

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

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

CLÁUSULA XII - DA CESSÃO DE QUOTAS

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

CLÁUSULA XIII - DA RESPONSABILIDADE

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

CLÁUSULA XIV - PORTE EMPRESARIAL

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

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA
ANYCARE SERVICOS MEDICOS LTDA

CLAUSULA XV - DO FORO

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

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

Guarapuava - PR, 29 de novembro de 2024.

JULIE ANY ARAUJO BIF
Sócio/Administrador

JEANE DE FATIMA ARAUJO
Sócio



ASSINATURA ELETRÔNICA

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

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
██████████	JEANE DE FATIMA ARAUJO
██████████	JULIE ANY ARAUJO BIF



CERTIFICO O REGISTRO EM 29/11/2024 14:42 SOB Nº 41213043011.
PROTOCOLO: 248915070 DE 29/11/2024.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12416913760. CNPJ DA SEDE: 58287535000175.
NIRE: 41213043011. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 29/11/2024.
ANYCARE SERVICOS MEDICOS LTDA

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

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 58.287.535/0001-75 MATRIZ		COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 29/11/2024	
NOME EMPRESARIAL ANYCARE SERVIÇOS MEDICOS LTDA					
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****				PORTE ME	
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas					
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências 86.30-5-02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares					
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada					
LOGRADOURO R FREI CANECA		NÚMERO 2035		COMPLEMENTO APT 1504 SALA 1	
CEP 85.012-000	BAIRRO/DISTRITO TRIANON	MUNICÍPIO GUARAPUAVA		UF PR	
ENDEREÇO ELETRÔNICO *****		TELEFONE *****			
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****					
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA			DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 29/11/2024		
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 17/09/2026 às 10:14:46 (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: ANYCARE SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 58.287.535/0001-75

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 10:01:15 do dia 17/09/2026 <hora e data de Brasília>.

Válida até 16/03/2027.

Código de controle da certidão: **7F9C.49CB.C3AD.28D5**

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 39827784-05

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: 58.287.535/0001-75
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 31/10/2026 - Fornecimento Gratuito

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



MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA
ESTADO PARANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
CNPJ 76.178.037/0001-76



CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS DO CONTRIBUINTE Nº 74509/2026

Contribuinte

Nome/Razão: 544712 - ANYCARE SERVIÇOS MEDICOS LTDA

CNPJ/CPF: 58.287.535/0001-75

Endereço: RUA FREI CANECA, 2035

Complemento: APT 1504 SALA 1

Bairro: TRIANON

Cidade: Guarapuava - PR

Finalidade

DATA DE EMISSÃO

28/08/2026

DATA DE VALIDADE

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, 28 de agosto de 2026.

As informações aqui dispostas podem ser verificadas on-line no site <https://guarapuava.atende.net/>, utilizando o código acima ou QR CODE.

Voltar

Imprimir



**Certificado de Regularidade
do FGTS - CRF**

Inscrição: 58.287.535/0001-75

Razão

social:

ANYCARE SERVICOS MEDICOS LTDA

Endereço:

R FREI CANECA 2035 APT 1504/ 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.

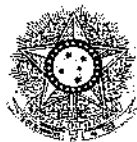
O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 14/09/2026 a 13/10/2026

Certificação Número: 2026091406366350837442

Informação obtida em 17/09/2026 10:12:30

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: ANYCARE SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 58.287.535/0001-75

Certidão nº: 77304364/2026

Expedição: 17/09/2026, às 10:03:54

Validade: 16/03/2027 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **ANYCARE SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **58.287.535/0001-75**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

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

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

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

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

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
COMARCA DE CURITIBA **ESTADO DO PARANÁ**

1º OFÍCIO DISTRIBUIDOR, PART. E CONTADOR JUDICIAL DO FORO CENTRAL DA COMARCA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA
AV. CÂNDIDO DE ABREU, 535 1º ANDAR - FONE: (41) 3027-5253
EDIFÍCIO DO FÓRUM CÍVEL - CENTRO-CÍVICO
CEP: 80530-906
www.1distribuidorcuritiba.com.br



EMPREGADOS JURAMENTADOS

SANDRA LUCIA PELIKI
LUIZ CARLOS KOFANOVSKI
ISABEL ANGELA WYPYCH
MARIANY BEATRIZ DA SILVA SCAPINELI
FERNANDA GALLASSINI
KARINA BAVARO ALVES

PEDIDO DE CERTIDÕES

JOSÉ BORGES DA CRUZ FILHO

TITULAR

EDIFÍCIO DO FÓRUM CÍVEL
AV. CÂNDIDO DE ABREU, 535 - TÉRREO - CEP 80530-906

RECUPERAÇÃO JUDICIAL * FALÊNCIA * CONCORDATA * CRIME * CÍVEL
VARAS CRIMINAIS-VARAS DA FAZENDA-VARAS DA FAMÍLIA-PRECATORIA DA VARA DE EXECUÇÕES PENAS
EXECUÇÕES FISCAIS DO ESTADO E DO MUNICÍPIO - REGISTROS PÚBLICOS - TRIBUNAL DO JURI
TABELIONATOS - JUIZADO ESPECIAL CÍVEL E CRIMINAL

CERTIDÃO NEGATIVA
FEITOS AJUIZADOS

CERTIFICO, a pedido de parte interessada, para FINS GERAIS, que revendo os livros de registros de distribuições físicas e eletrônicas de 1ª a 3ª VARAS ESTADUAIS de AÇÕES DE FALÊNCIAS, RECUPERAÇÃO JUDICIAL E EXTRAJUDICIAL, existentes nesta serventia, dos mesmos NÃO CONSTA qualquer ação contra:

ANYCARE SERVICOS MEDICOS LTDA

CNPJ.58.287.535/0001-75

no período de 18 de março de 1963 (data da instalação deste cartório - Lei No.4.677, de 29/12/62) a 11/09/2026 .

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

Curitiba, 15 de setembro de 2026 .

FERNANDA GALLASSINI

Escrevente Juramentada

Emitida por: FERNANDA
Lei nº19.803 de 21/Dez/18
Tabela XVI dos Distribuidores nº VI letra a (R\$ 48.00)

ASSINADO DIGITALMENTE POR:
1º OFÍCIO DE DISTRIBUIDOR DO FORO CENTRAL DA COMARCA: 75155267000157
Data: 15/09/2026 14:50:54

*** Se impressa, verificar sua autenticidade no <http://www.1distribuidorcuritiba.com.br/autentica> usando o código E09E33D9 ***

**ANEXE - DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL
DE ENERGIA ELÉTRICA ELETRÔNICA**

ENERGISA SUL-SUDESTE - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Av. Manoel Ribas, 7825, Centro
GUARAPUAVA - PR - CEP 85010-180
CNPJ 07.262.377/0070-51 - Insc. Est. 90753313-10

Classificação: MIP - CONTADOR DE ENERGIA (TENSÃO) Tipo de Fornecimento: TRIFÁSICO
RESISTÊNCIA / REATÂNCIA

TENSÃO NOMINAL EM VOLTS Disp: 127 Lim. min: 117 Lim. máx: 133

OLVAIR BIE JUNIOR
Cônjuge: JAILA ASSANI

NÚMERO DA UC

REF: MÊS / ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR



NOTA FISCAL Nº 002619163 - SÉRIE 001
DATA EMISSÃO/APRESENTAÇÃO: 28/04/26
Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.fazenda.pr.gov.br/nfe/consulta>

Chave de Acesso
41260407 28237700 516000 10026191 63200765 4506

EMITIDO EM CONTINGÊNCIA
Pendente de autorização

Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 2/2020) R\$ 187,26
Importante: seu número de identificação será atualizado. A partir de 01/04/2020, o número da sua unidade
consumidora será alterado, conforme determinação da ANEEL. A mudança é automática e não afeta o seu
consumo nem o fornecimento de energia.

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento
poderá ser suspenso a partir de 15/05/2026.
Resolução ANEEL nº 1.000: O pagamento após a data de emissão da fatura eletrônica possibilita a devolução da suspensão do
fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou não seja pago. Não estaremos emitindo a unidade consumidora
para contemplar o pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, deve considerar esse valor no
fatura seguinte a ser lançada em órgão de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.
Violência contra o consumidor como não ser de Denúncia Ligue 180.
Leitura confirmada.

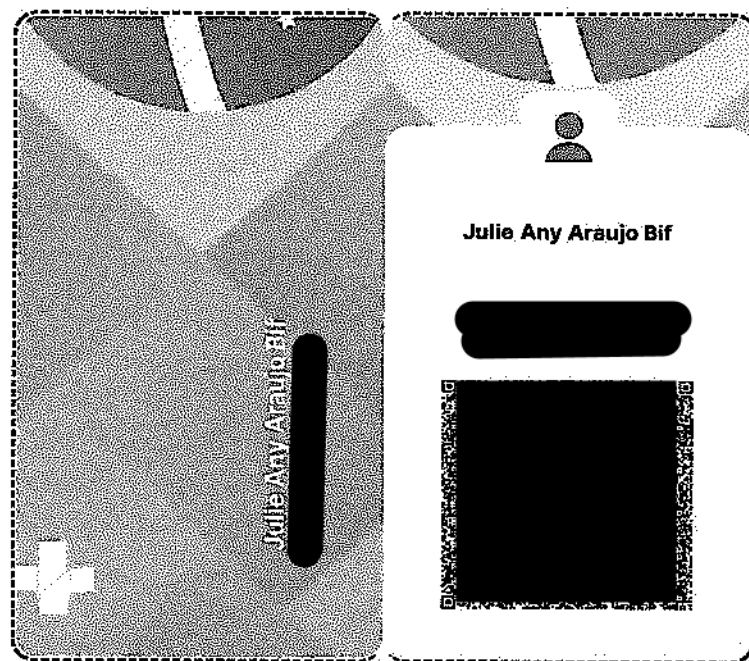
GIS 5° RS

• produção
nel do documento original apresentado

29 / 09 / 26

Datas de Leituras	Leitura Anterior	Leitura Atual	Nº Dias	Próxima Leitura

ITENS DA FATURA	Unid.	Quant.	Preço unit. tributos (R\$)	Valor Total (R\$)	PIS/Contrib (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Aliq. ICMS (%)	ICMS (R\$)	Tarifa unit. (R\$)
Consumo em kWh									
LANÇAMENTO DE SERVIÇOS									
Contribuição Pub									





Consórcio Intermunicipal de Saúde da 5ª Região de Saúde

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA 5ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ, Pessoa Jurídica de Direito Público, com sede na Rua Brigadeiro Rocha, 901, Trianon, Guarapuava, Estado do Paraná, inscrito no CNPJ/MF sob o n.º 36.330.988/0001-02.

ATESTA E QUALIFICA QUE:

ANYCARE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA, inscrita no CNPJ nº 58.287.535/0001-75, estabelecido a Rua Frei Caneca, nº 2035, Sala 01, Bairro Trianon, cidade de Guarapuava, Estado PR, neste ato representada por seu representante legal a senhora **JULIE ANY ARAUJO BIF**, brasileira, médica, portadora [REDACTED] residente e domiciliada em Guarapuava/PR, detem qualificação tendo desempenhando os seguintes contratos e funções,

CONTRATO Nº 055/2025

INEXIGIBILIDADE Nº 070/2025

CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº. 004/2025

PRAZO VIGÊNCIA: 30/07/2025 a 30/07/2026

SERVIÇOS: CONTRATAÇÃO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, PARA ATUAÇÃO JUNTO AOS MUNICIPIOS CONSORCIADOS AO CIS5ªRS.

DESCRIÇÃO	
O objeto do presente Contrato é "CONTRATAÇÃO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, PARA ATUAÇÃO JUNTO AOS MUNICIPIOS CONSORCIADOS AO CIS5ªRS".	
PROFISSIONAL: JULIE ANY ARAUJO BIF	CRM: 58256/PR
CLASSIFICAÇÃO: B, C, D e E	ITEM: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 21, 22, 23 e 24

CAPACIDADE TÉCNICA: O item já contratado foi executado satisfatoriamente, não existindo em nossos registros fatos que desabonem a conduta empresarial da Contratada e as responsabilidades e obrigações assumidas. Não registramos até o momento nenhuma divergência durante a execução, atendendo satisfatoriamente o objeto contratado, sem o qual não prestaríamos o presente atestado.

Em razão dos fatos descritos, atestamos que a empresa **ANYCARE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, cumpriu com todas as obrigações contratuais, não existindo em nossos registros nada que desabone a sua conduta.

Guarapuava, 25 de setembro de 2026.



Documento assinado digitalmente
JULIANA APARECIDA DA CRUZ
Data: 25/09/2026 13:42:38-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Juliana Aparecida da Cruz
Diretora Técnica

Consórcio Intermunicipal de Saúde da 5ª Região de Saúde do Paraná

Rua Brigadeiro Rocha, 901 - Trianon - Guarapuava | PR
e-mail: consorciocis5rs@gmail.com


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES
 SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

2º e 1º NOME E SOBRENOME: **KILJEANY ARAUJO BIT**

1ª EMISSÃO: **08/08/2017**

4ª CATEGORIA: **31/07/2023**

4ª VALIDADE: **31/07/2035**

ACC: **ACC**

NACIONALIDADE: **BRASILEIRO(A)**

1ª CATEGORIA: **1**

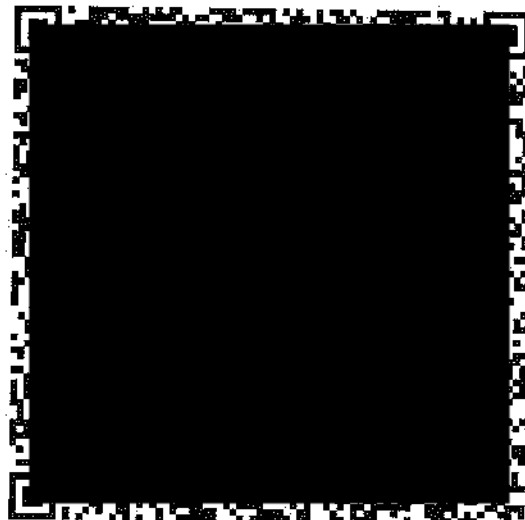
S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
A00					D00		
A1					D1		
A2					D2		
A3					D3		
A4					D4		
A5					D5		
A6					D6		
A7					D7		
A8					D8		
A9					D9		
A10					D10		
A11					D11		
A12					D12		
A13					D13		
A14					D14		
A15					D15		
A16					D16		
A17					D17		
A18					D18		
A19					D19		
A20					D20		
A21					D21		
A22					D22		
A23					D23		
A24					D24		
A25					D25		
A26					D26		
A27					D27		
A28					D28		
A29					D29		
A30					D30		
A31					D31		
A32					D32		
A33					D33		
A34					D34		
A35					D35		
A36					D36		
A37							

100%
CURTISA, PR

ASSISTENTE SOCIAL
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE FAMILIA
50044629469
00071366881

PĂRANĂ

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<BRA068937724<D88<<<<<<<<<<
9706280F3307319BRA<<<<<<<<<<6
JULIE<<ANY<ARAUJO<BIF<<<<<<<<

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT

**ACLS
Provider**



**American
Heart
Association**

Julie Any Araujo Bif

**has successfully completed the cognitive and skills evaluations
in accordance with the curriculum of the American Heart Association
Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Program.**

Issue Date

17 Sep 2026

Renew By

Sep 2028

Training Center Name

Sociedade Avantis de Ensino e Escola

Instructor Name

Jonathan Paulo de Oliveira Ribeiro

Training Center ID

ZZ21421

Instructor ID

24110452055

Training Center City, Region

Balneário Camboriú, Brazil

eCard Code

271097590768

Training Site Name

QR Code



To view or verify authenticity, students and employers should scan this QR code with their mobile device or go to <https://ecards.heart.org/international>.
© 2025 American Heart Association. All rights reserved. 25-2817 10/25

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

INFORMAÇÃO: Alvará de verificação e funcionamento para atividade econômica não exercida no local.

DECLARAMOS que a Pessoa Jurídica/Pessoa Física, inscrita (o) sob o CNPJ/CPF 58.287.535/0001-75 Anycare Serviços Médicos, 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

Secretaria Municipal de Saúde

Departamento de Informação, Tecnologia e Inovação em Saúde - DITIS

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

Guarapuava, 19 de dezembro de 2024.

ASSINATURAS

**WILLIAN FERNANDO
PEPLOW TEODORO**
Divisão de Atendimento,
Assistência e Suporte ao
Usuário - DITIS

MUNICIPIO DE GUARAPUAVA
UNTA 2024-15822-06

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Vicente Machado, 1895 – Centro
Guarapuava/ PR | (42) 3142-1500
www.guarapuava.pr.gov.br



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

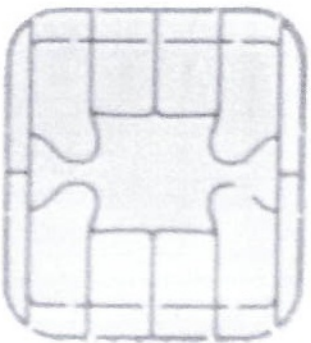
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - PARANÁ
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME

JULIE ANY ARAUJO BIF

CRM/UF

58256/PR



FILIAÇÃO

[REDACTED]

[REDACTED]

DATA DE INSCRIÇÃO VIA

13/12/2024

01

[REDACTED]

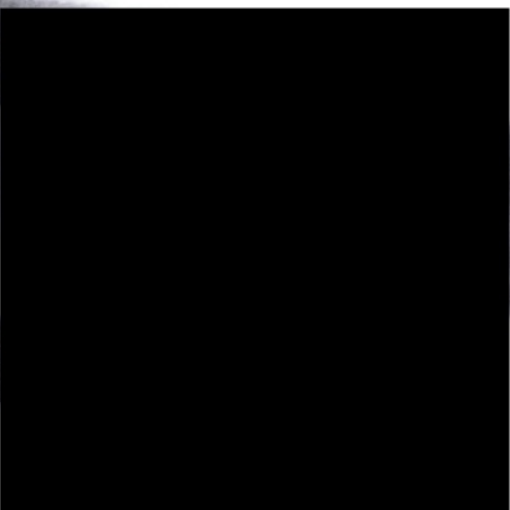
ASSINATURA DO PORTADOR

IGIS 5ª RS

verificação produção
fidelidade do documento original apresentado

29 / 09 / 26

[REDACTED]



CPF

IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR

TÍTULO DE ELEITOR

SEÇÃO

ZONA

DATA DE NASCIMENTO

NATURALIDADE

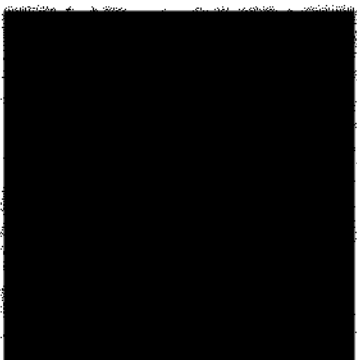
LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO

CURITIBA-PR 18/12/2024

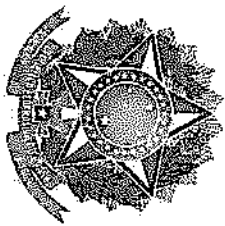
877161



ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM



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



CENTRO
UNIVERSITÁRIO
CAMPO REAL
EXCELÊNCIA EM ENSINO SUPERIOR

Diploma de Medicina(x)

O Rector do Centro Universitário Campo Real no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão em 11 de dezembro de 2024 do Curso de Medicina e a colação de grau em 11 de dezembro de 2024, confere o título de Médico(s) a Julie Ang Araújo Afif, nacionalidade Brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida [REDACTED] portadora da Carteira de Identidade nº [REDACTED] e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todas as direitos e prerrogativas legais.

Curitiba, 11 de dezembro de 2024.

Professor Edson Aires da Silva
Rector

CENTRO UNIVERSITÁRIO CAMPO REAL

(Instituição Expedidora e Registradora)

UB - Campo Real Educacional S.A

CNPJ 03.291.761/0001-38

Credenciado pela Portaria Ministerial n.º 718, de 27/07/2018, publicado no Diário Oficial da União n.º 145, Seção 1, de 30/07/2018, pág. 19.
Processo de Recredenciamento em trâmite 202206203.

Curso de Medicina

Reconhecido pela Portaria Ministerial, n.º 517, de 19/09/2024, publicado no Diário Oficial da União n.º 183, Seção 1, de 20/09/2024, pág. 63.
Autorizado pela Portaria Ministerial, n.º 1.217, de 28 de novembro de 2017, publicado no Diário Oficial da União n.º 228, Seção 1, de 29 de novembro de 2017, pág. 15.

CENTRO UNIVERSITÁRIO CAMPO REAL

Credenciado pela Portaria Ministerial, n.º 718, de 27 de julho de 2018, publicado no Diário Oficial da União n.º 145, Seção 1, de 30 de julho de 2018, pág. 19, tendo como Reitor o Professor Edson Aires da Silva.

Diploma registrado sob n.º 4322, Livro 12, Fís. 602, Processo 4322, de 11/12/2024, por delegação de competência do Ministério da Educação, nos termos da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e do Decreto n.º 9.235, de 15 de dezembro de 2017 e do Artigo 5.º da Portaria n.º 1.095, de 25 de outubro de 2018.

Guarapuava, 11 de dezembro de 2024.

Leonice Salateski Menon
Registradora(a) de Diplomas

Por delegação de competência, nos termos do Ato de Nomeação n.º 17/2018, da Reitoria, de 13 de dezembro de 2018.





Consórcio Intergestores de Saúde da 5ª Região de Saúde

**ATA DE ABERTURA - FASE DE HABILITAÇÃO
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2026 –
CREDENCIAMENTO Nº 002/2026**

Ao 29 dia do mês de **setembro** do ano de dois mil e vinte e seis (2026), às **10:30 horas (dez horas e trinta minutos)**, na sede do **CIS5ªRS**, reuniu-se a Sra. **Agente de Contratação, MARIANA DE CAMPOS MASSUQUETO**, Matrícula nº 48501, **PORTARIA Nº 58/2026** de 16 de setembro de 2026 acompanhado pelo membros da equipe de apoio, **Matheus Jose de Oliveira Batista**, Matrícula nº 50052 **Rafaela Gouvêa**, Matrícula nº 47901 e **Wilson Antônio Batista**, Matrícula nº 48401, todos abaixo assinados, para proceder à **abertura e análise** da documentação de habilitação apresentada pela empresa **ANYCARE SERVIÇOS MEDICOS LTDA inscrita no CNPJ sob o nº58.287.535/0001-75**, com relação ao **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TÉCNICO EM RADIOLOGIA E DE PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, PARA ATUAÇÃO JUNTO AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO 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 **ANYCARE SERVIÇOS MEDICOS LTDA inscrita no CNPJ sob o nº58.287.535/0001-75**, porém sem a presença de representante da referida empresa. Diante disso, a Sra. **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 **ANYCARE SERVIÇOS MEDICOS LTDA inscrita no CNPJ sob o nº58.287.535/0001-75**, atendeu parcialmente as exigências editalícias, cumprindo os requisitos previstos no **Edital de Credenciamento Nº 002/2026**. Verificou-se que a empresa **ANYCARE SERVIÇOS MEDICOS LTDA inscrita no CNPJ sob o nº58.287.535/0001-75**, não apresentou a seguinte documentação:

- Declaração Unificada.
- Declaração dos profissionais que prestarão os serviços (nome completo, nº do registro profissional e tipo de plantão);
- Declaração de indicação do Município em que a proponente pretende se credenciar;

DECLARAÇÕES SÃO ANEXO III e IV, DEVE SER PREENCHIDO CORRETAMENTE COM O TIPO DE PLANTÃO, MUNICÍPIO E O MÉDICO, CONFORME O EDITAL E **ASSINADO**.

- Certidão de Antecedentes Criminais do profissional, **emitida pelo Foro Judicial competente da Comarca de seu domicílio/residência**, em documento oficial e atualizado, devendo a certidão abranger os registros criminais disponíveis perante a Justiça Estadual competente;

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.

[Redacted]
MARIANA DE CAMPOS MASSUQUETO
MATRÍCULA Nº. 48501

[Redacted]
[Redacted]
MATHEUS JOSE DE OLIVEIRA BATISTA
MATRÍCULA Nº 50052

[Redacted]
[Redacted]
RAFAELA GOUVÊA
MATRÍCULA Nº. 47901

[Redacted]
[Redacted]
WILSON ANTONIO BATISTA
MATRÍCULA Nº. 48401

CHECKLIST DOS DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
EDITAL 002/2026

Nº	Editais	Especificação	Tick	Pág.	Disp.
DA HABILITAÇÃO JURÍDICA					
1	6.3.1.	No caso de empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede.	-		
2	6.3.2.	Em se tratando de microempreendedor individual – MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio www.portaldoempreendedor.gov.br	-		
3	6.3.3.	No caso de sociedade empresária ou empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial da respectiva sede, acompanhado de documento comprobatório de seus administradores.	OK		
4	6.3.4.	Inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz, no caso de ser o participante sucursal, filial ou agência.	-		
5	6.3.5.	No caso de sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil das Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de prova da indicação dos seus administradores.	-		
6	6.3.6.	No caso de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País: decreto de autorização.	-		
7	6.3.7.	Os documentos acima deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva.	OK		
DA COMPROVAÇÃO DA REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA					
8	6.4.1.	Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ/MF.	OK		
9	6.4.2.	Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02/10/2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.	OK		
10	6.4.3.	Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual e/ou municipal, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual.	OK		
11	6.4.4.	Prova de regularidade com a Fazenda Estadual do domicílio ou sede do licitante	OK		
12	6.4.5.	Caso o licitante seja considerado isento dos tributos estaduais relacionados ao objeto licitatório, deverá comprovar tal condição mediante declaração da Fazenda Estadual do seu domicílio ou	-		

		sede, ou outra equivalente, na forma da lei.			
13	6.4.6.	Prova de regularidade com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do licitante.	OK		
14	6.4.7.	Prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS).	OK		
15	6.4.8.	Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a justiça do trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.	OK		
QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA					
16	6.5.1.	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. 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 nº 11.101, de 09 de fevereiro de 2005, sob pena de inabilitação, devendo, ainda, comprovar todos os demais requisitos de habilitação.	OK		
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA - PARA TODOS OS PROFISSIONAIS					
17	6.6.1.	Declaração Unificada.	X		
18	6.6.2.	Declaração dos profissionais que prestarão os serviços (nome completo, nº do registro profissional e tipo de plantão);	X		
19	6.6.3.	Declaração de indicação do Município em que a proponente pretende se credenciar;	X		
20	6.6.4.	A proponente deverá comprovar o vínculo do profissional com a pessoa jurídica, mediante a apresentação de documentação apta a demonstrar sua relação jurídica com a empresa, admitindo-se, para essa finalidade: cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS, física ou digital, acompanhada do respectivo registro que demonstre o vínculo empregatício; no caso de o responsável técnico ser sócio ou dirigente da empresa, cópia do contrato social, estatuto social e respectivas alterações, ou documento equivalente, no qual conste sua condição de sócio ou dirigente; contrato de trabalho ou contrato de prestação de serviços firmado entre o profissional e a pessoa jurídica, desde que vigente e compatível com as atribuições de responsabilidade técnica; OBS: contrato de trabalho ou contrato de prestação de serviços firmado diretamente entre o profissional, na condição de pessoa física, e a pessoa jurídica proponente, desde que vigente e compatível com as atribuições de responsabilidade técnica, vedada a comprovação do vínculo por meio de outra pessoa jurídica, empresa intermediária ou pessoa jurídica interposta.	OK		

21	6.6.5.	Certidão de Antecedentes Criminais do profissional, emitida pelo Foro Judicial competente da Comarca de seu domicílio/residência, em documento oficial e atualizado, devendo a certidão abranger os registros criminais disponíveis perante a Justiça Estadual competente;			
22	6.6.6.	Cópia do Comprovante de Residência dos profissionais que executarão os serviços;	OK		
23	6.6.7.	Cópia do Cartão Nacional de Saúde (cartão do SUS) dos profissionais que executarão os serviços;	OK		
24	6.6.8.	ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICO-OPERACIONAL: A proponente deverá apresentar atestado(s) e/ou declaração(ões) de capacidade técnica, em seu nome, expedido(s) por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove(m) a execução satisfatória de serviços compatíveis, em características e complexidade tecnológica e operacional, com o objeto desta contratação, sem exigência de quantitativo mínimo	OK		
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA PARA TÉCNICO EM RADIOLOGIA:					
25	6.7.1.	Cópia do diploma ou certificado de conclusão do curso técnico em radiologia reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC);	-		
26	6.7.2.	Cópia do Registro profissional no Conselho Regional de Técnicos em Radiologia (CRTR);	-		
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA PARA MÉDICO PEDIATRA:					
27	6.8.1.	Comprovação da especialidade através de Registro de Qualificação de Especialidade (RQE);	-		
28	6.8.2.	Cópia da Carteira de Registro no Conselho Regional de Medicina do Paraná da Categoria. Para os profissionais inscritos em Conselho Regional de Medicina de outra Unidade da Federação, deverá ser comprovada a regularidade de sua situação perante o CRM-PR, mediante inscrição secundária, transferência ou outro documento/autorização admitido pela regulamentação do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Paraná, conforme o caso.	-		
29	6.8.3.	Comprovante de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES da pessoa jurídica, acompanhado da relação atualizada dos profissionais médicos cadastrados e vinculados ao estabelecimento, devendo os profissionais indicados para a execução dos serviços objeto do credenciamento constar no respectivo cadastro, observadas as normas e os procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o CNES. Quando o estabelecimento ou a atividade objeto do credenciamento estiver dispensado da obrigatoriedade de inscrição ou manutenção de cadastro no CNES, deverá ser apresentada a respectiva comprovação de dispensa, quando emitida pelo órgão competente, ou declaração formal firmada pelo administrador ou representante legal da empresa, sob sua responsabilidade, informando a condição de dispensa e o	-		

		respectivo fundamento, quando aplicável.			
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA PARA MÉDICO ORTOPEDISTA:					
31	6.9.1.	Comprovação da especialidade através de Registro de Qualificação de Especialidade (RQE);	-		
32	6.9.2.	Cópia da Carteira de Registro no Conselho Regional de Medicina do Paraná da Categoria. Para os profissionais inscritos em Conselho Regional de Medicina de outra Unidade da Federação, deverá ser comprovada a regularidade de sua situação perante o CRM-PR, mediante inscrição secundária, transferência ou outro documento/autorização admitido pela regulamentação do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Paraná, conforme o caso.	-		
33	6.9.3.	Comprovante de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES da pessoa jurídica, acompanhado da relação atualizada dos profissionais médicos cadastrados e vinculados ao estabelecimento, devendo os profissionais indicados para a execução dos serviços objeto do credenciamento constar no respectivo cadastro, observadas as normas e os procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o CNES. Quando o estabelecimento ou a atividade objeto do credenciamento estiver dispensado da obrigatoriedade de inscrição ou manutenção de cadastro no CNES, deverá ser apresentada a respectiva comprovação de dispensa, quando emitida pelo órgão competente, ou declaração formal firmada pelo administrador ou representante legal da empresa, sob sua responsabilidade, informando a condição de dispensa e o respectivo fundamento, quando aplicável.	-		
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA PARA MÉDICO PLANTONISTA A:					
34	6.10.1.1.	Cópia do diploma ou certificado de conclusão do curso em Urgência e Emergência (Residência Médica, RQE ou Pós-Graduação em Urgência e Emergência ou Medicina Intensivismo);	-		
35	6.10.1.2.	Comprovar experiência através da atuação de no mínimo 3 (três) anos em unidades de urgência e emergência e possuir o curso ACLS, ATLS, AMLS, PALS ou POCUS, de acordo com área de atuação. Referida certificação deverá ter sido expedida ou reciclada em período não superior a 5 (cinco) anos, devendo o profissional apresentar nova comprovação ao final deste prazo para manutenção de sua aptidão técnica na escala;	-		
36	6.10.1.3.	Comprovar experiência através da atuação de no mínimo 5 (cinco) anos em unidades de urgência e emergência.	-		
37	6.10.2.	Comprovante de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES da pessoa jurídica, acompanhado da relação atualizada dos profissionais médicos cadastrados e vinculados ao estabelecimento, devendo os profissionais indicados para a execução dos serviços objeto do credenciamento constar no respectivo cadastro, observadas as normas e os procedimentos	-		

		estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o CNES. Quando o estabelecimento ou a atividade objeto do credenciamento estiver dispensado da obrigatoriedade de inscrição ou manutenção de cadastro no CNES, deverá ser apresentada a respectiva comprovação de dispensa, quando emitida pelo órgão competente, ou declaração formal firmada pelo administrador ou representante legal da empresa, sob sua responsabilidade, informando a condição de dispensa e o respectivo fundamento, quando aplicável.	✓		
38	6.10.3.	Cópia da Carteira de Registro no Conselho Regional de Medicina do Paraná da Categoria. Para os profissionais inscritos em Conselho Regional de Medicina de outra Unidade da Federação, deverá ser comprovada a regularidade de sua situação perante o CRM-PR, mediante inscrição secundária, transferência ou outro documento/autorização admitido pela regulamentação do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Paraná, conforme o caso.	✓		
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA PARA MÉDICO PLANTONISTA B:					
39	6.11.1.1.	Cópia do diploma ou certificado de conclusão do curso em Urgência e Emergência (Residência Médica, ou Pós-Graduação em Urgência e Emergência, Intensivismo);			
40	6.11.1.2.	Comprovar experiência através da atuação de no mínimo 1 (um) anos em unidades de urgência e emergência e possuir o curso ACLS, ATLS, AMLS, PALS ou FOCUS, de acordo com área de atuação. Referida certificação deverá ter sido expedida ou reciclada em período não superior a 5 (cinco) anos, devendo o profissional apresentar nova comprovação ao final deste prazo para manutenção de sua aptidão técnica na escala;			
41	6.11.1.3.	Comprovar experiência através da atuação de no mínimo 2 (dois) anos em unidades de urgência e emergência.			
42	6.11.2.	Comprovante de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES da pessoa jurídica, acompanhado da relação atualizada dos profissionais médicos cadastrados e vinculados ao estabelecimento, devendo os profissionais indicados para a execução dos serviços objeto do credenciamento constar no respectivo cadastro, observadas as normas e os procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o CNES. Quando o estabelecimento ou a atividade objeto do credenciamento estiver dispensado da obrigatoriedade de inscrição ou manutenção de cadastro no CNES, deverá ser apresentada a respectiva comprovação de dispensa, quando emitida pelo órgão competente, ou declaração formal firmada pelo administrador ou representante legal da empresa, sob sua responsabilidade, informando a condição de dispensa e o respectivo fundamento, quando aplicável.			
43	6.11.3.	Cópia da Carteira de Registro no Conselho Regional de Medicina do Paraná da Categoria. Para os profissionais inscritos em			

		Conselho Regional de Medicina de outra Unidade da Federação, deverá ser comprovada a regularidade de sua situação perante o CRM-PR, mediante inscrição secundária, transferência ou outro documento/autorização admitido pela regulamentação do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Paraná, conforme o caso.			
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA PARA O MÉDICO PLANTONISTA C, D e E:					
44	6.12.1.1.	Cópia do diploma ou certificado de conclusão do curso em Urgência e Emergência (Residência Médica ou Pós-Graduação em Urgência e Emergência, Intensivismo); OU			
45	6.12.1.2.	Comprovar que possuir o curso ACLS, ATLS, AMLS, PALS ou FOCUS, de acordo com área de atuação. (Referida certificação deverá ter sido expedida ou reciclada em período não superior a 5 (cinco) anos, devendo o profissional apresentar nova comprovação ao final deste prazo para manutenção de sua aptidão técnica na escala);			
46	6.12.1.3.	Comprovar experiência através da atuação de no mínimo 1 (um) anos em unidades de urgência e emergência.			
47	6.12.2.	Comprovante de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES da pessoa jurídica, acompanhado da relação atualizada dos profissionais médicos cadastrados e vinculados ao estabelecimento, devendo os profissionais indicados para a execução dos serviços objeto do credenciamento constar no respectivo cadastro, observadas as normas e os procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o CNES. Quando o estabelecimento ou a atividade objeto do credenciamento estiver dispensado da obrigatoriedade de inscrição ou manutenção de cadastro no CNES, deverá ser apresentada a respectiva comprovação de dispensa, quando emitida pelo órgão competente, ou declaração formal firmada pelo administrador ou representante legal da empresa, sob sua responsabilidade, informando a condição de dispensa e o respectivo fundamento, quando aplicável.			
48	6.12.3.	Cópia da Carteira de Registro no Conselho Regional de Medicina do Paraná da Categoria. Para os profissionais inscritos em Conselho Regional de Medicina de outra Unidade da Federação, deverá ser comprovada a regularidade de sua situação perante o CRM-PR, mediante inscrição secundária, transferência ou outro documento/autorização admitido pela regulamentação do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Paraná, conforme o caso.			
DA APRESENTAÇÃO, AUTENTICAÇÃO E VERIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO E ASSINATURAS:					
49	6.15.1.	Todos os documentos exigidos neste Edital deverão estar dentro do respectivo prazo de validade, quando aplicável, e poderão ser apresentados em original, cópia autenticada por cartório	OK		

	competente, cópia autenticada administrativamente por servidor ou empregado público formalmente designado pelo CIS 5ª RS, ou em meio eletrônico, desde que seja possível verificar sua autenticidade e integridade.	OK		
--	---	----	--	--

Guarapuava, 29 de setembro de 2026.



Doris Cristina Ketis

Responsável pelo preenchimento do Checklist

CERTIDÃO DE AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS

CERTIFICO e dou fê que, nesta data, revendo a(s) documentação(ões) apresentada(s) pela empresa **ANYCARE SERVIÇOS MEDICOS LTDA inscrita no CNPJ sob o nº58.287.535/0001-75, para 002/2026 CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TÉCNICO EM RADIOLOGIA E DE PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, PARA ATUAÇÃO JUNTO AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CIS5ªRS.** Após análise, verificamos a ausência do(s) seguinte(s) documento(s) necessário(s) para a conclusão do processo:

- Declaração Unificada.
- Declaração dos profissionais que prestarão os serviços (nome completo, nº do registro profissional e tipo de plantão);
- Declaração de indicação do Município em que a proponente pretende se credenciar;

DECLARAÇÕES SÃO ANEXO III e IV, DEVE SER PREENCHIDO CORRETAMENTE COM O TIPO DE PLANTÃO, MUNICÍPIO E O MÉDICO, CONFORME O EDITAL E ASSINADO.

- Certidão de Antecedentes Criminais do profissional, emitida pelo Foro Judicial competente da Comarca de seu domicílio/residência, em documento oficial e atualizado, devendo a certidão abranger os registros criminais disponíveis perante a Justiça Estadual competente;

Desta forma, certifico que a informação foi transmitida ao responsável legal da **ANYCARE SERVIÇOS MEDICOS LTDA inscrita no CNPJ sob o nº58.287.535/0001-75, para o CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TÉCNICO EM RADIOLOGIA E DE PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, PARA ATUAÇÃO JUNTO AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CIS5ªRS.** Através do fone: [REDACTED] pelo correio eletrônico [REDACTED] para que no prazo de **10 (dez) dias** apresente as documentações solicitadas, para que só assim seja dado prosseguimento ao referido pedido.

Guarapuava, 29 de setembro de 2026.

[REDACTED]
MARIANA DE CAMPOS MASSUQUETO

Matrícula nº. 48501
Agente de Contratação
PORTARIA n.º 58/2026



Consórcio Intergestores de Saúde da 5ª Região de Saúde

CERTIDÃO DE PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DOCUMENTOS FALTANTES

CERTIFICO e dou fé que, na presente data, aos 02 de outubro de 2026, às 08:30, a empresa, **ANYCARE SERVIÇOS MEDICOS LTDA inscrita no CNPJ sob o nº58.287.535/0001-75**, realizou a entrega do envelope contendo a **DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO FALTANTE**, em um único envelope, ou enviou a referida documentação via e-mail, referente ao **CREDENCIAMENTO Nº 002/2026**, tendo como objeto **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TÉCNICO EM RADIOLOGIA E DE PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, PARA ATUAÇÃO JUNTO AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CIS5ªRS.**

DADOS DA EMPRESA: ANYCARE SERVIÇOS MEDICOS LTDA
RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DOS DOCUMENTOS: JULIE ANY ARAUJO BIF
TELEFONE: [REDACTED]
E-MAIL: [REDACTED]

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.

[REDACTED]
Doris Cristina Ketis

Servidor Responsável
pelo recebimento da documentação



Documento assinado digitalmente

JULIE ANY ARAUJO BIF

Data: 02/10/2026 08:47:51-0300

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

JULIE ANY ARAUJO BIF
Responsável pela entrega da documentação

ANEXO III
REQUERIMENTO INSCRIÇÃO

EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº. 002/2026 – CIS5ªRS CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, PARA ATUAÇÃO JUNTO AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CIS5ªRS.

À Comissão de Licitação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 5ª Região de Saúde do Paraná – CIS5ªRS,

Razão Social: Anycare Serviços Médicos LTDA

Nome Fantasia: Anycare

CNPJ: 58.287.535/0001-75

Inscrição Estadual: ISENTO

CNES: ISENTO

Endereço comercial:

Rua: Rua Frei Caneca Nº: 2035

Bairro: Trianon **CEP:**85012000

Cidade: Guarapuava

Estado: Paraná

E-mail: [REDACTED]

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TÉCNICO EM RADIOLOGIA E PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, PARA ATUAÇÃO JUNTO AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CIS5ªRS**, nos termos do Edital de Credenciamento Público nº 002/2026.

O interessado declara, para os devidos fins, que os profissionais relacionados na documentação apresentada possuem **capacidade técnica para a execução dos serviços objeto do credenciamento**, atendem aos requisitos e às condições estabelecidas no Edital e encontram-se disponíveis para a prestação dos serviços de **plantões médicos de urgência e emergência e/ou serviços de técnico em radiologia**, conforme o objeto para o qual foram credenciados.

Declara, ainda, que a **tabela de disponibilidade dos profissionais apresentada em anexo tem caráter meramente informativo**, destinando-se a indicar os dias e horários em que os profissionais possuem disponibilidade para eventual prestação dos serviços, **não** constituindo garantia, expectativa ou obrigação de contratação por parte do CIS5ªRS ou dos Municípios Consorciados.

NOME: JULIE ANY ARAUJO BIF				
CRM: 58256				
CIDADE ONDE IRÁ REALIZAR OS SERVIÇOS: GUARAPUAVA / PR				
TELEFONE: [REDACTED]				
ITEM	DESCRIÇÃO/PLANTÃO	DIA DA SEMANA	MÉDICO A	MÉDICO B, C, D e E
1	PLANTÃO MÉDICO – URGÊNCIA EMERGÊNCIA – 6 HORAS DIURNO	SEGUNDA A SEXTA- FEIRA		x
2	PLANTÃO MÉDICO – URGÊNCIA EMERGÊNCIA – 12 HORAS DIURNO	SEGUNDA A SEXTA- FEIRA		x

3	PLANTÃO MÉDICO – URGÊNCIA EMERGÊNCIA – 6 HORAS NOTURNO	SEGUNDA A SEXTA FEIRA		X
4	PLANTÃO MÉDICO – URGÊNCIA EMERGÊNCIA – 12 HORAS NOTURNO	SEGUNDA A SEXTA FEIRA		X
5	PLANTÃO MÉDICO – URGÊNCIA EMERGÊNCIA – 6 HORAS DIURNO	FIM DE SEMANA/FERIADO/R ECESSOS		X
6	PLANTÃO MÉDICO – URGÊNCIA EMERGÊNCIA – 12 HORAS DIURNO	FIM DE SEMANA/FERIADO/R ECESSOS		X
7	PLANTÃO MÉDICO – URGÊNCIA EMERGÊNCIA – 6 HORAS NOTURNO	FIM DE SEMANA/FERIADO/R ECESSOS		X
8	PLANTÃO MÉDICO – URGÊNCIA EMERGÊNCIA – 12 HORAS NOTURNO	FIM DE SEMANA/FERIADO/R ECESSOS		X
21	PLANTÃO 6 HORAS CLÍNICO	FERIADOS FIM DE ANO 24/12 A 25/12 E 31/12 A 01/01		X
22	PLANTÃO 12 HORAS CLÍNICO	FERIADOS FIM DE ANO 24/12 A 25/12 E 31/12 A 01/01		X
23	PLANTÃO 6 HORAS CLÍNICO	FERIADOS FIM DE ANO 24/12 A 25/12 E 31/12 A 01/01		X
24	PLANTÃO 12 HORAS CLÍNICO	FERIADOS FIM DE ANO 24/12 A 25/12 E 31/12 A 01/01		X

A efetiva contratação e convocação dos profissionais observará a necessidade do serviço, a demanda existente, a disponibilidade dos profissionais credenciados, a ordem de rodízio e os demais critérios estabelecidos no Edital de Credenciamento e seus anexos, não decorrendo do simples credenciamento qualquer direito à contratação ou à quantidade mínima de serviços.

O interessado declara, ainda, que **conhece e aceita integralmente o Edital de Credenciamento Público nº 002/2026 e seus respectivos anexos**, comprometendo-se a cumprir todas as suas condições, exigências, obrigações e demais disposições, bem como a legislação aplicável à prestação dos serviços.

Declara, igualmente, estar ciente de que os pagamentos referentes aos serviços prestados serão realizados **exclusivamente mediante transferência bancária para conta corrente de titularidade da empresa CONTRATADA**, preferencialmente mantida junto à **Caixa Econômica Federal**, observadas as condições e os procedimentos estabelecidos pelo CIS5°RS.

Para fins de recebimento dos valores decorrentes dos serviços efetivamente prestados, informa os seguintes dados bancários de titularidade da CONTRATADA:

Banco: [REDACTED]
 Agência: [REDACTED]
 Conta Corrente: [REDACTED]
 Titular: JULIE ANY ARAUJO BIF



Consortio Intermunicipal de Saúde da 5ª Região de Saúde

CNPJ: 58.287.535/0001-75

Por fim, o interessado declara, sob as penas da lei, que as informações e declarações prestadas são verdadeiras, responsabilizando-se integralmente por sua exatidão e pela manutenção das condições exigidas para o credenciamento durante todo o período de sua vigência.

Guarapuava/PR, 29 de setembro de 2026.



Documento assinado digitalmente

JULIE ANY ARAUJO BIF

Data: 29/09/2026 17:28:37-0300

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

Representante Legal da Empresa

Nome: Julie Any Araujo Bif

CPF: [REDACTED]

Cargo: Sócio Administrador

ANEXO IV
DECLARAÇÃO UNIFICADA PARA HABILITAÇÃO

EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 002/2026 – CIS5ªRS CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TÉCNICO EM RADIOLOGIA E PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, PARA ATUAÇÃO JUNTO AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CIS5ªRS

A empresa Anycare Serviços Médicos LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 58.287.535/0001-75, com sede à Guarapuava-PR, neste ato representada por seu representante legal, Sr.(a) Julie Any Araujo Bif, inscrito(a) no [REDACTED] na qualidade de proponente no Credenciamento Público nº 002/2026, instaurado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da 5ª Região de Saúde do Paraná – CIS5ªRS, DECLARA, sob as penas da lei, para os devidos fins, que:

1. Não se encontra com o direito de licitar ou contratar suspenso ou impedido perante o CIS5ªRS, nem se encontra declarada inidônea para licitar ou contratar com a Administração Pública, em qualquer esfera de governo, nos termos da legislação aplicável.
2. Até a presente data, inexistem fatos impeditivos para sua habilitação e participação no presente Credenciamento, comprometendo-se a comunicar imediatamente ao CIS5ªRS qualquer fato superveniente que venha a alterar essa situação.
3. Não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 (dezesesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 (quatorze) anos, nos termos do art. 7º, inciso XXXIII, da Constituição Federal.
4. 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.
5. Cumpre as exigências legais de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, quando aplicáveis, nos termos da legislação vigente.
6. Não possui, entre seus proprietários, sócios, administradores ou dirigentes, pessoa que mantenha relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade até o terceiro grau com servidores ou agentes públicos do CIS5ªRS que exerçam funções de direção, chefia ou assessoramento, ocupantes de função gratificada, agentes de contratação, membros de equipe de apoio, membros de comissão de contratação ou de licitação, servidores lotados no setor de compras, licitações e contratos, bem como responsáveis pela fiscalização ou gestão dos contratos decorrentes do presente Credenciamento, ou ainda com agentes políticos e ocupantes de cargos em comissão do CIS5ªRS, quando caracterizada situação de impedimento ou conflito de interesses nos termos da legislação aplicável.

7. Está ciente e concorda integralmente com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento Público nº XXX/2026 e seus anexos, comprometendo-se a cumprir todas as obrigações, requisitos e condições neles previstos.
8. Tomou conhecimento das informações necessárias à execução dos serviços objeto do Credenciamento e declara possuir capacidade operacional, técnica e profissional para o adequado cumprimento das obrigações assumidas.
9. Declara que os profissionais relacionados no ANEXO III possuem habilitação e capacidade técnica compatíveis com os serviços a serem prestados e encontram-se disponíveis para atuar nos serviços objeto deste Credenciamento, observadas as condições, escalas, locais e demais critérios estabelecidos pelo CIS 5ª RS e pelos Municípios consorciados.
10. Declara que os profissionais relacionados no ANEXO III integram seu corpo clínico ou encontram-se regularmente vinculados à empresa para a execução dos serviços objeto do presente Credenciamento, possuindo as habilitações e registros profissionais exigidos pela legislação e pelos respectivos conselhos profissionais.
11. Compromete-se a disponibilizar profissionais devidamente habilitados para a prestação dos serviços, responsabilizando-se integralmente pela regularidade de seus registros profissionais, qualificações, habilitações e demais requisitos exigidos para o exercício das respectivas atividades.
12. Responsabiliza-se pelo uso adequado e regular dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis eventualmente acessados em razão da execução dos serviços, comprometendo-se a utilizá-los exclusivamente para as finalidades relacionadas à prestação dos serviços e às obrigações decorrentes do Credenciamento.
13. Compromete-se a observar integralmente a Lei Federal nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), adotando medidas técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais e dados pessoais sensíveis contra acessos não autorizados e situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer outra forma de tratamento inadequado ou ilícito.
14. Compromete-se a orientar e exigir de seus empregados, profissionais, prepostos e demais colaboradores que tenham acesso a dados pessoais ou dados pessoais sensíveis em razão da execução dos serviços o mesmo grau de responsabilidade e observância das normas de proteção de dados, mantendo o dever de sigilo mesmo após o encerramento da relação contratual.
15. Declara estar ciente de que os dados e documentos apresentados no âmbito do presente Credenciamento poderão ser tratados pela Administração Pública para fins de instrução processual, habilitação, formalização, fiscalização, gestão, execução, controle e transparência das contratações públicas, observada a legislação aplicável, especialmente a Lei nº 13.709/2018.
16. Declara estar ciente de que determinadas informações constantes dos

documentos apresentados poderão ser objeto de divulgação ou disponibilização em portais oficiais, Portal Nacional de Contratações Públicas – PNCP, Portal da Transparência, diários oficiais e demais meios de publicidade institucional, quando exigido pela legislação ou necessário ao cumprimento do princípio constitucional da publicidade e da transparência dos atos administrativos, observadas as hipóteses legais de restrição de acesso, sigilo e proteção de dados pessoais.

17. Declara que os profissionais que tiverem acesso ao sistema informatizado, inclusive ao sistema de prontuário ou a outro sistema oficialmente utilizado pelo Consórcio, utilizarão login e senha de forma pessoal, individual e intransferível, sendo vedado o compartilhamento de credenciais de acesso com terceiros.
18. Responsabiliza-se pela guarda, confidencialidade e utilização adequada das credenciais de acesso disponibilizadas aos seus profissionais, comprometendo-se a comunicar imediatamente ao CIS5ªRS qualquer suspeita ou ocorrência de uso indevido, perda, extravio ou comprometimento das credenciais.
19. Compromete-se a realizar o preenchimento adequado, completo e tempestivo do prontuário eletrônico no sistema utilizado pelo CIS5ªRS, relativamente aos atendimentos realizados, observando as normas técnicas, profissionais, éticas e administrativas aplicáveis.
20. Quando determinado ou necessário, compromete-se a realizar a impressão, conferência e assinatura dos documentos e registros constantes do prontuário físico, observando os procedimentos estabelecidos pelo CIS5ªRS e pelas unidades onde os serviços forem prestados.
21. Declara que as informações referentes à empresa, seus representantes legais, responsáveis técnicos e profissionais indicados no presente Credenciamento são verdadeiras, responsabilizando-se civil, administrativa e criminalmente pela sua exatidão.
22. Indica, para fins de representação, e comunicação junto ao CIS5ªRS, o seguinte responsável pela empresa:

Nome: Julie Any Araujo Bif

RG: [REDACTED]

CPF: [REDACTED]

E-mail: [REDACTED]

Telefone/Celular: [REDACTED]

23. Indica, para fins de responsabilidade técnica, o seguinte profissional:

Nome: Julie Any Araujo Bif

RG: [REDACTED]

CPF: [REDACTED]

Registro profissional: 58256

Conselho/Entidade profissional: CRM

E-mail: [REDACTED]

Telefone/Celular: [REDACTED]

24. Declara que os pagamentos decorrentes dos serviços prestados deverão ser



Consórcio Inter municipal de Saúde da 5ª Região do Estado

realizados na conta bancária de titularidade da empresa credenciada, conforme dados abaixo:

Banco: [REDACTED]
Agência: [REDACTED]
Conta Corrente: [REDACTED]
Titular: JULIE ANY ARAUJO BIF
CNPJ: 58.875.535/0001-75

25. Declara, por fim, que todas as informações e documentos apresentados para fins de habilitação e credenciamento são verdadeiros, completos e correspondem à realidade da empresa e dos profissionais indicados, estando ciente de que a falsidade de qualquer declaração poderá ensejar a adoção das medidas administrativas, civis e penais cabíveis, sem prejuízo das sanções previstas na legislação e no instrumento convocatório.

Por ser expressão da verdade, firma a presente declaração para que produza os efeitos legais e administrativos cabíveis.

Guarapuava/PR, 29 de setembro de 2026.



Documento assinado digitalmente
JULIE ANY ARAUJO BIF
Data: 29/09/2026 17:37:35-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Representante Legal da Empresa

Nome: Julie Any Araujo Bif

CPF: [REDACTED]

Cargo: Sócio Administrador



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO PARANÁ
COMARCA DE GUARAPUAVA**

OFÍCIO DISTRIBUIDOR JUDICIAL
AVENIDA MANOEL RIBAS Nº 500 - FÓRUM 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:

JULIE ANY ARAUJO BIF

[REDACTED] no período compreendido desde 16/04/1996, até a presente data.

GUARAPUAVA/PR, 01 de Outubro de 2026, 14:40:44

NERY REGIANI DE MACEDO



Certificação

NERY REGIANI DE
MACEDO:57391726915

Assinado digitalmente
por NERY REGIANI DE
MACEDO:57391726915
Data: 2026.10.01
15:40:48 -0300

Custas = R\$ 48,00

Página 0001/0001

Qualquer rasura ou entrelinha, tomará nula esta Certidão.

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT

**ACLS
Provider**



**American
Heart
Association.**

Julie Any Araujo Bif

**has successfully completed the cognitive and skills evaluations
in accordance with the curriculum of the American Heart Association
Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Program.**

Issue Date

17 Sep 2026

Training Center Name

Sociedade Avantis de Ensino e Escola

Training Center ID

ZZ21421

Training Center City, Region

Balneário Camboriú, Brazil

Training Site Name

Renew By

Sep 2028

Instructor Name

Jonathan Paulo de Oliveira Ribeiro

Instructor ID

24110452055

eCard Code

271097590768

QR Code



To view or verify authenticity, students and employers should scan this QR code with their mobile device or go to <https://ecards.heart.org/international>.
© 2025 American Heart Association. All rights reserved. 25-2817 10/25

CHECKLIST DOS DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
EDITAL 002/2026

Nº	Edital	Especificação	Tick	Pág.	Disp.
DA HABILITAÇÃO JURÍDICA					
1	6.3.1.	No caso de empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede.	-		
2	6.3.2.	Em se tratando de microempreendedor individual – MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio www.portaldomicroempreendedor.gov.br	-		
3	6.3.3.	No caso de sociedade empresária ou empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial da respectiva sede, acompanhado de documento comprobatório de seus administradores.	OK		
4	6.3.4.	Inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz, no caso de ser o participante sucursal, filial ou agência.	-		
5	6.3.5.	No caso de sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil das Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de prova da indicação dos seus administradores.	-		
6	6.3.6.	No caso de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País: decreto de autorização.	-		
7	6.3.7.	Os documentos acima deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva.	OK		
DA COMPROVAÇÃO DA REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA					
8	6.4.1.	Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ/MF.	OK		
9	6.4.2.	Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02/10/2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.	OK		
10	6.4.3.	Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual e/ou municipal, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual.	OK		
11	6.4.4.	Prova de regularidade com a Fazenda Estadual do domicílio ou sede do licitante	OK		
12	6.4.5.	Caso o licitante seja considerado isento dos tributos estaduais relacionados ao objeto licitatório, deverá comprovar tal condição mediante declaração da Fazenda Estadual do seu domicílio ou	-		

		sede, ou outra equivalente, na forma da lei.	-		
13	6.4.6.	Prova de regularidade com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do licitante.	OK		
14	6.4.7.	Prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS).	OK		
15	6.4.8.	Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a justiça do trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.	OK		
QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA					
16	6.5.1.	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. 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.	OK		
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA - PARA TODOS OS PROFISSIONAIS					
17	6.6.1.	Declaração Unificada.	OK		
18	6.6.2.	Declaração dos profissionais que prestarão os serviços (nome completo, nº do registro profissional e tipo de plantão);	OK		
19	6.6.3.	Declaração de indicação do Município em que a proponente pretende se credenciar;	OK		
20	6.6.4.	A proponente deverá comprovar o vínculo do profissional com a pessoa jurídica, mediante a apresentação de documentação apta a demonstrar sua relação jurídica com a empresa, admitindo-se, para essa finalidade: cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS, física ou digital, acompanhada do respectivo registro que demonstre o vínculo empregatício; no caso de o responsável técnico ser sócio ou dirigente da empresa, cópia do contrato social, estatuto social e respectivas alterações, ou documento equivalente, no qual conste sua condição de sócio ou dirigente; contrato de trabalho ou contrato de prestação de serviços firmado entre o profissional e a pessoa jurídica, desde que vigente e compatível com as atribuições de responsabilidade técnica; OBS: contrato de trabalho ou contrato de prestação de serviços firmado diretamente entre o profissional, na condição de pessoa física, e a pessoa jurídica proponente, desde que vigente e compatível com as atribuições de responsabilidade técnica, vedada a comprovação do vínculo por meio de outra pessoa jurídica, empresa intermediária ou pessoa jurídica interposta.	OK		

21	6.6.5.	Certidão de Antecedentes Criminais do profissional, emitida pelo Foro Judicial competente da Comarca de seu domicílio/residência, em documento oficial e atualizado, devendo a certidão abranger os registros criminais disponíveis perante a Justiça Estadual competente;	OK		
22	6.6.6.	Cópia do Comprovante de Residência dos profissionais que executarão os serviços;	OK		
23	6.6.7.	Cópia do Cartão Nacional de Saúde (cartão do SUS) dos profissionais que executarão os serviços;	OK		
24	6.6.8.	ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICO-OPERACIONAL: A proponente deverá apresentar atestado(s) e/ou declaração(ões) de capacidade técnica, em seu nome, expedido(s) por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove(m) a execução satisfatória de serviços compatíveis, em características e complexidade tecnológica e operacional, com o objeto desta contratação, sem exigência de quantitativo mínimo	OK		
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA PARA TÉCNICO EM RADIOLOGIA:					
25	6.7.1.	Cópia do diploma ou certificado de conclusão do curso técnico em radiologia reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC);	-		
26	6.7.2.	Cópia do Registro profissional no Conselho Regional de Técnicos em Radiologia (CRTR);	-		
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA PARA MÉDICO PEDIATRA:					
27	6.8.1.	Comprovação da especialidade através de Registro de Qualificação de Especialidade (RQE);	-		
28	6.8.2.	Cópia da Carteira de Registro no Conselho Regional de Medicina do Paraná da Categoria. Para os profissionais inscritos em Conselho Regional de Medicina de outra Unidade da Federação, deverá ser comprovada a regularidade de sua situação perante o CRM-PR, mediante inscrição secundária, transferência ou outro documento/autorização admitido pela regulamentação do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Paraná, conforme o caso.	-		
29	6.8.3.	Comprovante de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES da pessoa jurídica, acompanhado da relação atualizada dos profissionais médicos cadastrados e vinculados ao estabelecimento, devendo os profissionais indicados para a execução dos serviços objeto do credenciamento constar no respectivo cadastro, observadas as normas e os procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o CNES. Quando o estabelecimento ou a atividade objeto do credenciamento estiver dispensado da obrigatoriedade de inscrição ou manutenção de cadastro no CNES, deverá ser apresentada a respectiva comprovação de dispensa, quando emitida pelo órgão competente, ou declaração formal firmada pelo administrador ou representante legal da empresa, sob sua responsabilidade, informando a condição de dispensa e o	-		

		respectivo fundamento, quando aplicável.			
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA PARA MÉDICO ORTOPEDISTA:					
31	6.9.1.	Comprovação da especialidade através de Registro de Qualificação de Especialidade (RQE);	—		
32	6.9.2.	Cópia da Carteira de Registro no Conselho Regional de Medicina do Paraná da Categoria. Para os profissionais inscritos em Conselho Regional de Medicina de outra Unidade da Federação, deverá ser comprovada a regularidade de sua situação perante o CRM-PR, mediante inscrição secundária, transferência ou outro documento/autorização admitido pela regulamentação do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Paraná, conforme o caso.	—		
33	6.9.3.	Comprovante de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES da pessoa jurídica, acompanhado da relação atualizada dos profissionais médicos cadastrados e vinculados ao estabelecimento, devendo os profissionais indicados para a execução dos serviços objeto do credenciamento constar no respectivo cadastro, observadas as normas e os procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o CNES. Quando o estabelecimento ou a atividade objeto do credenciamento estiver dispensado da obrigatoriedade de inscrição ou manutenção de cadastro no CNES, deverá ser apresentada a respectiva comprovação de dispensa, quando emitida pelo órgão competente, ou declaração formal firmada pelo administrador ou representante legal da empresa, sob sua responsabilidade, informando a condição de dispensa e o respectivo fundamento, quando aplicável.	—		
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA PARA MÉDICO PLANTONISTA A:					
34	6.10.1.1.	Cópia do diploma ou certificado de conclusão do curso em Urgência e Emergência (Residência Médica, RQE ou Pós-Graduação em Urgência e Emergência ou Medicina Intensivismo);	—		
35	6.10.1.2.	Comprovar experiência através da atuação de no mínimo 3 (três) anos em unidades de urgência e emergência e possuir o curso ACLS, ATLS, AMLS, PALS ou POCUS, de acordo com área de atuação. Referida certificação deverá ter sido expedida ou reciclada em período não superior a 5 (cinco) anos, devendo o profissional apresentar nova comprovação ao final deste prazo para manutenção de sua aptidão técnica na escala;	—		
36	6.10.1.3.	Comprovar experiência através da atuação de no mínimo 5 (cinco) anos em unidades de urgência e emergência.	—		
37	6.10.2.	Comprovante de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES da pessoa jurídica, acompanhado da relação atualizada dos profissionais médicos cadastrados e vinculados ao estabelecimento, devendo os profissionais indicados para a execução dos serviços objeto do credenciamento constar no respectivo cadastro, observadas as normas e os procedimentos	—		

		estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o CNES. Quando o estabelecimento ou a atividade objeto do credenciamento estiver dispensado da obrigatoriedade de inscrição ou manutenção de cadastro no CNES, deverá ser apresentada a respectiva comprovação de dispensa, quando emitida pelo órgão competente, ou declaração formal firmada pelo administrador ou representante legal da empresa, sob sua responsabilidade, informando a condição de dispensa e o respectivo fundamento, quando aplicável.	-		
38	6.10.3.	Cópia da Carteira de Registro no Conselho Regional de Medicina do Paraná da Categoria. Para os profissionais inscritos em Conselho Regional de Medicina de outra Unidade da Federação, deverá ser comprovada a regularidade de sua situação perante o CRM-PR, mediante inscrição secundária, transferência ou outro documento/autorização admitido pela regulamentação do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Paraná, conforme o caso.	-		
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA PARA MÉDICO PLANTONISTA B:					
39	6.11.1.1.	Cópia do diploma ou certificado de conclusão do curso em Urgência e Emergência (Residência Médica, ou Pós-Graduação em Urgência e Emergência, Intensivismo);	-		
40	6.11.1.2.	Comprovar experiência através da atuação de no mínimo 1 (um) anos em unidades de urgência e emergência e possuir o curso ACLS, ATLS, AMLS, PALS ou FOCUS, de acordo com área de atuação. Referida certificação deverá ter sido expedida ou reciclada em período não superior a 5 (cinco) anos, devendo o profissional apresentar nova comprovação ao final deste prazo para manutenção de sua aptidão técnica na escala;	OK		
41	6.11.1.3.	Comprovar experiência através da atuação de no mínimo 2 (dois) anos em unidades de urgência e emergência.	-		
42	6.11.2.	Comprovante de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES da pessoa jurídica, acompanhado da relação atualizada dos profissionais médicos cadastrados e vinculados ao estabelecimento, devendo os profissionais indicados para a execução dos serviços objeto do credenciamento constar no respectivo cadastro, observadas as normas e os procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o CNES. Quando o estabelecimento ou a atividade objeto do credenciamento estiver dispensado da obrigatoriedade de inscrição ou manutenção de cadastro no CNES, deverá ser apresentada a respectiva comprovação de dispensa, quando emitida pelo órgão competente, ou declaração formal firmada pelo administrador ou representante legal da empresa, sob sua responsabilidade, informando a condição de dispensa e o respectivo fundamento, quando aplicável.	OK		
43	6.11.3.	Cópia da Carteira de Registro no Conselho Regional de Medicina do Paraná da Categoria. Para os profissionais inscritos em	OK		

		Conselho Regional de Medicina de outra Unidade da Federação, deverá ser comprovada a regularidade de sua situação perante o CRM-PR, mediante inscrição secundária, transferência ou outro documento/autorização admitido pela regulamentação do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Paraná, conforme o caso.	OK		
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA PARA O MÉDICO PLANTONISTA C, D e E:					
44	6.12.1.1.	Cópia do diploma ou certificado de conclusão do curso em Urgência e Emergência (Residência Médica ou Pós-Graduação em Urgência e Emergência, Intensivismo); OU	-		
45	6.12.1.2.	Comprovar que possuir o curso ACLS, ATLS, AMLS, PALS ou FOCUS, de acordo com área de atuação. (Referida certificação deverá ter sido expedida ou reciclada em período não superior a 5 (cinco) anos, devendo o profissional apresentar nova comprovação ao final deste prazo para manutenção de sua aptidão técnica na escala);	-		
46	6.12.1.3.	Comprovar experiência através da atuação de no mínimo 1 (um) anos em unidades de urgência e emergência.	-		
47	6.12.2.	Comprovante de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES da pessoa jurídica, acompanhado da relação atualizada dos profissionais médicos cadastrados e vinculados ao estabelecimento, devendo os profissionais indicados para a execução dos serviços objeto do credenciamento constar no respectivo cadastro, observadas as normas e os procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o CNES. Quando o estabelecimento ou a atividade objeto do credenciamento estiver dispensado da obrigatoriedade de inscrição ou manutenção de cadastro no CNES, deverá ser apresentada a respectiva comprovação de dispensa, quando emitida pelo órgão competente, ou declaração formal firmada pelo administrador ou representante legal da empresa, sob sua responsabilidade, informando a condição de dispensa e o respectivo fundamento, quando aplicável.	-		
48	6.12.3.	Cópia da Carteira de Registro no Conselho Regional de Medicina do Paraná da Categoria. Para os profissionais inscritos em Conselho Regional de Medicina de outra Unidade da Federação, deverá ser comprovada a regularidade de sua situação perante o CRM-PR, mediante inscrição secundária, transferência ou outro documento/autorização admitido pela regulamentação do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Paraná, conforme o caso.	-		
DA APRESENTAÇÃO, AUTENTICAÇÃO E VERIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO E ASSINATURAS:					
49	6.15.1.	Todos os documentos exigidos neste Edital deverão estar dentro do respectivo prazo de validade, quando aplicável, e poderão ser apresentados em original, cópia autenticada por cartório	OK		

		competente, cópia autenticada administrativamente por servidor ou empregado público formalmente designado pelo CIS5ªRS, ou em meio eletrônico, desde que seja possível verificar sua autenticidade e integridade.	OK		
--	--	---	----	--	--

Guarapuava, 02 de outubro de 2026.


Doris Cristina Ketis
Responsável pelo preenchimento do Checklist



Consórcio Intergestores de Saúde da 5ª Região de Saúde

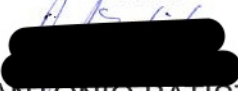
**ATA DE ABERTURA - FASE DE HABILITAÇÃO
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2026 -
CREDENCIAMENTO Nº 002/2026**

Aos 02 dias do mês de outubro do ano de dois mil e vinte e seis (2026), às **08:50 horas (oito horas e cinquenta minutos)**, na sede do **CIS5ªRS**, reuniu-se a Sra. **Agente de Contratação, MARIANA DE CAMPOS MASSUQUETO**, Matrícula nº 48501, **PORTARIA Nº 58/2026** de 16 de setembro de 2026 acompanhado pelo membros da equipe de apoio, **Matheus Jose de Oliveira Batista**, Matrícula nº 50052, **Rafaela Gouvêa**, Matrícula nº 47901 e **Wilson Antônio Batista**, Matrícula nº 48401, todos abaixo assinados, para proceder à **abertura e análise** da documentação de habilitação apresentada pela empresa **ANYCARE SERVIÇOS MEDICOS LTDA inscrita no CNPJ sob o nº58.287.535/0001-75** com relação ao **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TÉCNICO EM RADIOLOGIA E DE PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, PARA ATUAÇÃO JUNTO AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CIS5ªRS**. Declarada aberta a **sessão pública**, constatou-se que a documentação de habilitação foi enviada pela **ANYCARE SERVIÇOS MEDICOS LTDA inscrita no CNPJ sob o nº58.287.535/0001-75**, 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 **ANYCARE SERVIÇOS MEDICOS LTDA inscrita no CNPJ sob o nº58.287.535/0001-75**, atendeu plenamente a todas as exigências editalícias, cumprindo os requisitos previstos no **Edital de Credenciamento Nº 002/2026**. Assim, por **unanimidade de votos dos membros da equipe de apoio presentes**, a Sra. **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.

[Assinatura]
MARIANA DE CAMPOS MASSUQUETO
MATRÍCULA Nº. 48501

[Assinatura]
MATEUS JOSE DE OLIVEIRA BATISTA
MATRÍCULA Nº 50052


RAFAELA GOUVEA
MATRÍCULA Nº. 47901


WILSON ANTONIO BATISTA
MATRÍCULA Nº. 48401

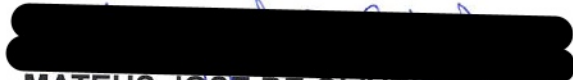
**AVISO DE HABILITAÇÃO
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2026
CREDENCIAMENTO Nº 002/2026**

A Sra. **Agente de Contratação MARIANA DE CAMPOS MASSUQUETO**, Matrícula nº 48501, designado pela **Portaria n.º 58/2026**, de 16 de setembro de 2026, no uso de suas atribuições legais, torna público, para conhecimento de todos os interessados, que procedeu à **habilitação** da empresa **ANYCARE SERVIÇOS MEDICOS LTDA inscrita no CNPJ sob o nº 58.287.535/0001-75** com vistas ao **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TÉCNICO EM RADIOLOGIA E DE PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, PARA ATUAÇÃO JUNTO AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CIS 5ª RS**. 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, 02 de outubro de 2026.
A documentação de habilitação consta no site
<https://cis5rs.com.br/licitacaoView/?id=1029>


MARIANA DE CAMPOS MASSUQUETO

Matrícula nº. 48501
Agente de Contratação
PORTARIA n.º 58/2026


MATEUS JOSE DE OLIVEIRA BATISTA

MATRÍCULA Nº 50052


RAFAELA GOUVEA
MATRÍCULA Nº. 47901


WILSON ANTÔNIO BATISTA
MATRÍCULA Nº. 48401