



Consórcio Inter-municipal de Saúde da 5ª Região do Brasil

CERTIDÃO DE PROTOCOLO DE RECEBIMENTO

CERTIFICO e dou fé que, na presente data, aos 29 de setembro de 2026, às 11:00h, a empresa **GABRIELY DALLABRIDA LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº 58.603.517/0001-55, 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: GABRIELY DALLABRIDA LTDA
RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DOS DOCUMENTOS: GABRIELY DALLABRIDA
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]
MATEUS JOSE DE OLIVEIRA BATISTA

Servidor Responsável
pelo recebimento da documentação

GABRIELY

Assinado de forma digital
por GABRIELY

DALLABRIDA

Dados: 2026.09.30 14:55:34
-03'00'

GABRIELY DALLABRIDA

Responsável pela entrega da documentação

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA
GABRIELY DALLABRIDA LTDA

Pelo presente instrumento particular de Contrato Social:

GABRIELY DALLABRIDA, BRASILEIRA, SOLTEIRA, MÉDICA

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: **GABRIELY DALLABRIDA LTDA**, e usará a expressão DallaMed como nome fantasia.

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

A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: RUA BOM JESUS, nº 212, SALA 1904; ANDAR 19; COND AR 3000 - CABRAL COR, JUVENÉ, Curitiba - PR, CEP: 80035010.

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

A sociedade terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômicas: ATIVIDADE MEDICA DE ATENCAO AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA CONSULTAS EXERCIDA EM CLINICAS E CONSULTORIOS DE TERCEIROS E ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAUDE EM PRONTO SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGENCIAS

Parágrafo único. Em estabelecimento eleito como Sede (Matriz) será(ão) exercida(s) a(s) atividade(s) de ATIVIDADE MEDICA DE ATENCAO AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA CONSULTAS EXERCIDA EM CLINICAS E CONSULTORIOS DE TERCEIROS E ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAUDE EM PRONTO SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGENCIAS.

E exercerá as seguintes atividades:

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

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

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

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 27/12/2024 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] cada uma, formado por [REDACTED]

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

Nome do Sócio	Qtd Quotas	Valor Em R\$	%
GABRIELY DALLABRIDA	[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 **GABRIELY DALLABRIDA** que representará legalmente a sociedade e poderá praticar todo e qualquer ato de gestão pertinente ao objeto social.

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

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA

GABRIELY DALLABRIDA LTDA

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

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

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

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

CLÁUSULA IX - DO PRÓ LABORE

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

CLÁUSULA X - DISTRIBUIÇÃO DE LUCROS

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

CLÁUSULA XI - DA RETIRADA OU FALECIMENTO DE SÓCIO

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

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

CLÁUSULA XII - DA CESSÃO DE QUOTAS

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

CLÁUSULA XIII - DA RESPONSABILIDADE

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

CLÁUSULA XIV - PORTE EMPRESARIAL

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

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA

GABRIELY DALLABRIDA LTDA

CLAUSULA XV - DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Curitiba - 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.

Curitiba - PR, 27 de dezembro de 2024

GABRIELY DALLABRIDA
Sócio/Administrador

**ASSINATURA ELETRÔNICA**

Certificamos que o ato da empresa GABRIELY DALLABRIDA LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
	GABRIELY DALLABRIDA



CERTIFICO O REGISTRO EM 02/01/2025 18:48 SOB Nº 41213109143.
PROTOCOLO: 249345781 DE 02/01/2025.
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12500029645. CNPJ DA SEDE: 58603517000155.
NIRE: 41213109143. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 27/12/2024.
GABRIELY DALLABRIDA LTDA

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA
SECRETÁRIO-GERAL
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

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NUMERO DE INSCRIÇÃO 58.603.517/0001-55 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 02/01/2025
---	---	--------------------------------

NOME EMPRESARIAL
GABRIELY DALLABRIDA LTDA

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) DALLAMED	PORTE ME
--	-------------

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
86.30-5-99 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências
86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

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

LOGRADOURO R BOM JESUS	NÚMERO 212	COMPLEMENTO SALA 1904 ANDAR 19 COND AR 3000 - CABRAL COR
---------------------------	---------------	--

CEP 80.035-010	BAIRRO/DISTRITO JUEVÊ	MUNICÍPIO CURITIBA	UF PR
-------------------	--------------------------	-----------------------	----------

ENDEREÇO ELETRÔNICO [REDACTED]	TELEFONE [REDACTED] 00) 0000-0000
-----------------------------------	--------------------------------------

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)

SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 02/01/2025
-----------------------------	--

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 31/07/2025 às 13:30:28 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1



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

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

Nome: GABRIELY DALLABRIDA LTDA
CNPJ: 58.603.517/0001-55

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

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

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

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

Emitida às 14:56:44 do dia 02/09/2026 <hora e data de Brasília>.

Válida até 01/03/2027.

Código de controle da certidão: **E950.8ED2.1C95.374B**

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 40486524-27

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **58.603.517/0001-55**

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 27/01/2027 - Fornecimento Gratuito

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



CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS DO CONTRIBUINTE Nº 83120/2026

Contribuinte

Nome/Razão: 615624 - GABRIELY DALLABRIDA LTDA
CNPJ/CPF: 58.603.517/0001-55
Endereço: RUA NAO IDENTIFICADA, 0
Complemento: NAO POSSUI ENDEREÇO
Bairro: VER MEMORANDO DE DELECAO. **Cidade:** Guarapuava - PR

Finalidade

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VALIDADE
29/09/2026	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, 29 de setembro de 2026.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
DEPARTAMENTO DE RENDAS MOBILIÁRIAS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

NOME EMPRESARIAL
GABRIELY DALLABRIDA LTDA

INSCRIÇÃO MUNICIPAL
04 03 1.209.749-6

CNPJ
58.603.517/0001-55

ENDEREÇO
R. BOM JESUS

NÚMERO
212

UNIDADE
1904

ANDAR
19

COMPLEMENTO
COND AR 3000 - CABRAL COR

BAIRRO
JUVEVÊ

CEP
80035-010

INÍCIO DA ATIVIDADE
02/01/2025

SITUAÇÃO DO CADASTRO
ATIVA

TIPO DE INSTALAÇÃO/FORMAS DE ATUAÇÃO
ATIVIDADE DESENVOLVIDA FORA DO ESTABELECIMENTO

ATIVIDADES

AS ATIVIDADES SOLICITADAS DEVERÃO SER EXERCIDAS CONFORME A FORMA DE ATUAÇÃO INFORMADA

Q.86.3.0-5/03.00 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS

ATIVIDADES DECLARADAS PELO SOLICITANTE COMO NÃO EXERCIDAS NO LOCAL

Q.86.3.0-5/99.00 ATIVIDADES DE ATENÇÃO AMBULATORIAL NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE

Q.86.1.0-1/02.00 ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

Emitido Eletronicamente via Internet
06/01/2025 - 07:50:41

Versão P.4.1.0.7.0826 (23/04/2024) Lib. 2.0.1.6.0822



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

ALVARÁ Nº 1.772.783

A SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS concede o presente Alvará de Licença para Localização, conforme processo Nº 20-185963/2024, a:

GABRIELY DALLABRIDA LTDA

R. BOM JESUS - Nº: 000212 SERVIÇO SETORIAL 1904 19º ANDAR

COND AR 3000 - CABRAL COR

IND. FISCAL: 34.001.019.157-2

INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 04 03 1.209.749-6 CNPJ/CPF: 58.603.517/0001-55

Taxação: SERV

Forma de Atuação: ATIVIDADE DESENVOLVIDA FORA DO ESTABELECIMENTO

As atividades solicitadas deverão ser exercidas conforme a forma de atuação informada

➡ Q.86.3.0-5/03-00 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Atividades declaradas pelo solicitante como não exercidas no local

➡ Q.86.3.0-5/99-00 Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente

➡ Q.86.1.0-1/02-00 Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

FICA CIENTE DE QUE O ESTABELECIMENTO COMERCIAL DEVERÁ PROPORCIONAR ACESSIBILIDADE CONFORME LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA.

FICA CIENTE QUE TODAS AS EDIFICAÇÕES DO LOTE DEVERÃO ATENDER O ARTIGO 30 DA LEI MUNICIPAL Nº 11095/2004.

2025 CURITIBA 2025

VALIDADE:

ENQUANTO SATISFIZER AS EXIGÊNCIAS DA LEGISLAÇÃO EM VIGOR.

CURITIBA, 02 DE JANEIRO DE 2025

DIVISÃO DE ALVARÁ E ATENDIMENTOS

ASSINADO ELETRONICAMENTE

IMPORTANTE :

- A assinatura no alvará de licença expedido por meio eletrônico fica dispensada nos termos do Decreto nº 1641/2021. A verificação de sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço www.curitiba.pr.gov.br, Serviços para Empresa, Alvará Comercial - dados.
- É obrigatória a comunicação imediata em caso de encerramento, paralisação, alteração de endereço, de ramo ou qualquer outra alteração, evitando as penalidades previstas na legislação.

A partir da versão 2.1.0.60, de 03/08/2017, passou a constar no alvará forma de atuação e código CNAE.



61C.169F.AF06.4DE0-6.AFD0.4CE7.EA7A.5F81-7



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
CENTRO DE SAÚDE AMBIENTAL

DECLARAÇÃO DE DISPENSA DE LICENCIAMENTO SANITÁRIO

REG. DOC: 3222/2025

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, através do DISTRITO SANITARIO MATRIZ, certifica que a empresa:

Razão Social : GABRIELY DALLABRIDA LTDA

Nome Fantasia : DallaMed

Endereço : RUA BOM JESUS

Número: 212

Complemento : ANDAR 19

Município : CURITIBA

Bairro : JUVEVE

Telefone

Cep : 80035010

Por. e Ref.

Fax :

CNPJ : 58.603.517/0001-55

Está dispensada de licenciamento sanitário, por declarar que não exerce a atividade no local ou por se tratar de uma Forma de Atuação que isenta de Lisa, conforme artigo 4º Inciso IV da Resolução Nº 0002/2018, as seguintes CNAE(s):

- Q.8630-5/03.00 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS
- Q.8630-5/99.00 ATIVIDADES DE ATENÇÃO AMBULATORIAL NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE
- Q.8610-1/02.00 ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS



Curitiba, 06 de fevereiro de 2025

Esta declaração de isenção tem validade enquanto satisfizer a legislação vigente.

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

Certificado de Regularidade do FGTS - CRE

Inscrição: 58.603.517/0001-55

Razão social: GABRIELY DALLABRIDA LTDA

Endereço: R BOM JESUS 212 SALA 1904 / JUVES / CURITIBA / PR / 80035-010

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: 2026091407076401580919

Informação obtida em 29/09/2026 15:58:00

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: GABRIELY DALLABRIDA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 58.603.517/0001-55

Certidão nº: 80102453/2026

Expedição: 29/09/2026, às 15:56:47

Validade: 28/03/2027 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **GABRIELY DALLABRIDA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **58.603.517/0001-55**, **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.



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 * CIVEL
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 CIVEL 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:

GABRIELLY DALLABRIDA LTDA

CNPJ.58.603.517/0001-55

no período de 18 de março de 1963 (data da instalação deste cartório - Lei No.4.677, de
29/12/62) a 25/09/2026 .

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

Curitiba, 29 de setembro de 2026 .

LUIZ CARLOS KOFANOVSKI

Escrevente Juramentado

Emitida por: LUIZ
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: 29/09/2026 11:05:50

*** Se impressa, verificar sua autenticidade no <http://www.1distribuidorcuritiba.com.br/autentica> usando o código 32649BD4 ***

ANEXO III REQUERIMENTO DE 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: GABRIELY DALLABRIDA LTDA **Nome Fantasia:**

DALLAMED **CNPJ:** 58.603.517/0001-55

Inscrição Estadual: ISENT0

CNES: _____

Endereço comercial:

Rua: R BOM JESUS **Nº:** 212 **Complemento:** SALA 1904 ANDAR 19 COND AR
3000 **Bairro:** JUVEVÊ **CEP:** 80.035-010 **Cidade:** CURITIBA **Estado:** PR **E-mail:** _____

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: GABRIELY DALLABRIDA

CRM: 58560/PR

CIDADE ONDE IRÁ REALIZAR OS SERVIÇOS: GUARAPUAVA / REGIONAL CIS5ªRS

TELEFONE: [REDACTED]

ITEM	DESCRIÇÃO/PLANTÃO	DIA DA SEMANA	MÉDICO A	MÉDICO B C D e E
Item 1	PLANTÃO MÉDICO - URGÊNCIA EMERGÊNCIA - 6 HORAS DIURNO SEGUNDA A SEXTA FEIRA.	SEGUNDA A SEXTA FEIRA.		x
Item 2	PLANTÃO MÉDICO - URGÊNCIA EMERGÊNCIA - 12 HORAS DIURNO SEGUNDA A SEXTA FEIRA.	SEGUNDA A SEXTA FEIRA.		x
Item 3	PLANTÃO MÉDICO - URGÊNCIA EMERGÊNCIA - 6 HORAS NOTURNO SEGUNDA A SEXTA FEIRA.	SEGUNDA A SEXTA FEIRA.		x
Item 4	PLANTÃO MÉDICO - URGÊNCIA EMERGÊNCIA - 12 HORAS NOTURNO SEGUNDA A SEXTA FEIRA.	SEGUNDA A SEXTA FEIRA.		x
Item 5	PLANTÃO MÉDICO - URGÊNCIA EMERGÊNCIA - 6 HORAS DIURNO FIM DE SEMANA/FERIADO/RECESSOS	FIM DE SEMANA/FERIA DO/RECESSOS		x
Item 6	PLANTÃO MÉDICO - URGÊNCIA EMERGÊNCIA - 12 HORAS DIURNO FIM DE SEMANA/FERIADO/RECESSOS	FIM DE SEMANA/FERIA DO/RECESSOS		x
Item 7	PLANTÃO MÉDICO - URGÊNCIA	FIM DE		x

demaís 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 CIS5ªRS.

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: GABRIELY DALLABRIDA LTDA CNPJ: 58.603.517/0001-55

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.

Local e data: Guarapuava - PR, 29 de setembro de 2026.

GABRIELY
DALLABRIDA [REDACTED]

Assinado de forma digital por
GABRIELY DALLABRIDA [REDACTED]
Dados: 2026.09.29 14:51:53 -03'00'

GABRIELY DALLABRIDA

CPF: [REDACTED]

Cargo: Sócio-Administrador / Representante Legal

Representante Legal da Empresa

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Indica, para fins de representação, e comunicação junto ao CIS5ªRS, o seguinte responsável pela empresa:

Nome: GABRIELY DALLABRIDA

E-mail

Telefone/Celular

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

Nome: GABRIELY DALLABRIDA

E-mail: [REDACTED]

Telefone/Celular: [REDACTED]

Registro profissional: 58560/PR

Conselho/Entidade profissional: CRM-PR (Conselho Regional de Medicina do Paraná)

Declaro que os pagamentos decorrentes dos serviços prestados deverão ser realizados na conta bancária de titularidade da empresa credenciada, conforme dados abaixo:

Banco: [REDACTED]

Agência: [REDACTED]

Conta Corrente: [REDACTED]

Titular: GABRIELY DALLABRIDA LTDA

CNPJ: 58.603.517/0001-55

Declaro, por fim, que todas as informações e documentos apresentados para fins de habilitação e credenciamento são verdadeiros, completos e corresponder 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.

Local e data: Guarapuava - PR, 29 de setembro de 2026.

GABRIELY

Assinado de forma digital
por GABRIELY

DALLABRIDA [REDACTED]

Dados: 2026.09.29 14:53:39
-03'00'

Representante Legal da Empresa

Nome: GABRIELY DALLABRIDA

CPF: [REDACTED]

Cargo: Sócio-Administrador / Representante Legal

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
EXERCÍCIO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PR

NOME
GABRIELY DALLABRIDA

DDT - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2347947443

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
VALIDADE
19/01/2032
V. HABILITAÇÃO
08/12/2016

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CURITIBA, PR

DATA EMISSÃO
19/01/2022

ASSINADO DIGITALMENTE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO

32853990846
PR921138707

PARANÁ

DENATRAN CONTRAN

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

GABRIELY DALLABRIDA

Guarapuava, Paraná | Brasileira

Médica formada pela Universidade do Contestado, comprometida com o bem-estar e atenção integral do paciente.
Capacitada para trabalhar em equipe e comunicação efetiva.

FORMAÇÃO ACADÊMICA

MEDICINA

Universidade do Contestado

DEZEMBRO de 2024

HABILIDADES

INGLÊS - INTERMEDIÁRIO

Universidade Estadual do Centro Oeste

2010 - 2012

CURSOS E PARTICIPAÇÕES

Programa de **SUORTE AVANÇADO DE VIDA CARDIOVASCULAR (SAVC) – ACLS**

Pontifícia Universidade Católica do Paraná

OUTUBRO de 2024

Participou **ATENDIMENTO MÉDICO EM ÁREAS REMOTAS**

Universidade do Contestado

Carga: 4 horas

NOVEMBRO de 2022

Organizou evento de **ATENDIMENTO MÉDICO EM ÁREAS REMOTAS**

Universidade do Contestado

Carga: 15 horas

NOVEMBRO de 2022

Participou **CICLO DE PALESTRAS MULTIDISCIPLINARES NA ÁREA DA SAÚDE**

Universidade do Contestado

Carga: 32 horas

OUTUBRO de 2022

Curso de **ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Carga: 90 horas

MARÇO de 2022

Participou **II JORNADA DE ATENÇÃO AO AVC**
Universidade do Contestado

Carga: 20 horas

OUTUBRO de 2021

Participou **CONGRESSO ONLINE DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA CONTRA COVID-19**
Associação Brasileira de Medicina de Emergência

Carga: 11 horas

MAIO de 2020

Participou **I JORNADA DE ATENÇÃO AO AVC**
Universidade do Contestado

Carga: 4 horas

OUTUBRO de 2019

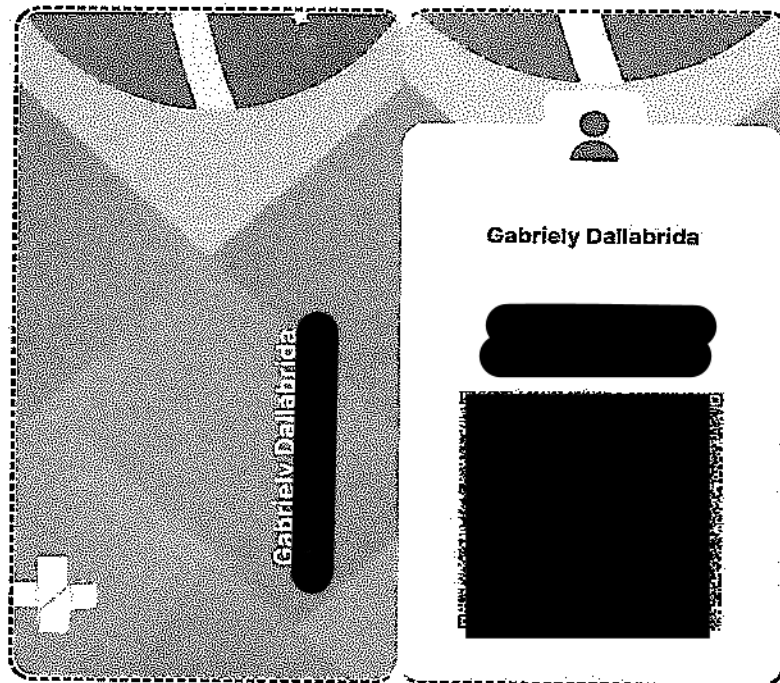
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

BIOMARCADORES NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Universidade do Contestado

2022

A doença de Alzheimer, a demência mais comum, é caracterizada pelo acúmulo de proteínas beta-amiloides e tau no sistema nervoso central. Este estudo enfatiza a importância dos biomarcadores no diagnóstico precoce da doença. Por meio de uma revisão de literatura de 2012 a 2022, foram analisados dados que ressaltam a relevância dos biomarcadores para melhorar a avaliação clínica e a compreensão da progressão da doença, além de auxiliar no diagnóstico diferencial de outras demências. Um marcador eficaz pode impactar significativamente a abordagem da doença e possibilitar o desenvolvimento de novas estratégias de tratamento.



gabriely dallabrida

gabriely dallabrida





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

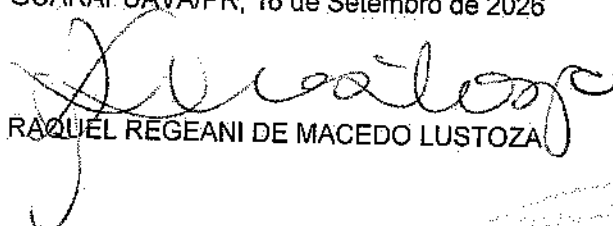
Certidão Negativa
Para Fins Gerais

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:

GABRIELY DALLABRIDA

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

GUARAPUAVA/PR, 16 de Setembro de 2026


RAQUEL REGEANI DE MACEDO LUSTOZA



Certificação





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:

GABRIELLY DALLABRIDA LTDA, inscrita no CNPJ nº 58.603.517/0001-55, estabelecido na Rua Bom Jesus, nº 212, Sala 1904 andar 19 cond ar 3000 – Cabral Cor, Bairro Juvevê, cidade de Curitiba, Estado PR, neste ato representada por sua representante legal a senhora **GABRIELLY DALLABRIDA**, brasileira, médica, portadora do [REDACTED] residente e domiciliado em Guarapuava/PR, detém qualificação tendo desempenhando os seguintes contratos e funções,

CONTRATO Nº 156/2025

INEXIGIBILIDADE Nº 156/2025

CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº: 004/2025

PRAZO VIGÊNCIA: 21/10/2025 a 21/10/2026

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 MUNICÍPIOS 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 MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CIS5ªRS".	
PROFISSIONAL: GABRIELLY DALLABRIDA	CRM: 58560/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 **GABRIELLY DALLABRIDA LTDA**, cumpriu com todas as obrigações contratuais, não existindo em nossos registros nada que desabone a sua conduta.

Guarapuava, 28 de setembro de 2026.


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: consorcio cis5rs@gmail.com

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA CARDIOVASCULAR

SAVC
Profissional
de saúde



American
Heart
Association.

Gabriely Dallabrida

concluiu com êxito as avaliações cognitivas e de habilidades de acordo com o currículo do Programa de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (SAVC) da American Heart Association.

Data de emissão

21 Oct 2024

Nome do Centro de Treinamento

Pontificia Universidade Catolica do Parana

ID do Centro de Treinamento

ZL50565

Cidade e País do Centro de Treinamento

Curitiba, Parana, Brazil

Nome do Centro de Treinamento

Curitiba/PR

Renovar até

Oct 2026

Nome do instrutor

Jose Knopfholz

ID do instrutor

8120116567

Código eCard

255624311771

Código QR



Para visualizar ou verificar a autenticidade, estudantes e funcionários devem digitalizar este código QR com seus dispositivos móveis ou acessar <https://ecards.heart.org/international>. © 2020 American Heart Association. Todos os direitos reservados. 20-2817 10/20

From: Setor de Cadastro
Sent: Thu, 4 Sep 2025 16:07:21 -0300
To: Araucária Contabilidade
Subject: Re: Inclusão cadastro CNES
Attachments: cnes.vcf

Boa tarde,

não emitimos dispensa de cadastro CNES, apenas enviamos o email como anteriormente, referente ao indeferimento da solicitação.

At.te,



Equipe CNES

Secretaria Municipal de Saúde/CCAA/CSCA

Rua Francisco Torres, 830

<https://saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/cnes.html>

De: "Araucária Contabilidade" <araucariacontabilidade@hotmail.com>

Para: "Setor de Cadastro" <cnes@sms.curitiba.pr.gov.br>

Enviadas: Quinta-feira, 4 de setembro de 2025 16:06:06

Assunto: RE: Inclusão cadastro CNES

Boa tarde,

É possível vocês enviarem um documento expedido pela secretaria de saúde, atestando a dispensa do CNES do profissional?

Precisamos desse documento para credenciar o profissional em um estabelecimento onde ele prestará serviços como terceiro.

Atenciosamente;



[Redacted]
Rua Marechal Floriano Peixoto, 1811 - Sala 164 - 16º andar
Bairro: Centro
Guarapuava - PR

CEP 85.010-250

De: Setor de Cadastro <cnes@sms.curitiba.pr.gov.br>

Enviado: quinta-feira, 4 de setembro de 2025 15:48

Para: Araucária Contabilidade <araucariacontabilidade@hotmail.com>

Assunto: Re: Inclusão cadastro CNES

Caro(a),

Agradecemos envio de documentação, e esclarecemos que o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), instituído pela Portaria nº 1.646/GM/MS, de 2 de outubro de 2015,

normatiza o processo de cadastramento de estabelecimentos de saúde em Território Nacional, levando em conta análise da estrutura física, equipamentos, atividades e serviços de saúde desenvolvidos, profissionais habilitados, entre outros. Destacamos: **Art. 3º, item II** *"para efeito desta Portaria considera-se ... estabelecimento de saúde: espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica..."* e **Art. 4º**, *"o cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no CNES são obrigatórios para que todo e qualquer estabelecimento de saúde possa funcionar em território nacional, devendo preceder aos licenciamentos necessários ao exercício de suas atividades, bem como às suas renovações"*.

Observamos dispensa/isenção de Licença Sanitária para o CNPJ 58603517000155 justificado por *"declarar que não exerce a atividade no local ou por se tratar de uma Forma de Atuação que isenta de Lisa, conforme artigo 4º Inciso IV da Resolução Nº 0002/2018"*. Neste contexto a solicitação de cadastramento CNES resulta indeferida, pois entende-se do ponto de vista de questões sanitárias, que o estabelecimento não exerce atividade no local, ou a forma de atuação, ou ainda tipo de instalação, não permite o atendimento no local, não sendo possível caracterizar instalação de Estabelecimento de Saúde no endereço apresentado.

Orientamos informações complementares para confecção de cadastro CNES Curitiba em <https://saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/cnes.html> e acesso à legislação de suporte na íntegra em <https://cnes.datasus.gov.br/pages/legislacoes.jsp>

Atenciosamente,



Equipe CNES

Secretaria Municipal de Saúde/CCAA/CSCA
Rua Francisco Torres, 830
<https://saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/cnes.html>

De: "Araucária Contabilidade" <araucariacontabilidade@hotmail.com>

Para: "cnes" <cnes@sms.curitiba.pr.gov.br>

Cc: andremoreiradesouza557@gmail.com

Enviadas: Quinta-feira, 4 de setembro de 2025 14:40:52

Assunto: Inclusão cadastro CNES

Boa tarde!

Seguem os documentos em anexos para a inclusão do CNES

ATT

CERTIDÃO DE COLAÇÃO DE GRAU

A Secretaria Acadêmica da Universidade do Contestado - UNC, em conformidade com os preceitos legais, confere a GABRIELY DALLABRIDA, brasileira, solteiro, filha de

a presente **CERTIDÃO DE COLAÇÃO DE GRAU DO CURSO DE MEDICINA**, recebendo o título de Médica a fim de que possa gozar das prerrogativas e direitos concedidos pela legislação vigente, considerando que obteve a aprovação em todas as disciplinas correspondentes ao curso de **MEDICINA**, concluído no dia 06/12/2024 e colado grau no dia 13/12/2024.

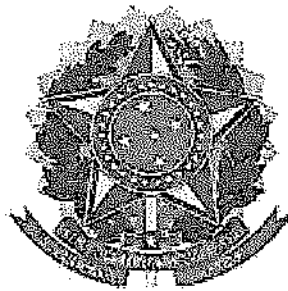
O curso de MEDICINA foi autorizado pelo Decreto 1103, publicado no D.O.E.SC de 28 de março de 2017 e reconhecido pelo Decreto 194, publicado no D.O.E.SC de 28 de junho de 2023, com carga horária total de 7650 horas. A Universidade do Contestado foi reconhecida pela Resolução 42/97/CEE/SC, D.O.E.SC de 03 de dezembro de 1997, publicada no D.O.E.SC Nº 15.816 de 03 de dezembro de 1997 e recredenciada pelo Decreto Nº 600, publicado no D.O.E.SC de 17 de fevereiro de 2016 exarados pelo Conselho Estadual de Educação de Santa Catarina e referendados pelo Estado de Santa Catarina.

A presente certidão de colação de grau é válida pelo período de até 180 (cento e oitenta) dias.

Mafra/SC, 13 de dezembro de 2024.

ALESSANDRA WAGNER JUSVIACKY
Diretora de Processos Regulatórios





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão de Responsabilidade Técnica para PGRSS

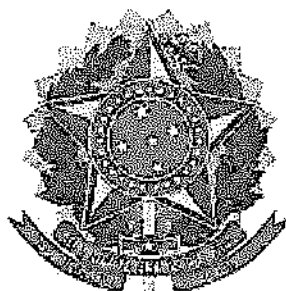
Certificamos, para fins de comprovação de Responsabilidade Técnica junto ao **Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde**, que o(a) médico(a) Dr.(a) **GABRIELY DALLABRIDA**, inscrito(a) no Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **58560**, desde **27/12/2024**, é o(a) responsável, junto a esta Autarquia pelo Consultório Médico, **R CINCO DE OUTUBRO, Nº:2335, CASA, Guarapuava/PR.**

Chave de validação **6e6775746958142a2abe75a2392bbef9adb839dc**

Emitida eletronicamente via internet em **04/09/2025**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão Negativa de Conduta Ético-Profissional

Certificamos, a pedido da parte interessada, que junto aos arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, **nada consta**, na presente data, que desabone a conduta ética-profissional do DR.(A) **GABRIELY DALLABRIDA**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **58560** conforme períodos abaixo:

Períodos

27/12/2024 a presente data

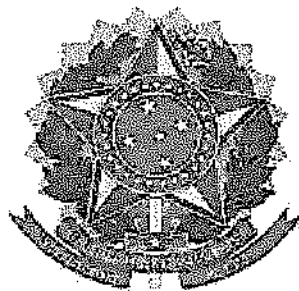
Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. be5c43ef636e2b8831837c48ffe1c9c4a8ea481a

Emitida eletronicamente via internet em **04/09/2025**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **GABRIELY DALLABRIDA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **58560** desde **27/12/2024**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Certidão tem validade até o dia 27/03/2025.

Chave de validação **04b8f58370e975081250af75f8b132d20dbb5031**

Emitida eletronicamente via internet em **27/12/2024**.

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>



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 **07** dia do mês de **outubro** do ano de dois mil e vinte e seis (2026), às **13:50** horas (**treze 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 **GABRIELY DALLABRIDA LTDA inscrita no CNPJ sob o nº58.603.517/0001-55** 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 **GABRIELY DALLABRIDA LTDA inscrita no CNPJ sob o nº58.603.517/0001-55**, 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 **GABRIELY DALLABRIDA LTDA inscrita no CNPJ sob o nº58.603.517/0001-55**, atendeu parcialmente as exigências editalícias, cumprindo os requisitos previstos no **Edital de Credenciamento Nº 002/2026**. Verificou-se que a empresa **GABRIELY DALLABRIDA LTDA inscrita no CNPJ sob o nº58.603.517/0001-55**, não apresentou a seguinte documentação:

- Cópia do Comprovante de Residência dos profissionais que executarão os serviços; DIGITAL OU AUTENTICADO
- 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. DIGITAL OU AUTENTICADO

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]
MATHEUS JOSE DE OLIVEIRA BATISTA
MATRÍCULA Nº 50052

[REDACTED]
RAFAELA GOUVÊA
MATRÍCULA Nº. 47901

[REDACTED]
WILSON ANTÔNIO 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.	OK		
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	OK		

		interposta.			
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;	X		
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	X		

		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.	X		
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	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, 07 de outubro de 2026.


Doris Cristina Ketis
Responsável pelo preenchimento do Checklist



CERTIDÃO DE AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS

CERTIFICO e dou fé que, nesta data, revendo a(s) documentação(ões) apresentada(s) pela empresa **GABRIELY DALLABRIDA LTDA inscrita no CNPJ sob o nº58.603.517/0001-55**, 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:

- Cópia do Comprovante de Residência dos profissionais que executarão os serviços; DIGITAL OU AUTENTICADO
- 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. DIGITAL OU AUTENTICADO

Desta forma, certifico que a informação foi transmitida ao responsável legal da **GABRIELY DALLABRIDA LTDA inscrita no CNPJ sob o nº58.603.517/0001-55**, 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, 07 de outubro de 2026.

[REDACTED]
MARIANA DE CAMPOS MASSUQUETO

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

**CERTIDÃO DE PROTOCOLO DE RECEBIMENTO
DOCUMENTOS FALTANTES**

CERTIFICO e dou fé que, na presente data, aos 08 de outubro de 2026, às 13:30, a empresa, **GABRIELY DALLABRIDA LTDA inscrita no CNPJ sob o nº58.603.517/0001-55**, 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.**

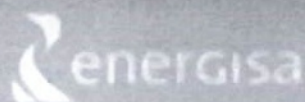
DADOS DA EMPRESA: GABRIELY DALLABRIDA LTDA
RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DOS DOCUMENTOS: GABRIELY DALLABRIDA
TELEFONE [REDACTED]
E-MAIL [REDACTED]

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



GABRIELY DALLABRIDA
Responsável pela entrega da documentação



DANFSE - DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL
DE ENERGIA ELÉTRICA ELETRÔNICA

ENERGISA SUL SUDESTE - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Av. Manoel Ribas, 2525 - Centro
GUARAPUAVA - PR - CEP 85010-100
CNPJ 07.282.377/0070-61 - Ins. Est. 90753313-10

Classificação: ME - MICROEMPRESA - Tipo de Fornecimento: Tensão Nominal em Volts: 220V - Lim. min.: 10 - Lim. max.: 220

TENSÃO NOMINAL EM VOLTS

Disp.: 220

Lim. min.: 10

Lim. max.: 220

REJANE CORREA DA LUZ

NÚMERO DA UC

REF: MÊS / ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

NOTA FISCAL Nº 002932941 - SÉRIE 001
DATA EMISSÃO/APRESENTAÇÃO: 02/10/26

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.fazenda.pr.gov.br/nf3e/consulta>

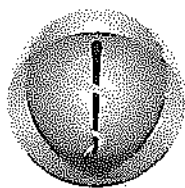
Chave de Acesso:
4126100728237007051650010029329413018163229

EMITIDO EM CONTINGÊNCIA
Pendente de autorização

CIS⁵RS

Certifico que a presente cópia é reprodução
fidel do documento original apresentado

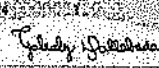
08 / 10 / 26



CFM

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CARTEIRA DE IDENTIDADE MÉDICA

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - PR CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO	
NOME GABRIELY DALLABRIDA	CRAQUE 58950/PR
	
DATA DE EMISSÃO 27/12/2024	LOCAL E DATA DE EXERCÍCIO CURITIBA - PR - 30/12/2024
 ASSINATURA DO PORTADOR	 ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

Os dados biográficos e biométricos apresentados neste documento estão contidos no documento original

Esse é um arquivo assinado digitalmente pelo Conselho Federal de Medicina em conformidade com o padrão de Assinatura Digital ICP Brasil. Caso necessite acesse <https://validar.iti.gov.br> e faça o upload desse documento para aferir a sua conformidade. Você também pode escanear o Código QR ao lado.



Valid



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 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, 08 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 08 dias do mês de outubro do ano de dois mil e vinte e seis (2026), às **13:40 horas (treze horas e quarenta 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 **GABRIELY DALLABRIDA LTDA inscrita no CNPJ sob o nº58.603.517/0001-55** 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 **GABRIELY DALLABRIDA LTDA inscrita no CNPJ sob o nº58.603.517/0001-55**, 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 **GABRIELY DALLABRIDA LTDA inscrita no CNPJ sob o nº58.603.517/0001-55** 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

[REDACTED]
[REDACTED]
RAFAELA GOUVEA
MATRÍCULA Nº. 47901

[REDACTED]
[REDACTED]
WILSON ANTÔNIO 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 **GABRIELY DALLABRIDA LTDA inscrita no CNPJ sob o nº 58.603.517/0001-55** 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 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, 08 de outubro de 2026.
A documentação de habilitação consta no site
<https://cis5rs.com.br/licitacaoView/?id=1029>

[REDACTED]
MARIANA DE CAMPOS MASSUQUETO
Matrícula nº. 48501
Agente de Contratação
PORTARIA n.º 58/2026

[REDACTED]
MATEUS JOSE DE OLIVEIRA BATISTA
MATRÍCULA Nº 50052

[REDACTED]
RAFAELA GOUVEA
MATRÍCULA Nº. 47901

[REDACTED]
WILSON ANTÔNIO BATISTA
MATRÍCULA Nº. 48401