



DIÁRIO OFICIAL

CIS-COMCAM

Código 3312025377

QUARTA, 02 DE ABRIL DE 2025

ANO II

EDIÇÃO N° 331

COMUNIQUE-SE, PUBLIQUE-SE E CUMPRA-SE.
Consórcio Intermunicipal de Saúde da
Comunidade dos Municípios da Região de Campo
Mourão - CISCOMCAM

João Douglas Fabrício
Presidente

- ✓ Diário Oficial Assinado Eletronicamente.
- ✓ Em acordo com Validador I.T.I. versão 2.11rc5.

A autenticidade deste documento poderá ser confirmada na página do Diário Oficial na internet, no endereço <https://diario.ciscomcam.com.br/diariooficial> por meio do código de verificação ou QR Code.

SUMÁRIO

► Administração	2
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2025 EXERCÍCIO - 2025/2026	2
► Compras e Licitação	32
TERMO DE RATIFICAÇÃO DISPENSA Nº 02/2025 PROCESSO ADMINISTRATIVO 05/2025	32

Gerado via Sistema de Diário Oficial Eletrônico ® v.2.3.1



CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO

3312025377



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

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2025 EXERCÍCIO – 2025/2026
CRENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CIS-COMCAM, torna público aos interessados por meio deste Chamamento Público que estará contratando empresas privadas Prestadoras de Serviços em Saúde, sem caráter de exclusividade, por meio procedimento de Inexigibilidade para as especialidades oferecidas pelo CIS-COMCAM.

1. PREÂMBULO.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CIS-COMCAM, através da Comissão de Contratação, designada pela Portaria nº 7/2025 e em conformidade com a Lei Federal nº 14.133/21 (Lei de Licitações), Lei Federal nº 8.080/90 (Lei Orgânica do SUS), Lei Federal nº 11.107/2005 (Lei dos Consórcios Públicos), Portaria nº 1.034/10 do Ministério da Saúde (Participação de Instituições Privadas no SUS), Decreto Estadual nº 4.507/09 (Regulamento de Credenciamentos PR), Resolução nº 1613/2001- CFM (Fiscalização da Profissão - Medicina) e demais legislações aplicáveis, TORNA PÚBLICO a realização de **CHAMAMENTO PÚBLICO**, visando a contratação de pessoas jurídicas atuantes na área da saúde, nas especialidades oferecidas pelo CIS-COMCAM, conforme TABELA DE VALORES DO CIS-COMCAM – DISTRIBUÍDAS POR ESPECIALIDADES, tendo como tabela vigente a última tabela atualizada em seu site.

2. DO OBJETO.

2.1 O presente Chamamento Público, tem por sua finalidade comunicar aos interessados que o CIS-COMCAM estará contratando pessoas jurídicas atuantes na área da saúde, por meio de procedimento de Inexigibilidade, para que as interessadas providenciem a documentação necessária nas especialidades oferecidas pelo CIS-COMCAM neste ato convocatório, durante o exercício de 2025/2026.

2.2 As áreas da saúde que serão abrangidas neste Edital de Chamamento Público, e posterior procedimento de inexigibilidade, estão elencadas na TABELA DE VALORES DO CIS-COMCAM – DISTRIBUIDAS POR ESPECIALIDADES, tendo como tabela vigente a última tabela atualizada no site do CIS-COMCAM. As especialidades oferecidas neste Chamamento Público serão aquelas constantes na tabela de nº 04, 05, 08, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22 e 26, contendo suas especialidades, descrições e valores para cada procedimento, exame, consulta, disponíveis no endereço eletrônico: <http://www.ciscomcam.com.br/site/valores/1>

2.3 Os interessados que desejam participar do procedimento de inexigibilidade, deverão encaminhar a documentação pertinente abaixo elencada, devendo ofertarem obrigatoriamente no mínimo 100 (cem) consultas/exames por mês, para sua respectiva especialidade.

2.4 O procedimento adotado para a contratação dos interessados será inexigibilidade, por meio deste Edital de Chamamento Público publicado no Diário Oficial do CIS-COMCAM; Portal Nacional de Compras Públicas – PNCP e Jornal Tribuna do Interior, bem como no site do CIS-COMCAM.

2.5 A contratação será efetivada após o preenchimento dos requisitos de habilitação, os quais serão analisadas pela Comissão de contratação.

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3017-3681 – CEP 87.302-140
 Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM

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

3. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO.

3.1 Poderão optar pelo credenciamento, toda e qualquer profissional da saúde, pessoa jurídica, interessado desde, que sua especialidade e procedimentos estejam contemplados na tabela de valores na última atualização, que mantenham em seus quadros, profissionais habilitados de suas respectivas áreas, que gozem de boa reputação profissional e desde que atendidos os requisitos do item **"6 - DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO"**, bem como atendam as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento de excelência aos pacientes.

3.2 Poderão participar do procedimento de inexigibilidade as pessoas jurídicas inscritas com CNPJ ativo.

3.3 Não poderão participar do procedimento de contratação os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas no art. 156 da Lei nº 14.133/21.

3.4 Não poderão participar do procedimento de contratação os profissionais de saúde integrantes efetivos do quadro de pessoal do CIS-COMCAM.

3.5 Não poderão participar do procedimento de contratação no caso de parentesco entre o integrante do quadro societário da empresa com algum servidor (efetivo ou comissionado) do órgão que efetue a contratação.

4. DA FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO.

4.1 Os interessados poderão inscrever-se para o credenciamento, de acordo com o processo de inexigibilidade nos moldes da Lei nº 14.133/21. Processo que será regulado por este Edital de Chamamento Público.

4.2 Conforme o item 13.1, o Chamamento Público ficará aberto aos interessados no período de 12 (doze) meses contados de sua publicação, podendo ser prorrogado por igual período a critério da administração e mediante parecer jurídico.

4.3 Os interessados poderão apresentar seu credenciamento contendo documentos de habilitação e demais documentos, explícitos nesse edital a partir de 5 (cinco) dias úteis da publicação no PNCP e diário oficial.

4.4 O CIS-COMCAM realizar mensalmente, ou sempre que necessário, o procedimento de inexigibilidade para a efetivação da contratação, desde que a documentação atenda aos requisitos do edital.

4.5 Os contratos oriundos dos processos de inexigibilidade originados por este Chamamento público terão vigência inicial de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por igual período, pelo período máximo de 10 (dez) anos, nos moldes do art. 107 da Lei 14.133/21.

4.6 Estando a empresa declarada credenciada e decorrido o prazo legal de 05 (cinco) dias úteis após a publicação da habilitação e declaração do credenciamento, o contrato poderá ser formalizado pelo prazo de 12 (doze) meses, prorrogável por iguais e sucessivos períodos até o limite máximo de 10 anos.

4.7 Os interessados deverão entregar as documentações para credenciamento pelo site de credenciamento disponível no seguinte link: <https://credenciamento.ciscomcam.com.br/login>;

4.8 Qualquer pessoa poderá entregar a documentação para a empresa interessada, desde que tenha posse do login e senha da pessoa que irá se credenciar.

4.9 O CIS-COMCAM não se responsabilizará por acesso a informações pessoais que possam ser disponibilizadas por acesso fornecidos a terceiros. É de total responsabilidade do credenciado o seu login e senha, tendo total autonomia de compartilhá-la com quem preferir;

4.10 Os interessados em participar do processo de inexigibilidade, poderão ter acesso ao edital e seus

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3017-3681 – CEP 87.302-140
 Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM

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

anexos, após sua publicação, no site <http://www.ciscomcam.com.br/site/editais>, ou podendo solicitar pelo aplicativo de mensagens (44) 99772-0041 ou pelo e-mail: compras@ciscomcam.com.br;

4.11 Toda documentação só será aceita impreterivelmente pelos meios descritos no item 4.7. Não será aceita documentação por outros meios.

4.12 Em caso de solicitação presencial do edital, o interessado deverá trazer qualquer tipo de mídia (CD-ROM, PEN-DRIVE para gravação do edital, não podendo o edital ser impresso por qualquer servidor ou membro da Comissão de Contratação.

5. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

5.1 Para o envio pelo site de credenciamento o credenciado deverá preparar toda a sua documentação em arquivo PDF com tamanho de no máximo 50KB, devendo preencher e assinar todos os anexos e após as devidas edições, e converter em PDF para o envio;

5.2 Os documentos dos profissionais a serem credenciados deverão estar em um único arquivo PDF, não podendo ultrapassar o limite de tamanho do arquivo, conforme o item 5.1 e sendo enviado em local determinado no site;

Parágrafo Único: Os certificados deverão ser digitalizados FRENTE e o VERSO, não será aceito nenhum documento sem assinatura ou com seu devido registro.

6. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

6.1 Antes de começar a separar a documentação, recomenda-se ao credenciado que imprima o checklist (ANEXO VI) a fim de auxiliar na preparação da documentação;

6.2 Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no **Anexo I**;

6.3 Registro comercial, no caso de empresa individual;

6.4 Ato constitutivo, estatuto ou contrato em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e no caso de sociedade por ações, acompanhado dos documentos de eleição de seus atuais administradores;

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

6.6 Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente;

6.7 Documento de identidade dos sócios administradores;

6.8 CPF dos sócios administradores;

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

6.10 Declaração do proponente de que não possui nenhum impedimento, tanto referente à Lei 14.133/21 quanto às demais legislações atinentes à espécie, conforme modelo constante no **Anexo III**;

6.11 Declaração que não possui parentesco consanguíneo ou afim, até 3º grau, com empregados e/ou dirigentes do órgão licitante, conforme modelo constante no **Anexo IV**;

6.12 Todos os anexos deverão ser preenchidos em conformidade com o modelo do anexo, devendo inserir os dados do interessado em todos os campos pertinentes, bem como assinar e preencher com os dados lá solicitados com a identidade visual da empresa a ser credenciada, não podendo constar a identidade visual do Ciscomcam como consta nos modelos de anexos, sob pena de não credenciamento;

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3017-3681 – CEP 87.302-140
 Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



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

- 6.13** Cartão CNPJ conforme última atualização, caso aja alterações no contrato social;
- 6.14** Comprovante atualizado do endereço indicado no documento de constituição ou alteração da empresa;
- 6.15** Certidão Simplificada da Junta Comercial, no caso de empresas constituídas junto as Juntas Comerciais, Certidão do Cartório de Registro de Pessoa Jurídica, tratando-se de empresas constituídas junto aos Cartórios de Pessoa Jurídica **ou** mesmo o relatório de “Consulta QSA / Capital Social” emitido no site da Receita Federal do Brasil, desde que acompanhado com os CPF dos titulares, sócios e representantes legais da Pessoa Jurídica, **emitida com prazo não superior a 60 (sessenta) dias;**
- 6.16** Em caso de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, apresentar o **Anexo V** – Modelo de Declaração de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte;
- 6.17** Em caso de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte apresentar comprovante de opção pelo Simples obtido através do site do Ministério da fazenda: <http://www8.receita.fazenda.gov.br/simplesnacional/aplicacoes.aspx?id=21> ou de outro site público que efetivamente ateste a opção pelo simples, como o <http://www.sintegra.gov.br>
- 6.18** Prova de regularidade fiscal perante a **Fazenda Nacional**, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02/10/2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.
- 6.19** Prova de regularidade fiscal perante a **Fazenda Estadual**, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- 6.20** Prova de regularidade com a **Fazenda Municipal** do domicílio ou sede do licitante, relativa à atividade em cujo exercício contrata ou concorre;
- 6.21** Prova de situação regular perante o **Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS** (art. 27, a, Lei nº 8.036/90), através da apresentação do CRF – Certificado de Regularidade do FGTS;
- 6.22** Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a **Justiça do Trabalho**, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII- A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;
- 6.23** Além do comprovante indicado no item 6.7, deverá apresentar o comprovante de endereço do local onde será executada a prestação de serviço;
- 6.24** Apresentar Alvará ou licença sanitária para funcionamento, conforme o caso, expedido pelo Serviço de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal da sede do licitante do local da prestação de serviço. Caso o documento exigido nesta alínea não indique a sua validade, considerar-se-á o prazo de 24 (vinte e quatro) meses, contados da sua emissão;
- 6.25** Caso a prestação de serviço seja executada em locais públicos como UBS, UPA, Posto de Atendimento Médico ou até mesmo no próprio CIS-COMCAM, fica dispensado a apresentação dos documentos solicitados no item 6.23 e 6.24, devendo inserir o local de atendimento em campo próprio no **Anexo I;**
- Parágrafo Único:** A pessoa jurídica deverá indicar no Anexo I o profissional que executará o(s) serviço(s) ora contratado(s), devendo anexar os seguintes documentos:

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3017-3681 – CEP 87.302-140
 Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



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

6.26 Documentos dos Profissionais.

6.26.1 Documento oficial de identidade;

6.26.2 CPF;

6.26.3 Cópia do cartão SUS;

6.26.4 Comprovante de endereço do profissional o qual prestará o serviço. Este documento é solicitado para incluir no sistema da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Mourão/Pr;

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

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

6.26.7 Para o credenciamento de médicos, apresentar cópia do certificado emitido pelo CRM constando o registro da especialidade pretendida no órgão da classe (Registro de Qualificação de Especialização);

6.26.8 Na ausência do RQE (Registro de Qualificação de Especialização) o profissional poderá entregar cópia(s) (FRENTE E VERSO) do(s) CERTIFICADO(S) DE ESPECIALIZAÇÃO(ÕES) ou CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE RESIDENCIA MÉDIA na especialidade a que se deseja credenciar, podendo ser substituída por declaração de conclusão do curso (com no máximo 12 meses após a conclusão do curso) com devida identificação e autenticação da instituição responsável, declaração ou certidão emitida pelo Conselho pertinente, desde que, devidamente atualizada; ou COMPROVANTE DE EXPERIÊNCIA emitido por instituição devidamente autorizada para atendimento na área da saúde de acordo com a(s) especialidade(s) a ser(em) exercida(s);

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

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

6.27 Documentos do responsável pelo faturamento:

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

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

6.28. Todos os anexos deverão ser preenchidos em conformidade, devendo ser inseridos os dados dos interessados em todos os campos pertinentes, bem como ser assinados e preenchidos todos os dados solicitados, sob pena de não credenciamento.

6.29. Qualquer das certidões, declarações ou documentos do interessado disponíveis via internet não serão impressos pelo CIS-COMCAM, salvo nos casos de flagrante interesse público;

6.30. O CIS-COMCAM **NÃO SE RESPONSABILIZARÁ** por documentação faltante. Os interessados deverão, **OBRIGATORIAMENTE**, entregar toda a documentação exigida no presente edital sob pena de não serem credenciados.

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3017-3681 – CEP 87.302-140
 Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: comras@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM

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

6.31. Em caso de inclusão ou exclusão do profissional habilitado para prestação do serviço, o prestador contratado deverá comunicar o CIS-COMCAM, por meio de documento oficial enviado pelo site de credenciamento disponível no seguinte link: <https://credenciamento.ciscomcam.com.br/login> para que proceda a exclusão do profissional e a inclusão do novo profissional no contrato, enviando toda a documentação do novo profissional conforme item 6.26;

6.32. Para alteração de endereço ou inclusão de novo local de atendimento, o prestador contratado deverá comunicar o CIS-COMCAM, por meio de documento oficial enviado pelo site de credenciamento disponível no seguinte link: <https://credenciamento.ciscomcam.com.br/login>, juntamente com a alteração do contrato social que está relatando a alteração do endereço do CNPJ, bem como o alvará ou licença sanitária das novas instalações;

6.33. Para os casos de acrescentar local de atendimento, além da declaração devidamente preenchida e assinada, deverá encaminhar o alvará ou licença sanitária das instalações de onde serão feitos os atendimentos;

6.34. Até que sejam feitas as devidas atualizações no cadastro e contrato do credenciado, qualquer situação de atendimento e permanecerá como o cadastro original de quando foi feito o credenciamento;

6.35. A alteração será realizada após análise da documentação do profissional com posterior termo aditivo ao contrato.

6.36. Modificações em consultas, exames e procedimentos somente serão permitidas mediante um novo processo de credenciamento, o qual resultará na rescisão do contrato vigente e na formalização de um novo contrato.

7. DO PROCEDIMENTO DO CREDENCIAMENTO

7.1 O credenciamento será amplamente divulgado, através de publicação no Diário Oficial do CIS-COMCAM; Portal Nacional de Compras Públicas – PNCP e Jornal Tribuna do Interior, bem como no site do CIS-COMCAM (www.ciscomcam.com.br), e também com acesso mediante solicitação pelo aplicativo de mensagens (44) 99772-0041 ou pelo e-mail: compras@ciscomcam.com.br.

7.2 Os inscritos serão credenciados segundo a avaliação da Comissão de Contratação dos documentos exigidos no item “6 - DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO”.

7.3 Para renovação do Credenciamento, o responsável pela Unidade contratante deverá proceder, no mínimo anualmente, através da imprensa oficial e de jornal diário ao chamamento público para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos interessados;

7.4 Ressalta-se que é expressamente proibido a solicitação para qualquer um dos membros da Comissão Permanente de Licitação que analise a documentação antes do protocolo. Após o protocolo o membro de Contratação poderá analisar a documentação, e se por ventura a documentação estiver incompleta, o membro solicitará ao interessado que regularize a documentação;

7.5 Os envios realizados por meio do portal de credenciamento, é gerado um protocolo de recebimento da documentação. Contudo, esse protocolo não implica a habilitação imediata do credenciado para a realização de atendimentos.

7.6 A documentação será submetida à análise da Comissão de Contratação e jurídica, caso seja habilitada o mesmo será divulgado no órgão oficial e site do consorcio pelo período de 5 (cinco) dias, não havendo recurso o contrato será formalizado por meio de inexigibilidade. Somente após a assinatura do contrato e o devido contato com os setores de faturamento e agendamento, o credenciado será autorizado a iniciar os atendimentos.

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3017-3681 – CEP 87.302-140
 Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM

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

8. DO CRITÉRIO DE CREDENCIAMENTO.

- 8.1** As pessoas jurídicas serão cadastradas conforme critérios abaixo elencados:
- 8.2** Mediante demanda dos serviços, que por sua vez, é por parte dos municípios credenciados;
- 8.3** Sistema de rotatividade entre todos os credenciados, a partir da ordem de envio por numeração do protocolo gerado pelo sistema de credenciamento;
- 8.4** Ao requerer a inscrição no cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado/prestador de serviços fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no item 6 deste instrumento, bem de sua capacitação profissional;
- 8.5** A atuação do cadastramento no cumprimento de obrigações assumidas será anotada no respectivo registro cadastral.
- 8.6** A qualquer tempo o Termo de Credenciamento/Contrato poderá ser alterado, visando adequar o serviço às condições de execução previstas pelo CIS-COMCAM.
- 8.7** O Termo de Credenciamento/Contrato poderá ser suspenso ou cancelado, se ficar demonstrado que o inscrito deixou de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento, bem como senão atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento de excelência, oportunidade em que haverá imediata abertura para inscrição de novos credenciados.

9. DOS VALORES.

- 9.1** A remuneração pela prestação dos serviços se dará de acordo com cada especialidade, exame, procedimento, consulta, podendo ser localizada acessando o link: <http://www.ciscomcam.com.br/site/valores/1>
- 9.2** Os pagamentos pela execução dos serviços correrão por fontes dos recursos ao qual estará contido no orçamento para os exercícios de 2025/2026;
- 9.3** O presente edital passa a surtir efeitos a partir de sua publicação;
- 9.4** A prestação dos serviços obedecerá a vigência do contrato;
- 9.5** Os contratos extraídos dos Processos de Inexigibilidade oriunda deste chamamento público poderão ser prorrogados por meio de termo aditivo de dilatação de prazo acordado entre as partes, desde que estejam em consonância com parecer jurídico emitido pela instituição em conformidade com o Art. 107 da Lei 14.133/21.

10. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.

- 10.1** O CREDENCIADO deverá enviar os boletos, pedidos e/ou requisições emitidas e autorizadas pelos Municípios, sem rasuras, faturadas no período do primeiro até o último dia do mês, com pagamento a ser realizado até o último dia do mês subsequente.
- 10.2** As guias deverão ser registradas diretamente pelo sistema fornecido pelo CIS-COMCAM. O CIS-COMCAM não se responsabilizará por guias que não forem registradas no sistema e não fara lançamentos das mesmas, implicando em interrompimento de pagamentos dentro do prazo determinado no item 10.2
- 10.3** As guias que não forem recepcionadas, deverão ser trocadas por guias válidas e devidamente apresentadas no sistema fornecido pelo CIS-COMCAM.
- 10.4** Não poderá em hipótese alguma ser inserido nas faturas para pagamento, as consultas, exames e

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3017-3681 – CEP 87.302-140
 Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM

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

procedimentos os quais não foram realizados por falta do paciente, sendo efetuado o pagamento apenas das consultas, exames e procedimento devidamente realizados, mesmo que porventura não sejam preenchidas as consultas/exames/procedimentos disponibilizados pelo CIS-COMCAM.

10.5 Os boletos que não atenderem as especificações do item anterior, serão GLOSADOS, e ficarão à disposição no setor de fatura para a retirada e correção por parte da clínica;

10.6 Após a conferência e posterior elaboração das planilhas pelo Setor de Faturamento do CIS-COMCAM, ficará disponível no site do CISCOMCAM (www.ciscomcam.com.br) os valores para emissão e entrega da Nota Fiscal, na data estipulada pelo Setor de Contabilidade do Consórcio;

10.7 O CIS-COMCAM não se responsabilizará por atraso na entrega das faturas e não se comprometerá em realizar pagamentos de formar acumulativa, de forma que, não comprometera o seu orçamento mensal, ficando o credenciado responsável para entregar as faturas nas datas determinadas;

10.8 A entrega do documento fiscal fora da data estipulada implicará o pagamento com atraso, tendo em vista que a contabilidade do CIS-COMCAM segue as normas da Lei Federal nº 4.320 de 17 de março de 1964 e do Tribunal de Contas do Estado do Paraná;

10.9 Após a entrega do documento fiscal, a Tesouraria do CIS-COMCAM providenciará o pagamento através de transferência bancária, posterior ao repasse de Convênios Públicos, do Recurso SUS e de transferências dos Recursos Próprios dos Municípios consorciados;

10.10 Caso o credenciado apresente irregularidade fiscal no ato do pagamento, este não será retido, entretanto, o credenciado terá a agenda de atendimentos suspensa até a apresentação das certidões regulares, podendo a Administração Pública rescindir o contrato pactuado.

10.11 É de responsabilidade do credenciado deixar claro todas as informações do faturamento na nota fiscal, especificando cada item/procedimento realizado;

10.12 O pagamento pelos serviços, ora credenciados, será individualizado pela natureza da prestação, complexidade e especialidade das respectivas Áreas da Saúde;

10.13 É vedada a cobrança de sobretaxas pelos credenciados, bem como a indução para o serviço particular, sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.

10.14 Não serão realizados pagamentos com contratos vencidos, devendo o prestador se atentar ao vencimento de seu contrato para emissão do documento fiscal.

11. DO CRITÉRIO DE REAJUSTE

11.1 O valor dos procedimentos sofrerá reajuste de acordo com a Resolução 07/2012 e suas alterações, também por outras Resoluções quando necessárias, devidamente publicadas no Diário Oficial do CIS-COMCAM e no Jornal Tribuna do Interior.

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3017-3681 – CEP 87.302-140
 Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



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

12. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

12.1 As dotações orçamentárias pertinentes a este chamamento público estarão consignadas no orçamento anual da entidade para os respectivos exercícios 2025/2026, sendo no exercício de 2025 as seguintes:

63	01.015.10.302.0015.2.023	33.90.39.00.0	01001	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEITOS – PESSOA JURÍDICA
64	01.015.10.302.0015.2.023	33.90.39.00.0	01496	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEITOS – PESSOA JURÍDICA
65	01.015.10.302.0015.2.023	33.90.39.00.0	01499	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEITOS – PESSOA JURÍDICA

13. DO PRAZO DE VIGÊNCIA DO CREDENCIAMENTO E DO CONTRATO DE SERVIÇOS

13.1 O Chamamento Público entrará em vigor após a publicação deste edital no Diário Oficial do CIS-COMCAM; Portal Nacional de Compras Públicas – PNCP, com prazo de vigência de 12 (doze) meses após a sua publicação, podendo ser prorrogado por igual período, mediante parecer jurídico.

13.2 O encerramento do edital poderá ser realizado por interesse da administração pública e será devidamente publicado.

13.3 Os contratos oriundos dos processos de inexigibilidade originados por este Chamamento público terão vigência inicial de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por igual período, pelo período máximo de 10 (dez) anos, nos moldes do art. 107 da Lei 14.133/21.

14. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS.

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

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

14.3 Quando a Contratada não cumprir com as obrigações contratuais assumidas ou com os preceitos legais, serão aplicadas as seguintes sanções, cumulativas ou não, após a apuração de responsabilidade em devido processo e conforme o caso.

14.3.1 Advertência.

14.3.2 Multa de no mínimo 0,5% ou no máximo 2% (dois por cento) sobre o valor global do contrato, conforme a gravidade do caso;

14.3.3 Impedimento de licitar e contratar com o CIS-COMCAM, por prazo não superior a 3 (três) anos.

14.3.4 Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante o CIS-COMCAM, que ocorrerá sempre que o faltoso ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada.

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3017-3681 – CEP 87.302-140
 Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



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

15. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

- 15.1** Durante toda execução do contrato, o credenciado deverá manter as mesmas condições de habilitação;
- 15.2** Manter sempre atualizado o prontuário físico ou eletrônico dos pacientes e o arquivo médico;
- 15.3** Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- 15.4** Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços;
- 15.5** Justificar ao paciente ou a seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto no contrato;
- 15.6** Manter seu consultório em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento;
- 15.7** Notificar o CONTRATANTE de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao CONTRATANTE, no prazo de quinze (15) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas;
- 15.8** Proceder, quando solicitado pelo CIS-COMCAM, o cadastro do serviço junto à Secretaria Municipal de Saúde de Campo Mourão, sob pena de suspensão dos pagamentos referentes aos serviços prestados;
- 15.9** Seguir as diretrizes do SUS nas prescrições médicas de medicamentos, ou seja, seguir a RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do SUS, bem como a Relação de Medicamentos Regional elaborada pela 11ª Regional de Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica que constará na lista a ser disponibilizada pelo CISCOMCAM;
- 15.10** Seguir as diretrizes do SUS nas prescrições médicas tanto de medicamento quanto de exames de acordo com as orientações do CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, as quais disponibilizam todas as orientações sobre os PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, auxiliando os médicos no trabalho diário e diminuindo a judicialização no SUS, conforme Lei 12.401/2011, que altera a Lei 8.080/1990;
- 15.11** Responder por escrito as demandas apresentadas junto as Ouvidorias (CIS-COMCAM, Municípios e Regional de Saúde), prestando os esclarecimentos detalhados nos prazos estipulados;
- 15.12** Emitir contra referência, por meio manual ou eletrônico, da condição clínica ou de tratamento do paciente, para Unidade de Saúde da origem do encaminhamento.
- 15.13** O Credenciado não poderá cobrar do paciente, ou seu acompanhante, qualquer complementação, a qualquer título, aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste contrato.
- 15.14** Os credenciados só poderão realizar alterações na agenda com prazo de 30 (trinta) dias de antecedência, devendo comunicar a alteração no prazo pré estabelecido por escrito e com justificativa, podendo enviar o comunicado pelo e-mail fatura@ciscomcam.com.br.
- 15.15** Os credenciados somente poderão bloquear a agenda com prazo de 72 horas de antecedência, devendo comunicar o CIS-COMCAM por escrito e com justificativa, tendo que disponibilizar no prazo de 15 (quinze) dias outra data para que supra o dia da ausência.

16. DA DIVISÃO DOS ATENDIMENTOS.

- 16.1** Não será estipulado número limite de credenciados para cada especialidade.
- 16.2** A forma de divisão dos atendimentos para os Municípios que fazem parte do CIS-COMCAM ficara

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3017-3681 – CEP 87.302-140
 Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM

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

por conta de cada Município.

16.3 Os Municípios integrantes do CIS-COMCAM absorveram os atendimentos em números que lhe convierem, podendo direcionar aos credenciados dentro da sua cota disponibilizada.

16.4 Os credenciados não poderão remarcar nenhum tipo de exame a não ser por revisões técnicas justificáveis.

17. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

17.1 O presente Edital será divulgado no Diário Oficial do CIS-COMCAM; Portal Nacional de Compras Públicas – PNCP e Jornal Tribuna do Interior, bem como no site do CIS-COMCAM (www.ciscomcam.com.br).

17.2 Qualquer pessoa poderá impugnar o presente Edital, com antecedência mínima de 03 (três) dias úteis da data prevista para início da entrega dos envelopes, devendo protocolar as razões de impugnação via correio, presencial ou no e-mail: compras@ciscomcam.com.br. A resposta às impugnações caberá à Comissão de Contratação.

17.3 Os pedidos de esclarecimentos, decorrentes de dúvidas na interpretação deste Edital e de seus anexos, deverão ser encaminhados com antecedência mínima de 02 (dois) dias úteis da data prevista para início da entrega dos envelopes, devendo protocolar as razões de impugnação via correio, presencial ou no e-mail: compras@ciscomcam.com.br. Os esclarecimentos serão prestados por qualquer membro da Comissão de Contratação.

17.4 As impugnações e pedidos de esclarecimentos não suspendem os prazos previstos no Edital. As respostas às impugnações e os esclarecimentos prestados serão juntados nos autos do processo de Chamamento Público e de Inexigibilidade e estarão disponíveis para consulta por qualquer interessado.

17.5 Eventual modificação no Edital, decorrente das impugnações ou dos pedidos de esclarecimentos, ensejará divulgação pela mesma forma que se deu o texto original, alterando-se o prazo inicialmente estabelecido somente quando a alteração afetar a formulação dos documentos exigidos ou o princípio da isonomia.

17.6 A Comissão de Contratação resolverá os casos omissos e as situações não previstas no presente Edital, observadas as disposições legais e os princípios que regem a administração pública.

17.7 A qualquer tempo, o presente Edital poderá ser revogado por interesse público ou anulado, no todo ou em parte, por vício insanável, sem que isso implique direito a indenização ou reclamação de qualquer natureza.

17.8 O proponente é responsável pela fidelidade e legitimidade das informações prestadas e dos documentos apresentados em qualquer fase do Chamamento Público. A falsidade de qualquer documento apresentado ou a inverdade das informações nele contidas poderá acarretar a eliminação da proposta apresentada, a aplicação das sanções administrativas cabíveis e a comunicação do fato às autoridades competentes, inclusive para apuração do cometimento de eventual crime. Além disso, caso a descoberta da falsidade ou inverdade ocorra após a celebração da parceria, o fato poderá dar ensejo à rescisão do instrumento e/ou aplicação das sanções de que trata a Lei nº 14.133/21.

17.9 O presente Edital terá vigência de 12 meses a contar da data de sua publicação, podendo ser prorrogado por igual período, mediante parecer jurídico.

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3017-3681 – CEP 87.302-140
 Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



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

17.10 Comissão de Contratação ficará responsável por este procedimento de Chamamento Público para dirimir quaisquer dúvidas e omissões quanto ao Edital, qualquer assunto que ultrapassar sua alçada será remetido a Autoridade Competente representada pela Coordenação do Ciscamcam e Assessor Jurídico da Presidência do Ciscamcam.

Campo Mourão, 01 de abril de 2025

Joana Darc da Silva

1º Membro da Comissão de Contratação

Portaria nº 07/2025

Alexandro Sebastião dos Santos

2º Membro da Comissão de Contratação

Portaria nº 07/2025

Luana Soares Gomes

3º Membro da Comissão de Contratação

Portaria nº 07/2025



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

ANEXO I

**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA
 JURÍDICA**

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS ATUANTES DA ÁREA DA SAÚDE divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CISCOMCAM, por meio do EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO 1/2025, objetivando a prestação de serviços nos termos do chamamento público.

Declaro que a interessada cumpre e acata as normas estabelecidas no edital de credenciamento, que estou plenamente ciente do teor e da extensão deste documento, bem como que cumpro os requisitos de habilitação, conforme documentos apresentados em anexo.

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ nº:

Inscrição Estadual:

Micro Empresa: () Não () Sim

Optante Simples: () Não () Sim

Número do CNAE Nacional: **Descrição:**

Endereço:

Município: **UF:**

CEP:

Telefone Comercial: () **Telefone Celular:** () **DADOS BANCÁRIOS:**

BANCO:	CÓDIGO DO BANCO:	AGÊNCIA:
TIPO DE CONTA:	OPERAÇÃO:	Nº DA CONTA:
CIDADE E UF DA AGENCIA:		

REPRESENTANTE LEGAL	REGISTRO GERAL – RG ÓRGÃO EMISSOR	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA CPF

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO / EXAME	QUANTIDADE

PROFISSIONAL HABILITADO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROFISSIONAL	ADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL ÓRGÃO EMISSOR	Nº REGISTRO CONSELHO COMPETENTE	TELEFONE

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3017-3681 – CEP 87.302-140

Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01

www.ciscomcam.com.br / e-mail: comoras@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM

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

--	--	--	--	--

RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO

NOME	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF	REGISTRO GERAL DE RGIÃO EMISSÃO	E-MAIL	TELEFONE

ESPECIALIDADES

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

LOCAL ONDE SERÁ FEITO OS ATENDIMENTOS/PROCEDIMENTOS

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

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3017-3681 – CEP 87.302-140
Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM

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

ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

A empresa (Razão Social da interessada), inscrita no CNPJ sob nº (número), sediada na Rua _____, nº _____, (bairro/jardim) na cidade de (cidade), através representante legal, (nome, RG e CPF), declara, sob as penas da Lei, que:

- a) não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;
- b) não está impedido de transacionar com a Administração Pública;
- c) não foi apenada com rescisão de contrato, quer por deficiência dos serviços, quer por outro motivo igualmente grave, no transcorrer dos últimos 5 (cinco) anos;
- d) não incorre nas demais condições impeditivas previstas na Lei Federal nº 14.133/21 e alterações posteriores. Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA

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

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140
Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: comoras@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM

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

ANEXO III

MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

(Razão Social da Empresa), estabelecida na (endereço completo), inscrita no CNPJ sob nº , neste ato representada pelo seu (representante / sócio / procurador), no uso de suas atribuições legais, vem: **DECLARAR**, para fins de participação neste procedimento licitatório em pauta, sob as penas da Lei, que inexistente qualquer fato impeditivo a sua participação na licitação citada, que não foi declarada inidônea e que não está suspensa de participar em processos de licitação ou impedida de contratar com a Administração Pública, e que se compromete a comunicar ocorrência de fatos supervenientes.

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140
 Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: comoras@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM

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

ANEXO IV

MODELO DE DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

Eu, (nome completo pessoa física), carteira de identidade nº (número do RG) expedida pela, (órgão emissor) inscrito no CPF sob nº(número do CPF), Representante legal da inscrita no CNPJ sob o nº (nº do CNPJ), DECLARO, sob as penas da Lei, para os devidos fins que não possuo parentesco consanguíneo ou afim, até 3º grau, com empregados e/ou dirigentes do órgão licitante.

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140
Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM

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

ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA
REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

O representante legal da Empresa (**PROPONENTE**), na qualidade de Proponente do procedimento licitatório sob a modalidade inexigibilidade, instaurado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região da Comcam – CIS-COMCAM, declara para os fins de direitos que a referida empresa se enquadra na condição de Micro Empresa ou Empresa de Pequeno Porte, nos termos da Lei Complementar nº 123/2006 e que não possui nenhum dos impedimentos previstos no artigo 3º, § 4º, da mencionada lei.

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140
Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: comras@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM

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

ANEXO VI LISTA DE DOCUMENTOS

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)
(Não é obrigatório a entrega desse anexo. Apenas caráter informativo)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

RESPONSÁVEL DO CNPJ:

RESPONSÁVEL DO DOCUMENTAÇÃO:

CONTATO:

ITEM EDITAL	DOCUMENTOS e ANEXOS	SIM	NÃO
	DOCUMENTAÇÃO DO CNPJ		
6.2	Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no Anexo I		
6.3	Registro comercial, no caso de empresa individual		
6.4	Ato constitutivo, estatuto ou contrato em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e no caso de sociedade por ações, acompanhado dos documentos de eleição de seus atuais administradores		
6.5	Inscrição do ato constitutivo no caso de sociedades civis, acompanhada de documentação que identifique a Diretoria em exercício		
6.6	Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente.		
6.7	Cópia da cédula de identidade dos sócios administradores		
6.8	Cópia do CPF dos sócios administradores		
6.9	Declaração de idoneidade, conforme modelo constante no Anexo II		
6.10	Declaração do proponente de que não possui nenhum impedimento, tanto referente à Lei 14.133/21 quanto às demais legislações atinentes à espécie, conforme modelo constante no Anexo III		
6.11	Declaração que não possui parentesco consanguíneo ou afim, até 3º grau, com empregados e/ou dirigentes do órgão licitante, conforme modelo constante no Anexo IV		
6.12	Todos os anexos deverão ser preenchidos em conformidade com o modelo do anexo, devendo inserir os dados do interessado em todos os campos pertinentes, bem como assinar e preencher com os dados lá solicitados, sob pena de não credenciamento		
6.13	Cartão CNPJ		
6.14	Comprovante atualizado do endereço indicado no documento de constituição ou alteração da empresa		
6.15	Certidão Simplificada da Junta Comercial, no caso de empresas constituídas junto as Juntas Comerciais, Certidão do Cartório de Registro de Pessoa Jurídica, tratando-se de empresas constituídas junto aos Cartórios de Pessoa Jurídica ou mesmo o relatório de "Consulta QSA / Capital Social" emitido no site da Receita Federal do Brasil, desde que acompanhado com os CPF dos titulares, sócios e representantes legais da Pessoa Jurídica, emitida com prazo não superior a 60 (sessenta) dias		
6.16	Em caso de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, apresentar o Anexo V – Modelo de Declaração de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte		
6.17	Em caso de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte apresentar comprovante de opção pelo Simples obtido através do site do Ministério da fazenda		
6.18	Certidão Negativa da Receita Federal		
6.19	Certidão Negativa Estadual, independentemente de ter ou não, inscrição estadual		
6.20	Certidão Negativa Municipal, a qual, a sede do CNPJ está instalada		

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140

Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01

www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM

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

6.21	Certificado de Regularidade do FGTS		
6.22	Certidão Negativa da Justiça do Trabalho		
6.23	Comprovante de endereço do local onde será executada a prestação de serviço		
6.24	Alvará ou licença sanitária para funcionamento, conforme o caso, expedido pelo Serviço de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal da sede do licitante do local da prestação de serviço		

DOCUMENTAÇÃO DO PROFISSIONAL

		SIM	NÃO
6.26.1	Cópia do RG		
6.26.2	Cópia do CPF		
6.26.3	Cópia do cartão SUS		
6.26.4	Comprovante de endereço do profissional o qual prestará o serviço		
6.26.5	Cópia da Carteira Profissional do respectivo conselho da classe		
6.26.6	Cópia do Diploma de graduação (FRENTE E VERSO) em ensino superior e outros de habilitação à prestação dos serviços credenciados		
6.26.7	Certificado emitido pelo CRM constando o registro da especialidade pretendida no órgão da classe (Registro de Qualificação de Especialização)		
6.26.8	Cópia(s) do(s) CERTIFICADO(S) DE ESPECIALIZAÇÃO(ÕES) ou COMPROVANTE DE EXPERIÊNCIA de acordo com a(s) atividade(s) a ser(em) exercida(s), podendo ser substituída por declaração de conclusão de cursos, declaração de conclusão de residência médica na especialização da área pretendida a ser credenciada, declaração ou certidão emitida pelo Conselho pertinente, desde que, devidamente atualizada		
6.26.9	Cópia do alvará ou licença sanitária do local que prestará o serviço		
6.26.10	Número do telefone celular e e-mail		
DOCUMENTAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO			
6.27.1	Cópia do RG		
6.27.2	Número do telefone celular e e-mail		

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140
 Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM

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

ANEXO VII MODELO DE DECLARAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO DA RAZÃO SOCIAL

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

(Razão Social da Empresa), estabelecida na (endereço completo), inscrita no CNPJ sob nº , neste ato representada pelo seu (representante / sócio / procurador), no uso de suas atribuições legais, vem: DECLARAR, para fins de atualização do cadastro do Processo Administrativo ___/202___, Inexigibilidade ___/___, sob as penas da Lei, que o foi alterado para (endereço completo), conforme atualização do novo endereço e criação de filiais no Contrato Social, Alvará de Funcionamento e a Licença Sanitária da empresa onde os serviços serão efetivamente prestados, devidamente atualizados me comprometendo a anexar esse documentos supracitados acima a essa declaração.

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140
Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: comras@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM

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

ANEXO VIII
MODELO DE DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO
EM OUTRA RAZÃO SOCIAL
(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

(Razão Social da Empresa), estabelecida na (endereço completo), inscrita no CNPJ sob nº , neste ato representada pelo seu (representante / sócio / procurador), no uso de suas atribuições legais, vem: DECLARAR, para fins de participação neste procedimento licitatório em pauta, sob as penas da Lei, que o profissional representante do CNPJ citado, estará prestando atendimento (Razão Social da Empresa), estabelecida na (endereço completo), inscrita no CNPJ sob nº, e se compromete anexar junto a este documento o Alvará de Funcionamento e a Licença Sanitária da empresa onde os serviços serão efetivamente prestados, devidamente atualizados

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140
Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: comoras@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM

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

ANEXO IX MODELO DE SOLICITAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO DE PROFISSIONAL

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

(Razão Social da Empresa), estabelecida na (endereço completo), inscrita no CNPJ sob nº , neste ato representada pelo seu (representante / sócio / procurador), no uso de suas atribuições legais, vem: SOLICITAR, para fins de participação neste procedimento de credenciamento pela INEXIGIBILIDADE (nº da inexigibilidade), sob as penas da Lei, a SUBSTITUIÇÃO do profissional (NOME), portador do RG (Nº) pelo profissional (NOME), portador do RG (Nº) e do CPF (Nº) inscrito no CRM – (UF) sob o nº (0000) para atendimento em (especificar se é consultas ou procedimentos) na especialidade (.....) sendo a inclusão por aditivo no CONTRATO Nº/ANO. E se compromete anexar junto a este documento os documentos comprobatórios que é exigido no Edital de Chamamento Público 1/2025, item 6.26, devidamente atualizados.

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140
Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM

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

ANEXO X SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE PROFISSIONAL

(em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

(Razão Social da Empresa), estabelecida na (endereço completo), inscrita no CNPJ sob nº , neste ato representada pelo seu (representante / sócio / procurador), no uso de suas atribuições legais, vem: SOLICITAR, para fins de participação neste procedimento de credenciamento pela INEXIGIBILIDADE (nº da inexigibilidade), sob as penas da Lei, a inclusão do profissional (NOME), portador do RG (Nº) e do CPF (Nº) inscrito no CRM – (UF) sob o nº (0000) para atendimento em (especificar se é consultas ou procedimentos) na especialidade (.....) sendo a inclusão por aditivo no CONTRATO Nº/ANO. E se compromete anexar junto a este documento os documentos comprobatórios que é exigido no Edital de Chamamento Público 1/2025, item 6.26, devidamente atualizados.

Por ser verdade, assina a presente

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

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

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140
Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: comoras@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM

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

ANEXO XI MINUTA DE CONTRATO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO Nº «Número_Contrato»/«Ano_Contrato»

Processo: nº «Número_Contrato»/«Ano_Contrato»«Número_Processo»
«Modalidade» Nº «Número_Licitação»/«Ano_Licitação»

Ementa: «Objeto»

Contratante: «Entidade», sob a sigla CIS-COMCAM, pessoa Jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob nº «CNPJ», com endereço à «Endereço», «Bairro», CEP «CEP», «Cidade» - «Estado_Sigla», neste ato representado por seu Presidente, «Nome_Presidente», portador (a) do RG sob nº «RG» SSP-PR e CPF/MF nº «CPF».

Contratado: «Nome_Fornecedor», pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº «CNPJ_CPF_Fornecedor» com endereço à «Endereço_Fornecedor», «Bairro_Fornecedor», CEP «CEP_Fornecedor», «Cidade_Fornecedor» - «Estado_Sigla_Fornecedor», neste ato representado por «Nome_Representante», portador (a) do RG sob nº «RG_Representante» SSP-PR e CPF/MF nº «CPF_Representante»

As partes acima nomeadas e qualificadas têm entre si, justas e acordadas, celebrar o presente Contrato, devidamente autorizado pelo **Processo Licitatório** «Número_Contrato»/«Ano_Contrato» «Modalidade» Nº «Número_Licitação»/«Ano_Licitação», que se regerá pelas normas da Lei Federal nº 14.133/2021 e pelas condições que estipulam a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA (DO OBJETO): «Objeto»

PARÁGRAFO ÚNICO: Integram e completam o presente Contrato, para todos os fins de direito, obrigando as partes em todos os termos, as condições da proposta da CONTRATADA, bem como as especificações contidas no Edital de «Modalidade» Nº «Número_Licitação»/«Ano_Licitação» e seus Anexos.

CLÁUSULA SEGUNDA (DO PRAZO E VIGÊNCIA): O presente instrumento será realizado pela CONTRATADA, no prazo de «Término_Vigência» a «Término_Vigência»

CLÁUSULA TERCEIRA (VALOR E CONDIÇÃO DE PAGAMENTO): O CONTRATANTE pagará à CONTRATADA a importância total de «Valor_do_contrato», em moeda corrente nacional, sendo obrigatório a apresentação da respectiva nota fiscal, mediante crédito em conta corrente.

CLÁUSULA QUARTA (DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA): As despesas decorrentes deste instrumento de contrato, ocorrerão por conta de Dotação Orçamentária nº.:

«Dotação_Completa»

CLÁUSULA QUINTA (RESPONSABILIDADES DO CONTRATANTE): Caberá ao CONTRATANTE efetuar o pagamento conforme descrito no Processo Licitatório acima epigrafado, de acordo com o estabelecido na Cláusula Terceira.

CLÁUSULA SEXTA (RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA): A CONTRATADA obriga-se a manter, durante a vigência do Contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, bem como todas as condições exigidas para esta contratação, devendo comunicar ao CONTRATANTE, imediatamente, qualquer alteração que possa comprometer a manutenção do presente.

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140
Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM

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

PARÁGRAFO PRIMEIRO: A CONTRATADA não poderá ceder ou transferir a terceiros, os direitos e obrigações decorrentes deste contrato, sem a prévia e expressa concordância do CONTRATANTE.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Fica avençado entre as partes que a CONTRATADA se responsabiliza por todos os danos e prejuízos causados a terceiros, ficando o CONTRATANTE isento de qualquer responsabilidade civil ou ressarcimento de eventuais despesas.

PARÁGRAFO TERCEIRO: A CONTRATADA se responsabiliza por todas as dívidas porventura advindas da presente locação junto ao comércio ou indústria, ficando o CONTRATANTE isento de quaisquer responsabilidades perante as mesmas.

CLÁUSULA SÉTIMA: PENALIDADES

- 1) Penalidade Rescisória
- 2) Penalidade por Inadimplência

PARÁGRAFO ÚNICO: As penalidades previstas nesta cláusula serão aplicadas sem prejuízo das cominações estabelecidas na Lei Federal nº 14.133/2021.

CLÁUSULA OITAVA (RESCISÃO): O presente Contrato poderá ser rescindido caso ocorram quaisquer dos fatos elencados no Artigo 137 e seguintes da Lei Federal nº 14.133/2021.

PARÁGRAFO ÚNICO: A CONTRATADA reconhece os direitos do CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa, prevista no Artigo 137 da Lei Federal nº 14.133/2021.

CLÁUSULA NONA (ALTERAÇÃO): A alteração de qualquer das disposições estabelecidas neste Contrato somente se reputará válida se tomadas expressamente em Termo Aditivo, que ao presente se aderirá, passando a dele fazer parte.

CLÁUSULA DÉCIMA (LEGISLAÇÃO APLICÁVEL): O presente Contrato rege-se pelas disposições expressas na Lei Federal nº 14.133/2021, e pelos preceitos de direito público, aplicando sê-lhe, supletivamente, os princípios da Teoria Geral dos Contratos e as disposições de Direito Privado.

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA (CONDIÇÕES GERAIS): Todos os encargos sociais e trabalhistas, bem como tributos de qualquer espécie, que venham a ser devidos em decorrência do presente, correrão por conta da CONTRATADA.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA (CASOS OMISSOS): Os casos omissos serão dirimidos de comum acordo entre as partes, com base nas legislações em vigor, em especial pela Lei Federal nº 14.133/2021.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA (FISCAL DO CONTRATO): Fica designado como fiscal do Contrato o servidor efetivo «Nome_Servidor», inscrito no CPF nº «Número_CPF», matrícula «Número_Matrícula», designado pela Portaria nº «Número_Portaria».

CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA (FORO): As partes contratantes ficam obrigadas a responder pelo cumprimento deste avençamento perante o foro da Comarca de Campo Mourão, Estado do Paraná, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja ou se torne.

E, por estarem assim justas e contratadas, assinam este Instrumento em duas (02) vias de igual teor e forma, para um só efeito legal, juntamente com as testemunhas.

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140

Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01

www.ciscomcam.com.br / e-mail: comras@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM

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

Campo Mourão, «Data_Assinatura».

«Nome_Representante»

Representante Legal

«Nome_Presidente»

Presidente do CIS-COMCAM

«Nome_Coordenador»

Coordenador do CIS-COMCAM

«Nome_Fiscal»

Fiscal de Contrato - Portaria n°

«Número_Portaria»

CPF n° «Número_Portaria»

Testemunha:

1 - _____

«Nome_Testemunha»

«Cargo_Testemunha»

CPF N° «CPF_Testemunha»

2 - _____

«Nome_Testemunha»

«Cargo_Testemunha»

CPF N° «CPF_Testemunha»

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140

Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01

www.ciscomcam.com.br / e-mail: comoras@ciscomcam.com.br



CIS-COMCAM

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

ANEXO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO Nº

«Número_Contrato»/«Ano_Contrato»

Contratante: «Entidade», sob a sigla CIS-COMCAM, pessoa Jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob nº «CNPJ», com endereço à «Endereço», «Bairro», CEP «CEP», «Cidade» - «Estado_Sigla», neste ato representado por seu Presidente, «Nome_Presidente», portador (a) do RG sob nº «RG» SSP-PR e CPF/MF nº «CPF».

Contratado: «Nome_Fornecedor», pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº «CNPJ_CPF_Fornecedor» com endereço à «Endereço_Fornecedor», «Bairro_Fornecedor», CEP «CEP_Fornecedor», «Cidade_Fornecedor» - «Estado_Sigla_Fornecedor», neste ato representado por «Nome_Representante», portador (a) do RG sob nº «RG_Representante» SSP-PR e CPF/MF nº «CPF_Representante».

Objeto: «Objeto»

Vigência: «Data_Assinatura» à «Término_Vigência».

Legislação Pertinente: Processo Licitatório n. «Número_Processo»/«Ano_Licitação»
«Modalidade» n. «Número_Licitação»/«Ano_Licitação»

Data: Campo Mourão, «Data_Assinatura».

Signatários do Contrato:

CONTRATANTE: «Nome_Presidente»
CONTRATADA: «Nome_Fornecedor»
COORDENADOR: «Nome_Coordenador»
FISCAL DE CONTRATO: «Nome_Fiscal»
TESTEMUNHA 1: «Nome_Testemunha»
TESTEMUNHA 2: «Nome_Testemunha»

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3523-3684 – CEP 87.302-140
Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br

autentique

Autenticação eletrônica 30/30
 Data e horários em GMT -3:00 Sao Paulo
 Última atualização em 01 abr 2025 às 17:02
 Identificador: 9763f6f3049488366511105e1855eb6622bc8ae46d9a6185a

Página de assinaturas



Joana Silva
 058.222.369-52
 Signatário



Luana Gomes
 094.878.469-56
 Signatário



Alexandro Santos
 019.886.109-58
 Signatário

HISTÓRICO

- | | | |
|-------------------------|---|---|
| 01 abr 2025
16:45:52 |  | Dulce Pereira Francisco Zulin criou este documento. (Email: dulce_pfran@hotmail.com, CPF: 045.159.209-36) |
| 01 abr 2025
16:46:36 |  | Joana Darc da Silva (Email: ouvidoria@ciscomcam.com.br, CPF: 058.222.369-52) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |
| 01 abr 2025
16:46:49 |  | Joana Darc da Silva (Email: ouvidoria@ciscomcam.com.br, CPF: 058.222.369-52) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |
| 01 abr 2025
17:02:14 |  | Alexandro Sebastião Dos Santos (Email: alexandro_s_s@hotmail.com, CPF: 019.886.109-58) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |
| 01 abr 2025
17:02:22 |  | Alexandro Sebastião Dos Santos (Email: alexandro_s_s@hotmail.com, CPF: 019.886.109-58) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |
| 01 abr 2025
16:48:56 |  | Luana Soares Gomes (Email: luana07soares@gmail.com, CPF: 094.878.469-56) visualizou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |
| 01 abr 2025
16:51:55 |  | Luana Soares Gomes (Email: luana07soares@gmail.com, CPF: 094.878.469-56) assinou este documento por meio do IP 179.49.176.70 localizado em Campo Mourão - Paraná - Brazil |



Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
 Hash SHA256 do PDF original 8330405e887b1e9ad32a22ed1d964cb75f99784d8e61a7af3d4c9e061e2df8cf
<https://verificador.ciscomcam.com.br/9763f6f3049488366511105e1855eb6622bc8ae46d9a6185a>



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

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM PERTENCENTE A 11ª REGIONAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO / PR.

**TERMO DE REFERÊNCIA
(Lei Federal nº 14.133/2021)**

**TERMO DE RATIFICAÇÃO
DISPENSA Nº 02/2025
PROCESSO ADMINISTRATIVO 05/2025**

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM, Inscrição no CNPJ: 95.640.322/0001-01, com sede à rua Mamborê, 1542- centro, Campo Mourão -Pr nos termos do inciso IV do Art. 75 e a PORTARIA Nº 004/2024 DE 18/01/2024. e demais regulamentações, **COMUNICA QUE**; Por intermédio do Departamento de licitações, **RATIFICA** a **DISPENSA** em favor RODO SERVIÇO LTDA CNPJ 00.688.075/0004-50 com sede/domicílio na(o) rua Trento 19 LT 3ª QD 11 no jardim Montecantini, Cambé- Pr cep 86186-190 , - OBJETO: **CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ALTORIZADA PARA REALIZAÇÃO DE MANUTENÇÃO DOS Veículos VOLARE W9C EXECUTIVO EURO VI – PLACAS TAN 9J03 E TAN 9J05 PERTENCENTES A FROTA DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM PERTENCENTE A 11ª REGIONAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO / PR.**

VALOR TOTAL R\$ 7.087,12 (SETE MIL E OITENTA E SETE REAIS E DOZE CENTAVOS).

Campo Mourão -PR, 02 de abril de 2025.

**JOANA DARC DA SILVA
1º COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO
PRESIDENTE DA COMISSÃO DE LICITAÇÃO**

Ratifico por este termo a **DISPENSA Nº 02/2025**

JOAO DOUGLAS
FABRICIO:60611537915

Assinado digitalmente por JOAO DOUGLAS
FABRICIO:60611537915
DN: cn=JOAO DOUGLAS
FABRICIO:60611537915, ou=BR, ou=CP-
Brasil, ou=Certificado PF A1,
email=joaodouglasfabricio23@gmail.com
Data: 2025.04.02 11:13:38 -0300

**JOÃO DOUGLAS FABRICIO
PRESIDENTE CIS-COMCAM
PREFEITO DE CAMPO MOURÃO-PR**

Rua Mamborê, 1542 – Fone (44) 3017-3681 – CEP 87.302-140
Campo Mourão – Paraná. CNPJ: 95.640.322/0001-01
www.ciscomcam.com.br / e-mail: compras@ciscomcam.com.br