

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS**  
**CREDENCIAMENTO MÉDICO CHAMAMENTO PÚBLICO 02/2026**

**Empresa: DIOGO PINHEIRO GOUVEA ME**

**CNPJ: 27.568.496/0002-31**

| Especialidade |                                                                                                                                                                                                                              | Profissional Responsável             | Valor Unitário |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------|
| Neurologia    |                                                                                                                                                                                                                              | Diogo Pinheiro Gouvêa<br>CRM: 191979 | 157,41         |
| ITEM          | DESCRIPTIVO                                                                                                                                                                                                                  | APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS CORRETOS  |                |
| a)            | Apresentou Carta de Credenciamento assinada pelo responsável legal;<br>(NÃO OBRIGATÓRIO)                                                                                                                                     | Sim (Avaliação anterior)             |                |
| b)            | Apresentou Proposta Comercial padronizada;                                                                                                                                                                                   | Sim (Avaliação anterior)             |                |
| c)            | Apresentou RG do profissional responsável pela empresa e dos médicos;<br>(NÃO OBRIGATÓRIO)                                                                                                                                   | Sim (Avaliação anterior)             |                |
| d)            | Apresentou CPF do profissional responsável pela empresa e dos médicos;<br>(NÃO OBRIGATÓRIO)                                                                                                                                  | Sim (Avaliação anterior)             |                |
| e)            | Contrato social ou estatuto da empresa, com eventuais alterações;                                                                                                                                                            | Sim (Avaliação anterior)             |                |
| f)            | Apresentou Comprovante de Inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ);                                                                                                                                          | Sim (Avaliação anterior)             |                |
| g)            | Comprovante de inscrição no cadastro de contribuintes estadual e/ou municipal, relativo ao domicílio ou sede do credenciante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;<br>(NÃO OBRIGATÓRIO) | Sim (Avaliação anterior)             |                |
| h)            | Alvará de funcionamento emitido pela autoridade competente;                                                                                                                                                                  | Sim (Avaliação anterior)             |                |
| i)            | Apresentou Certidão Negativa de Débitos Municipais (CNDM), expedida pelo Município do seu domicílio;                                                                                                                         | Sim (Avaliação anterior)             |                |

|    |                                                                                                                                                                                                  |                                 |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| j) | Apresentou Certidão Negativa de Débitos Estaduais ou prova de regularidade para com a Fazenda Pública Estadual;                                                                                  | <b>Sim (Avaliação anterior)</b> |
| k) | Apresentou Certidão conjunta negativa de débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, expedida pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional e Receita Federal do Brasil;      | <b>Sim (Avaliação anterior)</b> |
| l) | Apresentou Certificado de Regularidade perante a Seguridade Social;                                                                                                                              | <b>Sim, junto ao item “k”</b>   |
| m) | Apresentou Certificado de Regularidade (CRF) perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS;                                                                                            | <b>Sim - Atual</b>              |
| n) | Apresentou Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), expedida pelo Tribunal Superior do Trabalho;                                                                                        | <b>Sim (Avaliação anterior)</b> |
| o) | Apresentou Certidão Negativa de feitos sobre falência, expedida pelo distribuidor da sede do credenciante;                                                                                       | <b>Sim (Avaliação anterior)</b> |
| p) | Apresentou Comprovação de inscrição do CNPJ da empresa no CREMESP;                                                                                                                               | <b>Sim - Atual</b>              |
| q) | Apresentou Indicação de responsável técnico médico, com comprovação de registro regular no CREMESP;                                                                                              | <b>Sim (Avaliação anterior)</b> |
| r) | Apresentou Comprovação da habilitação dos profissionais (registro no conselho de classe, diploma de graduação e, quando exigido, certificado de conclusão de residência médica);                 | <b>Sim (Avaliação anterior)</b> |
| s) | Apresentou Comprovação de que os profissionais indicados pertencem ao quadro permanente da empresa (participação do Contrato Social ou com contrato de trabalho);                                | <b>Sim (Avaliação anterior)</b> |
| t) | Apresentou Certidão Negativa de “Nada Consta” de Processo com o respectivo Conselho de Classe do(s) profissional(is) que irá(ão) executar os serviços (que não responde a processo disciplinar); | <b>Sim (Avaliação anterior)</b> |
| u) | Apresentou Certidão Negativa de Distribuições de Ações Criminais do(s) profissional(is) que irá(ão) prestar os serviços;                                                                         | <b>Sim - Atual</b>              |
| v) | Apresentou Certidão Negativa de Execução Criminal do(s) profissional(is) que irá(ão) prestar os serviços;                                                                                        | <b>Sim - Atual</b>              |

|           |                                                                                                       |                                 |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>w)</b> | Apresentou Cartão Nacional do SUS dos executores do serviço;                                          | <b>Sim (Avaliação anterior)</b> |
| <b>x)</b> | Apresentou Cópia do comprovante de residência do(s) profissional(is) que irá(ão) prestar os serviços; | <b>Sim (Avaliação anterior)</b> |
| <b>y)</b> | Apresentou Declaração conjunta (modelo do Anexo V).                                                   | <b>Sim - Atual</b>              |

A Comissão de Avaliação de Documentos Técnicos, nomeada pela Portaria nº 9842, de 17 de junho de 2026, manifesta-se **FAVORÁVEL** ao credenciamento solicitado, tendo em vista que a Requerente apresentou, conforme descrito no check-list anexo, todos os documentos exigidos no edital do Chamamento Público nº 002/2026.

Igarapava-SP, 21 de julho de 2026

**Membros da Comissão de Avaliação**

**Andréia Francisco de Paula**  
**Matrícula 2419**

**Maicon Francisco Vieira de Araujo**  
**Matrícula 112.300**

**Kleber Arantes de Sousa**  
**Matrícula 112.306**

**Lucia Helena Ramalho Silva**  
**Matricula 110.695**



## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 2E34-B319-8BF5-92EF

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ KLEBER ARANTES DE SOUSA (CPF 459.XXX.XXX-33) em 21/07/2026 09:33:07 GMT-03:00  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ LÚCIA RAMALHO (CPF 127.XXX.XXX-84) em 21/07/2026 09:52:05 GMT-03:00  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ MAICON FRANCISCO VIEIRA DE ARAUJO (CPF 122.XXX.XXX-21) em 21/07/2026 15:02:53 GMT-03:00  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ ANDREIA FRANCISCO DE PAULA (CPF 194.XXX.XXX-40) em 21/07/2026 15:20:10 GMT-03:00  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/2E34-B319-8BF5-92EF>