

**PROCURAÇÃO****OUTORGANTE (s):**

CAROLINA CARMONA FREITAS, BRASILEIRA, natural de  
CORNÉLIO PROCÓPIO/PR, médico(a), nascido em 28/09/1990,  
residente e domiciliado(a) na rua R. DEP MARIO DE BARROS, 876,  
bairro JUVEVE, na cidade de CURITIBA /UF  
PR CEP 805530280, portador do RG nº 109340294 SSP/PR,  
CPF sob nº 063.546.629-59, e CRM/ PR nº 037019;

**OUTORGADO(s):**

**ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO**, brasileiro, médico, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 763.109.659-72, residente e domiciliado na Rua Visconde de Guarapuava, 5000, apt 901, Batel, Curitiba/PR. CEP: 80.240-010. Curitiba Estado do Paraná.

Por este instrumento particular, o **OUTORGANTE** constitui procurador o **OUTORGADO**, a quem confere poderes específicos para assinar requerimentos/capa de processo e ato de alteração com transferência de quotas, ingresso, retirada nos quadros da empresa **BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA., "MEDBLANC"**, CNPJ n.º 42.488.597/0001-05, com sede na Rua Professor Doutor Altivir Bassetti, 23, 1º Andar, Seminário, Curitiba/PR. CEP: 80440-021. Representada neste ato por seu sócio administrador, Sr. **ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO**, inscrito no Registro Geral sob n.º 22179586 SESP/PR, e no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 763.109.659-72, e com o seu Contrato Social devidamente registrado na Junta Comercial do Paraná - JUCEPAR sob o NIRE nº 41209978434, subscrever quotas do aumento do capital social, não superiores a 0,2% (zero vírgula dois por cento) assinar a declaração do art. 1011 da Lei 10.406/2002 e outros documentos necessários à efetivação do ato empresarial em nome do outorgante, praticados com o uso de certificação digital, a serem apresentados para arquivamento perante a Junta Comercial do Estado do Paraná - JUCEPAR, vedado o substabelecimento a terceiros dos poderes ora conferidos.

Curitiba/PR, 28/06/2024.

CRM/UF 037019/PR  
RG 109340294 SSP/PR  
CPF 063.546.629-59

*Alcides José Branco Filho*

## TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO

O **CONTRATADO** assume o compromisso em manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações a que tiver acesso no desempenhar das atividades profissionais junto à **CONTRATANTE**, bem como de cumprir as normas de conduta da instituição, Resolução CFM 1.931/09 (Código de Ética Médica) e a escala de atendimento médico pactuada junto à empresa, sob sua total e absoluta responsabilidade ética e profissional.

Em referência aos Serviços e Escala de Atendimento acordados, o **CONTRATADO** se compromete:

1. A comparecer ao local de atendimento pactuado junto à **CONTRATANTE**, ou àquele definido em comum acordo entre as Partes e a administração do Município, nas datas e horários pactuados.
  - a. Na impossibilidade de comparecimento ao local de atendimento, se compromete a comunicar a **CONTRATANTE** da sua ausência ou impossibilidade de comparecimento com no mínimo 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.
  - b. Na ocorrência de caso fortuito ou força maior na data do atendimento, o qual venha a impossibilitar a sua presença, comunicará imediatamente a **CONTRATANTE** acerca da ocorrência, comprovando a ocorrência do caso fortuito ou de força maior.
  - c. Na hipótese de ausência injustificada ou não comunicada, o **CONTRATADO** assume total responsabilidade pelo não comparecimento, inclusive para fins de representação ética e profissional perante os órgãos competentes ou Município contratante e adimplemento de eventuais responsabilidade e penalidades que venham a ser aplicadas à **CONTRATANTE**.
  - d. O ajuste das escalas que ficarão sob a responsabilidade do **CONTRATADO** poderá se dar, pela **CONTRATANTE**, a qualquer tempo e através de qualquer comunicação que identifique as partes, dentre as quais, mas não exclusivamente, através de aplicativos de mensagens (e.g. *WhatsApp* ou afins), mensagens de texto (SMS/MMS), ligações telefônicas ou e-mails. Estes alinhamentos serão suficientes para fins de aplicação das disposições estabelecidas neste termo, desde que manifestado o comum acordo.
  - e. Sempre quando necessário e a exclusivo critério da **CONTRATANTE**, esta formalizará por mensagem de texto (aplicativos ou SMS/MMS) ou e-mail eventuais alterações na escala ou local de atendimento que tenham sido realizadas e devidamente comunicadas ao **CONTRATADO**.
2. A observar os mais elevados padrões de conduta ética, moral e profissional no desempenhar das atividades profissionais objeto do presente Termo, qual seja a execução de serviços médicos. Igualmente, assume e se compromete que:
  - a. Os serviços serão prestados na forma e modo ajustados, dentro das normas e especificações técnicas aplicáveis à espécie, dando plena e total garantia destes.
  - b. Deverá ser observado o cumprimento de todas as determinações impostas pelas autoridades públicas competentes relativas aos serviços ora acordados.
3. A observar o **CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA** em sua integralidade, reconhecendo desde já a impossibilidade de:
  - a. Isentar-se de responsabilidade sobre procedimento médico por si indicado ou do qual tenha participado, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.
  - b. Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência

- c. Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional por si praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.
  - d. Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação legal ou contratual, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.
  - e. Afastar-se das atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave.
  - f. Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.
  - g. Realizar qualquer tipo de divulgação de assuntos médicos envolvendo os serviços em que a CONTRATANTE estiver envolvida, e/ou quaisquer temas e situações atreladas, em mídias sociais sem que possua viés de educação e esclarecimento da sociedade.
  - h. Realizar qualquer divulgação ou publicação em mídias sociais envolvendo o ambiente de trabalho, bem como os pacientes atendidos, quando tais atendimentos envolverem a CONTRATANTE ainda que indiretamente.
4. A assumir a responsabilidade por todo e qualquer procedimento ou atendimento médico e laboratorial prestados aos pacientes, e autoriza desde logo a **CONTRATANTE** a inserir o **PROFISSIONAL** e seus representantes legais/responsáveis técnicos no polo passivo de demandas judiciais e administrativas que venham a ser movidas em face da **CONTRATANTE** em razão de condutas e danos causados pelo **CONTRATADO**.
5. A apresentar e manter atualizado os dados cadastrais bem como toda a documentação que envolve a atividade médica, tais como diploma, carteirinha do Conselho Regional de Medicina, título de especialização, cursos livres e outras certificações profissionais.

Declara ciência e estar de acordo que:

- 5. A **CONTRATANTE** espera de seu **CONTRATADO**, no exercício de suas atividades, conduta honesta, digna, em estrita observância às leis aplicáveis, respeito aos direitos humanos, ao meio ambiente e aos padrões éticos da sociedade.
  - 6. No exercício das suas atividades o **CONTRATADO** deve cumprir todas as leis e regulamentos aplicáveis de cada País ou região em que atuam.
  - 7. A **CONTRATANTE** está autorizada a apresentar documentação pessoal e de comprovação de aptidão técnica à órgãos que vierem a solicitar.
  - 8. No exercício das suas atividades o **CONTRATADO** deverá zelar pela privacidade de seu ambiente de trabalho, não realizando a divulgação de seu local de trabalho em mídias sociais ou similares.
9. O Termo não é gravado com cláusula de exclusividade, ficando livre o **CONTRATADO** para continuar atender em seu domicílio profissional pacientes particulares, não vinculados à **CONTRATANTE**, desde que não conflite com o horário de atendimento estabelecido entre as partes. O exercício de tais atividades profissionais particulares não configura motivo suficiente para justificar o não comparecimento às escalas e locais estabelecidos junto à **CONTRATANTE**.

10. É fundamental que todos preservem o espírito das Leis e Regulamentos, observando os mais elevados padrões de honestidade e de integridade, prevenindo até mesmo a aparência de atos impróprios.

- a. Esta responsabilidade envolve também a adoção das providências cabíveis, principalmente a comunicação à **CONTRATANTE**, quando tiver conhecimento de irregularidades praticadas por terceiros que possam comprometer o nome ou os interesses da **CONTRATANTE**.

11. A **CONTRATANTE** espera que todos os assuntos da empresa, sem exceção, sejam tratados pelo **CONTRATADO** com sigilo, confidencialidade e proteção dos direitos da **CONTRATANTE**.

12. A **CONTRATANTE** proíbe qualquer prática de corrupção, suborno, extorsão e fraude. O **CONTRATADO** não deve oferecer, prometer, conceder ou autorizar, quaisquer pagamentos ilegais, impróprios, duvidosos ou conferir benefícios a Integrantes da **CONTRATANTE**, funcionários públicos, equiparados ou qualquer indivíduo, seja diretamente ou através de terceiros a fim de influenciar de forma inadequada qualquer ato ou decisão para os fins de promover os interesses de qualquer natureza da **CONTRATANTE** ou individuais no exercício das atividades contratadas.

13. A **CONTRATANTE** se resguarda do direito de tomar as medidas que julgar necessárias quando o **CONTRATADO** violar qualquer aspecto deste Termo.

- a. Caso o **CONTRATADO** tenha conhecimento ou suspeita de violação a qualquer aspecto deste Código, por parte de qualquer pessoa, a **CONTRATANTE** espera que ele informe tal fato ao seu gestor imediato ou ao Comitê de Ética.
- b. Caso o **CONTRATADO** queira manter o anonimato no relato da violação ao Termo de Conduta e Responsabilidade, poderá utilizar o canal Linha de Ética para comunicação com o Comitê de Ética, tendo o apoio de ferramentas como correio eletrônico e linha de telefone. Esta comunicação poderá ser realizada mediante endereço eletrônico: [ouvidoria@medecin.com.br](mailto:ouvidoria@medecin.com.br).

Isto exposto, declara ter total conhecimento de que, a partir desta data, a inobservância do Código de Ética Médico e do presente Termo de Responsabilidade de Compromisso poderá implicar na responsabilização do **CONTRATADO**, esta graduada em função da gravidade e da reiteração, a partir da devida apuração pela **CONTRATANTE**.

Sem prejuízo da aplicação de Multa Contratual em razão da inobservância de qualquer dos itens estabelecidos neste termo e de eventuais danos causados à **CONTRATANTE**, na hipótese do não comparecimento do **CONTRATADO** no local e horário estabelecidos em escala, este não fará jus a qualquer remuneração e ficará sujeito a ressarcir a **CONTRATANTE** dos gastos incorridos em razão do inadimplemento.

Curitiba/PR, 28/06/2024.



CONTRATANTE

CONTRATADO

ALCIDES JOSE  
BRANCO  
FILHO:76310965972

Digitally signed by ALCIDES  
JOSE BRANCO  
FILHO:76310965972  
Date: 2024.06.19 20:24:59  
-03'00'

BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ALCIDES JOSE BRANCO FILHO

Sócio Administrador

CPF/MF 763.109.659-72

22179586 SESP/PR

DocuSigned by:



C1CD284BF6C24D3...

MÉDICO(A) CAROLINA CARMONA FREITAS

CRM/UF 037019/PR

CPF 063.546.629-59

RG 109340294 SSP/PR



*Oliver  
Z  
mo*

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 10.934.029-4

DATA DE EXPEDIÇÃO: 21/01/2015

NOME: CAROLINA CARMONA FREITAS

FILIAÇÃO: WILSON SILVA FREITAS  
YARA CARMONA FREITAS

NATURALIDADE: CORN. PROCOPIO/PR

DATA DE NASCIMENTO: 28/09/1990

DOC. ORIGEM: COMARCA= CORN PROCOPIO/PR, DA SEDE  
C.NASC=17665, LIVRO=95A, FOLHA=76

CPF: 083.546.829-59

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR  
ALCINOR DE ALMEIDA GARRETT

É PROIBIDO PLASTIFICAR

ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

*Eliane*  
*[Signature]*  
*mo*

# SUPORTE AVANÇADO DE VIDA CARDIOVASCULAR

## SAVC Profissional de saúde



American  
Heart  
Association.

Gabriela Ferreira Kalkmann

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 Nov 2024

**Renovar até**

Nov 2026

**Nome do Centro de Treinamento**

Pontificia Universidade Catolica do Parana

**Nome do instrutor**

Jose Knopfholz

**ID do Centro de Treinamento**

ZL50565

**ID do instrutor**

8120116567

**Cidade e País do Centro de Treinamento**

Curitiba, Parana, Brazil

**Código eCard**

255625241319

**Nome do Centro de Treinamento**

Curitiba/PR

**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

*Elaine me \$*



## 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) **GABRIELA FERREIRA KALKMANN**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **57618** conforme períodos abaixo:

#### Períodos

28/11/2024 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. 8ff52d91b48a896061954c676a6b059e5af3a00a

Emitida eletronicamente via internet em **05/04/2025**

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

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

*Elvira*  
*mo*  
*[assinatura]*



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **GABRIELA FERREIRA KALKMANN**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **57618** desde **28/11/2024**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

**Esta Certidão tem validade até o dia 05/07/2025.**

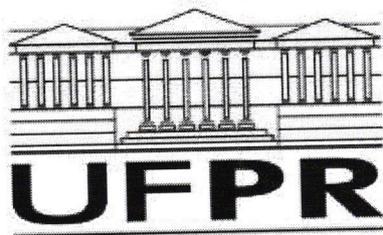
Chave de validação [7c89113dc289cd7eb394f3ec21b87b1c78d556fb](#)

Emitida eletronicamente via internet em **05/04/2025**.

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

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

*Oliver*  
*mo*  
*[assinatura]*



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
Rua Padre Camargo, 285, - - Bairro Alto da Glória, Curitiba/PR, CEP 80060-240  
Telefone: (41) 3360-7239 / 3360-7283 - http://www.ufpr.br/

### CERTIFICADO

Processo nº 23075.000330/2024-11

Certificamos que **GABRIELA FERREIRA KALKMANN**, registrado(a) sob o número GRR20180547, CPF 108.453.609-90, no curso de Medicina - Bacharelado - Integral da Universidade Federal do Paraná, concluiu o curso no 1º Semestre letivo de 2024 com carga horária total de 8400 horas, tendo colado grau em 22/11/2024, estando apto(a) a prosseguir seus estudos em nível de pós-graduação (Lato Sensu e Stricto Sensu).

E, por ser verdade, firmamos o presente certificado.

CURITIBA, 22 de novembro de 2024.

**Coordenadora do Curso de Medicina**  
Setor de Ciências da Saúde  
Universidade Federal do Paraná



Documento assinado eletronicamente por **CAMILA GIRARDI FACHIN, COORDENADOR DO CURSO DE MEDICINA**, em 22/11/2024, às 17:18, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida aqui informando o código verificador **7293188** e o código CRC **4A509D65**.

*Olave mo \$*



# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

## Certidão Negativa de Débitos

Certificamos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **GABRIELA FERREIRA KALKMANN**, com situação Ativo, possui registro neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **57618** e encontra-se quite com esta tesouraria até 31/03/2026.

**Finalidade:** Simples verificação.

Chave de validação **d0ef2a4eb737b42ffaeb9d46f2734336f21f580b**

Emitida eletronicamente via internet em **05/04/2025**

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

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

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Oliver' followed by a stylized signature.

**PROCURAÇÃO****OUTORGANTE (s):**

GABRIELA FERREIRA KALKMANN, BRASILEIRA, natural de CURITIBA/PR, médico(a), nascido em 19/10/1998, residente e domiciliado(a) na rua R. TIBAGI, Nº779, bairro CENTRO, na cidade de CURITIBA/UF PR CEP 80060-110, portador do RG nº 99775360 SSP PR, CPF sob nº 108.453.609-90, e CRM/ PR nº 57618;

**OUTORGADO(s):**

**ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO**, brasileiro, médico, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 763.109.659-72, residente e domiciliado na Rua Visconde de Guarapuava, 5000, apt 901, Batel, Curitiba/PR. CEP: 80.240-010. Curitiba Estado do Paraná.

Por este instrumento particular, o **OUTORGANTE** constitui procurador o **OUTORGADO**, a quem confere poderes específicos para assinar requerimentos/capa de processo e ato de alteração com transferência de quotas, ingresso, retirada nos quadros da empresa **BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA., "MEDBLANC"**, CNPJ n.º 42.488.597/0001-05, com sede na Rua Professor Doutor Altivir Bassetti, 23, 1º Andar, Seminário, Curitiba/PR. CEP: 80440-021. Representada neste ato por seu sócio administrador, Sr. **ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO**, inscrito no Registro Geral sob n.º 22179586 SESP/PR, e no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 763.109.659-72, e com o seu Contrato Social devidamente registrado na Junta Comercial do Paraná - JUCEPAR sob o NIRE nº 41209978434, subscrever quotas do aumento do capital social, não superiores a 0,2% (zero vírgula dois por cento) assinar a declaração do art. 1011 da Lei 10.406/2002 e outros documentos necessários à efetivação do ato empresarial em nome do outorgante, praticados com o uso de certificação digital, a serem apresentados para arquivamento perante a Junta Comercial do Estado do Paraná - JUCEPAR, vedado o substabelecimento a terceiros dos poderes ora conferidos.

Curitiba/PR, 1/10/2025.

CRM/UF 57618/PR  
RG 99775360 SSP PR  
CPF 108.453.609-90

*Blanc*  
*\$*  
*mo*

## TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO

O **CONTRATADO** assume o compromisso em manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações a que tiver acesso no desempenhar das atividades profissionais junto à **CONTRATANTE**, bem como de cumprir as normas de conduta da instituição, Resolução CFM 1.931/09 (Código de Ética Médica) e a escala de atendimento médico pactuada junto à empresa, sob sua total e absoluta responsabilidade ética e profissional.

Em referência aos Serviços e Escala de Atendimento acordados, o **CONTRATADO** se compromete:

1. A comparecer ao local de atendimento pactuado junto à **CONTRATANTE**, ou àquele definido em comum acordo entre as Partes e a administração do Município, nas datas e horários pactuados.
  - a. Na impossibilidade de comparecimento ao local de atendimento, se comprometo a comunicar a **CONTRATANTE** da sua ausência ou impossibilidade de comparecimento com no mínimo 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.
  - b. Na ocorrência de caso fortuito ou força maior na data do atendimento, o qual venha a impossibilitar a sua presença, comunicará imediatamente a **CONTRATANTE** acerca da ocorrência, comprovando a ocorrência do caso fortuito ou de força maior.
  - c. Na hipótese de ausência injustificada ou não comunicada, o **CONTRATADO** assume total responsabilidade pelo não comparecimento, inclusive para fins de representação ética e profissional perante os órgãos competentes ou Município contratante e adimplemento de eventuais responsabilidade e penalidades que venham a ser aplicadas à **CONTRATANTE**.
  - d. O ajuste das escalas que ficarão sob a responsabilidade do **CONTRATADO** poderá se dar, pela **CONTRATANTE**, a qualquer tempo e através de qualquer comunicação que identifique as partes, dentre as quais, mas não exclusivamente, através de aplicativos de mensagens (e.g. *Whats.App* ou *afins*), mensagens de texto (SMS/MMS), ligações telefônicas ou e-mails. Estes alinhamentos serão suficientes para fins de aplicação das disposições estabelecidas neste termo, desde que manifestado o comum acordo.
  - e. Sempre quando necessário e a exclusivo critério da contratante, esta formalizará por mensagem de texto (aplicativos ou SMS/MMS) ou e-mail eventuais alterações na escala ou local de atendimento que tenham sido realizadas e devidamente comunicadas ao contratado.
2. A observar os mais elevados padrões de conduta ética, moral e profissional no desempenhar das atividades profissionais objeto do presente Termo, qual seja a execução de serviços médicos. Igualmente, assume e se compromete que:
  - a. Os serviços serão prestados na forma e modo ajustados, dentro das normas e especificações técnicas aplicáveis à espécie, dando plena e total garantia destes.
  - b. Deverá ser observado o cumprimento de todas as determinações impostas pelas autoridades públicas competentes relativas aos serviços ora acordados.
3. A observar o **CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA** em sua integralidade, reconhecendo desde já a impossibilidade de:
  - a. Isentar-se de responsabilidade sobre procedimento médico por si indicado ou do qual tenha

DS  
GPK

*David*

*ma*

- participado, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.
- b. Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência
  - c. Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional por si praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.
  - d.
  - e. Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação legal ou contratual, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.
  - f. Afastar-se das atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave.
  - g.
  - h. Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.
  - i. Realizar qualquer tipo de divulgação de assuntos médicos envolvendo os serviços em que a CONTRATANTE estiver envolvida, e/ou quaisquer temas e situações atreladas, em mídias sociais sem que possua viés de educação e esclarecimento da sociedade.
  - j. Realizar qualquer divulgação ou publicação em mídias sociais envolvendo o ambiente de trabalho, bem como os pacientes atendidos, quando tais atendimentos envolverem a CONTRATANTE ainda que indiretamente.
4. A assumir a responsabilidade por todo e qualquer procedimento ou atendimento médico e laboratorial prestados aos pacientes, e autoriza desde logo a **CONTRATANTE** a inserir o **PROFISSIONAL** e seus representantes legais/responsáveis técnicos no polo passivo de demandas judiciais e administrativas que venham a ser movidas em face da **CONTRATANTE** em razão de condutas e danos causados pelo **CONTRATADO**.
  5. A apresentar e manter atualizado os dados cadastrais bem como toda a documentação que envolve a atividade médica, tais como diploma, carteirinha do Conselho Regional de Medicina, título de especialização, cursos livres e outras certificações profissionais.

Declara ciência e estar de acordo que:

5. A **CONTRATANTE** espera de seu **CONTRATADO**, no exercício de suas atividades, conduta honesta, digna, em estrita observância às leis aplicáveis, respeito aos direitos humanos, ao meio ambiente e aos padrões éticos da sociedade.
6. No exercício das suas atividades o **CONTRATADO** deve cumprir todas as leis e regulamentos aplicáveis de cada País ou região em que atuam.
7. A **CONTRATANTE** está autorizada a apresentar documentação pessoal e de comprovação de aptidão técnica à órgãos que vierem a solicitar.
8. No exercício das suas atividades o **CONTRATADO** deverá zelar pela privacidade de seu ambiente de trabalho, não realizando a divulgação de seu local de trabalho em mídias sociais ou similares.

DS

GPK

Oliver  
\$  
m

9. O Termo não é gravado com cláusula de exclusividade, ficando livre o **CONTRATADO** para continuar atender em seu domicílio profissional pacientes particulares, não vinculados à **CONTRATANTE**, desde que não conflite com o horário de atendimento estabelecido entre as partes. O exercício de tais atividades profissionais particulares não configura motivo suficiente para justificar o não comparecimento às escalas e locais estabelecidos junto à **CONTRATANTE**.

10. É fundamental que todos preservem o espírito das Leis e Regulamentos, observando os mais elevados padrões de honestidade e de integridade, prevenindo até mesmo a aparência de atos impróprios.

a. Esta responsabilidade envolve também a adoção das providências cabíveis, principalmente a comunicação à **CONTRATANTE**, quando tiver conhecimento de irregularidades praticadas por terceiros que possam comprometer o nome ou os interesses da **CONTRATANTE**.

11. A **CONTRATANTE** espera que todos os assuntos da empresa, sem exceção, sejam tratados pelo **CONTRATADO** com sigilo, confidencialidade e proteção dos direitos da **CONTRATANTE**.

12. A **CONTRATANTE** proíbe qualquer prática de corrupção, suborno, extorsão e fraude. O **CONTRATADO** não deve oferecer, prometer, conceder ou autorizar, quaisquer pagamentos ilegais, impróprios, duvidosos ou conferir benefícios a integrantes da **CONTRATANTE**, funcionários públicos, equiparados ou qualquer indivíduo, seja diretamente ou através de terceiros a fim de influenciar de forma inadequada qualquer ato ou decisão para os fins de promover os interesses de qualquer natureza da **CONTRATANTE** ou individuais no exercício das atividades contratadas.

13. A **CONTRATANTE** se resguarda do direito de tomar as medidas que julgar necessárias quando o **CONTRATADO** violar qualquer aspecto deste Termo.

a. Caso o **CONTRATADO** tenha conhecimento ou suspeita de violação a qualquer aspecto deste Código, por parte de qualquer pessoa, a **CONTRATANTE** espera que ele informe tal fato ao seu gestor imediato ou ao Comitê de Ética.

b. Caso o **CONTRATADO** queira manter o anonimato no relato da violação ao Termo de Conduta e Responsabilidade, poderá utilizar o canal Linha de Ética para comunicação com o Comitê de Ética, tendo o apoio de ferramentas como correio eletrônico e linha de telefone. Esta comunicação poderá ser realizada mediante endereço eletrônico: [ouvidoria@medecin.com.br](mailto:ouvidoria@medecin.com.br).

Isto exposto, declara ter total conhecimento de que, a partir desta data, a inobservância do Código de Ética Médico e do presente Termo de Responsabilidade de Compromisso poderá implicar na responsabilização do **CONTRATADO**, esta graduada em função da gravidade e da reiteração, a partir da devida apuração pela **CONTRATANTE**.

Sem prejuízo da aplicação de Multa Contratual em razão da inobservância de qualquer dos itens estabelecidos neste termo e de eventuais danos causados à **CONTRATANTE**, na hipótese do não comparecimento do **CONTRATADO** no local e horário estabelecidos em escala, este não fará jus a qualquer remuneração e ficará sujeito a ressarcir a **CONTRATANTE** dos gastos incorridos em razão do inadimplemento.

Curitiba/PR, 1/10/2025.

CONTRATANTE

CONTRATADO

ALCIDES JOSE  
BRANCO  
FILHO:7631096597  
2

Digitally signed by  
ALCIDES JOSE BRANCO  
FILHO:76310965972  
Date: 2024.06.07  
10:45:41 -03'00'

**BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**

ALCIDES JOSE BRANCO FILHO

Sócio Administrador

CPF/MF 763.109.659-72

22179586 SESP/PR

DocuSigned by:

*Gabriela Ferreira Kalkmann*

F3A18D71A3F54D0...

MÉDICO(A) GABRIELA FERREIRA KALKMANN

CRM/UF 57618/PR

CPF 108.453.609-90

RG 99775360 SSP PR

*Blanca*  
*g*  
*mm*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 9.977.536-0

POLEGAR DIREITO



*Gabriela Ferreira Kalkmann*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 9.977.536-0 DATA DE EXPEDIÇÃO: 30/09/2015

NOME: GABRIELA FERREIRA KALKMANN

FILIAÇÃO: GILBERTO ANTONIO KALKMANN  
EVA FERREIRA KALKMANN

NATURALIDADE: CURITIBA/PR DATA DE NASCIMENTO: 19/10/1998

DOC. ORIGEM: COMARCA=CURITIBA/PR, BOQUEIRÃO  
C.NASC=49581, LIVRO=145A, FOLHA=161

CPF: 108.453.809-90

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

*Oliver*

*\$*

# SUORTE AVANÇADO DE VIDA CARDIOVASCULAR

## SAVC Profissional de saúde



American  
Heart  
Association.

### GUILHERME SOUZA HULAK

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**

27 Jul 2023

**Renovar até**

Jul 2025

**Nome do Centro de Treinamento**

CUREM - Cursos de Urgência e Emergência Ltda.

**Nome do instrutor**

Jander Freitas Pereira Júnior

**ID do Centro de Treinamento**

ZL21168

**ID do instrutor**

04200864623

**Cidade e País do Centro de Treinamento**

Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil

**Código eCard**

235629026140

**Nome do Centro de Treinamento**

**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

*Handwritten signature and initials*

**ATLS**

COMMITTEE ON TRAUMA | AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

# Guilherme Souza Hulak

is recognized as having successfully completed the ATLS® Course for Doctors according to the standards established by the ACS Committee on Trauma.

**Kimberly Joseph, MD, FACS**  
Chairperson, ATLS Subcommittee

**Diogo Garcia**  
ACS Chairperson, State/Provincial Committee on Trauma

Issue Date: 2/19/2022

Expiration Date: 2/19/2026



**ATLS**  
ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT



AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS  
Inspiring Quality  
Highest Standards. Better Outcomes

100 years

### Guilherme Souza Hulak

is recognized as having successfully completed the ATLS® Course for Doctors according to the standards established by the ACS Committee on Trauma.

**Kimberly Joseph, MD, FACS**  
Chairperson, ATLS Subcommittee

**Diogo Garcia**  
ACS Chairperson, State/Provincial Committee on Trauma

Issue Date: 2/19/2022  
CS: 70101

Expiration Date: 2/19/2026  
ATLS ID: 3676666

© American College of Surgeons - Do not duplicate

*Diogo Garcia*

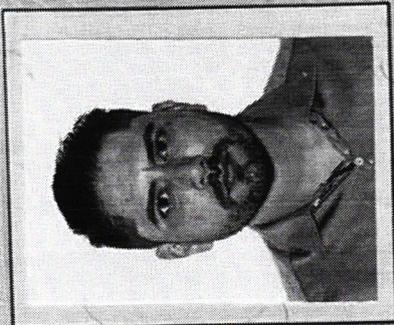
*J mo*

# CRM-PR

Conselho Regional de Medicina do Paraná

## CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO

Inscrição: 0047502 em 01/11/2021  
 Nome: GUILHERME SOUZA HULAK  
 Filiação: GREGORIO HULAK e ADELIA APARECIDA SOUZA  
 Nacionalidade: BRASIL  
 Nascimento: 11/05/1988  
 Naturalidade: Ponta Grossa-PR  
 Formado em: 15/12/2017  
 Revalidado Pela: UNIVERSIDADE DE BRASILIA  
 Faculdade Estrangeira: fundacion h. e barcelo  
 Identidade: 95488129  
 CPF: 064.146.209-39  
 Órgão Expedidor: SEM-PR



POLEGAR DIREITO



*Guilherme S. Hulak.*  
Assinatura do Portador

MÉDICO

*Elaine*



## 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) **GUILHERME SOUZA HULAK**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **47502** conforme períodos abaixo:

#### Períodos

01/11/2021 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. 9dd3391c828ed70ab0887748e821db1b5ea2fca0

Emitida eletronicamente via internet em **28/03/2025**

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

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

*Oliver  
ma*



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **GUILHERME SOUZA HULAK**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o n.º. **47502** desde **01/11/2021**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

**Esta Certidão tem validade até o dia 12/05/2025.**

Chave de validação **76def90e8c9a0923bc6e140873a90001f8dc8dff**

Emitida eletronicamente via internet em **12/02/2025**.

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

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

*Oliver*  
*[Assinatura]*



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão Negativa de Débitos

Certificamos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **GUILHERME SOUZA HULAK**, com situação Ativo, possui registro neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **47502** e encontra-se quite com esta tesouraria até 30/04/2025.

**Finalidade:** Simples verificação.

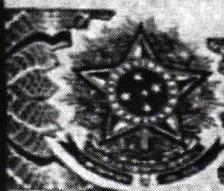
Chave de validação [a933b9563eb38f7cea361adffe12f7bb54e29dff](#)

Emitida eletronicamente via internet em **14/04/2025**

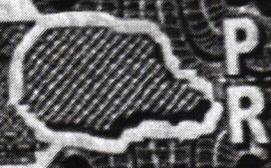
Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

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

*Eliane*  
*me*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



PR

VALID

NOME  
**GUILHERME SOUZA HULAK**



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
**9548812-9 SESP PR**

CPF DATA NASCIMENTO  
**064.146.209-39 11/05/1988**



FILIAÇÃO  
**GREGORIO HULAK**  
**ADELIA APARECIDA SOUZA**

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
**2348667604**

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
**AB**

Nº REGISTRO  
**03960207240**

VALIDADE  
**04/02/2032**

1ª HABILITAÇÃO  
**05/10/2006**

OBSERVAÇÕES

*Guilherme Hulak*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**CURITIBA, PR**

DATA EMISSÃO  
**04/02/2022**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**2348667604**

*[Signature]*  
ASSINATURA DO EMISSOR

**07836601514  
PR921002631**



**PARANÁ**



*Elen*  
*[Signature]*  
*Muo*

# CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - PARANÁ  
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO



**NOME**

GUILHERME SOUZA HULAK

**CRM/UF**  
47502/PR

**FILIAÇÃO**

ADELIA APARECIDA SOUZA

GREGORIO HULAK



**DATA DE INSCRIÇÃO**

01/11/2021

**VIA**

01

*Guilherme S. Hulak*

ASSINATURA DO PORTADOR

FLS. 393

CPF  
064.146.209-39

TÍTULO DE ELEITOR  
090622090604

DATA DE NASCIMENTO  
11/05/1988

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO  
CURITIBA-PR 03/11/2021

525655

IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR  
95488129 / SESP-PR

SEÇÃO  
0283

ZONA  
014

NATURALIDADE  
PONTA GROSSA-PR



ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

*Oliver*  
*mo*

FLS. 387

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

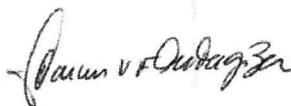
**DECLARAÇÃO DE CURSANDO**

Declaramos para os devidos fins que Guilherme Souza Hulak, matrícula 5688, portador (a) do CPF 064.146.209-39, realizou matrícula em: 14/06/2024. Está cursando a Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, reconhecido pelo MEC, através da Escola Brasileira de Medicina - Ebramed, nos termos do contrato, regulamento e aditivo.

O presente documento tem validade de 90 dias a contar da data de sua expedição.

Por ser verdade, afirmo a presente declaração.

Vitória/ES, 15 de janeiro de 2025



Marcus Vinicius Franquine Tatagiba  
Presidente da Ebramed

A aceitação deste documento está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet,  
Acesse: <http://www.autenticar.sgesystem.com.br>

Código de Autenticação: **60F64310-DAD1-4091-AC1D-4FEA5F410C6A**

*Blom*

*Muo*

ARGENTINA

REPÚBLICA

Instituto Universitario de Ciencias de la Salud  
Fundación N. S. Barcilo  
Facultad de Medicina

El Rector, el Decano, y el Secretario General del Instituto Universitario  
Guillermo J. J. S. S. S.

Por cuanto el Rector, el Decano, y el Secretario General del Instituto Universitario ha terminado el 14 de diciembre de 2017  
natural de República Federativa de Brasil ha terminado el 14 de diciembre de 2017  
las actitudes correspondientes a  
Por tanto, de acuerdo con lo dispuesto en las normas vigentes en esta Institución Universitaria, la expedición  
el presente título de

Buenos Aires 15 de diciembre de 2017

D. GUILLERMO J. J. S. S. S.  
Secretario General

[Signature]

[Signature]

Rector

REGISTRADO EN EL LIBRO GENERAL DE DOCUMENTOS N.º 1. Folio 15. Con N.º 352.1.

Oliar  
J  
mo

REPÚBLICA ARGENTINA  
MINISTERIO de  
RELACIONES EXTERIORES  
Y CULTO



**APOSTILLE**  
Convención de La Haya del 5 de octubre de 1961

1. País: ARGENTINA  
El presente documento, emitido en el país mencionado, es auténtico y su contenido es veraz.

2. Es otro firmado por JUAN CARLOS MARIANO HERRERA  
del cual se da fe en virtud de FUNDACIONES HERRERA  
actas de la Comisión de Fideicomiso de la ciudad de

3. y está revestido del sello del Ministerio de Relaciones Exteriores  
de la ciudad de Buenos Aires, el día 19 de febrero de 2016.

4. Lugar: BUENOS AIRES  
Fecha: 19 FEB 2016

5. No. de inscripción: 19 FEB 2016

6. No. de inscripción: 19 FEB 2016

7. por el UNIDAD DE COORDINACION LEGALIZACIONES Y EXTERMINACIONES

8. No. de inscripción: 19 FEB 2016

9. No. de inscripción: 19 FEB 2016

10. Firma: [Signature]



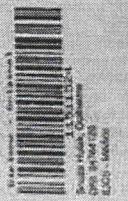
INSTITUTO ARGENTINO DE RECETAS DE LA SALUD  
FONDOS  
CALLE SAN MARTIN 1000  
Buenos Aires  
CALLE SAN MARTIN 1000  
Buenos Aires

Res. Min. 1059/17  
Tr. Com. 2054/17

LUIS AL FERRI  
Prosecretario de Trabajo

MINISTERIO DE SALUD  
SECRETARIA DE POLITICAS PUBLICAS  
Luis Ferrer  
En cumplimiento de lo establecido en el artículo 165.6 de la Ley 13.012, se declara la vigencia de la presente resolución a partir del día 19 de febrero de 2016.

ANITA L. WAGNER  
19 FEB 2016  
SECRETARIA DE POLITICAS PUBLICAS  
MINISTERIO DE SALUD



Olone  
me

CAMILE GUIMARÃES RODRIGUES – TRADUTORA JURAMENTADA  
JUCEPAR Matrícula nº 12/069  
Rua Cel. João da Silva Sampaio, 47 – Jd. Botânico - tel +55 41 98411-6651  
camile\_rodrigues@hotmail.com

Nº: 592/1

Documento: Diploma Superior

Arquivo: C3

Camile Guimarães Rodrigues traduziu, em razão do seu ofício, o documento mencionado acima apresentado em 23 de setembro de 2021, via digital, cujo teor é o seguinte:

[FRENTE]

# REPÚBLICA ARGENTINA

## Instituto Universitario de Ciencias da Saude

Fundación H. A. Barceló

### Faculdade de Medicina

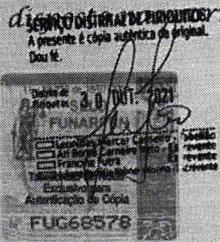
O Reitor, o Decano e o Secretário Geral do Instituto Universitario

Tendo em vista: *Guilherme Souza Hulak*, natural da República Federativa do Brasil, finalizou em 14 de dezembro de 2017 os estudos correspondentes à Carreira de Medicina.

Por tanto: de acordo com o disposto em normas vigentes nesta Instituição Universitária expedimos o presente título de Médico.

Buenos Aires, 15 de dezembro de 2017.

[Carimbo e Assinatura]  
Dr. GUILLERMO LOJO  
SECRETARIO GERAL  
SECRETARIO GERAL



[Carimbo e Assinatura]  
Félix P. Etchegoyen  
DECANO  
DECANO

[Carimbo e Assinatura]  
REITOR

[Assinatura]  
ASSINATURA DO INTERESSADO

REGISTRADO NO LIVRO GERAL DE GRAUS Nº 3 FOLIO 17 COM O Nº 4622



*Oliveira*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

CAMILE GUIMARÃES RODRIGUES - TRADUTORA JURAMENTADA  
JUCEPAR Matrícula nº 12/069  
Rua Cel. João da Silva Sampaio, 47 - Jd. Botânico - tel +55 41 98411-6651  
camile\_rodrigues@hotmail.com

Nº: 592/2

Documento: Diploma Superior  
(VERSO)

Arquivo: C3

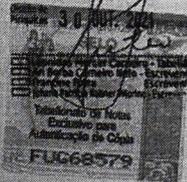
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO H. A. BARCELÓ

DIPLOMA PERTENCENTE A: Suzanne Michel  
Guimaraes  
nº 11. 94.704.626

205 Minut 10/11/17  
11/11/17 2054/17

(Assinatura)  
LUIS A. PERRI  
Departamento de Títulos  
Diretor

SERVICÓ DISTRITAL DE PIQUILITOS  
A presente é cópia autêntica do original.  
Dout. R.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
DIREÇÃO NACIONAL DE GESTÃO UNIVERSITÁRIA  
CERTIFICO QUE AS ASSINATURAS DO REITOR/A, VICERREITOR/A,  
SECRETÁRIO/A ACADÊMICO/A E/OU DIRETOR/A DE TÍTULO OU  
EQUIVALENTES DA UNIVERSIDADE QUE ANTECEDEM GUARDAM  
SEMELHANÇA COM AS QUE ESTÃO REGISTRADAS EM NOSSOS  
ARQUIVOS

BUENOS AIRES 19 FEV. 2018

(Assinatura)  
Dr. MARCELO HUGO MOYANO  
(Ilegível)

Partido de Cambos  
do Ministério das  
Relações Exteriores e  
Culto  
Unidade de  
Coordenação  
Legislação



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE POLÍTICAS, REGULAÇÃO  
E INSTITUTOS

Inscrito em caráter de Médico

M Nº 165.678 BxAs 6/3/2018

DIREÇÃO NACIONAL DE REGISTROS, FISCALIZAÇÃO E  
SAÚDE DE FRONTEIRAS

(Assinatura)  
NATACHA L. MARADÉY  
Arq. 109.326  
Assinatura Autorizada - Área Registro Único  
de Profissionais da Saúde  
Dir. Nac. de Hab. FOC. e Saúde Front.



Olson  
Jm



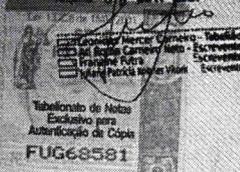
# Universidade de Brasília

## Certificado

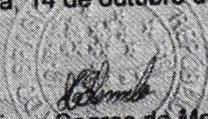
Certificamos que o Diploma de *Médico*, expedido pelo *Instituto Universitario de Ciencias de la Salud* – Argentina, em nome de **Guilherme Souza Hulak**, nascido no estado do Paraná, no dia 11 de maio de 1988, CPF 064.146.209-39, foi revalidado, de acordo com o Edital nº 66, de 10 de setembro de 2020 – Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeiras – REVALIDA 2020 –, nos termos do § 2º do art. 48 da Lei 9.394 de 20/12/96 e registrado sob o nº 73, livro 7, folha 19, processo nº 23106.109127/2021-43.

SERVIÇO DISTRICTAL DE PIRACATUNGS  
A presente é cópia autêntica do original.  
Data: 16.

Data de Expedição: 3/10/2021



Brasília, 14 de outubro de 2021.



Henrique Soares de Melo  
Secretário de Administração  
Acadêmica

Elivone  
D. M.



**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE (s):**

GUILHERME SOUZA HULAK, BRASILEIRA, natural de PONTA GROSSA/PR, médico(a), nascido em 11/05/1988, residente e domiciliado(a) na rua R. JOÃO CECY FILHO, Nº 3560, bairro UVARANAS, na cidade de PONTA GROSSA/UF PR CEP 84020-020, portador do RG nº 95488129 SESP PR, CPF sob nº 064.146.209-39, e CRM/ PR nº 47502;

**OUTORGADO(s):**

**ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO**, brasileiro, médico, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 763.109.659-72, residente e domiciliado na Rua Visconde de Guarapuava, 5000, apt 901, Batel, Curitiba/PR. CEP: 80.240-010. Curitiba Estado do Paraná.

Por este instrumento particular, o **OUTORGANTE** constitui procurador o **OUTORGADO**, a quem confere poderes específicos para assinar requerimentos/capa de processo e ato de alteração com transferência de quotas, ingresso, retirada nos quadros da empresa **BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA., "MEDBLANC"**, CNPJ n.º 42.488.597/0001-05, com sede na Rua Professor Doutor Altívir Bassetti, 23, 1º Andar, Seminário, Curitiba/PR. CEP: 80440-021. Representada neste ato por seu sócio administrador, Sr. **ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO**, inscrito no Registro Geral sob n.º 22179586 SESP/PR, e no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 763.109.659-72, e com o seu Contrato Social devidamente registrado na Junta Comercial do Paraná - JUCEPAR sob o NIRE nº 41209978434, subscrever quotas do aumento do capital social, não superiores a 0,2% (zero vírgula dois por cento) assinar a declaração do art. 1011 da Lei 10.406/2002 e outros documentos necessários à efetivação do ato empresarial em nome do outorgante, praticados com o uso de certificação digital, a serem apresentados para arquivamento perante a Junta Comercial do Estado do Paraná - JUCEPAR, vedado o substabelecimento a terceiros dos poderes ora conferidos.

Curitiba/PR, 3/20/2025.

CRM/UF 47502/PR  
RG 95488129 SESP PR  
CPF 064.146.209-39

*Oliver*

### TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO

O **CONTRATADO** assume o compromisso em manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações a que tiver acesso no desempenhar das atividades profissionais junto à **CONTRATANTE**, bem como de cumprir as normas de conduta da instituição, Resolução CFM 1.931/09 (Código de Ética Médica) e a escala de atendimento médico pactuada junto à empresa, sob sua total e absoluta responsabilidade ética e profissional.

Em referência aos Serviços e Escala de Atendimento acordados, o **CONTRATADO** se compromete:

1. A comparecer ao local de atendimento pactuado junto à **CONTRATANTE**, ou àquele definido em comum acordo entre as Partes e a administração do Município, nas datas e horários pactuados.
  - a. Na impossibilidade de comparecimento ao local de atendimento, se compromete a comunicar a **CONTRATANTE** da sua ausência ou impossibilidade de comparecimento com no mínimo 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.
  - b. Na ocorrência de caso fortuito ou força maior na data do atendimento, o qual venha a impossibilitar a sua presença, comunicará imediatamente a **CONTRATANTE** acerca da ocorrência, comprovando a ocorrência do caso fortuito ou de força maior.
  - c. Na hipótese de ausência injustificada ou não comunicada, o **CONTRATADO** assume total responsabilidade pelo não comparecimento, inclusive para fins de representação ética e profissional perante os órgãos competentes ou Município contratante e adimplemento de eventuais responsabilidades e penalidades que venham a ser aplicadas à **CONTRATANTE**.
  - d. O ajuste das escalas que ficarão sob a responsabilidade do **CONTRATADO** poderá se dar, pela **CONTRATANTE**, a qualquer tempo e através de qualquer comunicação que identifique as partes, dentre as quais, mas não exclusivamente, através de aplicativos de mensagens (e.g. *WhatsApp* ou afins), mensagens de texto (SMS/MMS), ligações telefônicas ou e-mails. Estes alinhamentos serão suficientes para fins de aplicação das disposições estabelecidas neste termo, desde que manifestado o comum acordo.
  - e. Sempre quando necessário e a exclusivo critério da **CONTRATANTE**, esta formalizará por mensagem de texto (aplicativos ou SMS/MMS) ou e-mail eventuais alterações na escala ou local de atendimento que tenham sido realizadas e devidamente comunicadas ao **CONTRATADO**.
2. A observar os mais elevados padrões de conduta ética, moral e profissional no desempenhar das atividades profissionais objeto do presente Termo, qual seja a execução de serviços médicos. Igualmente, assume e se compromete que:
  - a. Os serviços serão prestados na forma e modo ajustados, dentro das normas e especificações técnicas aplicáveis à espécie, dando plena e total garantia destes.
  - b. Deverá ser observado o cumprimento de todas as determinações impostas pelas autoridades públicas competentes relativas aos serviços ora acordados.
3. A observar o **CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA** em sua integralidade, reconhecendo desde já a impossibilidade de:
  - a. Isentar-se de responsabilidade sobre procedimento médico por si indicado ou do qual tenha participado, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.
  - b. Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência

DS  
Guilherme P. Hulak

Elvone  
AD

- c. Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional por si praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.
  - d. Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação legal ou contratual, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.
  - e. Afastar-se das atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave.
  - f. Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.
  - g. Realizar qualquer tipo de divulgação de assuntos médicos envolvendo os serviços em que a CONTRATANTE estiver envolvida, e/ou quaisquer temas e situações atreladas, em mídias sociais sem que possua viés de educação e esclarecimento da sociedade.
  - h. Realizar qualquer divulgação ou publicação em mídias sociais envolvendo o ambiente de trabalho, bem como os pacientes atendidos, quando tais atendimentos envolverem a CONTRATANTE ainda que indiretamente.
4. A assumir a responsabilidade por todo e qualquer procedimento ou atendimento médico e laboratorial prestados aos pacientes, e autoriza desde logo a **CONTRATANTE** a inserir o **PROFISSIONAL** e seus representantes legais/responsáveis técnicos no polo passivo de demandas judiciais e administrativas que venham a ser movidas em face da **CONTRATANTE** em razão de condutas e danos causados pelo **CONTRATADO**.
  5. A apresentar e manter atualizado os dados cadastrais bem como toda a documentação que envolve a atividade médica, tais como diploma, carteirinha do Conselho Regional de Medicina, título de especialização, cursos livres e outras certificações profissionais.
- Declara ciência e estar de acordo que:
5. A **CONTRATANTE** espera de seu **CONTRATADO**, no exercício de suas atividades, conduta honesta, digna, em estrita observância às leis aplicáveis, respeito aos direitos humanos, ao meio ambiente e aos padrões éticos da sociedade.
  6. No exercício das suas atividades o **CONTRATADO** deve cumprir todas as leis e regulamentos aplicáveis de cada País ou região em que atuam.
  7. A **CONTRATANTE** está autorizada a apresentar documentação pessoal e de comprovação de aptidão técnica à órgãos que vierem a solicitar.
  8. No exercício das suas atividades o **CONTRATADO** deverá zelar pela privacidade de seu ambiente de trabalho, não realizando a divulgação de seu local de trabalho em mídias sociais ou similares.
9. O Termo não é gravado com cláusula de exclusividade, ficando livre o **CONTRATADO** para continuar atender em seu domicílio profissional pacientes particulares, não vinculados à **CONTRATANTE**, desde que não conflite com o horário de atendimento estabelecido entre as partes. O exercício de tais atividades profissionais particulares não configura motivo suficiente para justificar o não comparecimento às escalas e locais estabelecidos junto à **CONTRATANTE**.

DS

Guilherme A. Hulok

Oliver

Mun

10. É fundamental que todos preservem o espírito das Leis e Regulamentos, observando os mais elevados padrões de honestidade e de integridade, prevenindo até mesmo a aparência de atos impróprios.

- a. Esta responsabilidade envolve também a adoção das providências cabíveis, principalmente a comunicação à **CONTRATANTE**, quando tiver conhecimento de irregularidades praticadas por terceiros que possam comprometer o nome ou os interesses da **CONTRATANTE**.

11. A **CONTRATANTE** espera que todos os assuntos da empresa, sem exceção, sejam tratados pelo **CONTRATADO** com sigilo, confidencialidade e proteção dos direitos da **CONTRATANTE**.

12. A **CONTRATANTE** proíbe qualquer prática de corrupção, suborno, extorsão e fraude. O **CONTRATADO** não deve oferecer, prometer, conceder ou autorizar, quaisquer pagamentos ilegais, impróprios, duvidosos ou conferir benefícios a Integrantes da **CONTRATANTE**, funcionários públicos, equiparados ou qualquer indivíduo, seja diretamente ou através de terceiros a fim de influenciar de forma inadequada qualquer ato ou decisão para os fins de promover os interesses de qualquer natureza da **CONTRATANTE** ou individuais no exercício das atividades contratadas.

13. A **CONTRATANTE** se resguarda do direito de tomar as medidas que julgar necessárias quando o **CONTRATADO** violar qualquer aspecto deste Termo.

- a. Caso o **CONTRATADO** tenha conhecimento ou suspeita de violação a qualquer aspecto deste Código, por parte de qualquer pessoa, a **CONTRATANTE** espera que ele informe tal fato ao seu gestor imediato ou ao Comitê de Ética.
- b. Caso o **CONTRATADO** queira manter o anonimato no relato da violação ao Termo de Conduta e Responsabilidade, poderá utilizar o canal Linha de Ética para comunicação com o Comitê de Ética, tendo o apoio de ferramentas como correio eletrônico e linha de telefone. Esta comunicação poderá ser realizada mediante endereço eletrônico: [ouvidoria@medecin.com.br](mailto:ouvidoria@medecin.com.br).

Isto exposto, declara ter total conhecimento de que, a partir desta data, a inobservância do Código de Ética Médico e do presente Termo de Responsabilidade de Compromisso poderá implicar na responsabilização do **CONTRATADO**, esta graduada em função da gravidade e da reiteração, a partir da devida apuração pela **CONTRATANTE**.

Sem prejuízo da aplicação de Multa Contratual em razão da inobservância de qualquer dos itens estabelecidos neste termo e de eventuais danos causados à **CONTRATANTE**, na hipótese do não comparecimento do **CONTRATADO** no local e horário estabelecidos em escala, este não fará jus a qualquer remuneração e ficará sujeito a ressarcir a **CONTRATANTE** dos gastos incorridos em razão do inadimplemento.

Curitiba/PR, 3/20/2025 \_\_\_\_\_.

DS  
Guilherme S. Hulok

Oliveira  
MMD

CONTRATANTE

CONTRATADO

ALCIDES JOSE  
BRANCO  
FILHO:76310965972

Digitally signed by ALCIDES  
JOSE BRANCO  
FILHO:76310965972  
Date: 2024.06.19 20:24:59  
-03'00'

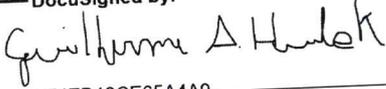
**BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**

ALCIDES JOSE BRANCO FILHO

Sócio Administrador

CPF/MF 763.109.659-72

22179586 SESP/PR

DocuSigned by:  


274ED13CE65A4A9...  
MÉDICO(A) GUILHERME SOUZA HULAK

CRM/UF 47502/PR

CPF 064.146.209-39

RG 95488129 SESP PR





## 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) **GUSTAVO AFFONSO DOS SANTOS**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **58843** conforme períodos abaixo:

#### Períodos

13/01/2025 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. c1e25889c9638060217c2f1aa3f4094b44623136

Emitida eletronicamente via internet em **10/03/2025**

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

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

*Elisiane*  
*[Assinatura]*



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **GUSTAVO AFFONSO DOS SANTOS**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **58843** desde **13/01/2025**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

**Esta Certidão tem validade até o dia 10/06/2025.**

Chave de validação [19313c4a53d5de1af38d0640e644ca41dcd8706f](#)

Emitida eletronicamente via internet em **10/03/2025**.

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

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

*Blas*  
*D. M.*



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão Negativa de Débitos

Certificamos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **GUSTAVO AFFONSO DOS SANTOS**, com situação Ativo, possui registro neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **58843** e encontra-se quite com esta tesouraria até 31/03/2026.

**Finalidade:** Simples verificação.

Chave de validação **9e53f7e7a261c23f3027e600a3bf197387696445**

Emitida eletronicamente via internet em **10/03/2025**

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

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

*Elvira*  
*D. M. M.*





# UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA

Reconhecimento - Portaria nº 83/87 - D.O.U. 16/02/87

Jaiú - SP

O Reitor da Universidade do Oeste Paulista, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de **MEDICINA** em 29 de Novembro de 2024, e a colação de grau em 03 de Dezembro de 2024, confere o título de

**Médico**

a **Gustavo Affonso dos Santos**

RG nº 56.249.585-X-SSP/SP nacionalidade: Brasileira  
nascido em 30 de Março de 2001, natural do Estado de São Paulo e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Jaiú, 09 de Janeiro de 2025.

Original Assinado  
Segundo a Portaria 554/2019/MEC  
Adilson Eduardo Gueffi  
Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Original Assinado  
Segundo a Portaria 554/2019/MEC  
José Eduardo Creste  
Pró-Reitor Acadêmico

<https://www.unoeste.br/diploma>  
Código de Validação  
271.271.046826169605

PLS 410



*Elson*

*D. mo*

Curso: MEDICINA  
Reconhecimento: Portaria SERES/MEC nº 593, de 01/11/2024, D.O.U. nº213, Seção 1, pág.48, de 04/11/2024.

**UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA - UNOESTE**  
Reconhecimento - Portaria nº 83/87 - D.O.U. 16/02/87  
Recredenciamento: Portaria MEC nº 413 de 24/03/2017, D.O.U. nº 59, Seção 1, pág. 49, de 27/03/2017.  
Razão Social: Associação Prudentina de Educação e Cultura - APEC  
CNPJ: 44.860.740/0001-73

**UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA - UNOESTE**  
Recredenciada pela Portaria MEC nº 413 D.O.U. 27/03/17  
Diploma Registrado sob nº 65364, Livro 074, Fl. 248, Processo nº 0016/2025, nos termos da Lei nº 9.394/96 - Art. 48 - § 1º e do decreto nº 9.235/2017.  
Presidente Prudente, 09 de Janeiro de 2025.  
Original Assinado  
Segundo a Portaria 554/2019/MEC  
Nair Marques Vaccaro Rosa  
Chefe do Setor de Registro de Diploma



**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE (s):**

GUSTAVO AFFONSO DOS SANTOS, BRASILEIRO, natural de ARARAQUARA/SP, médico(a), nascido em 30/03/2001, residente e domiciliado(a) na rua AVENIDA RODOLPHO MAGNANI, 521, bairro CHÁCARA PECCIOLI, na cidade de JAÚ/UF SP CEP 17210-100, portador do RG nº 56249585X SSP SP, CPF sob nº 519.984.568-38, e CRM/PR nº 58843;

**OUTORGADO(s):**

ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO, brasileiro, médico, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 763.109.659-72, residente e domiciliado na Rua Visconde de Guarapuava, 5000, apt 901, Batel, Curitiba/PR. CEP: 80.240-010. Curitiba Estado do Paraná.

Por este instrumento particular, o **OUTORGANTE** constitui procurador o **OUTORGADO**, a quem confere poderes específicos para assinar requerimentos/capa de processo e ato de alteração com transferência de quotas, ingresso, retirada nos quadros da empresa **BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA., "MEDBLANC"**, CNPJ n.º 42.488.597/0001-05, com sede na Rua Professor Doutor Altivir Bassetti, 23, 1º Andar, Seminário, Curitiba/PR. CEP: 80440-021. Representada neste ato por seu sócio administrador, Sr. **ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO**, inscrito no Registro Geral sob n.º 22179586 SESP/PR, e no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 763.109.659-72, e com o seu Contrato Social devidamente registrado na Junta Comercial do Paraná - JUCEPAR sob o NIRE nº 41209978434, subscrever quotas do aumento do capital social, não superiores a 0,2% (zero vírgula dois por cento) assinar a declaração do art. 1011 da Lei 10.406/2002 e outros documentos necessários à efetivação do ato empresarial em nome do outorgante, praticados com o uso de certificação digital, a serem apresentados para arquivamento perante a Junta Comercial do Estado do Paraná - JUCEPAR, vedado o substabelecimento a terceiros dos poderes ora conferidos.

Curitiba/PR, 3/11/2025.

CRM/UF 58843/PR  
RG 56249585X SSP SP  
CPF 519.984.568-38

*Blond*  
*Muo*

## TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO

O **CONTRATADO** assume o compromisso em manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações a que tiver acesso no desempenhar das atividades profissionais junto à **CONTRATANTE**, bem como de cumprir as normas de conduta da instituição, Resolução CFM 1.931/09 (Código de Ética Médica) e a escala de atendimento médico pactuada junto à empresa, sob sua total e absoluta responsabilidade ética e profissional.

Em referência aos Serviços e Escala de Atendimento acordados, o **CONTRATADO** se compromete:

1. A comparecer ao local de atendimento pactuado junto à **CONTRATANTE**, ou àquele definido em comum acordo entre as Partes e a administração do Município, nas datas e horários pactuados.
  - a. Na impossibilidade de comparecimento ao local de atendimento, se compromete a comunicar a **CONTRATANTE** da sua ausência ou impossibilidade de comparecimento com no mínimo 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.
  - b. Na ocorrência de caso fortuito ou força maior na data do atendimento, o qual venha a impossibilitar a sua presença, comunicará imediatamente a **CONTRATANTE** acerca da ocorrência, comprovando a ocorrência do caso fortuito ou de força maior.
  - c. Na hipótese de ausência injustificada ou não comunicada, o **CONTRATADO** assume total responsabilidade pelo não comparecimento, inclusive para fins de representação ética e profissional perante os órgãos competentes ou Município contratante e adimplemento de eventuais responsabilidades e penalidades que venham a ser aplicadas à **CONTRATANTE**.
  - d. O ajuste das escalas que ficarão sob a responsabilidade do **CONTRATADO** poderá se dar, pela **CONTRATANTE**, a qualquer tempo e através de qualquer comunicação que identifique as partes, dentre as quais, mas não exclusivamente, através de aplicativos de mensagens (e.g. *WhatsApp* ou afins), mensagens de texto (SMS/MMS), ligações telefônicas ou e-mails. Estes alinhamentos serão suficientes para fins de aplicação das disposições estabelecidas neste termo, desde que manifestado o comum acordo.
  - e. Sempre quando necessário e a exclusivo critério da **CONTRATANTE**, esta formalizará por mensagem de texto (aplicativos ou SMS/MMS) ou e-mail eventuais alterações na escala ou local de atendimento que tenham sido realizadas e devidamente comunicadas ao **CONTRATADO**.
2. A observar os mais elevados padrões de conduta ética, moral e profissional no desempenhar das atividades profissionais objeto do presente Termo, qual seja a execução de serviços médicos. Igualmente, assume e se compromete que:
  - a. Os serviços serão prestados na forma e modo ajustados, dentro das normas e especificações técnicas aplicáveis à espécie, dando plena e total garantia destes.
  - b. Deverá ser observado o cumprimento de todas as determinações impostas pelas autoridades públicas competentes relativas aos serviços ora acordados.
3. A observar o **CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA** em sua integralidade, reconhecendo desde já a impossibilidade de:
  - a. Isentar-se de responsabilidade sobre procedimento médico por si indicado ou do qual tenha participado, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.
  - b. Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência

DS  


*Oliver*  
*Amo*

- c. Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional por si praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.
  - d. Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação legal ou contratual, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.
  - e. Afastar-se das atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave.
  - f. Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.
  - g. Realizar qualquer tipo de divulgação de assuntos médicos envolvendo os serviços em que a CONTRATANTE estiver envolvida, e/ou quaisquer temas e situações atreladas, em mídias sociais sem que possua viés de educação e esclarecimento da sociedade.
  - h. Realizar qualquer divulgação ou publicação em mídias sociais envolvendo o ambiente de trabalho, bem como os pacientes atendidos, quando tais atendimentos envolverem a CONTRATANTE ainda que indiretamente.
4. A assumir a responsabilidade por todo e qualquer procedimento ou atendimento médico e laboratorial prestados aos pacientes, e autoriza desde logo a **CONTRATANTE** a inserir o **PROFISSIONAL** e seus representantes legais/responsáveis técnicos no polo passivo de demandas judiciais e administrativas que venham a ser movidas em face da **CONTRATANTE** em razão de condutas e danos causados pelo **CONTRATADO**.
  5. A apresentar e manter atualizado os dados cadastrais bem como toda a documentação que envolve a atividade médica, tais como diploma, carteirinha do Conselho Regional de Medicina, título de especialização, cursos livres e outras certificações profissionais.

Declara ciência e estar de acordo que:

5. A **CONTRATANTE** espera de seu **CONTRATADO**, no exercício de suas atividades, conduta honesta, digna, em estrita observância às leis aplicáveis, respeito aos direitos humanos, ao meio ambiente e aos padrões éticos da sociedade.
6. No exercício das suas atividades o **CONTRATADO** deve cumprir todas as leis e regulamentos aplicáveis de cada País ou região em que atuam.
7. A **CONTRATANTE** está autorizada a apresentar documentação pessoal e de comprovação de aptidão técnica à órgãos que vierem a solicitar.
8. No exercício das suas atividades o **CONTRATADO** deverá zelar pela privacidade de seu ambiente de trabalho, não realizando a divulgação de seu local de trabalho em mídias sociais ou similares.
9. O Termo não é gravado com cláusula de exclusividade, ficando livre o **CONTRATADO** para continuar atender em seu domicílio profissional pacientes particulares, não vinculados à **CONTRATANTE**, desde que não conflite com o horário de atendimento estabelecido entre as partes. O exercício de tais atividades profissionais particulares não configura motivo suficiente para justificar o não comparecimento às escalas e locais estabelecidos junto à **CONTRATANTE**.

DS  




10. É fundamental que todos preservem o espírito das Leis e Regulamentos, observando os mais elevados padrões de honestidade e de integridade, prevenindo até mesmo a aparência de atos impróprios.

- a. Esta responsabilidade envolve também a adoção das providências cabíveis, principalmente a comunicação à **CONTRATANTE**, quando tiver conhecimento de irregularidades praticadas por terceiros que possam comprometer o nome ou os interesses da **CONTRATANTE**.

11. A **CONTRATANTE** espera que todos os assuntos da empresa, sem exceção, sejam tratados pelo **CONTRATADO** com sigilo, confidencialidade e proteção dos direitos da **CONTRATANTE**.

12. A **CONTRATANTE** proíbe qualquer prática de corrupção, suborno, extorsão e fraude. O **CONTRATADO** não deve oferecer, prometer, conceder ou autorizar, quaisquer pagamentos ilegais, impróprios, duvidosos ou conferir benefícios a Integrantes da **CONTRATANTE**, funcionários públicos, equiparados ou qualquer indivíduo, seja diretamente ou através de terceiros a fim de influenciar de forma inadequada qualquer ato ou decisão para os fins de promover os interesses de qualquer natureza da **CONTRATANTE** ou individuais no exercício das atividades contratadas.

13. A **CONTRATANTE** se resguarda do direito de tomar as medidas que julgar necessárias quando o **CONTRATADO** violar qualquer aspecto deste Termo.

- a. Caso o **CONTRATADO** tenha conhecimento ou suspeita de violação a qualquer aspecto deste Código, por parte de qualquer pessoa, a **CONTRATANTE** espera que ele informe tal fato ao seu gestor imediato ou ao Comitê de Ética.
- b. Caso o **CONTRATADO** queira manter o anonimato no relato da violação ao Termo de Conduta e Responsabilidade, poderá utilizar o canal Linha de Ética para comunicação com o Comitê de Ética, tendo o apoio de ferramentas como correio eletrônico e linha de telefone. Esta comunicação poderá ser realizada mediante endereço eletrônico: [ouvidoria@medecin.com.br](mailto:ouvidoria@medecin.com.br).

Isto exposto, declara ter total conhecimento de que, a partir desta data, a inobservância do Código de Ética Médico e do presente Termo de Responsabilidade de Compromisso poderá implicar na responsabilização do **CONTRATADO**, esta graduada em função da gravidade e da reiteração, a partir da devida apuração pela **CONTRATANTE**. Sem prejuízo da aplicação de Multa Contratual em razão da inobservância de qualquer dos itens estabelecidos neste termo e de eventuais danos causados à **CONTRATANTE**, na hipótese do não comparecimento do **CONTRATADO** no local e horário estabelecidos em escala, este não fará jus a qualquer remuneração e ficará sujeito a ressarcir a **CONTRATANTE** dos gastos incorridos em razão do inadimplemento.

Curitiba/PR, 3/11/2025

DS  


CONTRATANTE

CONTRATADO

ALCIDES JOSE  
BRANCO  
FILHO:76310965972

Digitally signed by ALCIDES  
JOSE BRANCO  
FILHO:76310965972  
Date: 2024.06.19 20:24:59  
-03'00'

**BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**

ALCIDES JOSE BRANCO FILHO

Sócio Administrador

CPF/MF 763.109.659-72

22179586 SESP/PR

DocuSigned by:



C1083ABADB73462

MÉDICO(A) GUSTAVO AFFONSO DOS SANTOS

CRM/UF 58843/PR

CPF 519.984.568-38

RG 56249585X SSP SP

FLS. 417

# SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM PEDIATRIA

**SAVP  
Profissional  
de saúde**



American Heart Association.

American Academy of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

**GUSTAVO AFFONSO DOS SANTOS**

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

**Data de emissão**

26 Oct 2024

**Renovar até**

Oct 2026

**Nome do Centro de Treinamento**

CUREM Centro de Treinamento em Urgencia e Emergencia e Editora LTDA.

**Nome do instrutor**

Maikol Lucas Goncalves

**ID do Centro de Treinamento**

ZL21168

**ID do instrutor**

08180709784

**Cidade e País do Centro de Treinamento**

Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil

**Código eCard**

255644671044

**Nome do Centro de Treinamento**

**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. 20-2819 10/20

*Oliver*  
*Amc*



## 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) **ÍTALO OLIVEIRA DE OLIVEIRA**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **55516** conforme períodos abaixo:

#### Períodos

29/01/2024 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. e2539fb9058cc05c433b99c187d20d5ccdf45e3e

Emitida eletronicamente via internet em **02/04/2025**

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

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

*Oliver*  
*Q. M.*



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **ÍTALO OLIVEIRA DE OLIVEIRA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **55516** desde **29/01/2024**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

**Esta Certidão tem validade até o dia 02/07/2025.**

Chave de validação **af848b17d8bb57fd9de57c90d36c8e8eb5c251bb**

Emitida eletronicamente via internet em **02/04/2025**.

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

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

*Ítalo Oliveira*  
*D. M. M.*



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão Negativa de Débitos

Certificamos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **ÍTALO OLIVEIRA DE OLIVEIRA**, com situação Ativo, possui registro neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **55516** e encontra-se quite com esta tesouraria até 31/03/2026.

**Finalidade:** Simples verificação.

Chave de validação **e7a53a92aac06376abf8be30dfc6b2be64450d9b**

Emitida eletronicamente via internet em **02/04/2025**

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

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

*Oliver*  
*D. M.*





# Universidad Nacional Ecológica

FLS. 422

DIPLOMA ACADEMICO  
REG. Nº 01068

Por cuanto:

## ITALO OLIVEIRA DE OLIVEIRA

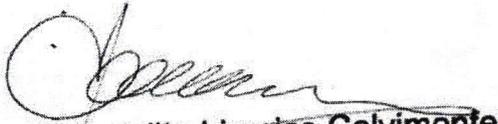
Natural de Porto Velho / RO - Brasil de 26 años de edad, ha rendido y aprobado el **EXAMEN DE GRADO**, con el que concluye el Plan de Estudios de la carrera de **MEDICINA**.

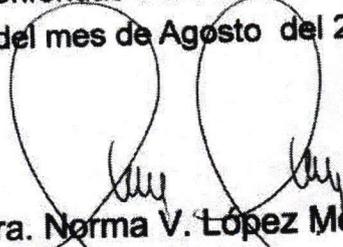
Por tanto:

A nombre de la Universidad y en ejercicio de las facultades conferidas por el Art. 94 de la Constitución Política del Estado y el Estatuto Orgánico de la U.N.E. confiere el **DIPLOMA ACADÉMICO** de:

## Médico Cirujano

Suscrito por el Rector y refrendado por el Secretario General, para que sea reconocido como tal y goce de las preeminencias conferidas a los de su Grado Académico en Santa Cruz de la Sierra a los 20 días del mes de Agosto del 2.016.

  
Ing. Carmelita Limpías Calvimontes  
RECTORA

  
Dra. Norma V. López Melgar  
SECRETARIA GENERAL



*Oliver*  
*Jm*

SE CERTIFICA LA FIRMA  
NO EL CONTENIDO  
MINISTERIO DE EDUCACION  
ARCHIVOS Y LEGALIZACIONES

El Ministerio de Educación,  
certifica que la Firma y rúbrica  
que aparece en el documento  
26 AGO 2016  
Académico/resumen, corresponde  
a: Carolina Zapata



*Carolina Zapata*  
Mara Eugenia Flores Altaro  
ENCARGADA DEL EQUIPO  
DIRECCION INSTITUCIONAL  
DE EDUCACION



BRA  
863672ML  
Consulado-Geral do Brasil em Santa Cruz  
Solicitação nº 410.2.100051-000000  
Reconheço verdadeira, por semelhança, a assinatura neste documento de Carla Ximena Barron Velverde - Encarregada de Assuntos Administrativos, do(a) Min. Rel. Exteriores - Dir. Depart. Santa Cruz, salvo(a) Santa Cruz de la Sierra - Bolivia. E, para constar onde convier, mandei passar o presente, que assim se fiz selar com o selo deste(a) Consulado-Geral.  
Sta Cruz de la Sierra, vinte e um de agosto de dois mil e dezesseis (31/08/2016)  
5,00  
Pagou R\$ 5,00 - Outp  
USD 5,00 - TEC 4162  
863672ML ATENÇÃO  
Se o número no código de barras for diferente, esta etiqueta É FALSA.  
ELIZABETE GONCALVES DO AMARAL  
Vice-Cônsul  
- Dispensada a legalização de assinatura consular de acordo com o art. 1º, § 1º da Dec. 8.748/2016.  
- A presente legalização não implica aceitação do teor do documento.

EL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES  
MINISTERIO DE GESTIÓN INSTITUCIONAL Y CONSULAR  
DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE SANTA CRUZ. CERTIFICA  
que la firma de:  
Mara Eugenia Flores Altaro  
guarda similitud con la que cursa en nuestro registro.  
Santa Cruz - Bolivia 29 AGO 2016  
SE LEGALIZA LA FIRMA NO EL CONTENIDO DEL DOCUMENTO

*Carla Ximena Barron Velverde*  
Lic. Carla X. Barron Velverde  
ENCARGADA DE ASUNTOS ADMINISTRATIVOS  
DIRECCION DEPARTAMENTAL SANTA CRUZ  
Ministerio de Relaciones Exteriores

Consulado-Geral do Brasil  
Santa Cruz de la Sierra

CRM-MT  
Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso  
Registro de Diploma  
Em 24/06/2021, o Presente diploma de ITALO OLIVEIRA OLIVEIRA foi registrado sob o número 0012353-MT de acordo com Artigo 17 da Lei 3.268 de 30 de setembro de 1957  
Cuiabá-MT, 28/06/2021  
LUCIA REBECCA BARBOZA VAMPADO  
PRESIDENTE

*Carla Ximena Barron Velverde*

**PROCURAÇÃO****OUTORGANTE (s):**

ITALO OLIVEIRA DE OLIVEIRA, BRASILEIRO, natural de PORTO VELHO/RO, médico(a), nascido em 05/10/1989, residente e domiciliado(a) na rua RUA Nº Carlos Inácio Alves 636, bairro Jardim pérola, na cidade de Londrina/UF Pr CEP 86390038, portador do RG nº 00001089028 SESDEC, RO CPF sob nº 994.981.462-68, e CRM/ PR nº 55516;

**OUTORGADO(s):**

**ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO**, brasileiro, médico, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 763.109.659-72, residente e domiciliado na Rua Visconde de Guarapuava, 5000, apt 901, Batel, Curitiba/PR. CEP: 80.240-010. Curitiba Estado do Paraná.

Por este instrumento particular, o **OUTORGANTE** constitui procurador o **OUTORGADO**, a quem confere poderes específicos para assinar requerimentos/capa de processo e ato de alteração com transferência de quotas, ingresso, retirada nos quadros da empresa **BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA., "MEDBLANC"**, CNPJ n.º 42.488.597/0001-05, com sede na Rua Professor Doutor Altivir Bassetti, 23, 1º Andar, Seminário, Curitiba/PR. CEP: 80440-021. Representada neste ato por seu sócio administrador, Sr. **ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO**, inscrito no Registro Geral sob n.º 22179586 SESP/PR, e no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 763.109.659-72, e com o seu Contrato Social devidamente registrado na Junta Comercial do Paraná - JUCEPAR sob o NIRE nº 41209978434, subscrever quotas do aumento do capital social, não superiores a 0,2% (zero vírgula dois por cento) assinar a declaração do art. 1011 da Lei 10.406/2002 e outros documentos necessários à efetivação do ato empresarial em nome do outorgante, praticados com o uso de certificação digital, a serem apresentados para arquivamento perante a Junta Comercial do Estado do Paraná - JUCEPAR, vedado o substabelecimento a terceiros dos poderes ora conferidos.

Curitiba/PR, 11/12/2024.

CRM/UF 55516/PR  
RG 00001089028 SESDEC/RO  
CPF 994.981.462-68

DocuSigned by:  
ITALO

CA269EF4F46046F...

Bariátrica Brasil Serviços Médicos Ltda. – CNPJ 42.488.597/0001-05 – Rua Professor doutor Altivir Bassetti, 23, Seminário, Curitiba/PR – CEP 80.440-021 – FONE 41 3242-6543

Blanca  
mo

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO**

O **CONTRATADO** assume o compromisso em manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações a que tiver acesso no desempenhar das atividades profissionais junto à **CONTRATANTE**, bem como de cumprir as normas de conduta da instituição, Resolução CFM 1.931/09 (Código de Ética Médica) e a escala de atendimento médico pactuada junto à empresa, sob sua total e absoluta responsabilidade ética e profissional.

Em referência aos Serviços e Escala de Atendimento acordados, o **CONTRATADO** se compromete:

1. A comparecer ao local de atendimento pactuado junto à **CONTRATANTE**, ou àquele definido em comum acordo entre as Partes e a administração do Município, nas datas e horários pactuados.
  - a. Na impossibilidade de comparecimento ao local de atendimento, se comprometo a comunicar a **CONTRATANTE** da sua ausência ou impossibilidade de comparecimento com no mínimo 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.
  - b. Na ocorrência de caso fortuito ou força maior na data do atendimento, o qual venha a impossibilitar a sua presença, comunicará imediatamente a **CONTRATANTE** acerca da ocorrência, comprovando a ocorrência do caso fortuito ou de força maior.
  - c. Na hipótese de ausência injustificada ou não comunicada, o **CONTRATADO** assume total responsabilidade pelo não comparecimento, inclusive para fins de representação ética e profissional perante os órgãos competentes ou Município contratante e adimplemento de eventuais responsabilidade e penalidades que venham a ser aplicadas à **CONTRATANTE**.
  - d. O ajuste das escalas que ficarão sob a responsabilidade do **CONTRATADO** poderá se dar, pela **CONTRATANTE**, a qualquer tempo e através de qualquer comunicação que identifique as partes, dentre as quais, mas não exclusivamente, através de aplicativos de mensagens (e.g. *WhatsApp* ou **afins**), mensagens de texto (SMS/MMS), ligações telefônicas ou e-mails. Estes alinhamentos serão suficientes para fins de aplicação das disposições estabelecidas neste termo, desde que manifestado o comum acordo.
  - e. Sempre quando necessário e a exclusivo critério da contratante, esta formalizará por mensagem de texto (aplicativos ou SMS/MMS) ou e-mail eventuais alterações na escala ou local de atendimento que tenham sido realizadas e devidamente comunicadas ao contratado.
2. A observar os mais elevados padrões de conduta ética, moral e profissional no desempenhar das atividades profissionais objeto do presente Termo, qual seja a execução de serviços médicos. Igualmente, assume e se compromete que:
  - a. Os serviços serão prestados na forma e modo ajustados, dentro das normas e especificações técnicas aplicáveis à espécie, dando plena e total garantia destes.
  - b. Deverá ser observado o cumprimento de todas as determinações impostas pelas autoridades públicas competentes relativas aos serviços ora acordados.
3. A observar o **CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA** em sua integralidade, reconhecendo desde já a impossibilidade de:
  - a. Isentar-se de responsabilidade sobre procedimento médico por si indicado ou do qual tenha

Rubrica

EVALP



- participado, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.
- b. Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência
  - c. Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional por si praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.
  - d.
  - e. Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação legal ou contratual, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.
  - f. Afastar-se das atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave.
  - g.
  - h. Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.
  - i. Realizar qualquer tipo de divulgação de assuntos médicos envolvendo os serviços em que a CONTRATANTE estiver envolvida, e/ou quaisquer temas e situações atreladas, em mídias sociais sem que possua viés de educação e esclarecimento da sociedade.
  - j. Realizar qualquer divulgação ou publicação em mídias sociais envolvendo o ambiente de trabalho, bem como os pacientes atendidos, quando tais atendimentos envolverem a CONTRATANTE ainda que indiretamente.
4. A assumir a responsabilidade por todo e qualquer procedimento ou atendimento médico e laboratorial prestados aos pacientes, e autoriza desde logo a **CONTRATANTE** a inserir o **PROFISSIONAL** e seus representantes legais/responsáveis técnicos no polo passivo de demandas judiciais e administrativas que venham a ser movidas em face da **CONTRATANTE** em razão de condutas e danos causados pelo **CONTRATADO**.
5. A apresentar e manter atualizado os dados cadastrais bem como toda a documentação que envolve a atividade médica, tais como diploma, carteirinha do Conselho Regional de Medicina, título de especialização, cursos livres e outras certificações profissionais.

Declara ciência e estar de acordo que:

- 5. A **CONTRATANTE** espera de seu **CONTRATADO**, no exercício de suas atividades, conduta honesta, digna, em estrita observância às leis aplicáveis, respeito aos direitos humanos, ao meio ambiente e aos padrões éticos da sociedade.
- 6. No exercício das suas atividades o **CONTRATADO** deve cumprir todas as leis e regulamentos aplicáveis de cada País ou região em que atuam.
- 7. A **CONTRATANTE** está autorizada a apresentar documentação pessoal e de comprovação de aptidão técnica à órgãos que vierem a solicitar.
- 8. No exercício das suas atividades o **CONTRATADO** deverá zelar pela privacidade de seu ambiente de trabalho, não realizando a divulgação de seu local de trabalho em mídias sociais ou similares.

9. O Termo não é gravado com cláusula de exclusividade, ficando livre o **CONTRATADO** para continuar atender em seu domicílio profissional pacientes particulares, não vinculados à **CONTRATANTE**, desde que não conflite com o horário de atendimento estabelecido entre as partes. O exercício de tais atividades profissionais particulares não configura motivo suficiente para justificar o não comparecimento às escalas e locais estabelecidos junto à **CONTRATANTE**.

10. É fundamental que todos preservem o espírito das Leis e Regulamentos, observando os mais elevados padrões de honestidade e de integridade, prevenindo até mesmo a aparência de atos impróprios.

- a. Esta responsabilidade envolve também a adoção das providências cabíveis, principalmente a comunicação à **CONTRATANTE**, quando tiver conhecimento de irregularidades praticadas por terceiros que possam comprometer o nome ou os interesses da **CONTRATANTE**.

11. A **CONTRATANTE** espera que todos os assuntos da empresa, sem exceção, sejam tratados pelo **CONTRATADO** com sigilo, confidencialidade e proteção dos direitos da **CONTRATANTE**.

12. A **CONTRATANTE** proíbe qualquer prática de corrupção, suborno, extorsão e fraude. O **CONTRATADO** não deve oferecer, prometer, conceder ou autorizar, quaisquer pagamentos ilegais, impróprios, duvidosos ou conferir benefícios a Integrantes da **CONTRATANTE**, funcionários públicos, equiparados ou qualquer indivíduo, seja diretamente ou através de terceiros a fim de influenciar de forma inadequada qualquer ato ou decisão para os fins de promover os interesses de qualquer natureza da **CONTRATANTE** ou individuais no exercício das atividades contratadas.

13. A **CONTRATANTE** se resguarda do direito de tomar as medidas que julgar necessárias quando o **CONTRATADO** violar qualquer aspecto deste Termo.

- a. Caso o **CONTRATADO** tenha conhecimento ou suspeita de violação a qualquer aspecto deste Código, por parte de qualquer pessoa, a **CONTRATANTE** espera que ele informe tal fato ao seu gestor imediato ou ao Comitê de Ética.
- b. Caso o **CONTRATADO** queira manter o anonimato no relato da violação ao Termo de Conduta e Responsabilidade, poderá utilizar o canal Linha de Ética para comunicação com o Comitê de Ética, tendo o apoio de ferramentas como correio eletrônico e linha de telefone. Esta comunicação poderá ser realizada mediante endereço eletrônico: [ouvidoria@medecin.com.br](mailto:ouvidoria@medecin.com.br).

Isto exposto, declara ter total conhecimento de que, a partir desta data, a inobservância do Código de Ética Médico e do presente Termo de Responsabilidade de Compromisso poderá implicar na responsabilização do **CONTRATADO**, esta graduada em função da gravidade e da reiteração, a partir da devida apuração pela **CONTRATANTE**. Sem prejuízo da aplicação de Multa Contratual em razão da inobservância de qualquer dos itens estabelecidos neste termo e de eventuais danos causados à **CONTRATANTE**, na hipótese do não comparecimento do **CONTRATADO** no local e horário estabelecidos em escala, este não fará jus a qualquer remuneração e ficará sujeito a ressarcir a **CONTRATANTE** dos gastos incorridos em razão do inadimplemento.

Curitiba/PR, 11/12/2024 \_\_\_\_\_.



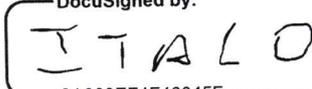
CONTRATANTE

CONTRATADO

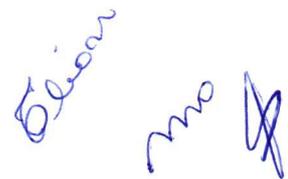
ALCIDES JOSE  
BRANCO  
FILHO:7631096597  
2

Digitally signed by  
ALCIDES JOSE BRANCO  
FILHO:76310965972  
Date: 2024.06.07  
10:45:41 -03'00'

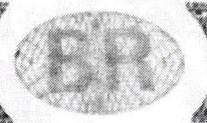
BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA  
ALCIDES JOSE BRANCO FILHO  
Sócio Administrador  
CPF/MF 763.109.659-72  
22179586 SESP/PR

DocuSigned by:  
  
CA269EF4F46045F...

MÉDICO(A) ITALO OLIVEIRA DE OLIVEIRA  
CRM/UF 55516/PR  
CPF 994.981.462-68  
RG 00001089028 SESDEC/RO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA  
SECRETARIA NACIONAL DE TRANSITO



CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

2 e 1 NOME E SOBRENOME  
MANUELA PERES CABRAL

1ª HABILITAÇÃO  
21/10/2021

3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO  
09/07/1998 PORTO ALEGRE/RS

4a DATA EMISSÃO  
28/06/2023

4b VALIDADE  
21/06/2031

ACC  
D

4c DOC IDENTIDADE / ÓRG EMISSOR / UF  
2093971246 SSP RS

4d CPF  
027.337.170-30

5 Nº REGISTRO  
07673953366

9 CAT HAB  
B

NACIONALIDADE  
BRASILEIRO

FILAÇÃO  
MARCIO ROBERTO IGLESIAS CABRAL

ADRIANE PERES BARBOZA



*Manuela Cabral*

7 ASSINATURA DO PORTADOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2628727530

9	10	11	12
ACC			
A			
A1			
B		21/06/2031	
B1			
C			
C1			

9	10	11	12
D			
D1			
BE			
CE			
C1E			
DE			
D1E			

12 OBSERVAÇÕES  
A

1 LOCAL  
PORTO ALEGRE, RS

*Manuela Cabral*  
ASSINATURA DO EMISSOR  
76097666044  
RS273312340

PROIBIDO CLASSEIFICAR

2628727530

RIO GRANDE DO SUL

*Oliver*  
*mo*



## 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) **MANUELA PERES CABRAL**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **57128** conforme períodos abaixo:

#### Períodos

31/07/2024 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. 5e7b7a1ce8eb913592d31b6b95937764bb00e20a

Emitida eletronicamente via internet em **25/04/2025**

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

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

*Blanca*  
*Mo*



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão Negativa de Débitos

Certificamos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **MANUELA PERES CABRAL**, com situação Ativo, possui registro neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **57128** e encontra-se quite com esta tesouraria até 30/04/2025.

**Finalidade:** Simples verificação.

Chave de validação **ad4f2aa9e38a82dec04c19012eb81bb0df8ac849**

Emitida eletronicamente via internet em **25/04/2025**

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

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

*Oliver*  
*mo*  
*4*



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **MANUELA PERES CABRAL**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **57128** desde **31/07/2024**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

**Esta Certidão tem validade até o dia 25/07/2025.**

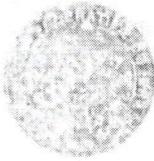
Chave de validação **707fd138df11cb52cb094fc444ca08d7de603262**

Emitida eletronicamente via internet em **25/04/2025**.

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

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

*Blanca*  
*Amo*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL  
Constituída pelo Decreto nº 60.200 de 10 de fevereiro de 1967

O REITOR DA UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Graduação em Medicina, em 13 de julho de 2024, e a colação de grau em 26 de julho de 2024, confere o título de

MÉDICA

a

**Manuela Péres Cabral**

brasileira, natural do Rio Grande do Sul, nascida em 09 de julho de 1998, C.P.F. nº 027.337.170-30 outorga-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Caxias do Sul, 26 de julho de 2024.

*Tereziângela Luchese*  
Tereziângela Luchese  
Pró-Reitora de Graduação

Manuela Cabral  
Diplomado  
São Miguel

*Gelson Leonardo Rech*  
Gelson Leonardo Rech  
Reitor

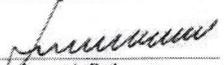
*Oliver*  
*Mmo*  
*A*

Curso de Graduação em Medicina,  
reconhecido pela Portaria de Renovação  
MEC Nº 481, DE 22-10-19 D.O.U. de 23-  
10-19, p.28.

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL**  
Constituída pelo Decreto 60.200, de 10 de  
fevereiro de 1967  
CNPJ 88.648.761/0001-03  
Divisão de Registro Acadêmico

DIPLOMA registrado sob o nº 82760 fls. 170 do  
livro nº 222, por delegação de competência do  
Ministério da Educação, nos termos da Lei nº 9.394,  
de 20 de dezembro de 1996, e do Decreto nº 9.235,  
de 15 de dezembro de 2017. Ata de Colação de Grau  
nº 51/2024. Processo nº 1996497/2024.

Em 26 de julho de 2024

  
Leonardo Roth  
Supervisor da Divisão de Registro Acadêmico



Nº 91163

*Oliver*  
*Mmo*  
*J*

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

**CONTRATANTE:** **BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.**, “MEDBLANC”, CNPJ n.º 42.488.597/0001-05, com sede na Rua Professor Doutor Altvir Bassetti, 23, 1º Andar, Seminário, Curitiba/PR. CEP: 80440-021. Neste ato representado por seu Sócio Administrador Sr. **ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO**, brasileiro, médico, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 763.109.659-72, residente e domiciliado na Rua Visconde de Guarapuava, 5000, apt 901, Batel, Curitiba/PR. CEP: 80.240-010. Curitiba, Estado do Paraná, doravante denominado de **CONTRATANTE**.

**CONTRATADO(a):** MANUELA PERES CABRAL, brasileiro (a), médico (a), Inscrição (a) no CRM 57128/PR, e doravante denominado simplesmente **CONTRATADO(A)**.

As partes livremente e de comum acordo firmam o presente contrato de prestação de serviços médicos querereger-se-á pelas seguintes cláusulas e condições, atendendo ao que dispõe as Leis 9.656/98 e 13.003/14, bem como a Resolução C.F. M. 1.931/09 (Código de Ética Médica).

### DO OBJETO DO CONTRATO

**CLÁUSULA PRIMEIRA:** O presente contrato tem como **OBJETO** a prestação, pelo **CONTRATADO(a)** de serviços médicos, de acordo com a demanda da **CONTRATANTE**, do seguinte **Objeto: Plantões de avaliações médicos, Atendimentos de avaliação médica**, conforme termos de contratação com o ente público.

**CLÁUSULA SEGUNDA:** O presente serviço acertado neste instrumento consistirá na realização de serviços médicos, de acordo com a necessidade da empresa contratante, mediante escala de horários que será ajustada através de instrumento próprio.

**Parágrafo Primeiro:** O **CONTRATADO(a)** se compromete a prestar os serviços com diligência, prudência e respeito aos beneficiários da **CONTRATANTE** assumindo toda responsabilidade técnica e civil pela execução. Compromete-se ainda, no exercício da função médica representar a **CONTRATANTE** de forma adequada, zelando pela imagem e bom nome da **CONTRATANTE**, respondendo civilmente caso atue com negligência, imperícia ou imprudência.

Rubrica

MPC

Dei  
MPC

**Parágrafo Segundo:** As partes se obrigam a respeitar e cumprir o Código de Ética Médica e as Resoluções emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, amparados em lei.

**Parágrafo Terceiro:** Os serviços médicos serão executados a partir da formação de escalas médicas, sendo que o **CONTRATADO(a)** se obriga a cumprir fielmente os horários que lhe forem designados, sem ocorrência de atrasos ou quaisquer comportamentos que firam o instrumento de prestação de serviços ora celebrado.

**DAS OBRIGAÇÕES:**

**CLÁUSULA TERCEIRA:** A **CONTRATANTE** se obriga a dar todo o suporte para que o serviço seja feito com a máxima qualidade, durante o período de vigência do contrato.

**CLÁUSULA QUARTA:** O **CONTRATADO(a)** se obriga a apresentar a **CONTRATANTE** todos os documentos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente contrato, manter-se adimplente junto ao CRM e estar disponível para a realização dos trabalhos.

**DO VALOR E PAGAMENTO:**

**CLÁUSULA QUINTA:** a **CONTRATANTE**, realizará o pagamento referente aos atendimentos prestados durante o mês anterior, conforme valor acertado.

**Parágrafo único:** O **CONTRATADO(a)** não manterá qualquer tipo de vínculo empregatício com a **CONTRATANTE** e tampouco com seus representantes legais, haja vista a ausência dos elementos que condições ora pactuadas e demais exigências legais do Conselho Regional de Medicina quanto à responsabilidade técnica. O **CONTRATADO(a)** responde exclusivamente por eventual imprudência, negligência, imperícia ou dolo na execução de serviços que venham a causar qualquer dano à **CONTRATANTE** ou a terceiros, devendo responder regressivamente caso a **CONTRATANTE** seja responsabilizada judicialmente por tais fatos, desde que haja a denúncia da lide, salvo no caso de conduta da própria **CONTRATANTE** contrária à orientação dada pelo **CONTRATADO (A)**.

**DA VIGÊNCIA**

Rubrica

MPC

*Oliver*  
*mmj*

**CLÁUSULA SEXTA:** O contrato terá vigência de tempo indeterminado a partir da data de sua assinatura, caso não haja objeção de nenhuma das partes.

**Parágrafo único** – O presente contrato não é gravado com cláusula de exclusividade ficando livre o **CONTRATADO(a)** para atender em seu domicílio profissional, pacientes particulares, bem como beneficiários de operadoras de planos de saúde e outros convênios públicos ou privados, na forma que melhor lhe convier; desde que respeitados a escala de atendimento proveniente da presente contratação.

**DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:**

**CLÁUSULA SÉTIMA:** O pagamento será realizado até o dia 20 do mês subsequente aos serviços realizados via transferência bancária.

**DA RESCISÃO:**

**CLÁUSULA OITAVA** - Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, constituem justos motivos para rescisão contratual:

- a) O não cumprimento das cláusulas contratuais;
- b) O cumprimento irregular das cláusulas contratuais;
- c) Infração às normas sanitárias em vigor;
- d) Alteração dos atos constitutivos do **CONTRATADO(a)** que prejudique a execução do objeto contratual;
- e) Concordata ou decretação da falência da **CONTRATANTE**;
- f) Fraude ou dolo praticado e devidamente comprovado;
- g) Impedimento, obstrução ou embaraço para fins de realização de qualquer exame ou diligência necessária ao resguardo dos direitos das partes;
- h) A paralisação temporária dos serviços sem prévia comunicação de 60 (sessenta) dias;
- i) O não cumprimento, por qualquer das partes, de cláusula ou condição estabelecida no presente contrato;
- j) A transferência total ou parcial deste instrumento, a subcontratação do objeto contratual, a associação com outrem, a cisão, fusão ou incorporação que afete a boa execução deste contrato, sem prévia anuência da **CONTRATANTE**; e

Rubrica  
MPC

*Oliver  
MPC*

k) O cometimento reiterado de faltas na execução deste contrato.

**CLÁUSULA NONA:** O **CONTRATADO(a)** declara ter ciência que a **CONTRATANTE** presta serviços mediante contratação com a administração pública, logo, sujeita a fiscalização por parte dos órgãos contratantes, sendo que, eventual descumprimento deste contrato por parte do **CONTRATADO(a)** pode gerar consequências nos contratos com a administração pública, respondendo o **CONTRATADO(a)** por prejuízos que, pelos seus atos, venha a causar à **CONTRATANTE**, seja pela imposição de multas, penalidades administrativas ou rescisões contratuais.

Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do **CONTRATO** as partes elegem o foro da comarca de Curitiba, Estado do Paraná.

Curitiba,

CONTRATANTE

CONTRATADO

ALCIDES JOSE  
BRANCO  
FILHO:7631096597  
2

Digitally signed by  
ALCIDES JOSE BRANCO  
FILHO:76310965972  
Date: 2024.06.07  
10:44:06 -03'00'

BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ALCIDES JOSE BRANCO FILHO

Sócio Administrador

CPF/MF 763.109.659-72

22179586 SESP/PR

Assinado por:

**MANUELA PERES CABRAL**

750DB1FF4C0349B...

MÉDICO(A) MANUELA PERES CABRAL

CRM/UF 57128/PR

CPF 027.337.170-30

RG 2093971246 SSP/RS





## 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) **MARIANA LIMA DOS SANTOS**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **58128** conforme períodos abaixo:

#### Períodos

10/12/2024 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. 69dd29bcb788dd7c1ed742726147177fe1adda47

Emitida eletronicamente via internet em **28/03/2025**

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

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

*Elionor A. M. O.*



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **MARIANA LIMA DOS SANTOS**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **58128** desde **10/12/2024**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

**Esta Certidão tem validade até o dia 27/06/2025.**

Chave de validação [cd2f14529339c8e92b2a93919d12e45d2b3814c0](#)

Emitida eletronicamente via internet em **27/03/2025**.

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

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

*621.000*  
*4*  
*ma*



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão Negativa de Débitos

Certificamos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **MARIANA LIMA DOS SANTOS**, com situação Ativo, possui registro neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **58128** e encontra-se quite com esta tesouraria até 31/03/2026.

**Finalidade:** Simples verificação.

Chave de validação **97083fd1b885416bf1a8dc4778a3a6a68e6f8ff1**

Emitida eletronicamente via internet em **27/03/2025**

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

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

*Blaine*  
*[Signature]*  
*Amo*

# CNH Digital

Departamento Nacional de Trânsito

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA  
DETRAN - DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

SC

NOME: MARIANA LIMA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE/ORG EMISSOR/UF: 98322892 SSP PR

CPF: 062.091.279-08 DATA NASCIMENTO: 14/08/1993

FILIAÇÃO: PEDRINHO LIMA DOS SANTOS  
LUCINARA BUENO DA SILVA DOS SANTOS

PERMISSÃO: ACC: CAT. HAB: AE

Nº REGISTRO: 07465430168 VALIDADE: 14/09/2025 1ª HABILITAÇÃO: 29/11/2016

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR: *Mariana*

LOCAL: SAO MIGUEL D'OESTE, SC DATA EMISSÃO: 21/09/2020

ASSINADO DIGITALMENTE  
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO 44854905541  
SC158193210

SANTA CATARINA

DENATRAN CONTRAN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 2162194082

## 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: < <http://www.serpro.gov.br/assinador-digital> >, opção Validar Assinatura.

**SERPRO / DENATRAN**

*Bli-ane*  
*J*  
*mo*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

## FACULDADE ESTÁCIO DE JARAGUÁ DO SUL



*O(A) Diretor(a) da FACULDADE ESTÁCIO DE JARAGUÁ DO SUL, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do CURSO DE MEDICINA, na data de 02/12/2024, e a colação de grau na data de 02/12/2024, confere o título de MÉDICO (A) a MARIANA LIMA DOS SANTOS, nacionalidade BRASILEIRO(A), natural de PARANÁ, nascido(a) em 14/08/1993, portador(a) da Cédula de Identidade 9.832.289-2, órgão expedidor SESP/PR, e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.*

Jaraguá do Sul - SC, 07 de Dezembro de 2024.

*Cláudia S. Maturana*

CLAUDIA SIMONE MATURANA  
Diretor(a) Geral



**Estácio**

*Cláudia*

*Cláudia*

FACULDADE ESTÁCIO DE JARAGUÁ DO SUL  
Código de Validação: 22191.163.6f6b4b01ead0 | <https://consultadiploma.estacio.br/diploma/22191.163.6f6b4b01ead0>

**FACULDADE ESTÁCIO DE JARAGUÁ DO SUL**

SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR ESTÁCIO DE SÁ  
CNPJ: 34075739000184

Credenciamento: Portaria nº 201, de 07/03/2018, DOU nº 46, Seção 1, Pág. 15, de 08/03/2018.

**Curso de MEDICINA**

Reconhecimento: Portaria MEC nº 538, de 30/09/2024, DOU nº 190, Seção 1, Pág. 25, de 01/10/2024.

**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**

SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR ESTÁCIO DE SÁ  
CNPJ: 34075739000184

Credenciamento: Portaria nº 592, de 29/11/1988, DOU nº -, Seção 1, Pág. 23215, de 30/11/1988.

Redenciamento: Portaria nº 1095, de 31/08/2012, DOU nº 172, Seção 1, Pág. 97, de 04/09/2012.

Diploma registrado sob o nº 68, Livro 1, fls 68, em 07/12/2024, por delegação de competência do Ministério da Educação, nos termos da Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996, e do Decreto nº 9.235, de 15 de dezembro de 2017.

Processo nº SRD/6567214/2024.

Rio de Janeiro - RJ, 07/12/2024



ADRIANA SILVA ARAUJO  
Secretário(a) de Registro de Diplomas  
Resolução 092/GR/2016



28410002602170

*Seleção*  
*S*  
*me*

FLS. 474

**PROCURAÇÃO****OUTORGANTE (s):**

MARIANA LIMA DOS SANTOS, BRASILEIRA, natural de BARRAÇÃO/PR, médico(a), nascido em 14/08/1993, residente e domiciliado(a) na rua LIN. S SEBASTIÃO, bairro ZONA RURAL, na cidade de BOM JESUS DO SUL/UF PR CEP 85708-000, portador do RG nº 98322892 SSP PR, CPF sob nº 062.091.279-08, e CRM/ PR nº 58128;

**OUTORGADO(s):**

**ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO**, brasileiro, médico, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 763.109.659-72, residente e domiciliado na Rua Visconde de Guarapuava, 5000, apt 901, Batel, Curitiba/PR. CEP: 80.240-010. Curitiba Estado do Paraná.

Por este instrumento particular, o **OUTORGANTE** constitui procurador o **OUTORGADO**, a quem confere poderes específicos para assinar requerimentos/capa de processo e ato de alteração com transferência de quotas, ingresso, retirada nos quadros da empresa **BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA., "MEDBLANC"**, CNPJ n.º 42.488.597/0001-05, com sede na Rua Professor Doutor Altivir Bassetti, 23, 1º Andar, Seminário, Curitiba/PR. CEP: 80440-021. Representada neste ato por seu sócio administrador, Sr. **ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO**, inscrito no Registro Geral sob n.º 22179586 SESP/PR, e no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 763.109.659-72, e com o seu Contrato Social devidamente registrado na Junta Comercial do Paraná - JUCEPAR sob o NIRE nº 41209978434, subscrever quotas do aumento do capital social, não superiores a 0,2% (zero vírgula dois por cento) assinar a declaração do art. 1011 da Lei 10.406/2002 e outros documentos necessários à efetivação do ato empresarial em nome do outorgante, praticados com o uso de certificação digital, a serem apresentados para arquivamento perante a Junta Comercial do Estado do Paraná - JUCEPAR, vedado o substabelecimento a terceiros dos poderes ora conferidos.

Curitiba/PR, 12/18/2024

CRM/UF 58128/PR  
RG 98322892 SSP PR  
CPF 062.091.279-08

Elisav  
\$  
mme

## TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO

O **CONTRATADO** assume o compromisso em manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações a que tiver acesso no desempenhar das atividades profissionais junto à **CONTRATANTE**, bem como de cumprir as normas de conduta da instituição, Resolução CFM 1.931/09 (Código de Ética Médica) e a escala de atendimento médico pactuada junto à empresa, sob sua total e absoluta responsabilidade ética e profissional.

Em referência aos Serviços e Escala de Atendimento acordados, o **CONTRATADO** se compromete:

1. A comparecer ao local de atendimento pactuado junto à **CONTRATANTE**, ou àquele definido em comum acordo entre as Partes e a administração do Município, nas datas e horários pactuados.
  - a. Na impossibilidade de comparecimento ao local de atendimento, se comprometo a comunicar a **CONTRATANTE** da sua ausência ou impossibilidade de comparecimento com no mínimo 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.
  - b. Na ocorrência de caso fortuito ou força maior na data do atendimento, o qual venha a impossibilitar a sua presença, comunicará imediatamente a **CONTRATANTE** acerca da ocorrência, comprovando a ocorrência do caso fortuito ou de força maior.
  - c. Na hipótese de ausência injustificada ou não comunicada, o **CONTRATADO** assume total responsabilidade pelo não comparecimento, inclusive para fins de representação ética e profissional perante os órgãos competentes ou Município contratante e adimplemento de eventuais responsabilidade e penalidades que venham a ser aplicadas à **CONTRATANTE**.
  - d. O ajuste das escalas que ficarão sob a responsabilidade do **CONTRATADO** poderá se dar, pela **CONTRATANTE**, a qualquer tempo e através de qualquer comunicação que identifique as partes, dentre as quais, mas não exclusivamente, através de aplicativos de mensagens (e.g. *Whats.App* ou **afins**), mensagens de texto (SMS/MMS), ligações telefônicas ou e-mails. Estes alinhamentos serão suficientes para fins de aplicação das disposições estabelecidas neste termo, desde que manifestado o comum acordo.
  - e. Sempre quando necessário e a exclusivo critério da contratante, esta formalizará por mensagem de texto (aplicativos ou SMS/MMS) ou e-mail eventuais alterações na escala ou local de atendimento que tenham sido realizadas e devidamente comunicadas ao contratado.
2. A observar os mais elevados padrões de conduta ética, moral e profissional no desempenhar das atividades profissionais objeto do presente Termo, qual seja a execução de serviços médicos. Igualmente, assume e se compromete que:
  - a. Os serviços serão prestados na forma e modo ajustados, dentro das normas e especificações técnicas aplicáveis à espécie, dando plena e total garantia destes.
  - b. Deverá ser observado o cumprimento de todas as determinações impostas pelas autoridades públicas competentes relativas aos serviços ora acordados.
3. A observar o **CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA** em sua integralidade, reconhecendo desde já a impossibilidade de:
  - a. Isentar-se de responsabilidade sobre procedimento médico por si indicado ou do qual tenha

Rubrica

MDS

Belion  
F  
mo

- participado, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.
- b. Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência
  - c. Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional por si praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.
  - d.
  - e. Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação legal ou contratual, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.
  - f. Afastar-se das atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave.
  - g.
  - h. Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.
  - i. Realizar qualquer tipo de divulgação de assuntos médicos envolvendo os serviços em que a CONTRATANTE estiver envolvida, e/ou quaisquer temas e situações atreladas, em mídias sociais sem que possua viés de educação e esclarecimento da sociedade.
  - j. Realizar qualquer divulgação ou publicação em mídias sociais envolvendo o ambiente de trabalho, bem como os pacientes atendidos, quando tais atendimentos envolverem a CONTRATANTE ainda que indiretamente.
4. A assumir a responsabilidade por todo e qualquer procedimento ou atendimento médico e laboratorial prestados aos pacientes, e autoriza desde logo a **CONTRATANTE** a inserir o **PROFISSIONAL** e seus representantes legais/responsáveis técnicos no polo passivo de demandas judiciais e administrativas que venham a ser movidas em face da **CONTRATANTE** em razão de condutas e danos causados pelo **CONTRATADO**.
5. A apresentar e manter atualizado os dados cadastrais bem como toda a documentação que envolve a atividade médica, tais como diploma, carteirinha do Conselho Regional de Medicina, título de especialização, cursos livres e outras certificações profissionais.

Declara ciência e estar de acordo que:

- 5. A **CONTRATANTE** espera de seu **CONTRATADO**, no exercício de suas atividades, conduta honesta, digna, em estrita observância às leis aplicáveis, respeito aos direitos humanos, ao meio ambiente e aos padrões éticos da sociedade.
- 6. No exercício das suas atividades o **CONTRATADO** deve cumprir todas as leis e regulamentos aplicáveis de cada País ou região em que atuam.
- 7. A **CONTRATANTE** está autorizada a apresentar documentação pessoal e de comprovação de aptidão técnica à órgãos que vierem a solicitar.
- 8. No exercício das suas atividades o **CONTRATADO** deverá zelar pela privacidade de seu ambiente de trabalho, não realizando a divulgação de seu local de trabalho em mídias sociais ou similares.

Rubrica  
MDS

Oliver \$  
muc

9. O Termo não é gravado com cláusula de exclusividade, ficando livre o **CONTRATADO** para continuar atender em seu domicílio profissional pacientes particulares, não vinculados à **CONTRATANTE**, desde que não conflite com o horário de atendimento estabelecido entre as partes. O exercício de tais atividades profissionais particulares não configura motivo suficiente para justificar o não comparecimento às escalas e locais estabelecidos junto à **CONTRATANTE**.

10. É fundamental que todos preservem o espírito das Leis e Regulamentos, observando os mais elevados padrões de honestidade e de integridade, prevenindo até mesmo a aparência de atos impróprios.

a. Esta responsabilidade envolve também a adoção das providências cabíveis, principalmente a comunicação à **CONTRATANTE**, quando tiver conhecimento de irregularidades praticadas por terceiros que possam comprometer o nome ou os interesses da **CONTRATANTE**.

11. A **CONTRATANTE** espera que todos os assuntos da empresa, sem exceção, sejam tratados pelo **CONTRATADO** com sigilo, confidencialidade e proteção dos direitos da **CONTRATANTE**.

12. A **CONTRATANTE** proíbe qualquer prática de corrupção, suborno, extorsão e fraude. O **CONTRATADO** não deve oferecer, prometer, conceder ou autorizar, quaisquer pagamentos ilegais, impróprios, duvidosos ou conferir benefícios a Integrantes da **CONTRATANTE**, funcionários públicos, equiparados ou qualquer indivíduo, seja diretamente ou através de terceiros a fim de influenciar de forma inadequada qualquer ato ou decisão para os fins de promover os interesses de qualquer natureza da **CONTRATANTE** ou individuais no exercício das atividades contratadas.

13. A **CONTRATANTE** se resguarda do direito de tomar as medidas que julgar necessárias quando o **CONTRATADO** violar qualquer aspecto deste Termo.

a. Caso o **CONTRATADO** tenha conhecimento ou suspeita de violação a qualquer aspecto deste Código, por parte de qualquer pessoa, a **CONTRATANTE** espera que ele informe tal fato ao seu gestor imediato ou ao Comitê de Ética.

b. Caso o **CONTRATADO** queira manter o anonimato no relato da violação ao Termo de Conduta e Responsabilidade, poderá utilizar o canal Linha de Ética para comunicação com o Comitê de Ética, tendo o apoio de ferramentas como correio eletrônico e linha de telefone. Esta comunicação poderá ser realizada mediante endereço eletrônico: [ouvidoria@medecin.com.br](mailto:ouvidoria@medecin.com.br).

Isto exposto, declara ter total conhecimento de que, a partir desta data, a inobservância do Código de Ética Médico e do presente Termo de Responsabilidade de Compromisso poderá implicar na responsabilização do **CONTRATADO**, esta graduada em função da gravidade e da reiteração, a partir da devida apuração pela **CONTRATANTE**.

Sem prejuízo da aplicação de Multa Contratual em razão da inobservância de qualquer dos itens estabelecidos neste termo e de eventuais danos causados à **CONTRATANTE**, na hipótese do não comparecimento do **CONTRATADO** no local e horário estabelecidos em escala, este não fará jus a qualquer remuneração e ficará sujeito a ressarcir a **CONTRATANTE** dos gastos incorridos em razão do inadimplemento.

Curitiba/PR, 12/18/2024

*Boisw  
mo*

CONTRATANTE

CONTRATADO

ALCIDES JOSE  
BRANCO  
FILHO:7631096597  
2

Digitally signed by  
ALCIDES JOSE BRANCO  
FILHO:76310965972  
Date: 2024.06.07  
10:45:41 -03'00'

BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ALCIDES JOSE BRANCO FILHO

Sócio Administrador

CPF/MF 763.109.659-72

22179586 SESP/PR

Assinado por:

MARIANA LIMA DOS SANTOS

C1B3DB7A95CB451...

MÉDICO(A) MARIANA LIMA DOS SANTOS

CRM/UF 58128/PR

CPF 062.091.279-08

RG 98322892 SSP PR

*Blione*  
*mu*



## 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) **URIEL DI OLIVEIRA NEVES**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **53623** conforme períodos abaixo:

#### Períodos

31/07/2023 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. **cd82d01f23360d1a238672f9759baa55b434fcc**

Emitida eletronicamente via internet em **18/03/2025**

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

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

*Uriel Di Oliveira Neves*  
*mo*



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **URIEL DI OLIVEIRA NEVES**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **53623** desde **31/07/2023**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

**Esta Certidão tem validade até o dia 25/06/2025.**

Chave de validação **f55cf1561e5df4a779290f718008a79ea9aea3ad**

Emitida eletronicamente via internet em **25/03/2025**.

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

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

*Blesone*  
*mm*



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão Negativa de Débitos

Certificamos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **URIEL DI OLIVEIRA NEVES**, com situação Ativo, possui registro neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **53623** e encontra-se quite com esta tesouraria até 30/04/2025.

**Finalidade:** Simples verificação.

Chave de validação **534a12c97709dca22d82f209d6531ae9168ff6fa**

Emitida eletronicamente via internet em **03/04/2025**

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

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

*Oliver*  
*mm*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

GOIÁS

NOME: URIEL DI OLIVEIRA NEVES

DOC. IDENTIDADE/ÓRG EMISSOR/PUF: 5537118 SSP GO

CPE: 037.405.381-56 DATA NASCIMENTO: 15/07/1996

FILIAÇÃO: MARCOS ANTONIO NEVES JUNIOR  
 HALIDA HEDEM MARQUES DE OLIVEIRA NEVES

PERMISSÃO: ACC: CAT. HAB: 3

Nº REGISTRO: 08426528506 VALIDADE: 18/12/2025 1ª HABILITAÇÃO: 03/08/2015

OBSERVAÇÕES:

*Uriel Di Oliveira*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: GOIANIA, GO DATA EMISSÃO: 22/12/2020

ASSINADO DIGITALMENTE  
 DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

25587004331  
 GO147498449

GOIÁS

DENATRAN CONTRAN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 2183492071

QR-CODE



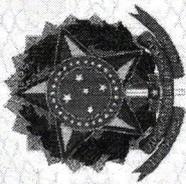
FLS. 453

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

*F. Oliveira*  
*mo*



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO



UNIVERSIDADE FRANCISCANA

DIPLOMA

A Reitora da Universidade Franciscana, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina, na data de 07 de julho de 2023, e a colação de grau na data de 07 de julho de 2023, confere o título de Médico a

URIEL DI OLIVEIRA NEVES

nacionalidade brasileira, natural de Goiânia (GO), nascido em 15 de julho de 1996, portador da Cédula de Identidade 5537118, (SSP/GO), e outorga - lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Santa Maria (RS), 13 de julho de 2023.

*Bieder*

Clarice Rieder  
Diretora da Secretaria Acadêmica

*Iraní Rupolo*

Profª Iraní Rupolo  
Reitora

<https://docs.ufn.edu.br/diploma/validadiploma/O/>  
Código de Validação: 426.426.52ddef9fb8eb



**Universidade Franciscana (UFN)**

Mantida pela Sociedade Caritativa e Literária São Francisco de Assis - Zona Norte

(CNPJ 95.606.380/0022-43)

Credenciada pela Portaria nº 259, de 22/03/2018, DOU nº 57, Seção 1, página 12, de 23/03/2018.

Curso Superior de Graduação em

**Medicina**

Reconhecido pela Portaria nº 997, de 18/11/2022, DOU nº 218, Seção 1, página 29, de 21/11/2022.

Diploma Registrado sob o nº 13808, Livro 18-G, fls. 6905, em 13/07/2023, nos termos da Lei nº 9.394, de 20/12/1996, e do Decreto nº 9.235, de 15/12/2017.

Processo nº 00381/2023

Santa Maria (RS), 13 de julho de 2023.

Carmen Raquel Wouters Medeiros  
Secretária - Portaria nº 54/2020



*Blair  
mo*

**PROCURAÇÃO****OUTORGANTE (s):**

URIEL DI OLIVEIRA NEVES, BRASILEIRO, natural de GOIANIA/GO, médico(a), nascido em 15/07/1996, residente e domiciliado(a) na rua TRAVESSA FREI CANECA, 105, bairro CENTRO, na cidade de CURITIBA/UF PR CEP 80010-090, portador do RG nº 5537118 SSP GO, CPF sob nº 037.405.581-56, e CRM/ PR nº 53623;

**OUTORGADO(s):**

**ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO**, brasileiro, médico, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 763.109.659-72, residente e domiciliado na Rua Visconde de Guarapuava, 5000, apt 901, Batel, Curitiba/PR. CEP: 80.240-010. Curitiba Estado do Paraná.

Por este instrumento particular, o **OUTORGANTE** constitui procurador o **OUTORGADO**, a quem confere poderes específicos para assinar requerimentos/capa de processo e ato de alteração com transferência de quotas, ingresso, retirada nos quadros da empresa **BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA., "MEDBLANC"**, CNPJ n.º 42.488.597/0001-05, com sede na Rua Professor Doutor Altivir Bassetti, 23, 1º Andar, Seminário, Curitiba/PR. CEP: 80440-021. Representada neste ato por seu sócio administrador, Sr. **ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO**, inscrito no Registro Geral sob n.º 22179586 SESP/PR, e no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 763.109.659-72, e com o seu Contrato Social devidamente registrado na Junta Comercial do Paraná - JUCEPAR sob o NIRE nº 41209978434, subscrever quotas do aumento do capital social, não superiores a 0,2% (zero vírgula dois por cento) assinar a declaração do art. 1011 da Lei 10.406/2002 e outros documentos necessários à efetivação do ato empresarial em nome do outorgante, praticados com o uso de certificação digital, a serem apresentados para arquivamento perante a Junta Comercial do Estado do Paraná - JUCEPAR, vedado o substabelecimento a terceiros dos poderes ora conferidos.

Curitiba/PR, 3/27/2025.

CRM/UF 53623/PR  
RG 5537118 SSP GO  
CPF 037.405.581-56

*Blanc  
mm*

## TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO

O **CONTRATADO** assume o compromisso em manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações a que tiver acesso no desempenhar das atividades profissionais junto à **CONTRATANTE**, bem como de cumprir as normas de conduta da instituição, Resolução CFM 1.931/09 (Código de Ética Médica) e a escala de atendimento médico pactuada junto à empresa, sob sua total e absoluta responsabilidade ética e profissional.

Em referência aos Serviços e Escala de Atendimento acordados, o **CONTRATADO** se compromete:

1. A comparecer ao local de atendimento pactuado junto à **CONTRATANTE**, ou àquele definido em comum acordo entre as Partes e a administração do Município, nas datas e horários pactuados.
  - a. Na impossibilidade de comparecimento ao local de atendimento, se compromete a comunicar a **CONTRATANTE** da sua ausência ou impossibilidade de comparecimento com no mínimo 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.
  - b. Na ocorrência de caso fortuito ou força maior na data do atendimento, o qual venha a impossibilitar a sua presença, comunicará imediatamente a **CONTRATANTE** acerca da ocorrência, comprovando a ocorrência do caso fortuito ou de força maior.
  - c. Na hipótese de ausência injustificada ou não comunicada, o **CONTRATADO** assume total responsabilidade pelo não comparecimento, inclusive para fins de representação ética e profissional perante os órgãos competentes ou Município contratante e adimplemento de eventuais responsabilidade e penalidades que venham a ser aplicadas à **CONTRATANTE**.
  - d. O ajuste das escalas que ficarão sob a responsabilidade do **CONTRATADO** poderá se dar, pela **CONTRATANTE**, a qualquer tempo e através de qualquer comunicação que identifique as partes, dentre as quais, mas não exclusivamente, através de aplicativos de mensagens (e.g. *WhatsApp* ou afins), mensagens de texto (SMS/MMS), ligações telefônicas ou e-mails. Estes alinhamentos serão suficientes para fins de aplicação das disposições estabelecidas neste termo, desde que manifestado o comum acordo.
  - e. Sempre quando necessário e a exclusivo critério da **CONTRATANTE**, esta formalizará por mensagem de texto (aplicativos ou SMS/MMS) ou e-mail eventuais alterações na escala ou local de atendimento que tenham sido realizadas e devidamente comunicadas ao **CONTRATADO**.
2. A observar os mais elevados padrões de conduta ética, moral e profissional no desempenhar das atividades profissionais objeto do presente Termo, qual seja a execução de serviços médicos. Igualmente, assume e se compromete que:
  - a. Os serviços serão prestados na forma e modo ajustados, dentro das normas e especificações técnicas aplicáveis à espécie, dando plena e total garantia destes.
  - b. Deverá ser observado o cumprimento de todas as determinações impostas pelas autoridades públicas competentes relativas aos serviços ora acordados.
3. A observar o **CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA** em sua integralidade, reconhecendo desde já a impossibilidade de:
  - a. Isentar-se de responsabilidade sobre procedimento médico por si indicado ou do qual tenha participado, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.
  - b. Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência

Rubrica  




- c. Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional por si praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.
  - d. Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação legal ou contratual, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.
  - e. Afastar-se das atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave.
  - f. Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.
  - g. Realizar qualquer tipo de divulgação de assuntos médicos envolvendo os serviços em que a CONTRATANTE estiver envolvida, e/ou quaisquer temas e situações atreladas, em mídias sociais sem que possua viés de educação e esclarecimento da sociedade.
  - h. Realizar qualquer divulgação ou publicação em mídias sociais envolvendo o ambiente de trabalho, bem como os pacientes atendidos, quando tais atendimentos envolverem a CONTRATANTE ainda que indiretamente.
4. A assumir a responsabilidade por todo e qualquer procedimento ou atendimento médico e laboratorial prestados aos pacientes, e autoriza desde logo a **CONTRATANTE** a inserir o **PROFISSIONAL** e seus representantes legais/responsáveis técnicos no polo passivo de demandas judiciais e administrativas que venham a ser movidas em face da **CONTRATANTE** em razão de condutas e danos causados pelo **CONTRATADO**.
5. A apresentar e manter atualizado os dados cadastrais bem como toda a documentação que envolve a atividade médica, tais como diploma, carteirinha do Conselho Regional de Medicina, título de especialização, cursos livres e outras certificações profissionais.

Declara ciência e estar de acordo que:

- 5. A **CONTRATANTE** espera de seu **CONTRATADO**, no exercício de suas atividades, conduta honesta, digna, em estrita observância às leis aplicáveis, respeito aos direitos humanos, ao meio ambiente e aos padrões éticos da sociedade.
  - 6. No exercício das suas atividades o **CONTRATADO** deve cumprir todas as leis e regulamentos aplicáveis de cada País ou região em que atuar.
  - 7. A **CONTRATANTE** está autorizada a apresentar documentação pessoal e de comprovação de aptidão técnica à órgãos que vierem a solicitar.
  - 8. No exercício das suas atividades o **CONTRATADO** deverá zelar pela privacidade de seu ambiente de trabalho, não realizando a divulgação de seu local de trabalho em mídias sociais ou similares.
9. O Termo não é gravado com cláusula de exclusividade, ficando livre o **CONTRATADO** para continuar atender em seu domicílio profissional pacientes particulares, não vinculados à **CONTRATANTE**, desde que não conflite com o horário de atendimento estabelecido entre as partes. O exercício de tais atividades profissionais particulares não configura motivo suficiente para justificar o não comparecimento às escalas e locais estabelecidos junto à **CONTRATANTE**.

Rubrica  


Oliveira  
mo J

10. É fundamental que todos preservem o espírito das Leis e Regulamentos, observando os mais elevados padrões de honestidade e de integridade, prevenindo até mesmo a aparência de atos impróprios.
- a. Esta responsabilidade envolve também a adoção das providências cabíveis, principalmente a comunicação à **CONTRATANTE**, quando tiver conhecimento de irregularidades praticadas por terceiros que possam comprometer o nome ou os interesses da **CONTRATANTE**.
11. A **CONTRATANTE** espera que todos os assuntos da empresa, sem exceção, sejam tratados pelo **CONTRATADO** com sigilo, confidencialidade e proteção dos direitos da **CONTRATANTE**.
12. A **CONTRATANTE** proíbe qualquer prática de corrupção, suborno, extorsão e fraude. O **CONTRATADO** não deve oferecer, prometer, conceder ou autorizar, quaisquer pagamentos ilegais, impróprios, duvidosos ou conferir benefícios a Integrantes da **CONTRATANTE**, funcionários públicos, equiparados ou qualquer indivíduo, seja diretamente ou através de terceiros a fim de influenciar de forma inadequada qualquer ato ou decisão para os fins de promover os interesses de qualquer natureza da **CONTRATANTE** ou individuais no exercício das atividades contratadas.
13. A **CONTRATANTE** se resguarda do direito de tomar as medidas que julgar necessárias quando o **CONTRATADO** violar qualquer aspecto deste Termo.
- a. Caso o **CONTRATADO** tenha conhecimento ou suspeita de violação a qualquer aspecto deste Código, por parte de qualquer pessoa, a **CONTRATANTE** espera que ele informe tal fato ao seu gestor imediato ou ao Comitê de Ética.
- b. Caso o **CONTRATADO** queira manter o anonimato no relato da violação ao Termo de Conduta e Responsabilidade, poderá utilizar o canal Linha de Ética para comunicação com o Comitê de Ética, tendo o apoio de ferramentas como correio eletrônico e linha de telefone. Esta comunicação poderá ser realizada mediante endereço eletrônico: [ouvidoria@medecin.com.br](mailto:ouvidoria@medecin.com.br).

Isto exposto, declara ter total conhecimento de que, a partir desta data, a inobservância do Código de Ética Médico e do presente Termo de Responsabilidade de Compromisso poderá implicar na responsabilização do **CONTRATADO**, esta graduada em função da gravidade e da reiteração, a partir da devida apuração pela **CONTRATANTE**.

Sem prejuízo da aplicação de Multa Contratual em razão da inobservância de qualquer dos itens estabelecidos neste termo e de eventuais danos causados à **CONTRATANTE**, na hipótese do não comparecimento do **CONTRATADO** no local e horário estabelecidos em escala, este não fará jus a qualquer remuneração e ficará sujeito a ressarcir a **CONTRATANTE** dos gastos incorridos em razão do inadimplemento.

Curitiba/PR, 3/27/2025 \_\_\_\_\_.

Rubrica  


*Beirer*  
*A.M.O*



FLS. 460

CONTRATANTE

CONTRATADO

ALCIDES JOSE  
BRANCO  
FILHO:76310965972

Digitally signed by ALCIDES  
JOSE BRANCO  
FILHO:76310965972  
Date: 2024.06.19 20:24:59  
-03'00'

BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ALCIDES JOSE BRANCO FILHO

Sócio Administrador

CPF/MF 763.109.659-72

22179586 SESP/PR

Assinado por:

URIEL DI OLIVEIRA NEVES

8BF5880E86E3455...

MÉDICO(A) URIEL DI OLIVEIRA NEVES

CRM/UF 53623/PR

CPF 037.405.581-56

RG 5537118 SSP GO

Handwritten signatures in blue ink



## 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) **VALDEMAR LEONARDO BATISTA BRAVIN**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **58798** conforme períodos abaixo:

#### Períodos

10/01/2025 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. 81f2bb06ce9c723d7cae164802a7fafae82a1af

Emitida eletronicamente via internet em **26/03/2025**

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

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

*Oliver*  
*ms*



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **VALDEMAR LEONARDO BATISTA BRAVIN**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **58798** desde **10/01/2025**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

**Esta Certidão tem validade até o dia 28/06/2025.**

Chave de validação **9e3d5cebce9c313bffc9dfae56e48438151683b5**

Emitida eletronicamente via internet em **28/03/2025**.

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

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

*Elaine  
mm*



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão Negativa de Débitos

Certificamos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **VALDEMAR LEONARDO BATISTA BRAVIN**, com situação Ativo, possui registro neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **58798** e encontra-se quite com esta tesouraria até 31/03/2026.

**Finalidade:** Simples verificação.

Chave de validação **8360acf40720a9bc9280ea7c205e63665ed40902**

Emitida eletronicamente via internet em **26/03/2025**

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

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

*Elione*  
*MMO*  
*[assinatura]*



# Universidade Estadual de Maringá

RECONHECIDA PELO DECRETO FEDERAL N.º 77.583, DE 11/05/76, PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 12/05/76  
MARINGÁ - PARANÁ

⊙ Reitor da Universidade Estadual de Maringá,  
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina  
em 09 de dezembro de 2024, confere o título de

Médico a

## Valdemar Leonardo Batista Bravin

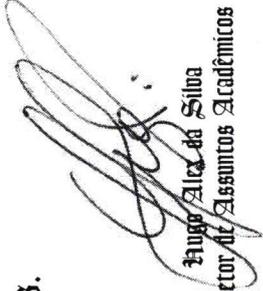
Nacionalidade Brasileira, natural do Estado do Paraná, nascido no dia 30 de março de 1999  
RG nº 12.611.951-8 - PR

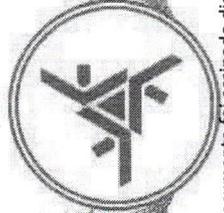
e considerando o termo de Colação de Grau lavourado no dia 17 de dezembro de 2024, outorga o presente  
diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Maringá, 17 de dezembro de 2024.

  
Prof. Dr. Leandro Vanalli  
Reitor

Valdemar Leonardo Batista Bravin  
Diplomado

  
Hugo Alex da Silva  
Diretor de Assuntos Acadêmicos



*Oliveira*

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**

Mantenedora: Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior - SETI - CNPJ: 77.046.951/0001-26 (Governo do Paraná)  
Recredenciada pelo Decreto n° 4225 de 12/03/2020, publicada no D.O.E de 24/03/2020.

**Curso de Graduação em Medicina - Bacharelado**  
reconhecido pela Portaria Ministerial n° 871 de 21/07/1995, publicada no D.O.U. de 24/07/1995 e renovado pela Portaria Estadual n° 31-SETI de 25/03/2020, publicada no D.O.E. de 30/03/2020

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**

REITORIA - PRÓ-REITORIA DE ENSINO  
Diretoria de Assuntos Acadêmicos  
Divisão de Registro de Diplomas

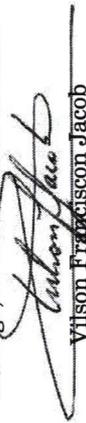


**DIPLOMA REGISTRADO sob**

N.º: 2230/2024 Livro: RG-247  
Fls: 139 Processo: 2230/2024

de acordo com o disposto no artigo 48, § 1º, da  
Lei n.º 9.394, de 20/12/1996.

Maringá, 17 de dezembro de 2024.

  
Wilson Frappiscion Jacob

Chefe da Divisão de Registro de Diplomas

  
Hugo Alex da Silva  
Diretor de Assuntos Acadêmicos

Por delegação de competência, de acordo com a  
Portaria n.º 1338-GRE/UEM, de 03/11/2006.

Bl. Om  
A mo

Esse documento foi proposto para assinatura digital na plataforma e-diploma.com.br.  
Para verificar as assinaturas, clique no link:  
<https://www.e-diploma.com.br/Verificar/Autenticidade.aspx?id=57.57.5666ebf466e0>

Código para verificação: 57.57.5666ebf466e0



**PROCURAÇÃO****OUTORGANTE (s):**

VALDEMAR LEONARDO BATISTA BRAVIN, BRASILEIRO, natural de  
MARINGÁ/PR, médico(a), nascido em 30/03/1999,  
residente e domiciliado(a) na rua RUA PINGUIM, 578,  
bairro DISTRITO FLORIANO, na cidade de MARINGÁ/UF  
PR CEP 87105-004, portador do RG nº 126119518 IIPR PR,  
CPF sob nº 098.727.079-60, e CRM/ PR nº 58798;

**OUTORGADO(s):**

**ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO**, brasileiro, médico, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 763.109.659-72, residente e domiciliado na Rua Visconde de Guarapuava, 5000, apt 901, Batel, Curitiba/PR. CEP: 80.240-010. Curitiba Estado do Paraná.

Por este instrumento particular, o **OUTORGANTE** constitui procurador o **OUTORGADO**, a quem confere poderes específicos para assinar requerimentos/capa de processo e ato de alteração com transferência de quotas, ingresso, retirada nos quadros da empresa **BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA., "MEDBLANC"**, CNPJ n.º 42.488.597/0001-05, com sede na Rua Professor Doutor Altivir Bassetti, 23, 1º Andar, Seminário, Curitiba/PR. CEP: 80440-021. Representada neste ato por seu sócio administrador, Sr. **ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO**, inscrito no Registro Geral sob n.º 22179586 SESP/PR, e no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 763.109.659-72, e com o seu Contrato Social devidamente registrado na Junta Comercial do Paraná - JUCEPAR sob o NIRE nº 41209978434, subscrever quotas do aumento do capital social, não superiores a 0,2% (zero vírgula dois por cento) assinar a declaração do art. 1011 da Lei 10.406/2002 e outros documentos necessários à efetivação do ato empresarial em nome do outorgante, praticados com o uso de certificação digital, a serem apresentados para arquivamento perante a Junta Comercial do Estado do Paraná - JUCEPAR, vedado o substabelecimento a terceiros dos poderes ora conferidos.

Curitiba/PR, 3/28/2025

CRM/UF 58798/PR  
RG 126119518 IIPR PR  
CPF 098.727.079-60

*Alcides  
Branco  
Filho*

### TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO

O **CONTRATADO** assume o compromisso em manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações a que tiver acesso no desempenhar das atividades profissionais junto à **CONTRATANTE**, bem como de cumprir as normas de conduta da instituição, Resolução CFM 1.931/09 (Código de Ética Médica) e a escala de atendimento médico pactuada junto à empresa, sob sua total e absoluta responsabilidade ética e profissional.

Em referência aos Serviços e Escala de Atendimento acordados, o **CONTRATADO** se compromete:

1. A comparecer ao local de atendimento pactuado junto à **CONTRATANTE**, ou àquele definido em comum acordo entre as Partes e a administração do Município, nas datas e horários pactuados.
  - a. Na impossibilidade de comparecimento ao local de atendimento, se compromete a comunicar a **CONTRATANTE** da sua ausência ou impossibilidade de comparecimento com no mínimo 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.
  - b. Na ocorrência de caso fortuito ou força maior na data do atendimento, o qual venha a impossibilitar a sua presença, comunicará imediatamente a **CONTRATANTE** acerca da ocorrência, comprovando a ocorrência do caso fortuito ou de força maior.
  - c. Na hipótese de ausência injustificada ou não comunicada, o **CONTRATADO** assume total responsabilidade pelo não comparecimento, inclusive para fins de representação ética e profissional perante os órgãos competentes ou Município contratante e adimplemento de eventuais responsabilidade e penalidades que venham a ser aplicadas à **CONTRATANTE**.
  - d. O ajuste das escalas que ficarão sob a responsabilidade do **CONTRATADO** poderá se dar, pela **CONTRATANTE**, a qualquer tempo e através de qualquer comunicação que identifique as partes, dentre as quais, mas não exclusivamente, através de aplicativos de mensagens (e.g. *WhatsApp* ou afins), mensagens de texto (SMS/MMS), ligações telefônicas ou e-mails. Estes alinhamentos serão suficientes para fins de aplicação das disposições estabelecidas neste termo, desde que manifestado o comum acordo.
  - e. Sempre quando necessário e a exclusivo critério da **CONTRATANTE**, esta formalizará por mensagem de texto (aplicativos ou SMS/MMS) ou e-mail eventuais alterações na escala ou local de atendimento que tenham sido realizadas e devidamente comunicadas ao **CONTRATADO**.
2. A observar os mais elevados padrões de conduta ética, moral e profissional no desempenhar das atividades profissionais objeto do presente Termo, qual seja a execução de serviços médicos. Igualmente, assume e se compromete que:
  - a. Os serviços serão prestados na forma e modo ajustados, dentro das normas e especificações técnicas aplicáveis à espécie, dando plena e total garantia destes.
  - b. Deverá ser observado o cumprimento de todas as determinações impostas pelas autoridades públicas competentes relativas aos serviços ora acordados.
3. A observar o **CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA** em sua integralidade, reconhecendo desde já a impossibilidade de:
  - a. Isentar-se de responsabilidade sobre procedimento médico por si indicado ou do qual tenha participado, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.
  - b. Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência

Rubrica  
VBB

Olson  
mo

- c. Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional por si praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.
  - d. Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação legal ou contratual, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.
  - e. Afastar-se das atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave.
  - f. Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.
  - g. Realizar qualquer tipo de divulgação de assuntos médicos envolvendo os serviços em que a CONTRATANTE estiver envolvida, e/ou quaisquer temas e situações atreladas, em mídias sociais sem que possua viés de educação e esclarecimento da sociedade.
  - h. Realizar qualquer divulgação ou publicação em mídias sociais envolvendo o ambiente de trabalho, bem como os pacientes atendidos, quando tais atendimentos envolverem a CONTRATANTE ainda que indiretamente.
4. A assumir a responsabilidade por todo e qualquer procedimento ou atendimento médico e laboratorial prestados aos pacientes, e autoriza desde logo a **CONTRATANTE** a inserir o **PROFISSIONAL** e seus representantes legais/responsáveis técnicos no polo passivo de demandas judiciais e administrativas que venham a ser movidas em face da **CONTRATANTE** em razão de condutas e danos causados pelo **CONTRATADO**.
5. A apresentar e manter atualizado os dados cadastrais bem como toda a documentação que envolve a atividade médica, tais como diploma, carteirinha do Conselho Regional de Medicina, título de especialização, cursos livres e outras certificações profissionais.

Declara ciência e estar de acordo que:

- 5. A **CONTRATANTE** espera de seu **CONTRATADO**, no exercício de suas atividades, conduta honesta, digna, em estrita observância às leis aplicáveis, respeito aos direitos humanos, ao meio ambiente e aos padrões éticos da sociedade.
  - 6. No exercício das suas atividades o **CONTRATADO** deve cumprir todas as leis e regulamentos aplicáveis de cada País ou região em que atuam.
  - 7. A **CONTRATANTE** está autorizada a apresentar documentação pessoal e de comprovação de aptidão técnica à órgãos que vierem a solicitar.
  - 8. No exercício das suas atividades o **CONTRATADO** deverá zelar pela privacidade de seu ambiente de trabalho, não realizando a divulgação de seu local de trabalho em mídias sociais ou similares.
9. O Termo não é gravado com cláusula de exclusividade, ficando livre o **CONTRATADO** para continuar atender em seu domicílio profissional pacientes particulares, não vinculados à **CONTRATANTE**, desde que não conflite com o horário de atendimento estabelecido entre as partes. O exercício de tais atividades profissionais particulares não configura motivo suficiente para justificar o não comparecimento às escalas e locais estabelecidos junto à **CONTRATANTE**.

Rubrica

VBB

Deione  
D  
mo

10. É fundamental que todos preservem o espírito das Leis e Regulamentos, observando os mais elevados padrões de honestidade e de integridade, prevenindo até mesmo a aparência de atos impróprios.
- a. Esta responsabilidade envolve também a adoção das providências cabíveis, principalmente a comunicação à **CONTRATANTE**, quando tiver conhecimento de irregularidades praticadas por terceiros que possam comprometer o nome ou os interesses da **CONTRATANTE**.
11. A **CONTRATANTE** espera que todos os assuntos da empresa, sem exceção, sejam tratados pelo **CONTRATADO** com sigilo, confidencialidade e proteção dos direitos da **CONTRATANTE**.
12. A **CONTRATANTE** proíbe qualquer prática de corrupção, suborno, extorsão e fraude. O **CONTRATADO** não deve oferecer, prometer, conceder ou autorizar, quaisquer pagamentos ilegais, impróprios, duvidosos ou conferir benefícios a Integrantes da **CONTRATANTE**, funcionários públicos, equiparados ou qualquer indivíduo, seja diretamente ou através de terceiros a fim de influenciar de forma inadequada qualquer ato ou decisão para os fins de promover os interesses de qualquer natureza da **CONTRATANTE** ou individuais no exercício das atividades contratadas.
13. A **CONTRATANTE** se resguarda do direito de tomar as medidas que julgar necessárias quando o **CONTRATADO** violar qualquer aspecto deste Termo.
- a. Caso o **CONTRATADO** tenha conhecimento ou suspeita de violação a qualquer aspecto deste Código, por parte de qualquer pessoa, a **CONTRATANTE** espera que ele informe tal fato ao seu gestor imediato ou ao Comitê de Ética.
- b. Caso o **CONTRATADO** queira manter o anonimato no relato da violação ao Termo de Conduta e Responsabilidade, poderá utilizar o canal Linha de Ética para comunicação com o Comitê de Ética, tendo o apoio de ferramentas como correio eletrônico e linha de telefone. Esta comunicação poderá ser realizada mediante endereço eletrônico: [ouvidoria@medecin.com.br](mailto:ouvidoria@medecin.com.br).

Isto exposto, declara ter total conhecimento de que, a partir desta data, a inobservância do Código de Ética Médico e do presente Termo de Responsabilidade de Compromisso poderá implicar na responsabilização do **CONTRATADO**, esta graduada em função da gravidade e da reiteração, a partir da devida apuração pela **CONTRATANTE**.

Sem prejuízo da aplicação de Multa Contratual em razão da inobservância de qualquer dos itens estabelecidos neste termo e de eventuais danos causados à **CONTRATANTE**, na hipótese do não comparecimento do **CONTRATADO** no local e horário estabelecidos em escala, este não fará jus a qualquer remuneração e ficará sujeito a ressarcir a **CONTRATANTE** dos gastos incorridos em razão do inadimplemento.

Curitiba/PR, 3/28/2025.

Rubrica  
VBB

*[Handwritten signature]*  
B. Bassetti  
AMO



CONTRATANTE

CONTRATADO

ALCIDES JOSE  
BRANCO  
FILHO:76310965972

Digitally signed by ALCIDES  
JOSE BRANCO  
FILHO:76310965972  
Date: 2024.06.19 20:24:59  
-03'00'

BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ALCIDES JOSE BRANCO FILHO

Sócio Administrador

CPF/MF 763.109.659-72

22179586 SESP/PR

Assinado por:

VALDEMAR LEONARDO BATISTA

F50DC5DFB3F44BF...

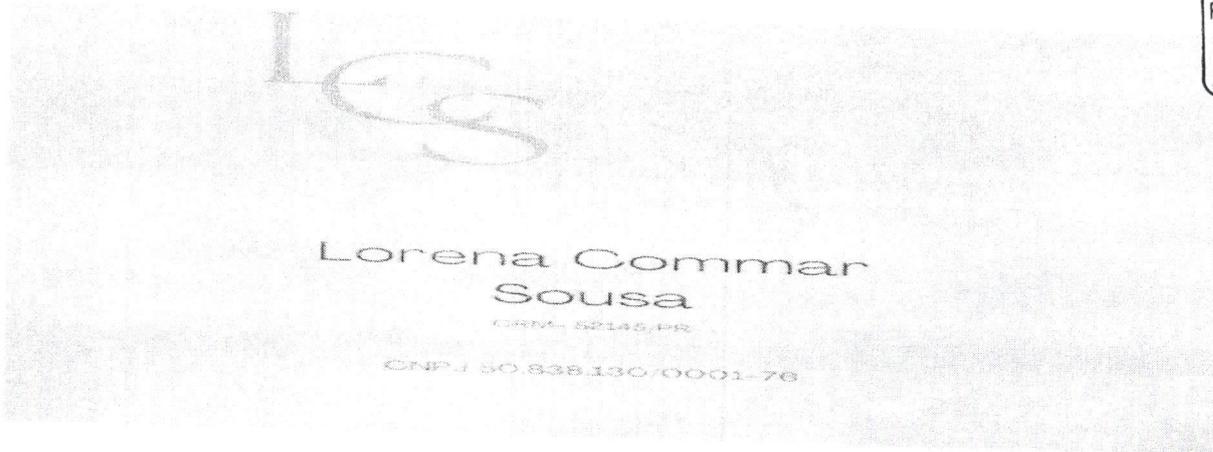
MÉDICO(A) VALDEMAR LEONARDO BATISTA BRAVIN

CRM/UF 58798/PR

CPF 098.727.079-60

RG 126119518 IIPR PR

56/06/2024  
amo



**REQUERIMENTO**

PROPONENTE: LCS SAUDE  
 ENDEREÇO: RUA FRANCISCO TEIXEIRA N° 22, APT 02, CENTRO SANTA MARIA DO OESTE/PR  
 CNPJ: 50.838.130/00001-76  
 FONE: 42 9 99993024  
 EMAIL:

À Secretaria Municipal de Licitações e Contratos.  
 Ref.: CREDENCIAMENTO N.º 002/2025

1. A empresa L.C.S SAÚDE estabelecida na Rua Francisco Teixeira nº 22, apt 02, centro Santa Maria do Oeste/PR inscrita no CNPJ sob o nº50.838.130/0001-76, através de seu representante legal Sra. LORENA COMMAR DE SOUSA, inscrito no CPF nº 415.107.008-70. vem requerer o CREDENCIAMENTO DE EMPRESA L.C.S SAUDE, para o qual anexamos os documentos solicitados no referido edital.

2. Os serviços serão prestados pelos seguintes profissionais:

ITEM	PROFISSIONAL	NOME	N.º REGISTRO	CPF
04	MEDICO CLINICO GERAL	LORENA COMMAR DE SOUSA	CRM52145	415.107.008-70
10	MEDICO CLINICO GERAL	LORENA COMMAR DE SOUSA	CRM52145	415.107.008-70
11	MEDICO CLINICO GERAL	LORENA COMMAR DE SOUSA	CRM52145	415.107.008-70

3. Declaramos que estamos de pleno acordo com todas as cláusulas estabelecidas no referido Edital.

Atenciosamente,

*Lorena Commar de Souza*

**50 838 130/0001-76**

L. C. S. SAÚDE LTDA  
 R. DEZOITO DE SETEMBRO, S/Nº - CENTRO  
 CEP 85225-000  
 BOA VENTURA DE SÃO ROQUE - PR

Lorena Commar de Souza  
 L.C.S SAÚDE CNPJ 50.838.130/0001-76

Santa Maria Do Oeste, 23 de abril de 2025.

*Blow*  
*mo*



# CERTIDÃO SIMPLIFICADA

## Sistema Nacional de Registro de Empresas Mercantis - SINREM

Certificamos que as informações abaixo constam dos documentos arquivados nesta Junta Comercial e são vigentes na data da sua expedição.

Nome Empresarial: L. C. S. SAUDE LTDA			Protocolo: PRC2501555070	
NIRE : 41211627406				
Natureza Jurídica: Sociedade Empresária Limitada				
NIRE (Sede) 41211627406	CNPJ 50.838.130/0001-76	Data de Ato Constitutivo 26/05/2023	Início de Atividade 26/05/2023	
Endereço Completo Rua FRANCISCO TEIXEIRA, Nº 22, APT 02, CENTRO - Santa Maria do Oeste/PR - CEP 85230-000				
Objeto Social Prestação de serviços médicos, englobando atividades como consultas médicas, diagnóstico e tratamento de doenças, realização de procedimentos clínicos, acompanhamento de pacientes, prescrição de medicamentos, solicitação de exames laboratoriais e de imagem, orientação sobre cuidados preventivos e promoção da saúde, atuar em parcerias com outras entidades públicas e privadas de saúde, visando a integração de serviços e a promoção do cuidado integral aos pacientes.				
Capital Social R\$ 10.000,00 (dez mil reais)		Porte ME (Microempresa)		Prazo de Duração Indeterminado
Capital Integralizado R\$ 10.000,00 (dez mil reais)				
Dados do Sócio				
Nome LORENA COMMAR DE SOUSA	CPF/CNPJ 415.107.008-70	Participação no capital R\$ 10.000,00	Espécie de sócio Sócio	Administrador S
Dados do Administrador				
Nome LORENA COMMAR DE SOUSA	CPF 415.107.008-70	Término do mandato Indeterminado		
Último Arquivamento				
Data 26/03/2025	Número 20251513556	Ato/eventos 002 / 051 - CONSOLIDAÇÃO DE CONTRATO/ESTATUTO	Situação ATIVA Status SEM STATUS	

Esta certidão foi emitida automaticamente em 10/04/2025, às 15:31:45 (horário de Brasília).  
Se impressa, verificar sua autenticidade no <https://www.empresafacil.pr.gov.br>, com o código 9SLMXIAV.  
Em caso de divergência de dados, solicitar a correção através do "Fale Conosco" (<https://www.juntacomercial.pr.gov.br/webservices/jucepar/faleconosco>) no prazo de 30 dias da emissão deste documento.

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA  
Secretário-Geral

02.04.2025  
1 de 1

**3ª ALTERAÇÃO CONTRATUAL DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA – UNIPESSOAL E CONSOLIDAÇÃO**  
**L. C. S. SAUDE LTDA**  
**CNPJ: 50.838.130/0001-76 NIRE 41211627406**

FLS. 174

**LORENA COMMAR DE SOUSA**, brasileira, solteira, empresária, maior, nascida em 01/03/1996, natural de Votuporanga/SP, RG: 4.989.634-21 SSP/SP, CPF: 415.107.008-70, residente e domiciliada na Rua Francisco Teixeira, 22, Apto 02, Centro, Santa Maria do Oeste/PR, CEP: 85.230-000.

Única sócia da empresa **L. C. S. SAUDE LTDA**, com sede e domicílio na Rua Francisco Teixeira, 22, Apto 02, Centro, Santa Maria do Oeste/PR, CEP: 85.230-000. **CNPJ: 50.838.130/0001-76**, Registrada na Junta Comercial do Paraná com **NIRE 41211627406** em **26/05/2023** e última alteração contratual **20251433536** em **25/03/2025**, RESOLVE, efetuar a Alteração Contratual e Consolidação, conforme cláusulas a seguir:

**CLÁUSULA PRIMEIRA:** re-ratifica-se a cláusula oitava da segunda alteração contratual e consolidação, Registrada na Junta Comercial do Paraná com arquivamento **20251433536** em **25/03/2025**, pois houve erro de digitação, **onde se lê**

**CLÁUSULA OITAVA - DA DECLARAÇÃO DE DESIMPEDIMENTO DE ADMINISTRADOR** - O administrador **VICTOR HUGO DE SOUZA BONA** declara, sob as penas da lei, 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. **Leia-se CLÁUSULA OITAVA - DA DECLARAÇÃO DE DESIMPEDIMENTO DE ADMINISTRADOR** - A administradora **LORENA COMMAR DE SOUSA** declara, sob as penas da lei, 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 SEGUNDA:** Em consequência das alterações, resolve a sócia consolidar o contrato social o qual, já refletindo as alterações acima, passa a ter a seguinte redação:

Oliver  
mo

3ª ALTERAÇÃO CONTRATUAL DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA – UNIPESSOAL E CONSOLIDAÇÃO  
 L. C. S. SAUDE LTDA  
 CNPJ: 50.838.130/0001-76 NIRE 41211627406



**CONTRATO SOCIAL CONSOLIDADO**

**L. C. S. SAUDE LTDA**

**CNPJ: 50.838.130/0001-76 NIRE: 41211627406**

**LORENA COMMAR DE SOUSA**, brasileira, solteira, empresária, maior, nascida em 01/03/1996, natural de Votuporanga/SP, RG: 4.989.634-21 SSP/SP, CPF: 415.107.008-70, residente e domiciliada na Rua Francisco Teixeira, 22, Apto 02, Centro, Santa Maria do Oeste/PR, CEP: 85.230-000.

Resolve, em comum acordo, consolidar o instrumento da Sociedade Limitada Unipessoal, mediante as condições e cláusulas seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO NOME EMPRESARIAL** - A sociedade adotará o seguinte nome empresarial: **L. C. S. SAUDE LTDA**.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DA SEDE** - A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: Rua Francisco Teixeira, 22, Apto 02, Centro, Santa Maria do Oeste/PR, CEP: 85.230-000.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DO OBJETO SOCIAL** - A sociedade terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômicas: Prestação de Serviços Médicos, Englobando Atividades como Consultas Médicas, Diagnóstico e Tratamento de Doenças, Realização de Procedimentos Clínicos, Acompanhamento de Pacientes, Prescrição de Medicamentos, Solicitação de Exames Laboratoriais e de Imagem, Orientação sobre Cuidados Preventivos e Promoção da Saúde, Atuar em Parcerias com Outras Entidades Públicas e Privadas de Saúde, Visando a Integração de Serviços e a Promoção do Cuidado Integral aos Pacientes.

**CLÁUSULA QUARTA - DO INÍCIO DAS ATIVIDADES E DO PRAZO:** A empresa iniciou suas atividades a partir de 26/05/2023, e seu prazo de duração será por tempo indeterminado.

**CLÁUSULA QUINTA - DO CAPITAL SOCIAL** - O capital social é de **R\$ 10.000,00** (DEZ MIL REAIS), divididos em **10.000** (DEZ MIL) **QUOTAS** no valor de R\$ 1,00 (UM REAL) cada uma, totalmente integralizados da seguinte forma: **R\$ 10.000,00** (DEZ MIL REAIS), integralizado em moeda corrente do país, pela sócia **LORENA COMMAR DE SOUSA**, neste ato; ficando distribuído da seguinte forma:

SÓCIA:	QUOTAS	VALOR (R\$)	%
LORENA COMMAR DE SOUSA	10.000	10.000,00	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>10.000</b>	<b>10.000,00</b>	<b>100,00</b>

*Handwritten signatures in blue ink.*

**3ª ALTERAÇÃO CONTRATUAL DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA – UNIPESSOAL E CONSOLIDAÇÃO**  
**L. C. S. SAUDE LTDA**  
**CNPJ: 50.838.130/0001-76 NIRE 41211627406**



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

**CLÁUSULA SÉTIMA - DA ADMINISTRAÇÃO** - A administração da sociedade será exercida pela sócia **LORENA COMMAR DE SOUSA**, 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.

**CLÁUSULA OITAVA - DA DECLARAÇÃO DE DESIMPEDIMENTO DE ADMINISTRADOR** - A administradora **LORENA COMMAR DE SOUSA** declara, sob as penas da lei, 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 NONA - DO BALANÇO PATRIMONIAL** - Ao término de cada exercício, em 31/12, o administradora prestará contas justificadas de sua administração, procedendo à elaboração do inventário, do balanço patrimonial e do balanço de resultado econômico, cabendo ao empresário, os lucros ou perdas apuradas.

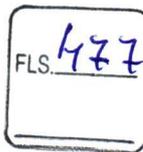
**CLÁUSULA DÉCIMA - DISTRIBUIÇÃO DE LUCROS** - A sociedade poderá levantar balanços intermediários ou intercalares e distribuir os lucros ou prejuízos evidenciados nos mesmos aos sócios, na mesma proporção de sua participação no capital social ou através de acordo firmado entre os mesmos, desproporcional de suas respectivas participações no capital social.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS FILIAIS** - Sem prejuízo da possibilidade de abrir ou fechar filial, ou qualquer dependência, mediante alteração deste ato constitutivo, na forma da lei.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO PRO LABORE** - Os sócios poderão de comum acordo, fixar uma retirada mensal, a título de pró-labore, observadas as disposições regulamentares pertinentes.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA EXCLUSÃO EXTRAJUDICIAL DO SÓCIO MINORITÁRIO POR JUSTA CAUSA** - Sem a necessidade de reunião ou assembleia, o sócio que detiver mais da metade do capital social poderá excluir o sócio minoritário da sociedade, se entender que este está pondo em risco a continuidade da empresa, em virtude de atos de inegável gravidade, mediante alteração do contrato social.

**3ª ALTERAÇÃO CONTRATUAL DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA – UNIPESSOAL E CONSOLIDAÇÃO**  
**L. C. S. SAUDE LTDA**  
**CNPJ: 50.838.130/0001-76 NIRE 41211627406**



**Parágrafo único.** A exclusão somente poderá ser determinada se na alteração contratual contiver expressamente os motivos que justificam a exclusão por justa causa.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RETIRADA OU FALECIMENTO DE SOCIO:** Falecendo ou interditado qualquer sócio, a sociedade continuará suas atividades com os herdeiros, sucessores e o incapaz. Não sendo possível ou inexistindo interesse destes ou do sócio remanescente, o valor de seus haveres será apurado e liquidado com base na situação patrimonial da sociedade, à data da resolução, verificada em balanço especialmente levantado.

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

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA:** A sociedade poderá a qualquer tempo mudar a sua sede e domicílio para qualquer lugar dentro do estado do Paraná, bem como poderá o seu quadro social ser alterado por cessão de quotas, por consentimento dos demais sócios e decursos de prazo de direito de preferência de sessenta dias, mediante notificação prévia e mediante alteração contratual assinada por todos os sócios.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA:** Declara que esta sociedade será regida por este contrato social pelos art. da lei 10.406 de 10/01/2002 aplicados a sociedades limitadas, bem como, de forma supletiva e no que for aplicável pela lei 6.404 de 15/12/1976 e demais dispositivos legais pertinentes à matéria.

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA:** As obrigações dos sócios começam imediatamente com o contrato e terminam quando, liquidada a sociedade, se extinguirem as responsabilidades sociais.

**CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA:** Em caso de modificação do contrato, fusão da sociedade, incorporação de outra, ou dela por outra ou transformação, se não houver o consentimento de todos os sócios, o dissidente da decisão majoritária poderá retirar-se da sociedade, nos 30 (trinta) dias subseqüentes à deliberação, aplicando-se, nesse caso, o disposto no art. 1.031 da Lei n.º 10.406/2002.

**CLÁUSULA DÉCIMA NONA:** Poderão ser designados administradores não sócios, obedecendo ao disposto no art. 1.061 da Lei 10.406/2002, ou seja, a designação deles dependerá de aprovação da unanimidade dos sócios, enquanto o capital não estiver integralizado, e de dois terços, no mínimo, após a integralização; A investidura de administrador designado em ato separado deverá obedecer às formalidades da legislação vigente.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA - PORTE EMPRESARIAL:** A sócia 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).

Obv  
Smo

3ª ALTERAÇÃO CONTRATUAL DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA – UNIPESSOAL E CONSOLIDAÇÃO  
L. C. S. SAUDE LTDA  
CNPJ: 50.838.130/0001-76 NIRE 41211627406



CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DO FORO: Fica eleito o foro de Pitanga/PR, para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato.

E por assim estarem justos e contratados, lavram, datam e assinam o presente instrumento, em uma única via, obrigando-se fielmente por si e seus herdeiros a cumpri-lo em todos os seus termos.

Santa Maria do Oeste/PR, 26 de Março de 2025.

*Lorena Commar de Sousa*

LORENA COMMAR DE SOUSA

*Lorena  
S. M.*



FLS. 479

## ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa L. C. S. SAUDE LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
41510700870	LORENA COMMAR DE SOUSA



CERTIFICO O REGISTRO EM 26/03/2025 17:24 SOB Nº 20251513556.  
PROTOCOLO: 251513556 DE 26/03/2025.  
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12505182816. CNPJ DA SEDE: 50838130000176.  
NIRE: 41211627406. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 26/03/2025.  
L. C. S. SAUDE LTDA

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA  
SECRETÁRIO-GERAL  
[www.empresafacil.pr.gov.br](http://www.empresafacil.pr.gov.br)

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

*Blow*  
*P/Mo*

INSTRUMENTO DE ALTERAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL  
L. C. S. SAUDE LTDA  
NIRE 41211627406 – CNPJ 50.838.130/0001-76

**LORENA COMMAR DE SOUSA**, brasileira, solteira, empresária, nascida em 01/03/1996, filha de Norival Garcia de Souza e Rosana Commar, portadora da Carteira de Identidade nº 49.896.342-1, expedida pela SSP/SP aos 30/06/2014 e inscrita no CPF sob nº 415.107.008-70, residente e domiciliada na cidade de Boa Ventura de São Roque - PR, à Rua Dezoito de setembro, nº s/n, centro, CEP: 85225-000, única sócia da empresa **L. C. S. SAUDE LTDA**, com sede à Rua Dezoito de Setembro, s/n, centro, Boa Ventura de São Roque - PR, CEP: 85.225-000, inscrita na Junta Comercial do Paraná sob o NIRE 41211627406 em data de 26/05/2023 e CNPJ 50.838.130/0001-76.

**Cláusula Primeira** – Do Endereço da Empresa: Altera-se o endereço da empresa para Rua Generoso Karpinski, nº 1368, apartamento 08, centro, município de Santa Maria do Oeste, Estado do Paraná, CEP 85.230-000.

**Cláusula Segunda** – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS: Ficam inalteradas as demais cláusulas do Instrumento Constitutivo que não colidem com as disposições do presente dispositivo.

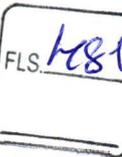
**Cláusula Terceira** - DO FORO: Fica eleito o foro de Pitanga - PR para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste Instrumento de Inscrição.

E, por estar assim constituído, assino o presente instrumento.

Santa Maria do Oeste, 27 de junho de 2023.

LORENA COMMAR DA SILVA  
EMPRESÁRIA

*Olone*  
*S Mo*



## ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa L. C. S. SAUDE LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
41510700870	LORENA COMMAR DE SOUSA



CERTIFICO O REGISTRO EM 28/06/2023 22:37 SOB Nº 20234354941.  
PROTOCOLO: 234354941 DE 28/06/2023.  
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12309622640. CNPJ DA SEDE: 50838130000176.  
NIRE: 41211627406. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 27/06/2023.  
L. C. S. SAUDE LTDA

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA  
SECRETÁRIO-GERAL  
[www.empresafacil.pr.gov.br](http://www.empresafacil.pr.gov.br)

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

*Alone*  
*Amo*

# Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Cidadão,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

A informação sobre o porte que consta neste comprovante é a declarada pelo contribuinte.

		<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b>	
<b>CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</b>			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>50.838.130/0001-76</b> MATRIZ	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>		DATA DE ABERTURA <b>26/05/2023</b>
NOME EMPRESARIAL <b>L. C. S. SAUDE LTDA</b>			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) <b>L.C.S SAUDE</b>			PORTE <b>ME</b>
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS <b>86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências</b> <b>86.21-6-01 - UTI móvel</b> <b>86.21-6-02 - Serviços móveis de atendimento a urgências, exceto por UTI móvel</b> <b>86.60-7-00 - Atividades de apoio à gestão de saúde</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>206-2 - Sociedade Empresária Limitada</b>			
LOGRADOURO <b>R FRANCISCO TEIXEIRA</b>	NÚMERO <b>22</b>	COMPLEMENTO <b>APT 02</b>	
CEP <b>85.230-000</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>CENTRO</b>	MUNICÍPIO <b>SANTA MARIA DO OESTE</b>	UF <b>PR</b>
ENDEREÇO ELETRÔNICO <b>LORENACOMMAR@HOTMAIL.COM</b>		TELEFONE <b>(42) 9999-3024</b>	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>26/05/2023</b>	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

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

Emitido no dia 23/04/2025 às 17:48:08 (data e hora de Brasília)

Página: 1/1

 CONSULTAR QSA

 VOLTAR

 IMPRIMIR

A RFB agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).

*El. pm*  
*B mo*



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: L. C. S. SAUDE LTDA**  
**CNPJ: 50.838.130/0001-76**

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 17:48:43 do dia 23/04/2025 <hora e data de Brasília>.  
Válida até 20/10/2025.

Código de controle da certidão: **472C.410E.D57E.DCB9**  
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

Oliver  
mo  
4



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

### Certidão Negativa

de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual  
Nº 036649893-05

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: 50.838.130/0001-76

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 21/08/2025 - Fornecimento Gratuito**

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via Internet  
[www.fazenda.pr.gov.br](http://www.fazenda.pr.gov.br)

*Beira*  
*mo*



Município de Santa Maria do Oeste  
DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO, TRIBUTAÇÃO E CADASTRO

**NEGATIVA**

IMPORTANTE:

1. FICA RESSALVADO O DIREITO DA FAZENDA MUNICIPAL COBRAR DÉBITOS CONSTATADOS POSTERIORMENTE MESMO REFERENTE AO PERÍODO COMPREENDIDO NESTA CERTIDÃO.
2. A PRESENTE CERTIDÃO TEM VALIDADE ATÉ 30/06/2025, SEM RASURAS E NO ORIGINAL.

REVENDO OS ARQUIVOS E REGISTROS, CERTIFICAMOS QUE: O CONTRIBUINTE NADA DEVE À FAZENDA PÚBLICA MUNICIPAL RELATIVO A EMPRESA MENCIONADA ABAIXO.

Santa Maria do Oeste, 01 de Abril de 2025

NEGATIVA Nº: 149/2025

CÓDIGO DE AUTENTICAÇÃO:  
4HHJ9UFFH4JCXT8QTUB

FINALIDADE: VERIFICAÇÃO

RAZÃO SOCIAL: L. C. S. SAUDE LTDA

INSCRIÇÃO EMPRESA	CNPJ/CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	PROTOCOLO NEGATIVA
56634	50.838.130/0001-76		

ENDEREÇO

RUA FRANCISCO TEIXEIRA, 22 - CENTRO - APT 02 Santa Maria do Oeste - PR CEP: 85230000

CNAE / ATIVIDADES

Atividade médica ambulatorial restrita a consultas, Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências, UTI móvel, Serviços móveis de atendimento a urgências, exceto por UTI móvel, Atividades de apoio à gestão de saúde

*Odair José Ferreira de Lima*  
 Odair José Ferreira de Lima  
 Div. de Tributação, Fiscalização e Cadastro  
 Prefeitura M. de Santa Maria do Oeste

Emitido por: ODAIR JOSÉ FERREIRA DE LIMA

*Odair*  
*mo*

Voltar

Imprimir



## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 50.838.130/0001-76  
**Razão Social:** L C S SAUDE LTDA  
**Endereço:** RUA DEZOITO DE SETEMBRO SN CASA / CENTRO / BOA VENTURA DE SAO ROQUE / PR / 85225-000

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

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

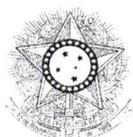
**Validade:** 16/04/2025 a 15/05/2025

**Certificação Número:** 2025041606226079343170

Informação obtida em 23/04/2025 17:51:59

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**

Olá  
me  
A



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: L. C. S. SAUDE LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 50.838.130/0001-76

Certidão nº: 22541494/2025

Expedição: 23/04/2025, às 17:52:33

Validade: 20/10/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **L. C. S. SAUDE LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **50.838.130/0001-76**, **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.

*Glenn*  
*mo*



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **LORENA COMMAR DE SOUSA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **52145** desde **07/02/2023**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

**Esta Certidão tem validade até o dia 23/07/2025.**

Chave de validação 139d5dae8f7f6509796b02224f95a2007efd0525

Emitida eletronicamente via internet em **23/04/2025**.

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

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

*Blow*  
*mo*

# Universidade do Oeste Paulista

Reconhecimento - Portaria nº 83/87 - D.O.U. 16/02/87

Presidente Prudente - SP

O Reitor da Universidade do Oeste Paulista, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de **MEDICINA** em 31 de Janeiro de 2023, e a colação de grau em 01 de Fevereiro de 2023, confere o título de

**Médica**

**a Lorena Commar de Sousa**

RG nº 49.896.342-1-SSP/SP nacionalidade: Brasileira

nascida em 01 de Março de 1996, natural do Estado de São Paulo e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Presidente Prudente, 03 de Fevereiro de 2023.

Original Assinado  
Segundo a Portaria 554/2019/MEC  
Adilson Eduardo Guelfi  
Pro-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Original Assinado  
Segundo a Portaria 554/2019/MEC  
José Eduardo Creste  
Pro-Reitor Acadêmico

<https://www.unoeste.br/diploma>  
Código de Validação  
271.271.7999e922c5c2

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner.

FLS. 480

Curso : MEDICINA  
Reconhecimento: Portaria nº 1786/93, de 20/12/1993  
D.O.U. de 21/12/1993.  
Renovação do Rec. Port. SERES/MEC nº 658, de 28/09/2018, D.O.U. nº 189,  
Seção 1, pág. 19, de 01/10/2018.

**UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA - UNOESTE**  
Reconhecimento - Portaria nº 83/87 - D.O.U. 16/02/87  
Recredenciamento: Portaria MEC nº 413 de 24/03/2017, D.O.U. nº 59, Seção 1,  
pág. 49, de 27/03/2017.  
Razão Social: Associação Prudentina de Educação e Cultura - APEC  
CNPJ 44.860.740/0001-73

Diploma Registrado sob nº 62543, Livro 067, Fl. 227, Processo nº  
0800/2023, nos termos da Lei nº 9394/96 - Art. 48 - § 1º.  
Presidente Prudente, 03 de Fevereiro de 2023.  
Original Assinado  
Segundo a Portaria 554/2019/MEC  
Nair Marques Vaccaro Rosa  
Chefe do Setor de Registro de Diploma

*Handwritten signature*





Certificado digitalmente por:  
FABRICIO BARBOSA RIBAS



FLS. 481

...  
**PODER JUDICIÁRIO**

**JUÍZO DE DIREITO DA COMARCA DE PITANGA - PARANÁ**

CARTORIO DISTRIBUIDOR E ANEXOS  
Av. Manoel Ribas, 411 - Centro - Ed. do Fórum - CENTRO  
PITANGA/PR - 85200154

**TITULAR**  
HELIO BARBOSA RIBAS  
**JURAMENTADOS**  
FABRICIO BARBOSA RIBAS  
JANAINA DE FATIMA PETRECHEN FRANÇA  
ANTONIO MARCOS PEREIRA  
GIOVANI LOCATELLE JUNIOR

**Certidão Negativa**  
*Para Fins Gerais*

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

**L C S SAUDE LTDA**

CNPJ 50.838.130/0001-76, no período compreendido entre a presente data e os últimos 20 anos que a antecedem.

PITANGA/PR, 10 de Abril de 2025

FABRICIO BARBOSA RIBAS



Certificação

Página 0001/0001

Av. Manoel Ribas, 411 - Edifício do Fórum - CEP - 85.200-000 - Fone/Fax (42)3646-8054 - PITANGA/PR

Documento assinado digitalmente, conforme MP n.º 2.200-2/2001, Lei n.º 11.419/2006 e Resolução n.º 09/2008, do TJPR/OE

Página 1 de 1

Glau  
mo



Certificado digitalmente por:  
FABRÍCIO BARBOSA RIBAS

FLS. 492

...  
**PODER JUDICIÁRIO**  
**JUÍZO DE DIREITO DA COMARCA DE PITANGA - PARANÁ**

CARTORIO DISTRIBUIDOR E ANEXOS  
Av. Manoel Ribas, 411 - Centro - Ed. do Fórum - CENTRO  
PITANGA/PR - 85200154

**TITULAR**  
HELIO BARBOSA RIBAS  
**JURAMENTADOS**  
FABRÍCIO BARBOSA RIBAS  
JANAINA DE FATIMA PETRECHEN FRANÇA  
ANTONIO MARCOS PEREIRA  
GIOVANI LOCATELLE JUNIOR

**Certidão Negativa**  
**Para Fins Gerais**

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

**L C S SAUDE LTDA**  
CNPJ 50.838.130/0001-76, no período compreendido entre a presente data e os últimos 20 anos que a antecederem.

PITANGA/PR, 10 de Abril de 2025

FABRÍCIO BARBOSA RIBAS



Certificação

*Be-on*  
*mo*



CNPJ: 50.838.130/0001-76  
NIRE nº 41211627406 de 26/05/2023  
Consolidação: Empresa

Grau: 5

Encerrado em:

FLS. 49

<b>ATIVO</b>	<b>62.521,87</b>
<b>ATIVO CIRCULANTE</b>	<b>62.521,87</b>
DISPONÍVEL	62.521,87
CAIXA	684,80
Caixa Geral	684,80
BANCOS CONTA MOVIMENTO	61.837,07
Banco do Brasil	61.837,07
<b>TOTAL DO ATIVO</b>	<b>62.521,87</b>
<b>PASSIVO</b>	<b>62.521,87</b>
<b>PASSIVO CIRCULANTE</b>	<b>100.554,26</b>
PASSIVO CIRCULANTE	3.026,41
OUTRAS OBRIGAÇÕES	3.026,41
INSS a recolher	3.026,41
EMPRÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS	38.000,00
EMPRÉSTIMOS CAPITAL GIRO NACIO	38.000,00
Outros financiamentos	38.000,00
SALÁRIOS E ORDENADOS A PAGAR	54.073,79
SALÁRIOS E ORDENADOS A PAGAR	54.073,79
Pro-Labore a Pagar	53.823,79
Honorários a Pagar	250,00
OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS	5.454,06
IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES A REC	5.454,06
IRRF a Recolher	2.200,59
Simplex a recolher	3.253,47
<b>PATRIMÔNIO LÍQUIDO</b>	<b>-38.032,39</b>
CAPITAL SOCIAL	10.000,00
CAPITAL SOCIAL	10.000,00
Capital Integralizado	10.000,00
RESULTADO ACUMULADO	-48.032,39
LUCROS OU PREJUÍZOS ACUMULADOS	-48.032,39
Lucros Acumulados	-48.032,39
<b>TOTAL DO PASSIVO</b>	<b>62.521,87</b>

Reconhecemos a exatidão do presente Balanco Patrimonial com base nas informações e na documentação apresentada, encerrado em , somando tanto no Ativo como no Passivo, a importância de R\$ 62.521,87 (sessenta e dois mil, quinhentos e vinte e um reais e oitenta e sete centavos).

LORENA COMMAR DE SOUSA  
EMPRESARIA  
CPF 415.107.008-70

EDILBERTO RIBAS  
CONTADOR  
CRC 057971/O-7

Edilberto Ribas

CNPJ: 50.838.130/0001-76  
Consolidação: Empresa

Grau: 5

Período: 01/2023 a 12/2023

FLS. 49

<b>RECEITA OPERACIONAL BRUTA</b>	<b>252.120,00</b>
Receita Venda de Serviços	252.120,00
<b>DEDUÇÕES DA RECEITA BRUTA</b>	<b>16.874,39</b>
Simples Nacional	16.874,39
<b>RECEITA LÍQUIDA</b>	<b>235.245,61</b>
<b>CUSTOS</b>	<b>64.071,80</b>
Salários e Ordenados	64.071,80
<b>LUCRO BRUTO</b>	<b>171.173,81</b>
<b>DESPESAS OPERACIONAIS</b>	<b>95.545,51</b>
<b>DESPESAS OPERACIONAIS</b>	<b>162,91</b>
Despesa Combustíveis	162,91
<b>DESPESAS NÃO OPERACIONAIS</b>	<b>95.382,60</b>
Retirada de Pró-labore	53.823,79
Honorários	1.750,00
Imposto de renda	12.200,89
Despesas de Energia Elétrica	869,20
Despesas de Telefone	398,31
INSS	17.456,21
Aluguel	8.884,20
<b>RESULTADO ANTES DAS OPERAÇÕES FINANCEIRAS</b>	<b>75.628,30</b>
<b>DESPESAS FINANCEIRAS</b>	<b>737,53</b>
Tarifas Bancárias	737,53
<b>OUTRAS DESPESAS</b>	<b>122.923,16</b>
Despesas de Doações	122.923,16
<b>RESULTADO ANTES DAS PROVISÕES TRIBUTÁRIAS</b>	<b>-48.032,39</b>
<b>PREJUÍZO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO</b>	<b>48.032,39</b>

LORENA COMMAR DE SOUSA  
EMPRESARIA  
CPF 415.107.008-70

EDILBERTO RIBAS  
CONTADOR  
CRC 057971/O-7

Blow  
mo

FLS. 496

Saldo inicial de lucros acumulados	0,00
Ajustes de exercícios anteriores	0,00
Saldo ajustado	0,00
Reversão de reservas	0,00
Prejuízo líquido do exercício	-48.032,39
Destinação do lucro	0,00
Saldo final de prejuízos acumulados	-48.032,39
Dividendos por ação do capital social	0,00

LORENA COMMAR DE SOUSA  
EMPRESARIA  
CPF 415.107.008-70

EDILBERTO RIBAS  
CONTADOR  
CRC 057971/O-7

Blas  
mo

FLS. 497

CNPJ: 50.838.130/0001-76  
Consolidação: Empresa

Método: Indireto

Período: 01/2023 a 12/2023

Conta	Descrição	Valor
1	OPERACIONAIS	-41.752,51
1.001	Lucro/Prejuízo líquido do exercício	-48.032,39
1.005	Depreciação	0,00
1.010	Clientes	0,00
1.015	Estoques	0,00
1.017	Outros ativos	0,00
1.020	Fornecedores	0,00
1.025	Outros passivos	6.279,88
2	INVESTIMENTO	0,00
2.001	Ativo imobilizado	0,00
2.005	Investimentos	0,00
3	FINANCIAMENTO	10.000,00
3.001	Empréstimos	0,00
3.005	Integralizações de capital	10.000,00
Aumento/Redução de Caixa e Equivalentes de Caixa		-31.752,51
Caixa e Equivalentes de Caixa		
No início do Período		0,00
No final do Período		62.521,87
Variação		62.521,87

LORENA COMMAR DE SOUSA  
EMPRESARIA  
CPF 415.107.008-70

EDILBERTO RIBAS  
CONTADOR  
CRC 057971/O-7

*Edilberto*  
*mo*

CNPJ: 50.838.130/0001-76  
Consolidação: Empresa

Mês: 12/2023

**01 - Liquidez Corrente**

Ativo Circulante	62.521,87		
		=	1,00
Passivo Circulante	62.521,87		

Interpretação: A Empresa tem R\$ 1,00 para cada R\$ 1,00 de dívida

**06 - Imobilização do Investimento Total**

Ativo Não Circulante - R.L.P.	0,00		
		=	0,00
Ativo Total	62.521,87		

Interpretação: O Ativo Permanente representa 0,00% do capital de giro

**02 - Liquidez Seca**

Ativo Circulante - Estoques	62.521,87		
		=	1,00
Passivo Circulante	62.521,87		

Interpretação: A Empresa tem R\$ 1,00 para cada R\$ 1,00 de dívida

**07 - Imobilização do Capital Próprio**

Ativo Não Circulante - R.L.P.	0,00		
		=	0,00
Patrimonio Líquido	-38.032,39		

Interpretação: O Ativo Permanente representa 0,00% do capital próprio

**03 - Liquidez Geral**

Ativo Circulante + R.L.P.	62.521,87		
		=	1,00
Exigível Total	62.521,87		

Interpretação: A Empresa tem R\$ 1,00 para cada R\$ 1,00 de dívida

**08 - Rentabilidade do Investimento Total**

Res.Exercício antes I.R.	252.120,00		
		=	4,03
Ativo Total	62.521,87		

Interpretação: O Resultado do Exercício antes do Imposto de Renda é de 403,25% sobre o capital em giro

**04 - Participação de Terceiros**

Exigível Total	62.521,87		
		=	1,00
Ativo Total	62.521,87		

Interpretação: O capital de terceiros representa 100,00% do investimento total

**09 - Rentabilidade do Capital Próprio**

Res.Exercício antes I.R.	252.120,00		
		=	6,63
Patrimonio Líquido	-38.032,39		

Interpretação: O Resultado do Exercício antes do Imposto de Renda é de 662,91% sobre o capital próprio

**05 - Garantia de Capital de Terceiros**

Patrimônio Líquido	-38.032,39		
		=	0,61
Exigível Total	62.521,87		

Interpretação: O capital de terceiros é garantido por 60,83% do capital próprio

**10 - Capital de Giro Próprio**

(+) Ativo Circulante	62.521,87		
(+) Realizável a longo prazo	0,00		
(-) Passivo Circulante	62.521,87		
(-) Exigível a longo prazo	0,00		
(=) Capital de giro próprio	0,00		

**11 - Solvência Geral**

Ativo Total	62.521,87		
		=	1,00
Exigível	62.521,87		

*Bl. ou*  
*mo*

FLS. 499

L. C. S. SAUDE LTDA  
Contabilidade

Análise Econômico Financeira

Página 15 de 22

Data: 24/04/2024  
Hora: 10:56:30

CNPJ: 50.838.130/0001-76  
Consolidação: Empresa

Mês: 12/2023

LORENA COMMAR DE SOUSA  
EMPRESARIA  
CPF 415.107.008-70

EDILBERTO RIBAS  
CONTADOR  
CRC 057971/O-7

*Edilberto*  
*mo*  
*4*

## CARTA DE RESPONSABILIDADE DA ADMINISTRAÇÃO

Santa Maria do Oeste-PR, 23 DE ABRIL DE 2024

Declarante : L. C. S. SAUDE LTDA  
CNPJ : 50.838.130/0001-76  
Período base: 2023

À  
LORENA COMMAR DE SOUSA  
CRC: 057971/O-7-PR  
Rua Generoso Karpinski, 1368  
Santa Maria do Oeste-PR  
85.230-000

PREZADOS SENHORES:

DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS, COMO ADMINISTRADOR E RESPONSÁVEL LEGAL DA EMPRESA ACIMA IDENTIFICADA, QUE AS INFORMAÇÕES RELATIVAS AO PERÍODO BASE ACIMA IDENTIFICADO, FORNECIDAS A VOSSAS SENHORIAS PARA ESCRITURAÇÃO E ELABORAÇÃO DAS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS, OBRIGAÇÕES ACESSÓRIAS, APURAÇÃO DE TRIBUTOS E ARQUIVOS ELETRÔNICOS EXIGIDOS PELA FISCALIZAÇÃO FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, TRABALHISTA E PREVIDENCIÁRIA SÃO FIDEDIGNAS.

TAMBÉM DECLARAMOS:

(A) QUE OS CONTROLES INTERNOS ADOTADOS PELA NOSSA EMPRESA SÃO DE RESPONSABILIDADE DA ADMINISTRAÇÃO E ESTÃO ADEQUADOS AO TIPO DE ATIVIDADE E VOLUME DE TRANSAÇÕES;  
(B) QUE NÃO REALIZAMOS NENHUM TIPO DE OPERAÇÃO QUE POSSA SER CONSIDERADA ILEGAL, FRENTE À LEGISLAÇÃO VIGENTE;  
(C) QUE TODOS OS DOCUMENTOS E/OU INFORMAÇÕES QUE GERAMOS E RECEBEMOS DE NOSSOS FORNECEDORES, ENCAMINHADOS PARA A ELABORAÇÃO DA ESCRITURAÇÃO CONTÁBIL E DEMAIS SERVIÇOS CONTRATADOS, ESTÃO REVESTIDOS DE TOTAL IDONEIDADE;  
(D) QUE OS ESTOQUES REGISTRADOS EM CONTA PRÓPRIA FORAM POR NÓS CONTADOS E LEVANTADOS FISICAMENTE E AVALIADOS DE ACORDO COM A POLÍTICA DE MENSURAÇÃO DE ESTOQUE DETERMINADA PELA EMPRESA E PERFAZEM A REALIDADE DO PERÍODO BASE ACIMA IDENTIFICADO.  
(E) QUE AS INFORMAÇÕES FORAM REGISTRADAS NO CONTROLE INTERNO, SÃO CONTROLADAS E VALIDADAS COM DOCUMENTAÇÃO ADEQUADA, SENDO DE NOSSA INTEIRA RESPONSABILIDADE TODO O CONTEÚDO DO BANCO DE DADOS E ARQUIVOS ELETRÔNICOS GERADOS.  
ALÉM DISSO, DECLARAMOS QUE NÃO EXISTEM QUAISQUER FATOS OCORRIDOS NO PERÍODO BASE QUE AFETAM OU POSSAM AFETAR AS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS OU, AINDA, A CONTINUIDADE DAS OPERAÇÕES DA EMPRESA.

TAMBÉM CONFIRMAMOS QUE NÃO HOUVE:

A) FRAUDE ENVOLVENDO A ADMINISTRAÇÃO OU EMPREGADOS EM CARGOS DE RESPONSABILIDADE OU CONFIANÇA;  
(B) FRAUDE ENVOLVENDO TERCEIROS QUE PODERIAM TER EFEITO MATERIAL NAS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS;  
(C) VIOLAÇÃO DE LEIS, NORMAS OU REGULAMENTOS CUJOS EFEITOS DEVERIAM SER CONSIDERADOS PARA DIVULGAÇÃO NAS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS, OU MESMO DAR ORIGEM AO REGISTRO DE PROVISÃO PARA CONTINGÊNCIAS PASSIVAS.

ATENCIOSAMENTE,

LORENA COMMAR DE SOUSA  
EMPRESARIA  
CPF: 415.107.008-70

*Blau*  
*mo*

**Estabelecimento: 01 - L. C. S. SAUDE LTDA - 50.838.130/0001-76**

**Notas Explicativas Gerais**

**1. CONTEXTO OPERACIONAL**

L. C. S. SAUDE LTDA, cadastrada no CNPJ sob o nº 50.838.130/000-176 e inscrição municipal nº 9495, constituída em 26 de maio de 2023, com sede à Rua Generoso Karpinski, nº 1368, centro, município de Santa Maria do Oeste - PR, CEP 85.230-000, com ramo de atividade médica ambulatorial restrita a consultas, tributada pelo regime simplificado de tributos (simples Nacional), com apurações mensais.

**2. POLÍTICA ADOTADA**

2.1 - As demonstrações Contábeis encerradas em 31 de dezembro de 2023, aqui compreendidas: Balanço Patrimonial, Demonstração do Resultado do Exercício (DRE); Demonstração de Lucros e Prejuízos Acumulados (DLPA) e Demonstração de Fluxo de Caixa (DFC) não comparativos, por ser seu primeiro exercício de atividades. As Demonstrações foram elaboradas a partir de diretrizes contábeis e dos preceitos da legislação comercial, Lei n.º 10.406/2002, e de acordo com os princípios contábeis.

2.2 - Não foi apresentado neste livro a Demonstração de Resultado Abrangente (DRA), por não haver mutação do patrimônio líquido durante o exercício de 2023.

2.3- O Resultado é apurado de acordo com o regime de Competência, que estabelece que as Receitas e Despesas devem ser incluídas na apuração dos resultados dos períodos em que ocorrerem, sempre simultaneamente quando se correlacionarem, independentemente do recebimento ou pagamento.

2.4 - As principais práticas contábeis na elaboração das demonstrações contábeis levam em conta as características qualitativas e quantitativas conforme determina a NBC TG 1000: compreensibilidade, competência, relevância, materialidade, confiabilidade, primazia da essência sobre a forma, prudência, integralidade, comparabilidade e tempestividade; estando assim de acordo com as normas internacionais de contabilidade emitidas pelo Internacional Accounting Standards Board (IASB) adequadas pelo comitê de pronunciamento contábeis (CPC) e aprovados pelo conselho Federal de Contabilidade para Pequenas e Médias Empresas.

**3. TESTES DE RECUPERABILIDADE PARA ATIVOS (IMPAIRMENT)**

Atendendo ao conteúdo da NBC TG 1000, emitida pelo Conselho Federal de Contabilidade através da Resolução 1255/2009, a administração da empresa, fez análise sobre a recuperabilidade dos ativos submetidos a tal resolução levando em conta os principais indicadores de desvalorização. Após esta análise a administração chegou à conclusão de que os ativos se encontram a valor recuperável através da venda ou do uso. Dispensando assim a realização de testes efetivos de Impairment uma que não existiu indicação relevante de não recuperabilidade.

**4. AJUSTE A VALOR PRESENTE**

O ajuste a valor presente que tem por objetivo demonstrar o valor presente de um fluxo de caixa, o qual se encontra determinado ara as operações de longo prazo, tanto para os ativos quanto para os passivos, não foram realizados, visto que não foram encontradas indicações que justificassem tal prática

**5. IMOBILIZADO**

Avaliado ao Custo Histórico, sendo considerados como custo dos os valores necessários para que o imobilizado estive à disposição. As taxas de Depreciação utilizadas foram baseadas na tabela constante na instrução normativa 162 de 31 de dezembrode1998 da RFB (Receita Federal do Brasil), pois não foi evidenciada diferença relevante para que se atribuisse taxa de Depreciação Diferente.

**6. DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE**

A empresa declara expressamente que a Elaboração e a Apresentação das Demonstrações Contábeis estão em conformidade com o NBC TG 1000 - Contabilidade para Pequenas e Médias Empresas, expedida pelo Conselho Federal de Contabilidade através da resolução 1.255/2009. A Administração da Empresa também procedeu ao Exame Conceitual e concluiu que a Empresa não possui Prestação Pública de Contas, assim encontra-se apta a exercera faculdade pela Aplicação do Previsto na Contabilidade para Pequenas e Médias Empresas.

*Alcione*  
*mo*  
*4*

L. C. S. SAUDE LTDA  
Contabilidade

Notas Explicativas

FOLHA: 20  
Data: 24/04/2024  
Hora: 11:02:09

CNPJ: 50.838.130/0001-76  
Consolidação: Empresa

Ano: 2023

7. **EVENTOS SUBSEQUENTES**

Os administradores declaram a inexistência de fatos ocorridos subsequentemente à data de encerramento do exercício que venham a ter efeito relevante sobre a situação patrimonial ou financeira da empresa ou que possa provocar efeitos sobre seus resultados futuros.

LORENA COMMAR DE SOUSA  
EMPRESARIA  
CPF 415.107.008-70

EDILBERTO RIBAS  
CONTADOR  
CRC 057971/O-7

*Blow mo \$*

## Termo de Encerramento

Nome do Livro: DIÁRIO

Nº de Ordem: 1

O presente livro do tipo DIÁRIO contém páginas numeradas, do nº 01 ao nº 21, e serviu para escrituração no período de 01/01/2023 a 31/12/2023, da empresa L. C. S. SAUDE LTDA.

Santa Maria do Oeste, 31/12/2023

\_\_\_\_\_  
LORENA COMMAR DE SOUSA  
Administrador, Sócio  
CPF 415.107.008-70

\_\_\_\_\_  
EDILBERTO RIBAS  
PROFISSIONAL DA CONTABILIDADE  
CRC/PR 057971/O-7

*Edilberto Ribas*  
*mo*  
*4*



## ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa L. C. S. SAUDE LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
41510700870	LORENA COMMAR DE SOUSA
57184488920	EDILBERTO RIBAS



CONFORME ART. 10 DA IN DREI 82/2021,  
CERTIFICO A AUTENTICAÇÃO AUTOMÁTICA EM 02/05/2024 12:09 SOB N°  
20242980198.  
PROTOCOLO: 242980198 DE 25/04/2024. NIRE: 41211627406.  
L. C. S. SAUDE LTDA

JUNTA COMERCIAL DO PARANÁ  
RESPONSÁVEL PELA AUTENTICAÇÃO  
CURITIBA, 02/05/2024  
empresafacil.pr.gov.br

*Blanca*  
*me*



### TERMO DE AUTENTICAÇÃO - LIVRO DIGITAL

Declaro autenticados automaticamente os Termos de Abertura e de Encerramento do Livro Digital com características abaixo, em conformidade com o Art. 10 da IN DREI 82/2021 e com base nas informações prestadas pelo solicitante, sob a autenticidade nº 12500518107 em 14/01/2025, protocolo 250157799. Para validação de Autenticação dos Termos, deverá ser acessado o Portal de Serviços / verificação de documentos do Empreendedor (<http://www.empresafacil.pr.gov.br>) e informar o código de verificação.

Identificação de Empresa	
Nome Empresarial:	L. C. S. SAUDE LTDA
Número de Registro:	41211627406
CNPJ:	50838130000176
Município:	Santa Maria do Oeste

Identificação de Livro Digital	
Tipo de Livro:	DIÁRIO
Número de Ordem:	3
Período de Escrituração:	01/10/2024 - 31/12/2024

Assinante(s)	Nome	CRC/OAB
04256826920	EDSON LUIZ GRUBER	PR074136/O-8
50838130000176	L. C. S. SAUDE LTDA	



CONFORME ART. 10 DA IN DREI 82/2021,  
CERTIFICO A AUTENTICAÇÃO AUTOMÁTICA EM 14/01/2025 14:08 SOB Nº  
20250157799.  
PROTOCOLO: 250157799 DE 14/01/2025. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:  
12500518107. NIRE: 41211627406.  
L. C. S. SAUDE LTDA

JUNTA COMERCIAL DO PARANÁ  
RESPONSÁVEL PELA AUTENTICAÇÃO  
CURITIBA, 14/01/2025  
[empresafacil.pr.gov.br](http://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.

*Edson*  
*Mo*

## Termo de Abertura



Nome do Livro: DIÁRIO

Nº de Ordem: 3

O presente livro do tipo DIÁRIO contém registros numerados, do nº 01 ao nº 14, e servirá para a escrituração dos lançamentos próprios da empresa L. C. S. SAUDE LTDA, município Santa Maria do Oeste, CNPJ nº 50.838.130/0001-76, Número de Registro (NIRE) 41211627406.

### DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro(amos), sob as penas da Lei, que o livro apresentado para autenticação preenche todas as formalidades legais exigíveis, bem como que estou(amos) devidamente habilitado(s) para assinatura dos termos de abertura e de encerramento do livro.

Data do arquivamento dos atos constitutivos: 26/05/2023

Ato constitutivo: 41211627406

Santa Maria do Oeste, 01/10/2024

\_\_\_\_\_  
EDSON LUIZ GRUBER  
PROFISSIONAL DA CONTABILIDADE  
CRC/PR 074136/O-8

\_\_\_\_\_  
L. C. S. SAUDE LTDA  
PESSOA JURÍDICA  
CNPJ 50.838.130/0001-76

*Edson*  
*Gruber*

BALANÇO PATRIMONIAL

Código	Classificação	Descrição	2024	2023
1	1	<b>ATIVO</b>	31/12/2024	31/12/2023
2	1.1	<b>ATIVO CIRCULANTE</b>	<b>19.896,22D</b>	<b>62.521,87D</b>
3	1.1.1	<b>DISPONÍVEL</b>	<b>19.896,22D</b>	<b>62.521,87D</b>
4	1.1.1.01	<b>CAIXA</b>	<b>19.896,22D</b>	<b>62.521,87D</b>
5	1.1.1.01.001	CAIXA GERAL	19.896,22D	684,80D
7	1.1.1.02	<b>BANCOS CONTA MOVIMENTO</b>	<b>0,00</b>	<b>61.837,07D</b>
8	1.1.1.02.001	BANCO DO BRASIL	0,00	61.837,07D
149	2	<b>PASSIVO</b>	<b>19.896,22C</b>	<b>62.521,87C</b>
150	2.1	<b>PASSIVO CIRCULANTE</b>	<b>15.874,48C</b>	<b>100.554,26C</b>
382	2.1.1	<b>EMPRÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS</b>	<b>0,00</b>	<b>38.000,00C</b>
151	2.1.1.01	<b>EMPRÉSTIMOS</b>	<b>0,00</b>	<b>38.000,00C</b>
152	2.1.1.01.001	EMPRÉSTIMO DE TERCEIROS	0,00	38.000,00C
169	2.1.4	<b>OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS</b>	<b>14.167,80C</b>	<b>8.480,47C</b>
170	2.1.4.01	<b>IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES A RECOLHER</b>	<b>14.167,80C</b>	<b>8.480,47C</b>
184	2.1.4.01.014	TRIBUTOS FEDERAIS A RECOLHER	155,32C	5.227,00C
479	2.1.4.01.015	SIMPLES NACIONAL A RECOLHER	14.012,48C	3.253,47C
185	2.1.5	<b>OBRIGAÇÕES TRABALHISTA E PREVIDENCIÁRIA</b>	<b>1.256,68C</b>	<b>53.823,79C</b>
186	2.1.5.01	<b>OBRIGAÇÕES COM O PESSOAL</b>	<b>1.256,68C</b>	<b>53.823,79C</b>
188	2.1.5.01.002	PRÓ-LABORE A PAGAR	1.256,68C	53.823,79C
200	2.1.6	<b>OUTRAS OBRIGAÇÕES</b>	<b>450,00C</b>	<b>250,00C</b>
202	2.1.6.02	<b>CONTAS A PAGAR</b>	<b>450,00C</b>	<b>250,00C</b>
510	2.1.6.02.001	HONORÁRIOS CONTÁBEIS A PAGAR	450,00C	250,00C
242	2.3	<b>PATRIMÔNIO LÍQUIDO</b>	<b>4.021,74C</b>	<b>38.032,39D</b>
243	2.3.1	<b>CAPITAL SOCIAL</b>	<b>10.000,00C</b>	<b>10.000,00C</b>
244	2.3.1.01	<b>CAPITAL SUBSCRITO</b>	<b>10.000,00C</b>	<b>10.000,00C</b>
245	2.3.1.01.001	CAPITAL SOCIAL	10.000,00C	10.000,00C
524	2.3.2	<b>RESERVAS</b>	<b>45.000,00C</b>	<b>0,00</b>
249	2.3.2.01	<b>RESERVAS DE CAPITAL</b>	<b>45.000,00C</b>	<b>0,00</b>
2481	2.3.2.01.005	ADIANT. PARA FUTURO AUMENTO DE CAPITAL	45.000,00C	0,00
264	2.3.5	<b>LUCROS OU PREJUÍZOS ACUMULADOS</b>	<b>50.978,26D</b>	<b>48.032,39D</b>
265	2.3.5.01	<b>LUCROS OU PREJUÍZOS ACUMULADOS</b>	<b>50.978,26D</b>	<b>48.032,39D</b>
267	2.3.5.01.002	(-) PREJUÍZOS ACUMULADOS	48.032,39D	0,00
523	2.3.5.01.005	(-) PREJUÍZO ACUMULADO DO EXERCÍCIO	2.945,87D	48.032,39D

FLS. 507

De: [assinatura]  
mo  
4

DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO DO EXERCÍCIO EM 31/12/2024

Código	Classificação	Descrição	2024	2023
		<b>RECEITA BRUTA</b>	<b>577.141,00</b>	<b>252.120,00</b>
411	4.1.1.02.001	SERVIÇOS PRESTADOS	577.141,00	252.120,00
		<b>DEDUÇÕES DA RECEITA BRUTA</b>	<b>(58.716,74)</b>	<b>(16.874,39)</b>
480	4.1.2.03.008	(-) SIMPLES NACIONAL	(58.716,74)	(16.874,39)
		<b>RECEITA LÍQUIDA</b>	<b>518.424,26</b>	<b>235.245,61</b>
		<b>LUCRO BRUTO</b>	<b>518.424,26</b>	<b>235.245,61</b>
		<b>DESPESAS OPERACIONAIS</b>	<b>(521.370,13)</b>	<b>(283.278,00)</b>
		<b>DESPESAS ADMINISTRATIVAS</b>	<b>(521.370,13)</b>	<b>(283.278,00)</b>
331	3.2.2.01.001	SALÁRIOS E ORDENADOS	0,00	(64.071,80)
332	3.2.2.01.002	PRÓ-LABORE	(118.536,00)	(53.823,79)
336	3.2.2.01.006	INSS	(7.708,09)	(17.456,21)
341	3.2.2.02.001	ALUGUÉIS DE IMÓVEIS	0,00	(8.884,20)
9104	3.2.2.03.005	IMPOSTO DE RENDA	(21.259,47)	(12.200,89)
9103	3.2.2.04.001	COMBUSTÍVEIS E LUBRIFICANTES	(2.342,89)	(162,91)
354	3.2.2.04.001	ENERGIA ELÉTRICA	(1.504,92)	(869,20)
	3.2.2.04.003	TELEFONE	(1.222,33)	(398,31)
361	3.2.2.04.008	ASSISTÊNCIA CONTÁBIL	(3.951,00)	(1.750,00)
364	3.2.2.04.011	DOACOES	0,00	(122.923,16)
2480	3.2.2.04.015	MATERIAL DE EXPEDIENTE	(363.147,13)	0,00
9105	3.2.2.05.001	TARIFAS BANCARIAS	(1.698,30)	(737,53)
		<b>RESULTADO OPERACIONAL</b>	<b>(2.945,87)</b>	<b>(48.032,39)</b>
		<b>RESULTADO ANTES DO IR E CSL</b>	<b>(2.945,87)</b>	<b>(48.032,39)</b>
		<b>PREJUÍZO DO EXERCÍCIO</b>	<b>(2.945,87)</b>	<b>(48.032,39)</b>

FLS. 508

*Oliver*  
*mo*

DEMONSTRAÇÃO DOS LUCROS OU PREJUÍZOS ACUMULADOS

Discriminação	Valor	
	2024	2023
<b>LUCROS/PREJUÍZOS</b>		
Saldo Anterior de Lucros Acumulados		0,00
Ajustes Credores de Períodos-base Anteriores	(48.032,39)	
Reversão de Reservas	0,00	0,00
Outros Recursos	0,00	0,00
Lucro Líquido do Ano	0,00	0,00
(-)Saldo Anterior de Prejuízo Acumulados	0,00	0,00
(-)Ajustes Devedores de Períodos-base Anteriores	0,00	0,00
(-)Prejuízo Líquido do Ano	0,00	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>(2.945,87)</b>	<b>(48.032,39)</b>
<b>DESTINAÇÕES</b>	<b>(50.978,26)</b>	<b>(48.032,39)</b>
Transferências para Reservas		
Dividendos ou Lucros Distribuídos, Pagos ou Creditados	0,00	0,00
Parcela dos Lucros Incorporados ao Capital	0,00	0,00
Outras Destinações	0,00	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>LUCROS OU PREJUÍZOS ACUMULADOS</b>	<b>(50.978,26)</b>	<b>(48.032,39)</b>

FLS. 509

Edson  
mo

Empresa: L. C. S. SAUDE LTDA  
C.N.P.J.: 50.838.130/0001-76  
Período: 01/01/2024 - 31/12/2024

Folha: 0008

Página 8 de 15

DEMONSTRAÇÃO DAS MUTAÇÕES DO PATRIMÔNIO LÍQUIDO

FLS. 510

Histórico	CAPITAL REALIZADO AUTORIZADO				Total
	Capital Social	Prejuízo do Período	Prejuízos Acumulados	Adiant. p/ Futuro Aum. Capital	
Saldo em 31/12/2023	10.000,00	-48.032,39			-38.032,39
Lucro Líquido		125.387,49			125.387,49
Adiant. para Futuro Aumento de Capital				45.000,00	45.000,00
Prejuízo do Período		-128.333,36			-128.333,36
Prejuízos acumulados		48.032,39	-48.032,39		0,00
Saldo em 31/12/2024	10.000,00	-2.945,87	-48.032,39	45.000,00	4.021,74

Edson  
mo

Empresa: L. C. S. SAUDE LTDA  
CNPJ: 50.838.130/0001-76

Folha: 9  
Número livro: 0000

## NOTAS EXPLICATIVAS

### 1. Contexto Operacional

A empresa é constituída na forma de sociedade empresária limitada tem como objeto social definido pela sua atividade principal de Atividade médica ambulatorial restrita a consultas e atividades secundárias de Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências, UTI móvel, Serviços móveis de atendimento a urgências, exceto por UTI móvel e Atividades de apoio à gestão de saúde. Optante pelo Regime Simplificado de Tributação SIMPLES NACIONAL no ano-calendário 2024.

### 2. Demonstrações Contábeis

2.1. A trípole contábil: Balanço Patrimonial, Demonstração do Resultado, Livro de Registro de Inventário e demais peças contábeis contidas neste Livro Diário, foram apresentadas e aprovadas por todos os sócios da empresa no mês de Março, conforme determina o Art. 1.078, Lei 10.406/02 do Código Civil, assim os documentos probantes das deliberações encontram-se em poder dos sócios constante no contrato social.

2.2. As demonstrações contábeis encerradas em 31 de dezembro, aqui compreendidas: Balanço Patrimonial, Demonstração do Resultado, Demonstração de Lucros e Prejuízos Acumulados, foram elaborados a partir das diretrizes contábeis e dos preceitos da legislação comercial, lei nº. 10.406/2002 e demais legislações aplicáveis e aos princípios contábeis.

### 3. Política Adotada

3.1. O resultado é apurado de acordo com o regime de competência, que estabelece que as receitas e despesas devam ser incluídas na apuração dos resultados dos períodos em que ocorrerem, sempre simultaneamente quando se correlacionarem, independentemente do recebimento ou pagamento.

3.2. As principais práticas contábeis na elaboração das demonstrações contábeis estão alinhadas com as normas internacionais de contabilidade emitidas pelo International Accounting Standards Board (IASB) adequadas pelo comitê de pronunciamentos contábeis (CPC) e aprovados pelo conselho federal de contabilidade (CFC) para pequenas e médias empresas.

3.2.1. ITG 1.000 levam em conta as características qualitativas e quantitativas compreensibilidade, competência, relevância, materialidade, confiabilidade, primazia da essência sobre a forma, prudência, integralidade, comparabilidade e tempestividade;

3.2.2. CTC 2.000 que aborda como devem tratados os ajustes das novas práticas contábeis adotadas no Brasil trazidas pela lei 11.638/07 e MP 449/08 convertida em lei 12.973/14;

3.2.3. CTG 2.001: define as formalidades da escrituração contábil em forma digital para fins de atendimento ao sistema público de escrituração digital (SPED).

*Olone*  
*mo*

Empresa: **L. C. S. SAUDE LTDA**  
CNPJ: 50.838.130/0001-76

Folha: 10  
Número livro: 0000

## NOTAS EXPLICATIVAS

### 4. Ajuste A Valor Presente

O ajuste a valor presente que tem por objetivo demonstrar o valor presente de um fluxo de caixa, o qual se encontra determinado para as operações de longo prazo, tanto para os ativos quanto para os passivos, não foram realizados visto que não foram encontradas indicações relevantes que justificassem tal prática.

### 5. Estoques

5.1. Os estoques são avaliados no reconhecimento inicial pelo custo histórico onde todos os gastos necessários até o momento da disponibilidade para venda sendo considerados como custos, exceto os tributos recuperáveis, os descontos comerciais, abatimentos e outros itens semelhantes são deduzidos do custo de aquisição, os juros incorridos pela aquisição dos estoques são considerados como despesas financeiras, e, portanto, não são incluídos nos custos de aquisição.

5.2. Ao final do período foi realizada a análise de recuperabilidade dos estoques, e de acordo com a experiência da administração da sociedade, não foram evidenciadas diferenças relevantes entre o valor do estoque e o valor recuperável do estoque, conforme os requisitos para ajuste ao valor presente previstos na NBC TG 1000.

### 6. Imobilizado

Avaliado inicialmente ao custo histórico, sendo considerados como custo todos os valores necessários desprendidos para que o imobilizado estivesse a disposição para uso, após análise da administração decidiu-se por manter os valores constantes nas contas do Balanço, pois não foi verificado a existência de diferença relevante que admitisse ajuste nos saldos das referidas contas. As taxas de depreciação utilizadas foram baseadas na tabela constante na instrução normativa nº. 162, de 31 de dezembro de 1998 da RFB (Receita Federal do Brasil), pois não foi evidenciada diferença relevante pra que se atribuisse taxa de depreciação diferente.

### 7. Declaração De Conformidade

A empresa declara expressamente que a elaboração e a apresentação das demonstrações contábeis estão em conformidade com o ITG 1000 - Contabilidade Para Micro, Pequenas e Médias Empresas, expedida pelo Conselho Federal de Contabilidade. A administração da empresa também procedeu ao exame conceitual e concluiu que a empresa não possui prestação pública de contas e assim encontra-se apta a exercer a faculdade pela aplicação do previsto nestas normas.

Oleone  
mo  
\$

PLANO DE CONTAS

Código T	Classificação	Nome	Grau
1 S	1	<b>ATIVO</b>	
2 S	1.1	<b>ATIVO CIRCULANTE</b>	1
3 S	1.1.1	<b>DISPONÍVEL</b>	2
4 S	1.1.1.01	<b>CAIXA</b>	3
5	1.1.1.01.001	CAIXA GERAL	4
			5
7 S	1.1.1.02	<b>BANCOS CONTA MOVIMENTO</b>	4
8	1.1.1.02.001	BANCO DO BRASIL	5
149 S	2	<b>PASSIVO</b>	
150 S	2.1	<b>PASSIVO CIRCULANTE</b>	1
382 S	2.1.1	<b>EMPRÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS</b>	2
151 S	2.1.1.01	<b>EMPRÉSTIMOS</b>	3
152	2.1.1.01.001	EMPRÉSTIMO DE TERCEIROS	4
			5
169 S	2.1.4	<b>OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS</b>	3
170 S	2.1.4.01	<b>IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES A RECOLHER</b>	4
184	2.1.4.01.014	TRIBUTOS FEDERAIS A RECOLHER	5
479	2.1.4.01.015	SIMPLES NACIONAL A RECOLHER	5
185 S	2.1.5	<b>OBRIGAÇÕES TRABALHISTA E PREVIDENCIÁRIA</b>	3
186 S	2.1.5.01	<b>OBRIGAÇÕES COM O PESSOAL</b>	4
188	2.1.5.01.002	PRÓ-LABORE A PAGAR	5
200 S	2.1.6	<b>OUTRAS OBRIGAÇÕES</b>	3
202 S	2.1.6.02	<b>CONTAS A PAGAR</b>	4
510	2.1.6.02.001	HONORÁRIOS CONTÁBEIS A PAGAR	5
242 S	2.3	<b>PATRIMÔNIO LÍQUIDO</b>	2
243 S	2.3.1	<b>CAPITAL SOCIAL</b>	3
244 S	2.3.1.01	<b>CAPITAL SUBSCRITO</b>	4
245	2.3.1.01.001	CAPITAL SOCIAL	5
524 S	2.3.2	<b>RESERVAS</b>	3
249 S	2.3.2.01	<b>RESERVAS DE CAPITAL</b>	4
2481	2.3.2.01.005	ADIANT. PARA FUTURO AUMENTO DE CAPITAL	5
264 S	2.3.5	<b>LUCROS OU PREJUÍZOS ACUMULADOS</b>	3
265 S	2.3.5.01	<b>LUCROS OU PREJUÍZOS ACUMULADOS</b>	4
267	2.3.5.01.002	(-) PREJUÍZOS ACUMULADOS	5
268	2.3.5.01.003	RESULTADO DO EXERCÍCIO EM CURSO	5
522	2.3.5.01.004	LUCRO ACUMULADO DO EXERCÍCIO	5
523	2.3.5.01.005	(-) PREJUÍZO ACUMULADO DO EXERCÍCIO	5
269 S	3	<b>CONTAS DE RESULTADOS - CUSTOS E DESPESAS</b>	1
295 S	3.2	<b>DESPESAS OPERACIONAIS</b>	2
329 S	3.2.2	<b>DESPESAS ADMINISTRATIVAS</b>	3
330 S	3.2.2.01	<b>DESPESAS COM PESSOAL</b>	4
331	3.2.2.01.001	SALÁRIOS E ORDENADOS	5
332	3.2.2.01.002	PRÓ-LABORE	5
336	3.2.2.01.006	INSS	5
340 S	3.2.2.02	<b>ALUGUÉIS E ARRENDAMENTOS</b>	4
341	3.2.2.02.001	ALUGUÉIS DE IMÓVEIS	5
345 S	3.2.2.03	<b>IMPOSTOS, TAXAS E CONTRIBUIÇÕES</b>	4
9104	3.2.2.03.005	IMPOSTO DE RENDA	5
353 S	3.2.2.04	<b>DESPESAS GERAIS</b>	4
9103	3.2.2.04.001	COMBUSTÍVEIS E LUBRIFICANTES	5
354	3.2.2.04.001	ENERGIA ELÉTRICA	5
356	3.2.2.04.003	TELEFONE	5
361	3.2.2.04.008	ASSISTÊNCIA CONTÁBIL	5

*Blow*  
*mo*

PLANO DE CONTAS

Código T	Classificação	Nome	Grau
364	3.2.2.04.011	DOACOES	5
2480	3.2.2.04.015	MATERIAL DE EXPEDIENTE	5
<b>367 S</b>	3.2.2.05	<b>DESPESAS FINANCEIRAS</b>	<b>4</b>
9105	3.2.2.05.001	TARIFAS BANCARIAS	5
<b>402 S</b>	4	<b>CONTAS DE RESULTADO - RECEITAS</b>	<b>1</b>
<b>403 S</b>	4.1	<b>RECEITAS OPERACIONAIS</b>	<b>2</b>
<b>404 S</b>	4.1.1	<b>RECEITA BRUTA DE VENDAS E SERVIÇOS</b>	<b>3</b>
<b>410 S</b>	4.1.1.02	<b>RECEITA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS</b>	<b>4</b>
411	4.1.1.02.001	SERVIÇOS PRESTADOS	5
<b>413 S</b>	4.1.2	<b>(-) DEDUÇÕES DA RECEITA BRUTA</b>	<b>3</b>
<b>424 S</b>	4.1.2.03	<b>(-) IMPOSTOS SOBRE VENDAS E SERVIÇOS</b>	<b>4</b>
480	4.1.2.03.008	(-) SIMPLES NACIONAL	5

*Edson Luiz Gruber*

## CARTA DE RESPONSABILIDADE DA ADMINISTRAÇÃO

SANTA MARIA DO OESTE, 31/12/2024

À

E L GRUBER - CSM SERVICOS CONTABEIS

CRC n.º PR074136/O-8

Endereço: RUA GENEROSO KARPINSKI, nº 1182, CENTRO, CEP nº 85230-000

SANTA MARIA DO OESTE, PR

Prezados Senhores:

Declaramos para os devidos fins, como administrador e responsável legal da empresa L. C. S. SAUDE LTDA, CNPJ 50.838.130/0001-76, que as informações relativas ao período base 31/12/2024, fornecidas a Vossas Senhorias para escrituração e elaboração das demonstrações contábeis, obrigações acessórias, apuração de impostos e arquivos eletrônicos exigidos pela fiscalização federal, estadual, municipal, trabalhista e previdenciária são fidedignas.

Também declaramos:

- (a) que os controles internos adotados pela nossa empresa são de responsabilidade da administração e estão adequados ao tipo de atividade e volume de transações;
- (b) que não realizamos nenhum tipo de operação que possa ser considerada ilegal, frente à legislação vigente;
- (c) que todos os documentos que geramos e recebemos de nossos fornecedores estão revestidos de total idoneidade;
- (d) que os estoques registrados em conta própria foram por nós avaliados, contados e levantados fisicamente e perfazem a realidade do período encerrado em 2024;
- (e) que as informações registradas no sistema de gestão e controle interno, denominado , são controladas e validadas com documentação suporte adequada, sendo de nossa inteira responsabilidade todo o conteúdo do banco de dados e arquivos eletrônicos gerados.

Além disso, declaramos que não temos conhecimento de quaisquer fatos ocorridos no período base que possam afetar as demonstrações contábeis ou que as afetam até a data desta carta ou, ainda, que possam afetar a continuidade das operações da empresa.

Também confirmamos que não houve:

- (a) fraude envolvendo administração ou empregados em cargos de responsabilidade ou confiança;
- (b) fraude envolvendo terceiros que poderiam ter efeito material nas demonstrações contábeis;
- (c) violação ou possíveis violações de leis, normas ou regulamentos cujos efeitos deveriam ser considerados para divulgação nas demonstrações contábeis, ou mesmo dar origem ao registro de provisão para contingências passivas.

Atenciosamente,

.....  
LORENA COMMAR DE SOUSA  
SOCIA - ADMINISTRADORA  
CPF: 415.107.008-70

Glaura  
mo  
S

## Termo de Encerramento

Nome do Livro: DIÁRIO

Nº de Ordem: 3

O presente livro do tipo DIÁRIO contém páginas numeradas, do nº 01 ao nº 14, e serviu para escrituração no período de 01/10/2024 a 31/12/2024, da empresa L. C. S. SAUDE LTDA.

Santa Maria do Oeste, 31/12/2024

\_\_\_\_\_  
EDSON LUIZ GRUBER  
PROFISSIONAL DA CONTABILIDADE  
CRC/PR 074136/O-8

\_\_\_\_\_  
L. C. S. SAUDE LTDA  
PESSOA JURÍDICA  
CNPJ 50.838.130/0001-76

*Edson*  
*Mo*  
*A*



## ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa L. C. S. SAUDE LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
04256826920	EDSON LUIZ GRUBER
50838130000176	L. C. S. SAUDE LTDA



CONFORME ART. 10 DA IN DREI 82/2021,  
CERTIFICO A AUTENTICAÇÃO AUTOMÁTICA EM 14/01/2025 14:08 SOB N°  
20250157799.  
PROTOCOLO: 250157799 DE 14/01/2025. NIRE: 41211627406.  
L. C. S. SAUDE LTDA

JUNTA COMERCIAL DO PARANÁ  
RESPONSÁVEL PELA AUTENTICAÇÃO  
CURITIBA, 14/01/2025  
empresafacil.pr.gov.br

*Edson*  
*Mo*



### TERMO DE AUTENTICAÇÃO - LIVRO DIGITAL

Declaro autenticados automaticamente os Termos de Abertura e de Encerramento do Livro Digital com características abaixo, em conformidade com o Art. 10 da IN DREI 82/2021 e com base nas informações prestadas pelo solicitante, sob a autenticidade nº 12415849309 em 07/11/2024, protocolo 247905275. Para validação de Autenticação dos Termos, deverá ser acessado o Portal de Serviços / verificação de documentos do Empreendedor (<http://www.empresafacil.pr.gov.br>) e informar o código de verificação.

#### Identificação de Empresa

Nome Empresarial:	L. C. S. SAUDE LTDA
Número de Registro:	41211627406
CNPJ:	50838130000176
Município:	Santa Maria do Oeste

#### Identificação de Livro Digital

Tipo de Livro:	DIÁRIO
Número de Ordem:	2
Período de Escrituração:	01/01/2024 - 30/09/2024

#### Assinante(s)

#### Nome

#### CRC/OAB

41510700870	LORENA COMMAR DE SOUSA	
57184488920	EDILBERTO RIBAS	PR057971/O-7



CONFORME ART. 10 DA IN DREI 82/2021,  
CERTIFICO A AUTENTICAÇÃO AUTOMÁTICA EM 07/11/2024 09:40 SOB Nº  
20247905275.  
PROTOCOLO: 247905275 DE 22/10/2024. CODIGO DE VERIFICAÇÃO:  
12415849309. NIRE: 41211627406.  
L. C. S. SAUDE LTDA

JUNTA COMERCIAL DO PARANÁ  
RESPONSÁVEL PELA AUTENTICAÇÃO  
CURITIBA, 07/11/2024  
[empresafacil.pr.gov.br](http://empresafacil.pr.gov.br)

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

*Edilberto*  
*mo*  
*S*

## Termo de Abertura

Nome do Livro: DIÁRIO

Nº de Ordem: 2

O presente livro do tipo DIÁRIO contém registros numerados, do nº 01 ao nº 21, e servirá para a escrituração dos lançamentos próprios da empresa L. C. S. SAUDE LTDA, município Santa Maria do Oeste, CNPJ nº 50.838.130/0001-76, Número de Registro (NIRE) 41211627406.

### DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro(amos), sob as penas da Lei, que o livro apresentado para autenticação preenche todas as formalidades legais exigíveis, bem como que estou(amos) devidamente habilitado(s) para assinatura dos termos de abertura e de encerramento do livro.

Data do arquivamento dos atos constitutivos: 26/05/2023

Ato constitutivo: 41211627406

Santa Maria do Oeste, 01/01/2024

\_\_\_\_\_  
LORENA COMMAR DE SOUSA

Administrador, Sócio  
CPF 415.107.008-70

\_\_\_\_\_  
EDILBERTO RIBAS  
PROFISSIONAL DA CONTABILIDADE  
CRC/PR 057971/O-7

Olson  
mo  
S

CNPJ: 50.838.130/0001-76  
NIRE nº 41211627406 de 26/05/2023  
Consolidação: Empresa

Grau: 5

Encerrado em:

<b>ATIVO</b>	<b>11.704,19</b>
<b>ATIVO CIRCULANTE</b>	<b>11.704,19</b>
DISPONÍVEL	11.704,19
CAIXA	927,20
Caixa Geral	927,20
BANCOS CONTA MOVIMENTO	10.776,99
Banco do Brasil	10.776,99
<b>TOTAL DO ATIVO</b>	<b>11.704,19</b>
<b>PASSIVO</b>	<b>11.704,19</b>
<b>PASSIVO CIRCULANTE</b>	<b>178.069,94</b>
EMPÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS	135.000,00
EMPÉSTIMOS CAPITAL GIRO NACIO	135.000,00
Outros empréstimos	135.000,00
SALÁRIOS E ORDENADOS A PAGAR	36.197,00
SALÁRIOS E ORDENADOS A PAGAR	36.197,00
Pro-Labore a Pagar	35.908,00
Honorários a Pagar	289,00
OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS	6.872,94
IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES A REC	6.872,94
IRRF a Recolher	2.374,72
Simplex a recolher	4.498,22
<b>PATRIMÔNIO LÍQUIDO</b>	<b>-166.365,75</b>
CAPITAL SOCIAL	10.000,00
CAPITAL SOCIAL	10.000,00
Capital Integralizado	10.000,00
RESULTADO ACUMULADO	-176.365,75
LUCROS OU PREJUÍZOS ACUMULADOS	-176.365,75
Lucros Acumulados	-176.365,75
<b>TOTAL DO PASSIVO</b>	<b>11.704,19</b>

Reconhecemos a exatidão do presente Balanço Patrimonial com base nas informações e na documentação apresentada, encerrado em , somando tanto no Ativo como no Passivo, a importância de R\$ 11.704,19 (onze mil, setecentos e quatro reais e dezenove centavos).

ADRIANA COMMAR DE SOUSA  
CONTABILISTA  
CPF 415.107.008-70

EDILBERTO RIBAS  
CONTADOR  
CRC 057971/O-7

*Edilberto Ribas*

FLS. 521

CNPJ: 50.838.130/0001-76  
Consolidação: Empresa  
NIRE nº 41211627406 de 26/05/2023

Grau: 5

	2024	2023
<b>RECEITA OPERACIONAL BRUTA</b>	<b>426.642,40</b>	<b>252.120,00</b>
Receita de Prestação de Serviços	426.642,40	252.120,00
<b>DEDUÇÕES DA RECEITA BRUTA</b>	<b>39.191,63</b>	<b>16.874,39</b>
Simples Nacional	39.191,63	16.874,39
<b>RECEITA LÍQUIDA</b>	<b>387.450,77</b>	<b>235.245,61</b>
<b>CUSTOS</b>	<b>0,00</b>	<b>64.071,80</b>
Salários e Ordenados	0,00	64.071,80
<b>LUCRO BRUTO</b>	<b>387.450,77</b>	<b>171.173,81</b>
<b>DESPESAS OPERACIONAIS</b>	<b>514.085,83</b>	<b>95.545,51</b>
<b>DESPESAS OPERACIONAIS</b>	<b>2.342,89</b>	<b>162,91</b>
Despesa Combustíveis	2.342,89	162,91
<b>DESPESAS NÃO OPERACIONAIS</b>	<b>511.742,94</b>	<b>95.382,60</b>
Retirada de Pró-labore	114.300,00	53.823,79
Honorários	2.601,00	1.750,00
Imposto de renda	21.259,47	12.200,89
Despesas Diversas Administrativas	363.147,13	0,00
Despesas de Energia Elétrica	1.504,92	869,20
Despesas de Telefone	1.222,33	398,31
INSS	7.708,09	17.456,21
Aluguel	0,00	8.884,20
<b>RESULTADO ANTES DAS OPERAÇÕES FINANCEIRAS</b>	<b>-126.635,06</b>	<b>75.628,30</b>
<b>DESPESAS FINANCEIRAS</b>	<b>1.698,30</b>	<b>737,53</b>
Tarifas Bancárias	1.698,30	737,53
<b>OUTRAS DESPESAS</b>	<b>0,00</b>	<b>122.923,16</b>
Despesas de Doações	0,00	122.923,16
<b>RESULTADO ANTES DAS PROVISÕES TRIBUTÁRIAS</b>	<b>-128.333,36</b>	<b>-48.032,39</b>
<b>LUCRO/PREJUÍZO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO</b>	<b>-128.333,36</b>	<b>-48.032,39</b>

LORENA COMMAR DE SOUSA  
EMPRESARIA  
CPF 415.107.008-70

EDILBERTO RIBAS  
CONTADOR  
CRC 057971/O-7

*Oliver  
mo  
D*

CNPJ: 50.838.130/0001-76  
Consolidação: Empresa  
NIRE nº 41211627406 de 26/05/2023

	09/2024	12/2023
<b>Saldo inicial de lucro/prejuízos acumulados</b>	-48.032,39	0,00
<b>Ajustes de exercícios anteriores</b>	0,00	0,00
<b>Saldo ajustado</b>	-48.032,39	0,00
<b>Reversão de reservas</b>	0,00	0,00
<b>Prejuízo líquido do exercício</b>	-128.333,36	-48.032,39
<b>Destinação do lucro</b>	0,00	0,00
<b>Saldo final de prejuízos acumulados</b>	-176.365,75	-48.032,39
<b>Dividendos por ação do capital social</b>	0,00	0,00

LORENA COMMAR DE SOUSA  
EMPRESARIA  
CPF 415.107.008-70

EDILBERTO RIBAS  
CONTADOR  
CRC 057971/O-7

*Oléoni  
mo  
S*

CNPJ: 50.838.130/0001-76  
Consolidação: Empresa  
NIRE nº 41211627406 de 26/05/2023

Método: Indireto

Conta	Descrição	09/2024	12/2023
1	OPERACIONAIS	-128.333,36	-41.752,51
1.001	Lucro/Prejuízo líquido do exercício	-128.333,36	-48.032,39
1.005	Depreciação	0,00	0,00
1.010	Clientes	0,00	0,00
1.015	Estoques	0,00	0,00
1.017	Outros ativos	0,00	0,00
1.020	Fornecedores	0,00	0,00
1.025	Outros passivos	0,00	6.279,88
2	INVESTIMENTO	0,00	0,00
2.001	Ativo imobilizado	0,00	0,00
2.005	Investimentos	0,00	0,00
3	FINANCIAMENTO	0,00	10.000,00
3.001	Empréstimos	0,00	0,00
3.005	Integralizações de capital	0,00	10.000,00
Aumento/Redução de Caixa e Equivalentes de Caixa		-128.333,36	-31.752,51
Caixa e Equivalentes de Caixa			
No início do Período		62.521,87	0,00
No final do Período		11.704,19	62.521,87
Variação		-50.817,68	62.521,87

LORENA COMMAR DE SOUSA  
EMPRESARIA  
CPF 415.107.008-70

EDILBERTO RIBAS  
CONTADOR  
CRC 057971/O-7

*Glória*  
*mo*

FLS 524

CNPJ: 50.838.130/0001-76  
Consolidação: Empresa

Mês: 09/2024

**01 - Liquidez Corrente**

Ativo Circulante	11.704,19		
		=	
Passivo Circulante	11.704,19		1,00

Interpretação: A Empresa tem R\$ 1,00 para cada R\$ 1,00 de dívida

**06 - Imobilização do Investimento Total**

Ativo Não Circulante - R.L.P.	0,00		
		=	
Ativo Total	11.704,19		0,00

Interpretação: O Ativo Permanente representa 0,00% do capital de giro

**02 - Liquidez Seca**

Ativo Circulante - Estoques	11.704,19		
		=	
Passivo Circulante	11.704,19		1,00

Interpretação: A Empresa tem R\$ 1,00 para cada R\$ 1,00 de dívida

**07 - Imobilização do Capital Próprio**

Ativo Não Circulante - R.L.P.	0,00		
		=	
Patrimonio Líquido	-166.365,75		0,00

Interpretação: O Ativo Permanente representa 0,00% do capital próprio

**03 - Liquidez Geral**

Ativo Circulante + R.L.P.	11.704,19		
		=	
Exigível Total	11.704,19		1,00

Interpretação: A Empresa tem R\$ 1,00 para cada R\$ 1,00 de dívida

**08 - Rentabilidade do Investimento Total**

Res.Exercicio antes I.R.	426.642,40		
		=	
Ativo Total	11.704,19		36,45

Interpretação: O Resultado do Exercício antes do Imposto de Renda é de 3.645,21% sobre o capital em giro

**04 - Participação de Terceiros**

Exigível Total	11.704,19		
		=	
Ativo Total	11.704,19		1,00

Interpretação: O capital de terceiros representa 100,00% do investimento total

**09 - Rentabilidade do Capital Próprio**

Res.Exercicio antes I.R.	426.642,40		
		=	
Patrimonio Líquido	-166.365,75		2,56

Interpretação: O Resultado do Exercício antes do Imposto de Renda é de 256,45% sobre o capital próprio

**05 - Garantia de Capital de Terceiros**

Patrimônio Líquido	-166.365,75		
		=	
Exigível Total	11.704,19		14,21

Interpretação: O capital de terceiros é garantido por 1.421,42% do capital próprio

**10 - Capital de Giro Próprio**

(+) Ativo Circulante	11.704,19		
(+) Realizável a longo prazo	0,00		
(-) Passivo Circulante	11.704,19		
(-) Exigível a longo prazo	0,00		
(=) Capital de giro próprio	0,00		

**11 - Solvência Geral**

Ativo Total	11.704,19		
		=	
Exigível	11.704,19		1,00

*Glione*  
*Smo*

FLS. 525

L. C. S. SAUDE LTDA  
Contabilidade

Análise Econômico Financeira

Página 16 de 22

Data: 22/10/2024

Hora: 07:51:23

CNPJ: 50.838.130/0001-76

Consolidação: Empresa

Mês: 09/2024

LORENA COMMAR DE SOUSA  
EMPRESARIA  
CPF 415.107.008-70

EDILBERTO RIBAS  
CONTADOR  
CRC 057971/O-7

LORENA  
COMMAR

**Estabelecimento: 01 - L. C. S. SAUDE LTDA - 50.838.130/0001-76**  
**Notas Explicativas Gerais**

**1. CONTEXTO OPERACIONAL**

L. C. S. SAUDE LTDA, cadastrada no CNPJ sob o nº 50.838.130/000-176 e inscrição municipal nº 9495, constituída em 26 de maio de 2023, com sede à Rua Generoso Karpinski, nº 1368, centro, município de Santa Maria do Oeste - PR, CEP 85.230-000, com ramo de atividade médica ambulatorial restrita a consultas, tributada pelo regime simplificado de tributos (simples Nacional), com apurações mensais.

**2. POLÍTICA ADOTADA**

2.1 - As demonstrações Contábeis encerradas em 30 de setembro de 2024, aqui compreendidas: Balanço Patrimonial, Demonstração do Resultado do Exercício (DRE); Demonstração de Lucros e Prejuízos Acumulados (DLPA) e Demonstração de Fluxo de Caixa (DFC), comparativos, por ser seu primeiro exercício de atividades. As Demonstrações foram elaboradas a partir de diretrizes contábeis e dos preceitos da legislação comercial, Lei nº 10.406/2002, e de acordo com os princípios contábeis.

2.2 - Não foi apresentado neste livro a Demonstração de Resultado Abrangente (DRA), por não haver mutação do patrimônio líquido durante o exercício de 2024.

2.3- O Resultado é apurado de acordo com o regime de Competência, que estabelece que as Receitas e Despesas devem ser incluídas na apuração dos resultados dos períodos em que ocorrerem, sempre simultaneamente quando se correlacionarem, independentemente do recebimento ou pagamento.

2.4 - As principais práticas contábeis na elaboração das demonstrações contábeis levam em conta as características qualitativas e quantitativas conforme determina a NBC TG 1000: compreensibilidade, competência, relevância, materialidade, confiabilidade, primazia da essência sobre a forma, prudência, integralidade, comparabilidade e tempestividade; estando assim de acordo com as normas internacionais de contabilidade emitidas pelo International Accounting Standards Board (IASB) adequadas pelo comitê de pronunciamento contábeis (CPC) e aprovados pelo conselho Federal de Contabilidade para Pequenas e Médias Empresas.

**3. TESTES DE RECUPERABILIDADE PARA ATIVOS (IMPAIRMENT)**

Atendendo ao conteúdo da NBC TG 1000, emitida pelo Conselho Federal de Contabilidade através da Resolução 1255/2009, a administração da empresa, fez análise sobre a recuperabilidade dos ativos submetidos a tal resolução levando em conta os principais indicadores de desvalorização. Após esta análise a administração chegou à conclusão de que os ativos se encontram a valor recuperável através da venda ou do uso. Dispensando assim a realização de testes efetivos de Impairment uma que não existiu indicação relevante de não recuperabilidade.

**4. AJUSTE A VALOR PRESENTE**

O ajuste a valor presente que tem por objetivo demonstrar o valor presente de um fluxo de caixa, o qual se encontra determinado para as operações de longo prazo, tanto para os ativos quanto para os passivos, não foram realizados, visto que não foram encontradas indicações que justificassem tal prática.

**5. IMOBILIZADO**

Avaliado ao Custo Histórico, sendo considerados como custo dos os valores necessários para que o imobilizado estive à disposição. As taxas de Depreciação utilizadas foram baseadas na tabela constante na instrução normativa 162 de 31 de dezembro de 1998 da RFB (Receita Federal do Brasil), pois não foi evidenciada diferença relevante para que se atribuisse taxa de Depreciação Diferente.

**6. DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE**

A empresa declara expressamente que a Elaboração e a Apresentação das Demonstrações Contábeis estão em conformidade com o NBC TG 1000 - Contabilidade para Pequenas e Médias Empresas, expedida pelo Conselho Federal de Contabilidade através da resolução 1.255/2009. A Administração da Empresa também procedeu ao Exame Conceitual e concluiu que a Empresa não possui Prestação Pública de Contas, assim encontra-se apta a exercer a faculdade pela Aplicação do Previsto na Contabilidade para Pequenas e Médias Empresas.

*Oliverio*  
*mo*  
*A*

L. C. S. SAUDE LTDA  
Contabilidade

Notas Explicativas

FOLHA: 19  
Data: 22/10/2024  
Hora: 07:56:41

CNPJ: 50.838.130/0001-76  
Consolidação: Empresa

Ano: 2024

7. **EVENTOS SUBSEQUENTES**

Os administradores declaram a inexistência de fatos ocorridos subsequentemente à data de encerramento do exercício que venham a ter efeito relevante sobre a situação patrimonial ou financeira da empresa ou que possa provocar efeitos sobre seus resultados futuros

LORENA COMMAR DE SOUSA  
EMPRESARIA  
CPF 415.107.008-70

EDILBERTO RIBAS  
CONTADOR  
CRC 057971/O-7

*Blom  
emo  
S*

## CARTA DE RESPONSABILIDADE DA ADMINISTRAÇÃO

Santa Maria do Oeste-PR, 22 DE OUTUBRO DE 2024

Declarante : L. C. S. SAUDE LTDA  
CNPJ : 50.838.130/0001-76  
Período base: 2024

À  
LORENA COMMAR DE SOUSA  
CRC: 057971/O-7-PR  
Rua Generoso Karpinski, 1368  
Santa Maria do Oeste-PR  
85.230-000

PREZADOS SENHORES:

DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS, COMO ADMINISTRADOR E RESPONSÁVEL LEGAL DA EMPRESA ACIMA IDENTIFICADA, QUE AS INFORMAÇÕES RELATIVAS AO PERÍODO BASE ACIMA IDENTIFICADO, FORNECIDAS A VOSSAS SENHORIAS PARA ESCRITURAÇÃO E ELABORAÇÃO DAS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS, OBRIGAÇÕES ACESSÓRIAS, APURAÇÃO DE TRIBUTOS E ARQUIVOS ELETRÔNICOS EXIGIDOS PELA FISCALIZAÇÃO FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, TRABALHISTA E PREVIDENCIÁRIA SÃO FIDEDIGNAS.

TAMBÉM DECLARAMOS:

- (A) QUE OS CONTROLES INTERNOS ADOTADOS PELA NOSSA EMPRESA SÃO DE RESPONSABILIDADE DA ADMINISTRAÇÃO E ESTÃO ADEQUADOS AO TIPO DE ATIVIDADE E VOLUME DE TRANSAÇÕES;  
(B) QUE NÃO REALIZAMOS NENHUM TIPO DE OPERAÇÃO QUE POSSA SER CONSIDERADA ILEGAL, FRENTE À LEGISLAÇÃO VIGENTE;  
(C) QUE TODOS OS DOCUMENTOS E/OU INFORMAÇÕES QUE GERAMOS E RECEBEMOS DE NOSSOS FORNECEDORES, ENCAMINHADOS PARA A ELABORAÇÃO DA ESCRITURAÇÃO CONTÁBIL E DEMAIS SERVIÇOS CONTRATADOS, ESTÃO REVESTIDOS DE TOTAL IDONEIDADE;  
(D) QUE OS ESTOQUES REGISTRADOS EM CONTA PRÓPRIA FORAM POR NÓS CONTADOS E LEVANTADOS FÍSICAMENTE E AVALIADOS DE ACORDO COM A POLÍTICA DE MENSURAÇÃO DE ESTOQUE DETERMINADA PELA EMPRESA E PERFAZEM A REALIDADE DO PERÍODO BASE ACIMA IDENTIFICADO.  
(E) QUE AS INFORMAÇÕES FORAM REGISTRADAS NO CONTROLE INTERNO, SÃO CONTROLADAS E VALIDADAS COM DOCUMENTAÇÃO ADEQUADA, SENDO DE NOSSA INTEIRA RESPONSABILIDADE TODO O CONTEÚDO DO BANCO DE DADOS E ARQUIVOS ELETRÔNICOS GERADOS.  
ALÉM DISSO, DECLARAMOS QUE NÃO EXISTEM QUAISQUER FATOS OCORRIDOS NO PERÍODO BASE QUE AFETAM OU POSSAM AFETAR AS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS OU, AINDA, A CONTINUIDADE DAS OPERAÇÕES DA EMPRESA.

TAMBÉM CONFIRMAMOS QUE NÃO HOUE:

- A) FRAUDE ENVOLVENDO A ADMINISTRAÇÃO OU EMPREGADOS EM CARGOS DE RESPONSABILIDADE OU CONFIANÇA;  
(B) FRAUDE ENVOLVENDO TERCEIROS QUE PODERIAM TER EFEITO MATERIAL NAS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS;  
(C) VIOLAÇÃO DE LEIS, NORMAS OU REGULAMENTOS CUJOS EFEITOS DEVERIAM SER CONSIDERADOS PARA DIVULGAÇÃO NAS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS, OU MESMO DAR ORIGEM AO REGISTRO DE PROVISÃO PARA CONTINGÊNCIAS PASSIVAS.

ATENCIOSAMENTE,

LORENA COMMAR DE SOUSA  
EMPRESARIA  
CPF: 415.107.008-70



## Termo de Encerramento

Nome do Livro: DIÁRIO

Nº de Ordem: 2

O presente livro do tipo DIÁRIO contém páginas numeradas, do nº 01 ao nº 21, e serviu para escrituração no período de 01/01/2024 a 30/09/2024, da empresa L. C. S. SAUDE LTDA.

Santa Maria do Oeste, 30/09/2024

\_\_\_\_\_  
LORENA COMMAR DE SOUSA  
Administrador, Sócio  
CPF 415.107.008-70

\_\_\_\_\_  
EDILBERTO RIBAS  
PROFISSIONAL DA CONTABILIDADE  
CRC/PR 057971/O-7

*Oliver  
mo  
S*



## ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa L. C. S. SAUDE LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
41510700870	LORENA COMMAR DE SOUSA
57184488920	EDILBERTO RIBAS



CONFORME ART. 10 DA IN DREI 82/2021,  
CERTIFICO A AUTENTICAÇÃO AUTOMÁTICA EM 07/11/2024 09:40 SOB N°  
20247905275.  
PROTOCOLO: 247905275 DE 22/10/2024. NIRE: 41211627406.  
L. C. S. SAUDE LTDA

JUNTA COMERCIAL DO PARANÁ  
RESPONSÁVEL PELA AUTENTICAÇÃO  
CURITIBA, 07/11/2024  
empresafacil.pr.gov.br

*Edilberto*  
*me*

## Termo de Abertura

Nome do Livro: DIÁRIO

Nº de Ordem: 1

O presente livro do tipo DIÁRIO contém registros numerados, do nº 01 ao nº 21, e servirá para a escrituração dos lançamentos próprios da empresa L. C. S. SAUDE LTDA, município Santa Maria do Oeste, CNPJ nº 50.838.130/0001-76, Número de Registro (NIRE) 41211627406.

### DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro(amos), sob as penas da Lei, que o livro apresentado para autenticação preenche todas as formalidades legais exigíveis, bem como que estou(amos) devidamente habilitado(s) para assinatura dos termos de abertura e de encerramento do livro.

Data do arquivamento dos atos constitutivos: 26/05/2023

Ato constitutivo: 41211627406

Santa Maria do Oeste, 01/01/2023

\_\_\_\_\_  
LORENA COMMAR DE SOUSA  
Administrador, Sócio  
CPF 415.107.008-70

\_\_\_\_\_  
EDILBERTO RIBAS  
PROFISSIONAL DA CONTABILIDADE  
CRC/PR 057971/O-7

*Glione  
Smo*

CNPJ: 50.838.130/0001-76  
NIRE nº 41211627406 de 26/05/2023  
Consolidação: Empresa

Grau: 5

Encerrado em:

**ATIVO**

**ATIVO CIRCULANTE**

DISPONÍVEL	62.521,87
CAIXA	62.521,87
Caixa Geral	684,80
	684,80
BANCOS CONTA MOVIMENTO	
Banco do Brasil	61.837,07
	61.837,07

TOTAL DO ATIVO

62.521,87

**PASSIVO**

**PASSIVO CIRCULANTE**

PASSIVO CIRCULANTE	62.521,87
OUTRAS OBRIGAÇÕES	100.554,26
INSS a recolher	3.026,41
	3.026,41
	3.026,41
EMPRÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS	
EMPRÉSTIMOS CAPITAL GIRO NACIO	38.000,00
Outros financiamentos	38.000,00
	38.000,00
SALÁRIOS E ORDENADOS A PAGAR	
SALÁRIOS E ORDENADOS A PAGAR	54.073,79
Pro-Labore a Pagar	54.073,79
Honorários a Pagar	53.823,79
	250,00
OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS	
IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES A REC	5.454,06
IRRF a Recolher	5.454,06
Simplex a recolher	2.200,59
	3.253,47

**PATRIMÔNIO LÍQUIDO**

CAPITAL SOCIAL	-38.032,39
CAPITAL SOCIAL	10.000,00
Capital Integralizado	10.000,00
	10.000,00
RESULTADO ACUMULADO	
LUCROS OU PREJUÍZOS ACUMULADOS	-48.032,39
Lucros Acumulados	-48.032,39
	-48.032,39

TOTAL DO PASSIVO

62.521,87

Reconhecemos a exatidão do presente Balanço Patrimonial com base nas informações e na documentação apresentada, encerrado em , somando tanto no Ativo como no Passivo, a importância de R\$ 62.521,87 (sessenta e dois mil, quinhentos e vinte e um reais e oitenta e sete centavos).

LORENA COMMAR DE SOUSA  
EMPRESARIA  
CPF 415.107.008-70

EDILBERTO RIBAS  
CONTADOR  
CRC 057971/O-7

*Handwritten signature/initials*

CNPJ: 50.838.130/0001-76  
Consolidação: Empresa

Grau: 5

Período: 01/2023 a 12/2023

<b>RECEITA OPERACIONAL BRUTA</b>		
Receita Venda de Serviços		252.120,00
		252.120,00
<b>DEDUÇÕES DA RECEITA BRUTA</b>		
Simples Nacional		16.874,39
		16.874,39
<b>RECEITA LÍQUIDA</b>		235.245,61
<b>CUSTOS</b>		
Salários e Ordenados		64.071,80
		64.071,80
<b>LUCRO BRUTO</b>		171.173,81
<b>DESPESAS OPERACIONAIS</b>		95.545,51
<b>DESPESAS OPERACIONAIS</b>		162,91
Despesa Combustíveis		162,91
<b>DESPESAS NÃO OPERACIONAIS</b>		95.382,60
Retirada de Pró-labore		53.823,79
Honorários		1.750,00
Imposto de renda		12.200,89
Despesas de Energia Elétrica		869,20
Despesas de Telefone		398,31
INSS		17.456,21
Aluguel		8.884,20
<b>RESULTADO ANTES DAS OPERAÇÕES FINANCEIRAS</b>		75.628,30
<b>DESPESAS FINANCEIRAS</b>		737,53
Tarifas Bancárias		737,53
<b>OUTRAS DESPESAS</b>		122.923,16
Despesas de Doações		122.923,16
<b>RESULTADO ANTES DAS PROVISÕES TRIBUTÁRIAS</b>		-48.032,39
<b>PREJUÍZO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO</b>		48.032,39

LORENA COMMAR DE SOUSA  
EMPRESARIA  
CPF 415.107.008-70

EDILBERTO RIBAS  
CONTADOR  
CRC 057971/O-7

*Elson*  
*Mo*  
*S*

Saldo inicial de lucros acumulados	0,00
Ajustes de exercícios anteriores	0,00
Saldo ajustado	0,00
Reversão de reservas	0,00
Prejuízo líquido do exercício	0,00
Destinação do lucro	-48.032,39
Saldo final de prejuízos acumulados	0,00
Dividendos por ação do capital social	-48.032,39
	0,00

LORENA COMMAR DE SOUSA  
EMPRESARIA  
CPF 415.107.008-70

EDILBERTO RIBAS  
CONTADOR  
CRC 057971/O-7

*Oliver  
A Mo*

Conta	Descrição	Valor
1	OPERACIONAIS	
1.001	Lucro/Prejuízo líquido do exercício	-41.752,51
1.005	Depreciação	-48.032,39
1.010	Clientes	0,00
1.015	Estoques	0,00
1.017	Outros ativos	0,00
1.020	Fornecedores	0,00
1.025	Outros passivos	0,00
		6.279,88
2	INVESTIMENTO	
2.001	Ativo imobilizado	0,00
2.005	Investimentos	0,00
		0,00
3	FINANCIAMENTO	
3.001	Empréstimos	10.000,00
3.005	Integralizações de capital	0,00
		10.000,00
	Aumento/Redução de Caixa e Equivalentes de Caixa	-31.752,51
	Caixa e Equivalentes de Caixa	
	No início do Período	
	No final do Período	0,00
	Varição	62.521,87
		62.521,87

LORENA COMMAR DE SOUSA  
EMPRESARIA  
CPF 415.107.008-70

EDILBERTO RIBAS  
CONTADOR  
CRC 057971/O-7

*Elione S. Mo*

## CARTA DE RESPONSABILIDADE DA ADMINISTRAÇÃO

Santa Maria do Oeste-PR, 23 DE ABRIL DE 2024

Declarante : L. C. S. SAUDE LTDA  
CNPJ : 50.838.130/0001-76  
Período base: 2023

À  
LORENA COMMAR DE SOUSA  
CRC: 057971/0-7-PR  
Rua Generoso Karpinski, 1368  
Santa Maria do Oeste-PR  
85.230-000

PREZADOS SENHORES:

DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS, COMO ADMINISTRADOR E RESPONSÁVEL LEGAL DA EMPRESA ACIMA IDENTIFICADA, QUE AS INFORMAÇÕES RELATIVAS AO PERÍODO BASE ACIMA IDENTIFICADO, FORNECIDAS A VOSSAS SENHORIAS PARA ESCRITURAÇÃO E ELABORAÇÃO DAS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS, OBRIGAÇÕES ACESSÓRIAS, APURAÇÃO DE TRIBUTOS E ARQUIVOS ELETRÔNICOS EXIGIDOS PELA FISCALIZAÇÃO FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, TRABALHISTA E PREVIDENCIÁRIA SÃO FIDEDIGNAS.

TAMBÉM DECLARAMOS:

- (A) QUE OS CONTROLES INTERNOS ADOTADOS PELA NOSSA EMPRESA SÃO DE RESPONSABILIDADE DA ADMINISTRAÇÃO E ESTÃO ADEQUADOS AO TIPO DE ATIVIDADE E VOLUME DE TRANSAÇÕES;  
(B) QUE NÃO REALIZAMOS NENHUM TIPO DE OPERAÇÃO QUE POSSA SER CONSIDERADA ILEGAL, FRENTE À LEGISLAÇÃO VIGENTE;  
(C) QUE TODOS OS DOCUMENTOS E/OU INFORMAÇÕES QUE GERAMOS E RECEBEMOS DE NOSSOS FORNECEDORES, ENCAMINHADOS PARA A ELABORAÇÃO DA ESCRITURAÇÃO CONTÁBIL E DEMAIS SERVIÇOS CONTRATADOS, ESTÃO REVESTIDOS DE TOTAL IDONEIDADE;  
(D) QUE OS ESTOQUES REGISTRADOS EM CONTA PRÓPRIA FORAM POR NÓS CONTADOS E LEVANTADOS FÍSICAMENTE E AVALIADOS DE ACORDO COM A POLÍTICA DE MENSURAÇÃO DE ESTOQUE DETERMINADA PELA EMPRESA E PERFAZEM A REALIDADE DO PERÍODO BASE ACIMA IDENTIFICADO.  
(E) QUE AS INFORMAÇÕES FORAM REGISTRADAS NO CONTROLE INTERNO, SÃO CONTROLADAS E VALIDADAS COM DOCUMENTAÇÃO ADEQUADA, SENDO DE NOSSA INTEIRA RESPONSABILIDADE TODO O CONTEÚDO DO BANCO DE DADOS E ARQUIVOS ELETRÔNICOS GERADOS.  
ALÉM DISSO, DECLARAMOS QUE NÃO EXISTEM QUAISQUER FATOS OCORRIDOS NO PERÍODO BASE QUE PODEM OU POSSAM AFETAR AS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS OU, AINDA, A CONTINUIDADE DAS OPERAÇÕES DA EMPRESA.

TAMBÉM CONFIRMAMOS QUE NÃO HOUVE:

- A) FRAUDE ENVOLVENDO A ADMINISTRAÇÃO OU EMPREGADOS EM CARGOS DE RESPONSABILIDADE OU CONFIANÇA;  
(B) FRAUDE ENVOLVENDO TERCEIROS QUE PODERIAM TER EFEITO MATERIAL NAS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS;  
(C) VIOLAÇÃO DE LEIS, NORMAS OU REGULAMENTOS CUJOS EFEITOS DEVERIAM SER CONSIDERADOS PARA DIVULGAÇÃO NAS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS, OU MESMO DAR ORIGEM AO REGISTRO DE PROVISÃO PARA CONTINGÊNCIAS PASSIVAS.

ATENCIOSAMENTE,

LORENA COMMAR DE SOUSA  
EMPRESARIA  
CPF: 415.107.008-70

*Elion*  
*S. M.*

Estabelecimento: 01 - L. C. S. SAUDE LTDA - 50.838.130/0001-76

**Notas Explicativas Gerais**

**1. CONTEXTO OPERACIONAL**

L. C. S. SAUDE LTDA, cadastrada no CNPJ sob o nº 50.838.130/000-176 e inscrição municipal nº 9495, constituída em 26 de maio de 2023, com sede à Rua Generoso Karpinski, nº 1368, centro, município de Santa Maria do Oeste - PR, CEP 85.230-000, com ramo de atividade médica ambulatorial restrita a consultas, tributada pelo regime simplificado de tributos (simples Nacional), com apurações mensais.

**2. POLÍTICA ADOTADA**

2.1 - As demonstrações Contábeis encerradas em 31 de dezembro de 2023, aqui compreendidas: Balanço Patrimonial, Demonstração do Resultado do Exercício (DRE); Demonstração de Lucros e Prejuízos Acumulados (DLPA) e Demonstração de Fluxo de Caixa (DFC) não comparativos, por ser seu primeiro exercício de atividades. As Demonstrações foram elaboradas a partir de diretrizes contábeis e dos preceitos da legislação comercial, Lei n.º 10.406/2002, e de acordo com os princípios contábeis.

2.2 - Não foi apresentado neste livro a Demonstração de Resultado Abrangente (DRA), por não haver mutação do patrimônio líquido durante o exercício de 2023.

2.3- O Resultado é apurado de acordo com o regime de Competência, que estabelece que as Receitas e Despesas devem ser incluídas na apuração dos resultados dos períodos em que ocorrerem, sempre simultaneamente quando se correlacionarem, independentemente do recebimento ou pagamento.

2.4 - As principais práticas contábeis na elaboração das demonstrações contábeis levam em conta as características qualitativas e quantitativas conforme determina a NBC TG 1000: compreensibilidade, competência, relevância, materialidade, confiabilidade, primazia da essência sobre a forma, prudência, integridade, comparabilidade e tempestividade; estando assim de acordo com as normas internacionais de contabilidade emitidas pelo Internacional Accounting Standards Board (IASB) adequadas pelo comitê de pronunciamento contábeis (CPC) e aprovados pelo conselho Federal de Contabilidade para Pequenas e Médias Empresas.

**3. TESTES DE RECUPERABILIDADE PARA ATIVOS (IMPAIRMENT)**

Atendendo ao conteúdo da NBC TG 1000, emitida pelo Conselho Federal de Contabilidade através da Resolução 1255/2009, a administração da empresa, fez análise sobre a recuperabilidade dos ativos submetidos a tal resolução levando em conta os principais indicadores de desvalorização. Após esta análise a administração chegou à conclusão de que os ativos se encontram a valor recuperável através da venda ou do uso. Dispensando assim a realização de testes efetivos de Impairment uma que não existiu indicação relevante de não recuperabilidade.

**4. AJUSTE A VALOR PRESENTE**

O ajuste a valor presente que tem por objetivo demonstrar o valor presente de um fluxo de caixa, o qual se encontra determinado ara as operações de longo prazo, tanto para os ativos quanto para os passivos, não foram realizados, visto que não foram encontradas indicações que justificassem tal prática

**5. IMOBILIZADO**

Avaliado ao Custo Histórico, sendo considerados como custo dos os valores necessários para que o immobilizado estive à disposição. As taxas de Depreciação utilizadas foram baseadas na tabela constante na instrução normativa 162 de 31 de dezembro de 1998 da RFB (Receita Federal do Brasil), pois não foi evidenciada diferença relevante para que se atribuisse taxa de Depreciação Diferente.

**6. DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE**

A empresa declara expressamente que a Elaboração e a Apresentação das Demonstrações Contábeis estão em conformidade com o NBC TG 1000 - Contabilidade para Pequenas e Médias Empresas, expedida pelo Conselho Federal de Contabilidade através da resolução 1.255/2009. A Administração da Empresa também procedeu ao Exame Conceitual e concluiu que a Empresa não possui Prestação Pública de Contas, assim encontra-se apta a exercera faculdade pela Aplicação do Previsto na Contabilidade para Pequenas e Médias Empresas.

*Bloni  
M*

L. C. S. SAUDE LTDA  
Contabilidade

Notas Explicativas

FOLHA: 20  
Data: 24/04/2024  
Hora: 11:02:09

CNPJ: 50.838.130/0001-76  
Consolidação: Empresa

Ano: 2023

7. **EVENTOS SUBSEQUENTES**

Os administradores declaram a inexistência de fatos ocorridos subsequentemente à data de encerramento do exercício que venham a ter efeito relevante sobre a situação patrimonial ou financeira da empresa ou que possa provocar efeitos sobre seus resultados futuros.

LORENA COMMAR DE SOUSA  
EMPRESARIA  
CPF 415.107.008-70

EDILBERTO RIBAS  
CONTADOR  
CRC 057971/O-7

*Eliane S mo*

## Termo de Encerramento

Nome do Livro: DIÁRIO

Nº de Ordem: 1

O presente livro do tipo DIÁRIO contém páginas numeradas, do nº 01 ao nº 21, e serviu para escrituração no período de 01/01/2023 a 31/12/2023, da empresa L. C. S. SAUDE LTDA.

Santa Maria do Oeste, 31/12/2023

\_\_\_\_\_  
LORENA COMMAR DE SOUSA  
Administrador, Sócio  
CPF 415.107.008-70

\_\_\_\_\_  
EDILBERTO RIBAS  
PROFISSIONAL DA CONTABILIDADE  
CRC/PR 057971/O-7

*Olson  
S. M. O.*



## ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa L. C. S. SAUDE LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
41510700870	LORENA COMMAR DE SOUSA
57184488920	EDILBERTO RIBAS



CONFORME ART. 10 DA IN DREI 82/2021,  
CERTIFICO A AUTENTICAÇÃO AUTOMÁTICA EM 02/05/2024 12:09 SOB N°  
20242980198.  
PROTOCOLO: 242980198 DE 25/04/2024. NIRE: 41211627406.  
L. C. S. SAUDE LTDA

JUNTA COMERCIAL DO PARANÁ  
RESPONSÁVEL PELA AUTENTICAÇÃO  
CURITIBA, 02/05/2024  
empresafacil.pr.gov.br

*Edilson*  
*Amo*

IMPRIMIR

Recibo do Pagador

**BANCO DO BRASIL** | 001-9 | 00190.00009 02831.814005 21378.305177 1 10670000004630

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço  
EDSON LUIZ GRUBER / 04256826920 / AVENIDA BRASIL, 921, CENTRO

Nosso Número	Nr. do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(=) Valor Pago
00028318140021378305	40021378305	2025-04-30	46,30	

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço  
JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO PARANÁ - SEDE / CPF/CNPJ: 77968170000199 / Endereço:

Agência/Cód. Cedente  
3793-1/9999991

Autenticação Mecânica:

**BANCO DO BRASIL** | 001-9 | 00190.00009 02831.814005 21378.305177 1 10670000004630

Local de Pagamento:  
Pagável em qualquer banco.

Data de Vencimento:  
2025-04-30

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ  
JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO PARANÁ - SEDE

Agência/Código do Beneficiário  
3793-1/6654-9

Data do Documento	Nr. do Documento	Espécie DOC	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
10/04/2025	40021378305	R\$	N	10/04/2025	00028318140021378305

Uso do Banco	Carteira	Espécie REAL	Quantidade	xValor	(=) Valor do Documento
	17	REAL			46,30

(-) Desconto/Abatimento

(+) Juros/Multa

(=) Valor Cobrado

Pague também via Pix



Informações:  
Pagável por Pix OU em qualquer Banco através do código de barras  
Atenção: O Pix deve ser pago apenas via QRCode sob pena de não compensação do pagamento.

Informações de Responsabilidade do Beneficiário:  
Natureza Jurídica: 206-2 - Sociedade Empresária Limitada  
ATO: CERTIDÃO SIMPLIFICADA  
Eventos:

Protocolo Junta:  
Protocolo: PRC2501555070

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço:  
EDSON LUIZ GRUBER / 04256826920 / AVENIDA BRASIL, 921, CENTRO

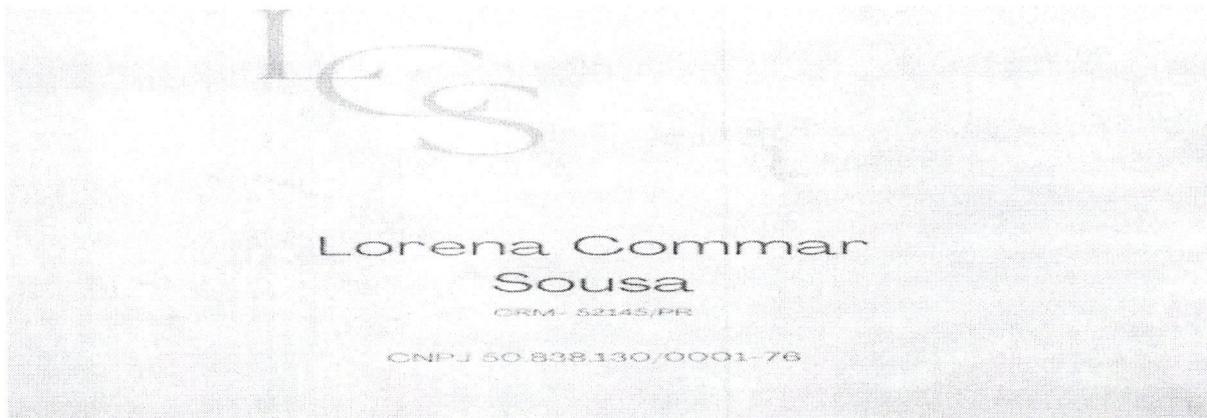
Código de Baixa

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

Sacador/Avalista



*Edson*  
*S. M.*



**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Declaramos para os devidos fins e direito, na qualidade de proponente do Credenciamento Nº 002/2025, instaurado pelo Município de Santa Maria do Oeste - Pr, que:

Assumimos inteira responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando- nos a eventuais averiguações que se façam necessárias;

Comprometemo-nos a manter, durante todo o período de vigência do contrato, compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no referido edital;

Temos conhecimento e submetemo-nos ao disposto na Lei nº 8078 – Código de Defesa do Consumidor, bem como, ao edital e anexos do CREDENCIAMENTO Nº 002/2025;

Por ser expressão de verdade, firmamos o presente.

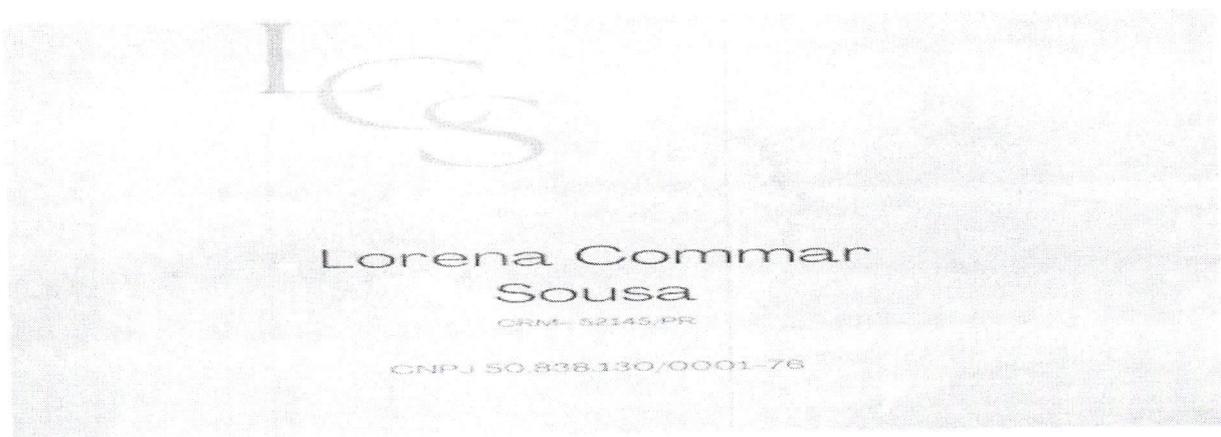
Santa Maria Do Oeste, 23 de abril de 2025.

*Lorena Commar de Souza*

Lorena Commar de souza  
L.C.S SAÚDE CNPJ 50.838.130/0001-76

50 838 130/0001-76  
L. C. S. SAÚDE LTDA  
R. DEZOITO DE SETEMBRO, S/Nº - CENTRO  
CEP 85225-000  
BOA VENTURA DE SÃO ROQUE - PR

*Shore  
S. M. O.*



**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO E DE IDONEIDADE**

À PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA DO OESTE - PR  
CREDENCIAMENTO N.º 002/2025

Com vistas à participação no CREDENCIAMENTO em epígrafe e, para todos os fins de direito, DECLARAMOS que até a presente data inexistem fatos impeditivos para nossa participação e habilitação, e estamos cientes da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

DECLARAMOS, ainda, que não fomos declarados inidôneos por nenhum órgão do poder público em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

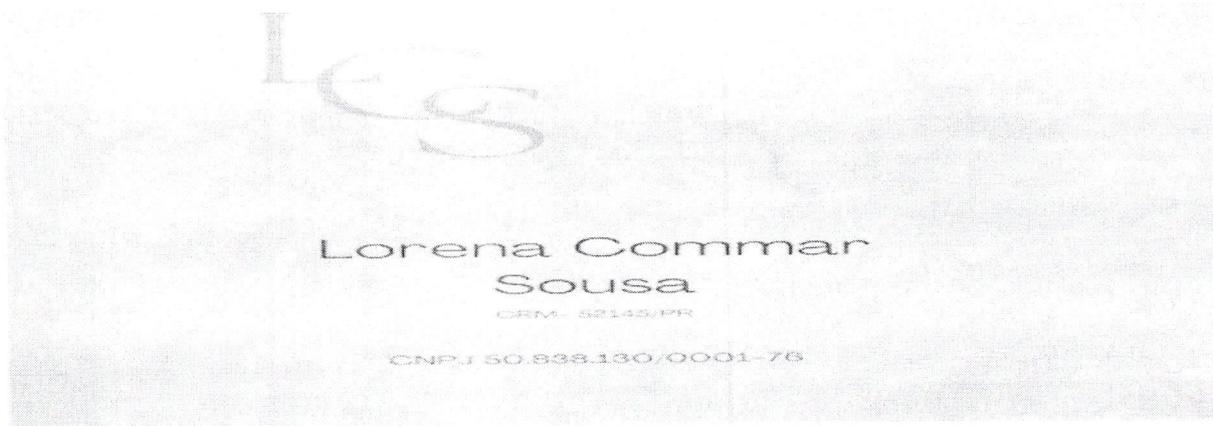
Santa Maria Do Oeste, 23 de abril de 2025.

*Lorena Commar de Souza.*

Lorena Commar de Souza  
L.C.S SAÚDE CNPJ 50.838.130/0001-76

50 838 130/0001-76  
L. C. S. SAÚDE LTDA  
R. DEZOITO DE SETEMBRO, S/Nº - CENTRO  
CEP 85225-000  
BOA VENTURA DE SÃO ROQUE - PR

*Elione  
Souza*



**DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO ARTIGO 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

À PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA DO OESTE - PR  
CREDENCIAMENTO n.º 002/2025

Com vistas à participação CREDENCIAMENTO em epígrafe e, para todos fins de direito, DECLARAMOS que, em cumprimento ao inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal, que não possuímos em nosso quadro funcional menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e, de menores de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 (quatorze) anos.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

Santa Maria Do Oeste, 23 de abril de 2025.

*Lorena Commar de Souza.*

Lorena Commar de souza  
L.C.S SAÚDE CNPJ 50.838.130/0001-76

*Eliane  
S. Mo*



Município de Santa Maria do Oeste

PROTOCOLO

Processo: 234 / 2025

Requerente **L. C. S. SAUDE LTDA**  
Contato: **L. C. S. SAUDE LTDA -**

CNPJ: 50.838.130/0001-

Telefone: **4299993024 - (42) 99993024**

Assunto: **DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO PARA LICITAÇÃO - Versão: 2**

Descrição: **CRENCIAMENTO Nº 002/225**

Tempo Minimo **1** dias.

Tempo Maximo **30** dias.

Santa Maria do Oeste, 24 de Abril de 2025.

*Luana Comma da Silva*

L. C. S. SAUDE LTDA  
Requerente

*Blaine*

FLS  
515

## INTENÇÃO PARA O CREDENCIAMENTO Nº 002/2025

PROPONENTE: LCS SAUDE

ENDEREÇO: RUA FRANCISCO TEIXEIRA Nº 22, APT 02, CENTRO SANTA MARIA DO OESTE/PR

CNPJ: 50.838.130/00001-76

FONE: 42 9 99993024

EMAIL: [lorenacommar@hotmail.com](mailto:lorenacommar@hotmail.com)

**HORBAN & HORBAN LTDA - ME**

**CNPJ nº. 17.813.067/0001-48**

**I. E. ISENTO**

**Telefone: (41) 9 9911-1833**

**E-mail: migban13@hotmail.com**

**Avenida Maximiliano Vicentin, nº. 806, Sala 03, Centro,  
CEP - 85.270-000 - PALMITAL - PR**

**ANEXO II**

**REQUERIMENTO**

PROPONENTE: HORBAN & HORBAN LTDA - ME  
ENDEREÇO: Avenida Maximiliano Vicentin, nº. 806, Sala 03, Centro, Palmital/PR  
CNPJ: 17.813.067/0001-48  
FONE: (41) 9 9911-1833  
EMAIL: migban13@hotmail.com

À Secretaria Municipal de Licitações e Contratos.  
Ref.: CREDENCIAMENTO N.º 002/2025

1. A empresa **HORBAN & HORBAN LTDA - ME**, estabelecida na Avenida Maximiliano Vicentin, nº. 806, Sala 03, Centro, Palmital/PR, inscrita no **CNPJ sob o nº. 17.813.067/0001-48**, através de seu representante legal Sr. **MIGUEL HORBAN**, inscrito no CPF nº. 201.857.409-44, vem requerer o **CREDENCIAMENTO DE ENTIDADES PÚBLICAS, FILANTRÓPICAS, PRIVADAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE, NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - PR, PARA ATENDER A NECESSIDADE TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO, DISPENSANDO O CONCURSO PÚBLICO**, para o qual anexamos os documentos solicitados no referido edital.

2. Os serviços serão prestados pelos seguintes profissionais:

ITEM	PROFISSIONAL	NOME	Nº. REGISTRO	CPF
04	Médico Clínico Geral Plantonista	MIGUEL HORBAN	6411 - PR	201.857.409-44
08	Médico Clínico Geral Plantonista	MIGUEL HORBAN	6411 - PR	201.857.409-44
11	Médico Clínico Geral Plantonista	MIGUEL HORBAN	6411 - PR	201.857.409-44

3. Declaramos que estamos de pleno acordo com todas as cláusulas estabelecidas no referido Edital.  
Atenciosamente,

Santa Maria do Oeste/PR, 24 de Abril de 2025.

**HORBAN & HORBAN LTDA - ME**

**CNPJ: 17.813.067/0001-48**

**MIGUEL HORBAN**

**C. I. nº. 945.237-0 SESP-PR**

**CPF: 201.857.409-44**

*Miguel Horban*

DC Nº 1000  
FLS. 548  
AGÊNCIA REGISTRO

**HORBAN & HORBAN LTDA**  
**CONTRATO SOCIAL**

**MIGUEL HORBAN**, brasileiro, maior, casado sob o regime de Comunhão Universal de Bens, natural de Irati/Pr, nascido em 19/12/1953, médico, portador do CPF nº. 201.857.409-44, RG nº. 945.237 SSP PR e CRM/PR nº 6411, residente e domiciliado na Rua Interventor Manoel Ribas, 676, Centro, neste município de Palmital/PR, CEP 85.270-000 e **CAROLINE HORBAN**, brasileira, maior, solteira, natural de Guarapuava/PR, nascida no dia 11/03/1982, médica, portadora do CPF nº. 008.818.919-83 e RG nº. 8.482.875-0 SSP PR, residente e domiciliada na Rua Interventor Manoel Ribas, 676, Centro, neste município Palmital/PR, CEP: 85.270-000, constituem uma sociedade empresaria limitada, mediante as seguintes cláusulas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA** - A sociedade girará sob o nome empresarial **HORBAN & HORBAN LTDA** e terá sua sede e foro à Rua Moises Lupion, 926, Centro, neste município de Palmital/PR, CEP 85.270-000.

**CLÁUSULA SEGUNDA** - O capital social será de R\$ 40.000,00 (Quarenta Mil Reais) dividido em 40.000 (Quarenta Mil) quotas de valor nominal de R\$ 1,00 (Um Real), cada uma integralizadas, neste ato em moeda corrente do País, pelos sócios:

SÓCIOS	QUOTAS	CAPITAL-R\$
MIGUEL HORBAN	20.000	R\$ 20.000,00
CAROLINE HORBAN	20.000	R\$ 20.000,00
TOTAL	40.000	R\$ 40.000,00

**CLÁUSULA TERCEIRA** - O objeto social será “ **SERVIÇOS DE TOMOGRAFIA (CNAE: 8640-2/04), ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS (CNAE: 8630-5/02), ATIVIDADE MEDICAS AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS (CNAE: 8630-503) E SERVIÇOS DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES (CNAE: 8610-1/02)**”.

**CLÁUSULA QUARTA** - A sociedade iniciará suas atividades em 27 de Fevereiro de 2013 e seu prazo de duração é indeterminado.

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

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

**CLÁUSULA SÉTIMA** - A administração da sociedade caberá ao Sr. **MIGUEL HORBAN**, com os poderes e atribuições de administrar autorizado o uso do nome empresarial individualmente, vedado, no entanto, em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor de qualquer das quotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da sociedade, sem autorização da outro sócio.

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

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

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



**HORBAN & HORBAN LTDA**  
**CONTRATO SOCIAL**

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA** - Os sócios poderão de comum acordo fixar uma retirada pró-labore mensal.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA** - Falecendo ou interditado qualquer sócio, a sociedade continuará suas atividades com os herdeiros, sucessores e o incapaz. Não sendo possível ou inexistindo interesse destes ou dos sócios remanescentes, o valor de seus haveres será apurado o liquidado com base na situação patrimonial da sociedade, à data da resolução, verificada em balanço especialmente levantado.

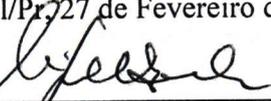
**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA** - O administrador declara, sob as penas da lei, de que não está impedido de exercer administração da sociedade, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrarem sob os efeitos dela, a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos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

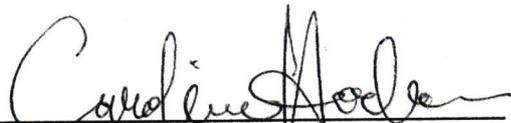
**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA** - Declara que esta sociedade será regida por este contrato social pelos art. da Lei 10.406 de 10/01/2002 aplicados a sociedades limitadas, bem como, de forma supletiva e no que forem aplicável pela Lei 6.404 de 15/12/1976 e demais dispositivos legais pertinentes à matéria.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA** - Fica eleito o foro de Palmital/Pr., para o exercício e o cumprimento de direitos e obrigações resultantes deste contrato.

E por estarem assim justos e contratados assinam o presente Instrumento em 04 vias.

Palmital/Pr 27 de Fevereiro de 2013.

  
\_\_\_\_\_  
**MIGUEL HORBAN**

  
\_\_\_\_\_  
**CAROLINE HORBAN**



**Cleide Aparecida Jaskiu**  
RG 4.161.711-0/PR  
CPF 025.132.673-20

  
**Glória**  
**Mo**

**HORBAN & HORBAN LTDA ME**  
**PRIMEIRA ALTERAÇÃO CONTRATUAL**  
**CNPJ: 17.813.067/0001-48**  
**NIRE: 41207569120 EM 22/03/2013**

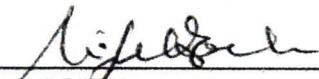
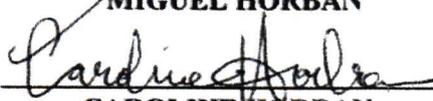
**MIGUEL HORBAN**, brasileiro, maior, casado so o regime de comunhão universal de bens, natural de Irati/Pr, médico, nascido em 19/12/1953, inscrita no CPF nº. 201.857.409-44, RG nº 945.237 SSPPR e CRM/PR nº 6411, residente e domiciliado na Rua Interventor Manoel Ribas, 676, Centro, Palmital/Pr, CEP 85.270-000, e **CAROLINE HORBAN**, brasileira, maior, solteira, natural de Guarapuava/Pr., médica, nascida no dia 11/03/1982, portadora do RG nº 8.482.875-0 SSPPR e do CPF nº 008.818.919-83, residente e domiciliado na Rua Interventor Manoel Ribas, 676, Centro, Palmital/Pr, CEP 85.270-000. Únicos sócios componentes da empresa **HORBAN & HORBAN LTDA ME**, com sede na Rua Moises Lupion, 926, Centro, Palmital/Pr., CEP: 85.270-000, registrada na Junta Comercial do Paraná, sob o Nire 41207569120 em data de 22/03/2013 e inscrita no CNPJ nº 17.813.067/0001-48, resolvem assim efetuar alteração conforme clausulas a seguir:

**CLÁUSULA PRIMEIRA:** Altera-se a Cláusula Terceira do Contrato Social onde os ramos de atividades da empresa passam a serem: **CLÍNICA MÉDICA COM ATENDIMENTO AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS E SERVIÇOS DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES.**

**CLÁUSULA SEGUNDA:** Permanecem inalteradas as demais clausulas vigentes que não colidirem com as disposições do presente instrumento.

E por assim estarem justos e contratados, lavram, datam e assinam o presente instrumento, em 01(uma) via.

Palmital/Pr, 10 de Março de 2016.

  
\_\_\_\_\_  
**MIGUEL HORBAN**  
  
\_\_\_\_\_  
**CAROLINE HORBAN**



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO PARANÁ - SEDE

CERTIFICO O REGISTRO EM 22/03/2016 10:47 SOB Nº 20157575446.  
PROTOCOLO: 157575446 DE 18/03/2016. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:  
PR157575446. NIRE: 41207569120.  
HORBAN & HORBAN LTDA - ME

Libertad Bogus  
SECRETÁRIA GERAL  
CURITIBA, 22/03/2016  
www.empresafacil.pr.gov.br

  
*Quione*  
*mo*

**HORBAN & HORBAN LTDA ME**  
**SEGUNDA ALTERAÇÃO CONTRATUAL**  
**CNPJ: 17.813.067/0001-48**  
**NIRE: 41207569120 EM 22/03/2013**

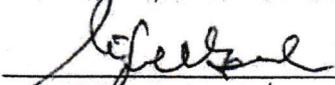
**MIGUEL HORBAN**, brasileiro, maior, casado sob o regime de comunhão universal de bens, natural de Irati/PR, medico, nascido em 19/12/1953, inscrito no CPF nº. 201.857.409-44 e RG nº 945.237 SSPR e CRM/PR nº 6411, residente e domiciliado na Rua Interventor Manoel Ribas, nº 676, Centro, Palmital/Pr, CEP 85.270-000, e **CAROLINE HORBAN**, brasileira, maior, solteira, natural de Guarapuava/Pr., medica, nascida no dia 11/03/1982, portadora do RG nº 8.482.875-0 SSPR e do CPF nº 008.818.919-83, residente e domiciliado na Rua Interventor Manoel Ribas, nº 676, Centro, Palmital/Pr, CEP 85.270-000. Únicos sócios componentes da empresa **HORBAN & HORBAN LTDA**, com sede na Rua Moises Lupion, nº 926, Centro, Palmital/Pr., CEP: 85.270-000, registrada na Junta Comercial do Paraná, sob o Nire 41207569120 em data de 22/03/2013 e inscrita no CNPJ nº 17.813.067/0001-48, resolvem assim efetuar alteração conforme clausulas a seguir:

**CLÁUSULA PRIMEIRA:** Altera-se a Cláusula Primeira do Contrato Social onde o endereço da empresa passa a ser: Avenida Maximiliano Vicentin nº 806, sala nº 03, Centro, Palmital/Pr. CEP: 85.270-000.

**CLÁUSULA SEGUNDA:** Permanecem inalteradas as demais clausulas vigentes que não colidirem com as disposições do presente instrumento.

E por assim estarem justos e contratados, lavram, datam e assinam o presente instrumento, em 01(uma) via.

Palmital/Pr, 12 de Junho de 2019.

  
 \_\_\_\_\_  
**MIGUEL HORBAN**

  
 \_\_\_\_\_  
**CAROLINE HORBAN**



CERTIFICO O REGISTRO EM 31/07/2019 11:13 SOB Nº 20193976625.  
 PROTOCOLO: 193976625 DE 30/07/2019. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:  
 11903476405. NIRE: 41207569120.  
 HORBAN & HORBAN LTDA - ME

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA  
 SECRETÁRIO-GERAL  
 CURITIBA, 31/07/2019  
 www.empresafacil.pr.gov.br

*Handwritten signature in blue ink*

## CERTIDÃO SIMPLIFICADA

### Sistema Nacional de Registro de Empresas Mercantis - SINREM

Certificamos que as informações abaixo constam dos documentos arquivados nesta Junta Comercial e são vigentes na data da sua expedição.

Nome Empresarial: HORBAN & HORBAN LTDA - ME NIRE : 41207569120 Natureza Jurídica: Sociedade Empresária Limitada			Protocolo: PRC2501718453		
NIRE (Sede) 41207569120	CNPJ 17.813.067/0001-48	Data de Ato Constitutivo 22/03/2013	Início de Atividade 27/02/2013		
Endereço Completo Avenida MAXIMILIANO VICENTIN, Nº 806, SALA 03,, CENTRO - Palmital/PR - CEP 85270-000					
Objeto Social ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS; SERVIÇOS DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES.					
Capital Social R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais)		Porte ME (Microempresa)		Prazo de Duração Indeterminado	
Capital Integralizado R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais)					
Dados do Sócio					
Nome CAROLINE HORBAN	CPF/CNPJ 008.818.919-83	Participação no capital R\$ 20.000,00	Espécie de sócio Sócio	Administrador N	Término do mandato Indeterminado
Nome MIGUEL HORBAN	CPF/CNPJ 201.857.409-44	Participação no capital R\$ 20.000,00	Espécie de sócio Sócio	Administrador S	Término do mandato Indeterminado
Dados do Administrador					
Nome MIGUEL HORBAN	CPF 201.857.409-44	Término do mandato Indeterminado			
Último Arquivamento					Situação ATIVA
Data 31/07/2019	Número 20193976625	Ato/eventos 002 / 021 - ALTERAÇÃO DE DADOS (EXCETO NOME EMPRESARIAL)			Status SEM STATUS

Esta certidão foi emitida automaticamente em 24/04/2025, às 09:15:15 (horário de Brasília).

Se impressa, verificar sua autenticidade no <https://www.empresafacil.pr.gov.br>, com o código AHLOGLVF.

Em caso de divergência de dados, solicitar a correção através do "Fale Conosco" (<https://www.juntacomercial.pr.gov.br/webservices/jucepar/faleconosco>) no prazo de 30 dias da emissão deste documento.

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA  
Secretário-Geral

*Blanca*  
*MMA*  
1 de 1



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>17.813.067/0001-48</b> MATRIZ	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>	DATA DE ABERTURA <b>22/03/2013</b>
------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	---------------------------------------

NOME EMPRESARIAL <b>HORBAN &amp; HORBAN LTDA</b>
-----------------------------------------------------

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****	PORTE <b>ME</b>
-------------------------------------------------------	--------------------

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS <b>86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências</b>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>206-2 - Sociedade Empresária Limitada</b>
-----------------------------------------------------------------------------------------

LOGRADOURO <b>AV MAXIMILIANO VICENTIN</b>	NÚMERO <b>806</b>	COMPLEMENTO <b>SALA 03</b>
----------------------------------------------	----------------------	-------------------------------

CEP <b>85.270-000</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>CENTRO</b>	MUNICÍPIO <b>PALMITAL</b>	UF <b>PR</b>
--------------------------	----------------------------------	------------------------------	-----------------

ENDEREÇO ELETRÔNICO <b>CONTABILIDADEMARIOT@HOTMAIL.COM</b>	TELEFONE <b>(42) 9138-1527</b>
---------------------------------------------------------------	-----------------------------------

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

SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>22/03/2013</b>
------------------------------------	-------------------------------------------------

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 **24/04/2025** às **08:51:33** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

*Handwritten signature: D. Biron mo*



**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: HORBAN & HORBAN LTDA**  
**CNPJ: 17.813.067/0001-48**

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 08:39:33 do dia 11/02/2025 <hora e data de Brasília>.  
Válida até 10/08/2025.

Código de controle da certidão: **5BC2.2C5F.1126.7FF8**  
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

*Handwritten signature: D. Oliveira mo*



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

## Certidão Negativa

de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual  
Nº 036652213-03

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **17.813.067/0001-48**

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 22/08/2025 - Fornecimento Gratuito**

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via Internet  
[www.fazenda.pr.gov.br](http://www.fazenda.pr.gov.br)

*Handwritten signature*

Município de Palmital  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE FINANCEIRO

**Positiva com efeito de negativa**

**IMPORTANTE:**

1. FICA RESSALVADO O DIREITO DA FAZENDA MUNICIPAL COBRAR DÉBITOS CONSTATADOS POSTERIORMENTE MESMO REFERENTE AO PERÍODO COMPREENDIDO NESTA CERTIDÃO.
2. A PRESENTE CERTIDÃO TEM VALIDADE ATÉ **24/05/2025**, SEM RASURAS E NO ORIGINAL.

CERTIFICAMOS QUE A PRESENTE CERTIDÃO ESTA SENDO EXPEDIDA DE FORMA POSITIVA COM EFEITO DE NEGATIVA, TENDO EM VISTA A EXISTÊNCIA DE CRÉDITOS NÃO VENCIDOS.

Palmital, 24 de Abril de 2025

Positiva com efeito de negativa Nº: 475/2025

CÓDIGO DE AUTENTICAÇÃO:  
4HHJ9UFFHJMJCXTH9CB8

FINALIDADE: CONCORRÊNCIA / LICITAÇÃO

RAZÃO SOCIAL: HORBAN & HORBAN LTDA -ME

CONTROLE	CNPJ/CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	ALVARÁ
{SnrControle}	17.813.067/0001-48		40744

**ENDEREÇO**

AV MAXIMILIANO VICENTIN, 806 - CENTRO - SALA 03 Palmital - PR CEP: 85270000

**CNAE / ATIVIDADES**

Atividade médica ambulatorial restrita a consultas, Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

4HHJ9UFFHJMJCXTH9CB8

*Thalita Lima*  
DIRETOR DEPTO

*Blum*  
*MS*

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

## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 17.813.067/0001-48  
**Razão Social:** HORBAN E HORBAN LTDA  
**Endereço:** AV MAXIMILIANO VICENTIN 806 SALA 03 / CENTRO / PALMITAL / PR / 85270-000

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

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

**Validade:** 13/04/2025 a 12/05/2025

**Certificação Número:** 2025041303382110067516

Informação obtida em 24/04/2025 08:54:26

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**

*Olivia  
me*



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

### CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: HORBAN & HORBAN LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 17.813.067/0001-48

Certidão nº: 22642429/2025

Expedição: 24/04/2025, às 08:54:48

Validade: 21/10/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **HORBAN & HORBAN LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **17.813.067/0001-48**, **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.

*h. Elias  
mo*

CONSELHO DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ  
 CATEGORIA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

Crm. Pr. 6411 Em 20 03 1979

Portador: Miguel Horban e Catarina Neuza Horban

Filiação: Universidade Católica do Paraná

Matrícula em 15 12 1978

Nacionalidade Brasileira em 19 12 1953

Reg. Geral n.º 945237 em 23.03.1979 -Pr.

(Vale como Documento de Identidade e tem fe pública em todo o Território Nacional e n.º 3.268/57, art.º 19).

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

REGISTRO GERAL 945.237

IDENTIFICADO: Catarina Neuza Horban

PLACAO: André Horban

DATA - PARANÁ - 19/ Dezembro 1953.

DATA DO NASCIMENTO: Curitiba - 23 de março de 1979.

DIRETOR: [Assinatura]

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É TAMBÉM UM REGISTRO DE MEDIDAS NO CASO DE PERDA DO MESMO. CRIE E DE USO SUBSTITUÍVEL EM CASOS LEGITIMAMENTE FUNDADOS PARA OBTENÇÃO DE OUTRO CARTÃO DE IDENTIDADE. NÃO SE APLICAM AS REGRAS DA REGIÃO FEDERAL.

038/0153-87

12/10/191

BANESTADO L0910401-1

[Assinatura]

Cartões de Identidade:

- Cartão de Identidade: 945237-Pr.
- Cartão Militar: 581173-59RM.
- Título de Eleitor: 84665-482-Pr.
- Inscrito no CIC: 201857409-44
- Polícia Dir. Titulo: [Assinatura]

Cartões: 21 03 1979

SECRETARIO: [Assinatura]

PORTADOR: [Assinatura]

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

REGISTRO GERAL 945.237

IDENTIFICADO: Miguel Horban

PLACAO: [Assinatura]

DATA - PARANÁ - 19/ Dezembro 1953.

DATA DO NASCIMENTO: Curitiba - 23 de março de 1979.

DIRETOR: [Assinatura]

MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA E PLANEJAMENTO  
 DEPARTAMENTO DA IDENTIFICAÇÃO FEDERAL

REGISTRO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF

201 857 409 44

NOVA COMPLETO

MIGUEL HORBAN

[Assinatura]

19.12.53

Oliver mo



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão Negativa de Débitos

Certificamos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **MIGUEL HORBAN**, com situação Ativo, possui registro neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **6411** e encontra-se quite com esta tesouraria até 31/03/2026.

**Finalidade:** Simples verificação.

Chave de validação **6b3d23cd8f63704f59734514da059a332645a63a**

Emitida eletronicamente via internet em **24/04/2025**

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

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

*Elaine*



# UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

O Reitor da Universidade Católica do Paraná, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de **MEDICINA**, em 15 de dezembro de 1978, confere o título de **MÉDICO** a **MIGUEL HORBAN**, filho de André Horban e de Catarina Neuza Horban, nascido em 19 de dezembro de 1953, natural do Estado do Paraná, outorgando-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

*Carvalho*  
Reitor

Curitiba, 15 de dezembro de 1978.

*Miguel Horban*  
Vice-Reitor Acadêmico

*Miguel Horban*  
Diplomado

*Alves*  
*mo*



### TERMO DE AUTENTICAÇÃO - LIVRO DIGITAL

Declaro autenticados automaticamente os Termos de Abertura e de Encerramento do Livro Digital com características abaixo, em conformidade com o Art. 10 da IN DREI 82/2021 e com base nas informações prestadas pelo solicitante, sob a autenticidade nº 12417153506 em 05/12/2024, protocolo 248926179. Para validação de Autenticação dos Termos, deverá ser acessado o Portal de Serviços / verificação de documentos do Empreendedor (<http://www.empresafacil.pr.gov.br>) e informar o código de verificação.

#### Identificação de Empresa

Nome Empresarial:	HORBAN & HORBAN LTDA - ME
Número de Registro:	41207569120
CNPJ:	17813067000148
Município:	Palmital

#### Identificação de Livro Digital

Tipo de Livro:	DIÁRIO
Número de Ordem:	12
Período de Escrituração:	01/01/2023 - 31/12/2023

#### Assinante(s)

#### Nome

#### CRC/OAB

20185740944	MIGUEL HORBAN	
74479962972	JOAO FLAVIO MARIOT	PR040149/O-7



CONFORME ART. 10 DA IN DREI 82/2021,  
CERTIFICO A AUTENTICAÇÃO AUTOMÁTICA EM 05/12/2024 08:10 SOB N°  
20248926179.  
PROTOCOLO: 248926179 DE 29/11/2024. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:  
12417153506. NIRE: 41207569120.  
HORBAN & HORBAN LTDA - ME

JUNTA COMERCIAL DO PARANÁ  
RESPONSÁVEL PELA AUTENTICAÇÃO  
CURITIBA, 05/12/2024  
[empresafacil.pr.gov.br](http://empresafacil.pr.gov.br)

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

*Handwritten signatures and initials:*  
J  
Oliver  
MO



Estado do Paraná

# PODER JUDICIÁRIO



FLS. 562

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARANÁ  
Secretaria do Ofício Distribuidor e Anexos de PALMITAL

## CERTIDÃO DE DISTRIBUIÇÃO – FINS GERAIS – CÍVEIS – FALÊNCIA – NEGATIVA

Certifico que revendo os livros, sistemas e arquivos de distribuição CÍVEIS, especificamente: FALÊNCIA, CONCORDATA, RECUPERAÇÃO JUDICIAL, RECUPERAÇÃO EXTRAJUDICIAL desta Secretaria, verifiquei NÃO CONSTAR nenhum registro em andamento contra:

HORBAN & HORBAN LTDA ME

CNPJ: 17.813.067/0001-48

Local da Sede: Palmital - PR

### Orientações:

Esta certidão NÃO APONTA ordinariamente os processos em que a pessoa cujo nome pesquisado figura como Autor(a). São apontados os feitos em tramitação cadastrados no Sistema Informatizado referente à comarca de PALMITAL. Não existe qualquer conexão com qualquer outra base de dados de instituição pública ou com a Receita Federal que verifique a identidade do NOME/RAZÃO SOCIAL com o CPF/CNPJ. A conferência dos dados pessoais fornecidos pelo pesquisado é de responsabilidade exclusiva do destinatário da certidão. A certidão em nome de pessoa jurídica considera os processos referentes à matriz e às filiais. Considera-se NEGATIVA a certidão que aponta somente homônimos não qualificados, nos termos do art. 8º, §2º da Resolução CNJ 121/2010. A presente certidão menciona somente o registro de distribuição, para dados complementares do procedimento, deve-se dirigir até a Secretaria para onde foi distribuído e solicitar uma CERTIDÃO DE OBJETO E PÉ. A Busca de MICROEMPREENDEDOR INDIVIDUAL e EMPRESÁRIO INDIVIDUAL abrange também a pessoa física.

PALMITAL, 24 de abril de 2025

*Hugo Henrique Mazur*  
Hugo Henrique Mazur

Port. 09/2021 - Auxiliar Juramentado



Conferido por:

Enoque Faria Vaz

*Divonzir Frider*  
Divonzir Frider

*Divonzir Frider*  
*mo*

\*\*Valide esta certidão em <https://bit.ly/2DQEIbE>

Código Validador T.JPR: CACF-2736.07/BCDDH.00



## TERMO DE ABERTURA

O presente Livro possui "22" Folhas mecanicamente numeradas de "1" a "22" e servirá de **DIARIO** número "12" para da empresa abaixo identificada:

Nome : HORBAN & HORBAN LTDA - ME  
Endereço : AVENIDA MAXIMILIANO VICENTIN, 806  
Cidade : PALMITAL - PR  
Inscrição Estadual : ISENTO  
C.N.P.J : 17.813.067/0001-48

Registrado na JUNTA COMERCIAL sob Nº. 41207569120 para despacho em 22/03/2013.

Data do encerramento do exercício social da empresa 31/12/2023.

PALMITAL - PR, 31 de dezembro de 2023.

---

**MIGUEL HORBAN**  
**CPF: 201.857.409-44**  
**SOCIO GERENTE**

---

**JOAO FLAVIO MARIOT**  
**CPF: 744.799.629-72**  
**CRC: PR 040149/O-7**  
**CONTADOR**

*Miguel Horban*  
*João Flavio Mariot*

### Balço Patrimonial - comparativo

**Empresa:** HORBAN & HORBAN LTDA - ME

**CNPJ:** 17.813.067/0001-48

	01.01.2023 a 31.12.2023	01.01.2022 a 31.12.2022
ATIVO	<b>820.517,72</b>	<b>121.615,43</b>
CIRCULANTE	<b>820.517,72</b>	<b>121.615,43</b>
DISPONIVEIS	<b>820.517,72</b>	<b>121.615,43</b>
CAIXA	<b>820.517,72</b>	<b>112.646,02</b>
CAIXA	820.517,72	112.646,02
BANCO CONTA MOVIMENTO	<b>0,00</b>	<b>8.969,41</b>
BANCO DO BRASIL SA	0,00	8.969,41

*Handwritten signature*

**Balanco Patrimonial - comparativo**

Folha :

**Empresa:** HORBAN & HORBAN LTDA - ME

**CNPJ:** 17.813.067/0001-48

	01.01.2023 a 31.12.2023	01.01.2022 a 31.12.2022
PASSIVO	<b>820.517,72</b>	<b>121.615,43</b>
CIRCULANTE	<b>15.702,17</b>	<b>15.148,32</b>
DEBITOS DE FUNCIONAMENTO	<b>15.702,17</b>	<b>15.148,32</b>
OBRIGACOES FISCAIS	<b>12.797,17</b>	<b>12.479,32</b>
SIMPLES NACIONAL A RECOLHER	12.797,17	12.479,32
FOLHA DE CONTRIBUICOES SOCIAIS	<b>290,40</b>	<b>266,64</b>
INSS A RECOLHER	290,40	266,64
OUTRAS OBRIGACOES	<b>2.614,60</b>	<b>2.402,36</b>
PRO-LABORE A PAGAR	2.349,60	2.157,36
HONORARIOS CONTABEIS A PAGAR	265,00	245,00
PATRIMONIO LIQUIDO	<b>804.815,55</b>	<b>106.467,11</b>
CAPITAL SOCIAL	<b>804.815,55</b>	<b>106.467,11</b>
CAPITAL EM RESERVAS	<b>40.000,00</b>	<b>40.000,00</b>
CAPITAL SOCIAL	40.000,00	40.000,00
LUCROS(PREJUIZOS) ACUMULADOS	<b>764.815,55</b>	<b>66.467,11</b>
LUCROS ACUMULADOS	764.815,55	66.467,11

Reconhecemos a exatidao do presente BALANCO PATRIMONIAL, que soma no ATIVO e no PASSIVO a importancia de : R\$ 820.517,72 OITOCENTOS E VINTE MIL QUINHENTOS E DEZESETE REAIS E SETENTA E DOIS CENTAVOS

PALMITAL - PR (PR), 31 de dezembro de 2023

MIGUEL HORBAN  
CPF - 201.857.409-44  
SOCIO GERENTE

JOAO FLAVIO MARIOT  
CPF -744.799.629-72  
CRC -PR 040149/O-7  
CONTADOR

*João Flavio Mariot*  
*MO*

**DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO DO EXERCÍCIO (DRE)**

HORBAN & HORBAN LTDA - ME

Data : 31.12.2023

CNPJ : 17.813.067/0001-48

Folha : 16

Periodos	01.01.2023 a 31.12.2023	01.01.2022 a 31.12.2022
Descrição	Valor	Valor
RECEITA DE PRESTACAO DE SERVICOS	-892.435,00	-728.303,32
<b>TOTAL DE RECEITAS</b>	<b>-892.435,00</b>	<b>-728.303,32</b>
SIMPLES NACIONAL	155.612,05	125.852,50
<b>LUCRO OPERACIONAL BRUTO</b>	<b>-736.822,95</b>	<b>-602.450,82</b>
ABASTECIMENTO DE AGUA	1.403,39	1.380,31
ENERGIA ELETRICA	2.355,12	2.242,10
HONORARIOS CONTABEIS	3.180,00	2.940,00
PRO-LOBORE	31.536,00	29.088,00
SERVIÇOS PRESTADOS POR TERCEIROS		234.500,00
<b>DESPESAS</b>	<b>-698.348,44</b>	<b>-332.300,41</b>
BANCO DO BRASIL		2.082,50
<b>DESPESAS FINANCEIRAS</b>	<b>-698.348,44</b>	<b>-330.217,91</b>
<b>LUCRO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO</b>	<b>-698.348,44</b>	<b>-330.217,91</b>

PALMITAL - PR (PR), 31.12.2023

MIGUEL HORBAN  
 CPF : 201.857.409-44  
 SOCIO GERENTE

JOAO FLAVIO MARIOT  
 CPF : 744.799.629-72  
 CONTADOR  
 CRC- PR 040149/O-7

*João Flavio Mariot*

Contabil Fiscal  
Empresa: HORBAN & HORBAN LTDA - ME  
CNPJ: 17.813.067/0001-48

**DEMONSTRATIVO DE LUCROS E PREJUÍZOS ACUMULADOS**

Folha :  
Data: 31/12/2023  
Hora: 14:38:46

Descrição	Valor
RECURSOS	
+ SALDO ANTERIOR DOS LUCROS (PREJUÍZOS) ACUMULADOS	66.467,11
+ LUCRO LIQUIDO DO EXERCÍCIO	698.348,44
TOTAL RECURSOS	<b>764.815,55</b>
APLICACOES	
- DISTRIBUIÇÃO DE LUCROS AOS SÓCIOS	
TOTAL APLICACOES	
TOTAL DE LUCROS/PREJUÍZOS ACUMULADOS	<b>764.815,55</b>

PALMITAL - PR, 31 Dezembro 2023

MIGUEL HORBAN  
201.857.409-44  
SOCIO GERENTE

JOAO FLAVIO MARIOT  
744.799.629-72  
PR 040149/O-7

**Sistema de Contabilidade Geral**

**Diario Geral**

EMPRESA: HORBAN & HORBAN LTDA - ME

FOLHA:18

**DEMONSTRAÇÃO DE FLUXO DE CAIXA**

<b>I FLUXOS DAS OPERAÇÕES:</b>	
RESULTADO DE EXERCÍCIO	R\$ 892.435,00
( + ) DEPRECIAÇÃO	R\$ -
( - ) AUMENTO DAS DUPLICATAS A RECEBER	R\$ -
( - ) AUMENTO DE ESTOQUES	R\$ -
( + ) DIMINUIÇÃO DE ESTOQUES	R\$ -
( - ) DIMINUIÇÃO DE FORNECEDORES	R\$ -
( + ) AUMENTO DE FORNECEDORES	R\$ -
( - ) CONTAS A PAGAR E IMPOSTOS A RECOLHER	R\$ -
( = ) CAIXA GERADO PELAS OPERAÇÕES	<b>R\$ 892.435,00</b>
<b>II FLUXOS DE INVESTIMENTOS:</b>	R\$ -
( - ) AQUISIÇÃO DE INVEST./IMOBILIZADO	R\$ -
( + ) VENDAS DE INVESTIMENTOS/IMOBILIZADO	R\$ -
( = ) CAIXA GERADO PELOS INVESTIMENTOS:	R\$ -
<b>III FLUXOS DE FINANCIAMENTOS:</b>	R\$ -
( + ) INTEGRALIZAÇÃO DE CAPITAL	R\$ -
( + ) EMPRESTIMOS BANCARIOS	R\$ -
( - ) AMORTIZAÇÃO DE FINANCIAMENTOS	R\$ -
( - ) PAGAMENTOS DE DIVIDENDOS	R\$ -
( = ) CAIXA GERADO PELOS FINANCIAMENTOS	R\$ -
VARIAÇÃO TOTAL DAS DISPONIBILIDADES: ( I+ II + III )	R\$ 892.435,00
SALDO INICIAL DAS DISPONIBILIDADES:	R\$ 892.435,00
SALDO FINAL DAS DISPONIBILIDADES:	R\$ 892.435,00

Pinhais/Pr., 31 de Dezembro de 2023.

MIGUEL HORBAN  
 CPF: 201.857.409-44  
 SÓCIO ADMINISTRADOR

JOAO FLAVIO MARIOT  
 CPF: 744.799.629-72  
 CRC: PR 040149/O-7

*J. Flávio Mariot*

EMPRESA: HORBAN & HORBAN LTDA - ME

FOLHA: 19

AVENIDA MAXIMILIANO VICENTIN, N° 806, CENTRO, PALMITAL/PR  
CNPJ: 17.813.067/0001-48

**NOTAS EXPLICATIVAS (NE)**

A empresa HORBAN & HORBAN LTDA - ME, inscrita no CNPJ n°. 17.813.067/0001-48, situada na Avenida Maximiliano Vicentin, n° 806, Centro, Palmital/Pr. Iniciou suas atividades em 22/03/2013 e está devidamente registrada na Junta Comercial do Paraná sob o NIRE n°. 41207569120, enquadra-se no regime de Tributação do Simples Nacional e dedica-se aos ramos de **(CNAE: 86.30-5-03) Atividade médica ambulatorial restrita a consultas; (CNAE: 86.10-1-02) Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências;** a empresa trabalha atualmente com moeda corrente do País, e declara explicitamente que as Demonstrações Contábeis estão em conformidade com a NBC TG 1002 do CFC •• Conselho Federal de Contabilidade.

A empresa não possui hoje ativo imobilizado, não possui financiamentos e o capital social integralizado é no valor de R\$ 40.000,00 (Quarenta Mil Reais), divididos em 40.000 (Quarenta Mil) quotas no valor de R\$ 1,00 (Um Real) cada uma, sendo para o sócio Miguel Horban, a quantia de 20.000 (Vinte Mil) quotas no valor de R\$ 1,00 (Um Real) cada uma totalizando R\$ 20.000,00 (Vinte Mil Reais) e para a sócia Caroline Horban, a quantia de 20.000 (Vinte Mil) quotas no valor de R\$ 1,00 (Um Real) cada uma totalizando R\$ 20.000,00 (Vinte Mil Reais).

Palmital/Pr., 31 de Dezembro de 2023.

\_\_\_\_\_  
MIGUEL HORBAN  
CPF: 201.857.409-44  
SÓCIO ADMINISTRADOR

\_\_\_\_\_  
JOAO FLAVIO MARIOT  
CPF: 744.799.629-72  
CRC: PR 040149/O-7

*Handwritten signatures and initials in blue ink.*

## TERMO DE ENCERRAMENTO

O presente Livro possui "22" Folhas mecanicamente numeradas de "1" a "22" e servirá de **DIARIO** número "12" para da empresa abaixo identificada:

Nome : HORBAN & HORBAN LTDA - ME  
Endereço : AVENIDA MAXIMILIANO VICENTIN, 806  
Cidade : PALMITAL - PR  
Inscrição Estadual : ISENTO  
C.N.P.J : 17.813.067/0001-48

Registrado na JUNTA COMERCIAL sob Nº. 41207569120 para despacho em 22/03/2013.

Periodo de escrituração do livro de 01/01/2023 à 31/12/2023.

PALMITAL - PR, 31 de dezembro de 2023.

---

**MIGUEL HORBAN**  
CPF: 201.857.409-44  
SOCIO GERENTE

---

**JOAO FLAVIO MARIOT**  
CPF: 744.799.629-72  
CRC: PR 040149/O-7  
CONTADOR

*Miguel Horban*



### TERMO DE AUTENTICAÇÃO - LIVRO DIGITAL

Declaro autenticados automaticamente os Termos de Abertura e de Encerramento do Livro Digital com características abaixo, em conformidade com o Art. 10 da IN DREI 82/2021 e com base nas informações prestadas pelo solicitante, sob a autenticidade nº 12506725740 em 24/04/2025, protocolo 252004051. Para validação de Autenticação dos Termos, deverá ser acessado o Portal de Serviços / verificação de documentos do Empreendedor (<http://www.empresafacil.pr.gov.br>) e informar o código de verificação.

Identificação de Empresa	
Nome Empresarial:	HORBAN & HORBAN LTDA - ME
Número de Registro:	41207569120
CNPJ:	17813067000148
Município:	Palmital

Identificação de Livro Digital	
Tipo de Livro:	DIÁRIO
Número de Ordem:	13
Período de Escrituração:	01/01/2024 - 31/12/2024

Assinante(s)	Nome	CRC/OAB
20185740944	MIGUEL HORBAN	
74479962972	JOAO FLAVIO MARIOT	PR040149/O-7



CONFORME ART. 10 DA IN DREI 82/2021,  
CERTIFICO A AUTENTICAÇÃO AUTOMÁTICA EM 24/04/2025 11:26 SOB N°  
20252004051.  
PROTOCOLO: 252004051 DE 24/04/2025. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:  
12506725740. NIRE: 41207569120.  
HORBAN & HORBAN LTDA - ME

JUNTA COMERCIAL DO PARANÁ  
RESPONSÁVEL PELA AUTENTICAÇÃO  
CURITIBA, 24/04/2025  
[empresafacil.pr.gov.br](http://empresafacil.pr.gov.br)

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

*Miguel*  
*mo*

## Termo de Abertura

Nome do Livro: DIÁRIO

Nº de Ordem: 13

O presente livro do tipo DIÁRIO contém registros numerados, do nº 01 ao nº 23, e servirá para a escrituração dos lançamentos próprios da empresa HORBAN & HORBAN LTDA - ME, município Palmital, CNPJ nº 17.813.067/0001-48, Número de Registro (NIRE) 41207569120.

### DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro(amos), sob as penas da Lei, que o livro apresentado para autenticação preenche todas as formalidades legais exigíveis, bem como que estou(amos) devidamente habilitado(s) para assinatura dos termos de abertura e de encerramento do livro.

Data do arquivamento dos atos constitutivos: 22/03/2013

Ato constitutivo: 41207569120

Palmital, 01/01/2024

---

MIGUEL HORBAN  
Administrador, Sócio  
CPF 201.857.409-44

---

JOAO FLAVIO MARIOT  
PROFISSIONAL DA CONTABILIDADE  
CRC/PR 040149/O-7

*João Flavio Mariot*

### Balanco Patrimonial - comparativo

Empresa: HORBAN & HORBAN LTDA - ME

CNPJ: 17.813.067/0001-48

	01.01.2024 a 31.12.2024	01.01.2023 a 31.12.2023
ATIVO	860.668,57	820.517,72
CIRCULANTE	860.668,57	820.517,72
DISPONIVEIS	860.668,57	820.517,72
CAIXA	860.668,57	820.517,72
CAIXA	860.668,57	820.517,72

*Handwritten signature and initials*

### Balanco Patrimonial - comparativo

Empresa: HORBAN & HORBAN LTDA - ME

CNPJ: 17.813.067/0001-48

	01.01.2024 a 31.12.2024	01.01.2023 a 31.12.2023
PASSIVO	<b>860.668,57</b>	<b>820.517,72</b>
CIRCULANTE	<b>12.501,38</b>	<b>15.702,17</b>
DEBITOS DE FUNCIONAMENTO	<b>12.501,38</b>	<b>15.702,17</b>
OBRIGACOES FISCAIS	<b>9.392,38</b>	<b>12.797,17</b>
SIMPLES NACIONAL A RECOLHER	9.392,38	12.797,17
FOLHA DE CONTRIBUICOES SOCIAIS	<b>310,64</b>	<b>290,40</b>
INSS A RECOLHER	310,64	290,40
OUTRAS OBRIGACOES	<b>2.798,36</b>	<b>2.614,60</b>
PRO-LABORE A PAGAR	2.513,36	2.349,60
HONORARIOS CONTABEIS A PAGAR	285,00	265,00
PATRIMONIO LIQUIDO	<b>848.167,19</b>	<b>804.815,55</b>
CAPITAL SOCIAL	<b>848.167,19</b>	<b>804.815,55</b>
CAPITAL EM RESERVAS	<b>40.000,00</b>	<b>40.000,00</b>
CAPITAL SOCIAL	40.000,00	40.000,00
LUCROS(PREJUIZOS) ACUMULADOS	<b>808.167,19</b>	<b>764.815,55</b>
LUCROS ACUMULADOS	808.167,19	764.815,55

Reconhecemos a exatidão do presente BALANÇO PATRIMONIAL, que soma no ATIVO e no PASSIVO a importância de : R\$ 860.668,57 OITOCENTOS E SESSENTA MIL SEISCENTOS E SESSENTA E OITO REAIS E CINQUENTA E SETE CENTAVOS

PALMITAL - PR (PR), 31 de dezembro de 2024

MIGUEL HORBAN  
CPF - 201.857.409-44  
SOCIO GERENTE

JOAO FLAVIO MARIOT  
CPF - 744.799.629-72  
CRC -PR 040149/O-7  
CONTADOR

*João Flávio Mariot*

**DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO DO EXERCÍCIO (DRE)**

HORBAN & HORBAN LTDA - ME

Data : 31.12.2024

CNPJ : 17.813.067/0001-48

Folha : 17

Períodos	01.01.2024 a 31.12.2024	01.01.2023 a 31.12.2023
Descrição	Valor	Valor
RECEITA DE PRESTACAO DE SERVICOS	-790.652,92	-892.435,00
<b>TOTAL DE RECEITAS</b>	<b>-790.652,92</b>	<b>-892.435,00</b>
SIMPLES NACIONAL	137.321,47	155.612,05
<b>LUCRO OPERACIONAL BRUTO</b>	<b>-653.331,45</b>	<b>-736.822,95</b>
ABASTECIMENTO DE AGUA	1.145,40	1.403,39
ENERGIA ELETRICA	2.223,49	2.355,12
HONORARIOS CONTABEIS	3.420,00	3.180,00
PRO-LABORE	33.888,00	31.536,00
SERVIÇOS PRESTADOS POR TERCEIROS	169.302,92	
<b>DESPESAS</b>	<b>-443.351,64</b>	<b>-698.348,44</b>
<b>DESPESAS FINANCEIRAS</b>	<b>-443.351,64</b>	<b>-698.348,44</b>
<b>LUCRO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO</b>	<b>-443.351,64</b>	<b>-698.348,44</b>

PALMITAL - PR (PR), 31.12.2024

MIGUEL HORBAN  
 CPF : 201.857.409-44  
 SOCIO GERENTE

JOAO FLAVIO MARIOT  
 CPF : 744.799.629-72  
 CRC- PR 040149/O-7  
 CONTADOR

*Elvone*  
*me*

Descrição	Valor
RECURSOS	
+ SALDO ANTERIOR DOS LUCROS (PREJUIZOS) ACUMULADOS	764.815,55
+ LUCRO LIQUIDO DO EXERCÍCIO	443.351,64
TOTAL RECURSOS	<b>1.208.167,19</b>
APLICACOES	
- DISTRIBUIÇÃO DE LUCROS AOS SÓCIOS	-400.000,00
TOTAL APLICACOES	<b>-400.000,00</b>
TOTAL DE LUCROS/PREJUIZOS ACUMULADOS	<b>808.167,19</b>

PALMITAL - PR, 31 Dezembro 2024

---

MIGUEL HORBAN  
201.857.409-44  
SOCIO GERENTE

---

JOAO FLAVIO MARIOT  
744.799.629-72  
PR 040149/O-7

*João Mariot*

**Sistema de Contabilidade Geral**  
**Diário Geral**

EMPRESA: HORBAN &amp; HORBAN LTDAFOLHA: 19

**DEMONSTRAÇÃO DE FLUXO DE CAIXA**

<b>I FLUXOS DAS OPERAÇÕES:</b>	
RESULTADO DE EXERCÍCIO	R\$ 790.652,92
( + ) DEPRECIAÇÃO	R\$ -
( - ) AUMENTO DAS DUPLICATAS A RECEBER	R\$ -
( - ) AUMENTO DE ESTOQUES	R\$ -
( + ) DIMINUIÇÃO DE ESTOQUES	R\$ -
( - ) DIMINUIÇÃO DE FORNECEDORES	R\$ -
( + ) AUMENTO DE FORNECEDORES	R\$ -
( - ) CONTAS A PAGAR E IMPOSTOS A RECOLHER	R\$ -
( = ) CAIXA GERADO PELAS OPERAÇÕES	<b>R\$ 790.652,92</b>
<b>II FLUXOS DE INVESTIMENTOS:</b>	R\$ -
( - ) AQUISIÇÃO DE INVEST./IMOBILIZADO	R\$ -
( + ) VENDAS DE INVESTIMENTOS/IMOBILIZADO	R\$ -
( = ) CAIXA GERADO PELOS INVESTIMENTOS:	R\$ -
<b>III FLUXOS DE FINANCIAMENTOS:</b>	R\$ -
( + ) INTEGRALIZAÇÃO DE CAPITAL	R\$ -
( + ) EMPRESTIMOS BANCARIOS	R\$ -
( - ) AMORTIZAÇÃO DE FINANCIAMENTOS	R\$ -
( - ) PAGAMENTOS DE DIVIDENDOS	R\$ -
( = ) CAIXA GERADO PELOS FINANCIAMENTOS	R\$ -
VARIAÇÃO TOTAL DAS DISPONIBILIDADES: ( I + II + III )	<b>R\$ 790.652,92</b>
SALDO INICIAL DAS DISPONIBILIDADES:	<b>R\$ 790.652,92</b>
SALDO FINAL DAS DISPONIBILIDADES:	<b>R\$ 790.652,92</b>

Palmital/Pr., 31 de Dezembro de 2024.

---

MIGUEL HORBAN  
CPF: 201.857.409-44  
SÓCIO ADMINISTRADOR

---

JOAO FLAVIO MARIOT  
CPF: 744.799.629-72  
CRC: PR 040149/0-7

*Miguel Horban*  
*João Flavio Mariot*

EMPRESA: HORBAN & HORBAN LTDA - ME FOLHA: 20  
AVENIDA MAXIMILIANO VICENTIN, N° 806, CENTRO, PALMITAL/PR  
CNPJ: 17.813.067/0001-48

#### NOTAS EXPLICATIVAS (NE)

A empresa HORBAN & HORBAN LTDA - ME, inscrita no CNPJ n°. 17.813.067/0001-48, situada na Avenida Maximiliano Vicentin, n° 806, Centro, Palmital/Pr. Iniciou suas atividades em 22/03/2013 e está devidamente registrada na Junta Comercial do Paraná sob o NIRE n°. 41207569120, enquadrada-se no regime de Tributação do Simples Nacional e dedica-se aos ramos de **(CNAE: 86.30-5-03) Atividade médica ambulatorial restrita a consultas; (CNAE: 86.10-1-02) Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências;** a empresa trabalha atualmente com moeda corrente do País, e declara explicitamente que as Demonstrações Contábeis estão em conformidade com a NBC TG 1002 do CFC - Conselho Federal de Contabilidade.

A empresa não possui hoje ativo imobilizado, não possui financiamentos e o capital social integralizado é no valor de R\$ 40.000,00 (Quarenta Mil Reais), divididos em 40.000 (Quarenta Mil) quotas no valor de R\$ 1,00 (Um Real) cada uma, sendo para o sócio Miguel Horban, a quantia de 20.000 (Vinte Mil) quotas no valor de R\$ 1,00 (Um Real) cada uma totalizando R\$ 20.000,00 (Vinte Mil Reais) e para a sócia Caroline Horban, a quantia de 20.000 (Vinte Mil) quotas no valor de R\$ 1,00 (Um Real) cada uma totalizando R\$ 20.000,00 (Vinte Mil Reais).

Palmital/Pr., 31 de Dezembro de 2024.

---

MIGUEL HORBAN  
CPF: 201.857.409-44  
SÓCIO ADMINISTRADOR

---

JOAO FLAVIO MARIOT  
CPF: 744.799.629-72  
CRC: PR 040149/O-7

*Miguel*  
*me*

## Termo de Encerramento

Nome do Livro: DIÁRIO

Nº de Ordem: 13

O presente livro do tipo DIÁRIO contém páginas numeradas, do nº 01 ao nº 23, e serviu para escrituração no período de 01/01/2024 a 31/12/2024, da empresa HORBAN & HORBAN LTDA - ME.

Palmital, 31/12/2024

---

MIGUEL HORBAN  
Administrador, Sócio  
CPF 201.857.409-44

---

JOAO FLAVIO MARIOT  
PROFISSIONAL DA CONTABILIDADE  
CRC/PR 040149/O-7

*M. Horban*  
*João Flávio Mariot*

**HORBAN & HORBAN LTDA - ME**  
**CNPJ nº. 17.813.067/0001-48**  
**I. E. ISENTO**  
**Telefone: (41) 9 9911-1833**  
**E-mail: migban13@hotmail.com**  
Avenida Maximiliano Vicentin, nº. 806, Sala 03, Centro,  
CEP - 85.270-000 - PALMITAL - PR

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Declaramos para os devidos fins e direito, na qualidade de proponente do Credenciamento N° 002/2025, instaurado pelo Município de Santa Maria do Oeste - Pr, que:

Assumimos inteira responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-nos a eventuais averiguações que se façam necessárias;

Comprometemo-nos a manter, durante todo o período de vigência do contrato, compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no referido edital;

Temos conhecimento e submetemo-nos ao disposto na Lei nº 8078 - Código de Defesa do Consumidor, bem como, ao edital e anexos do CREDENCIAMENTO N° 002/2025;

Por ser expressão de verdade, firmamos o presente.

Santa Maria do Oeste/PR, 24 de Abril de 2025.

  
\_\_\_\_\_  
**HORBAN & HORBAN LTDA - ME**  
**CNPJ: 17.813.067/0001-48**  
**MIGUEL HORBAN**  
**C. I. nº. 945.237-0 SESP-PR**  
**CPF: 201.857.409-44**

*D. Oliveira*  
*mo*

**HORBAN & HORBAN LTDA - ME**

**CNPJ nº. 17.813.067/0001-48**

**I. E. ISENTO**

**Telefone: (41) 9 9911-1833**

**E-mail: migban13@hotmail.com**

**Avenida Maximiliano Vicentin, nº. 806, Sala 03, Centro,  
CEP - 85.270-000 - PALMITAL - PR**

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO E DE  
IDONEIDADE**

À PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA DO OESTE – PR  
CREDENCIAMENTO N.º 002/2025

Com vistas à participação no CREDENCIAMENTO em epígrafe e, para todos os fins de direito, DECLARAMOS que até a presente data inexistem fatos impeditivos para nossa participação e habilitação, e estamos cientes da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

DECLARAMOS, ainda, que não fomos declarados inidôneos por nenhum órgão do poder público em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

Santa Maria do Oeste/PR, 24 de Abril de 2025.

  
\_\_\_\_\_  
**HORBAN & HORBAN LTDA - ME**  
**CNPJ: 17.813.067/0001-48**  
**MIGUEL HORBAN**  
**C. I. nº. 945.237-0 SESP-PR**  
**CPF: 201.857.409-44**

*Olavo*  
*mo*

**HORBAN & HORBAN LTDA - ME**

**CNPJ nº. 17.813.067/0001-48**

**I. E. ISENTO**

**Telefone: (41) 9 9911-1833**

**E-mail: migban13@hotmail.com**

**Avenida Maximiliano Vicentin, nº. 806, Sala 03, Centro,  
CEP - 85.270-000 - PALMITAL - PR**

**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO  
ARTIGO 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

**À PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA DO OESTE – PR  
CREDENCIAMENTO n.º 002/2025**

Com vistas à participação CREDENCIAMENTO em epígrafe e, para todos fins de direito, DECLARAMOS que, em cumprimento ao inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal, que não possuímos em nosso quadro funcional menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e, de menores de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 (quatorze) anos.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

Santa Maria do Oeste/PR, 24 de Abril de 2025.

  
\_\_\_\_\_  
**HORBAN & HORBAN LTDA - ME**

**CNPJ: 17.813.067/0001-48**

**MIGUEL HORBAN**

**C. I. nº. 945.237-0 SESP-PR**

**CPF: 201.857.409-44**

*Biani*  
*mo*



Município de Santa Maria do Oeste

PROTOCOLO

Processo: 238 / 2025

Requerente **HORBAN E HORBAN LTDA-ME**

CNPJ: 17.813.067/0001-

Contato: **HORBAN E HORBAN LTDA-ME -**

Telefone:

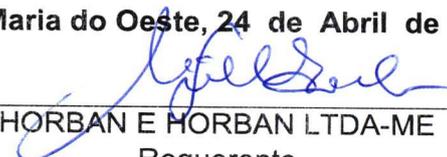
Assunto: **DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO PARA LICITAÇÃO - Versão: 2**

Descrição: CREDENCIAMENTO Nº 02/2025

Tempo Minimo **1** dias.

Tempo Maximo **30** dias.

Santa Maria do Oeste, 24 de Abril de 2025.

  
\_\_\_\_\_  
HORBAN E HORBAN LTDA-ME  
Requerente



**INTENÇÃO PARA O CREDENCIAMENTO Nº. 002/2025**

**DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO**

**PROPONENTE: HORBAN & HORBAN LTDA - ME**

**CNPJ: 17.813.067/0001-48**

**E-MAIL: migban13@hotmail.com**

**TELEFONE: (41) 9 9911-1833**

**NOME DO CONTATO: MIGUEL HORBAN**

**DATA: 24/04/2025**

FLS. 585



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA DO OESTE  
ESTADO DO PARANÁ**

Rua José de França Pereira, 10 - Centro - Fone: (42) 3644-1359  
CNPJ: 95.684.544/0001-26 - CEP: 85230-000 - Santa Maria do Oeste-PR  
<http://www.santamariadooeste.pr.gov.br>

**TERMO DE RECEBIMENTO DO PROCESSO LICITATÓRIO Nº 2 / 2025  
Chamamento Público nº 2 / 2025**

Proponente: MSI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA  
Protocolo: edaaf14c04c88b952e885743b69408ff  
Data/Hora: 24/04/2025 13:45:04  
CNPJ/CPF: 48700188000107  
Endereço: RUA PROFESSOR DITÃO, 108 - JARDIM PAULISTANO  
Município/UF: PRESIDENTE PRUDENTE/SP  
CEP: 19013770  
Telefone: (42) 9 8406 - 9088  
E-mail: marinaschroederiglesias@gmail.com

O proponente acima, declara que recebeu o Edital de processo licitatório na Modalidade Chamamento Público nº 2 / 2025 instaurado pela Prefeitura Municipal de Santa Maria do Oeste, Estado do Paraná, com data de abertura prevista para o dia 09 de Maio de 2025 as 09:00:00 horas, cujo objeto é CREDENCIAMENTO DE ENTIDADES PÚBLICAS, FILANTRÓPICAS, PRIVADAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - PR, PARA ATENDER A NECESSIDADE TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO, DISPENSANDO O CONCURSO PÚBLICO., em conformidade com a legislação vigente, e declara ainda, que concorda com as condições do Edital.

Santa Maria do Oeste/PR, em 24 de Abril de 2025

**48 700 188/0001-07**

**MSI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**

**RUA PROFESSOR DITÃO, 108  
JD. PAULISTANO - CEP 19013-370**

**PRESIDENTE PRUDENTE - SP**

Carimbo/Assinatura do Proponente

*Blome*  
*mo*

### MSI SERVICOS MEDICOS LTDA

CNPJ: 48.700.188/0001-07 – INSCR. MUNICIPAL: 117691  
R PROFESSOR DITAO Nº 108 – JARDIM PAULISTANO – PRESIDENTE PRUDENTE/SP  
CONTATO: ESCRITORIO.MEDBILL@GMAIL.COM – Tel (42) 8406-9088

#### ANEXO II REQUERIMENTO

PROPONENTE: MSI SERVICOS MEDICOS LTDA  
ENDEREÇO: R PROFESSOR DITAO Nº 108 – JARDIM PAULISTANO – PRESIDENTE PRUDENTE/SP  
CNPJ: 48.700.188/0001-07  
FONE:(42) 8406-9088  
EMAIL: ESCRITORIO.MEDBILL@GMAIL.COM

À Secretaria Municipal de Licitações e Contratos.  
Ref.: CREDENCIAMENTO N.º 002/2025

1. A empresa MSI SERVICOS MEDICOS LTDA estabelecida na R PROFESSOR DITAO Nº 108 – JARDIM PAULISTANO – PRESIDENTE PRUDENTE/SP inscrita no CNPJ sob o nº48.700.188/0001-07 através de seu representante legal Sra MARINA SCHROEDER IGLESIAS, inscrito no CPF nº. 073.589.699-28 vem requerer o CREDENCIAMENTO DE EMPRESA N.º 002/2025, para o qual anexamos os documentos solicitados no referido edital.
2. Os serviços serão prestados pelos seguintes profissionais:

ITEM	PROFISSIONAL	NOME	Nº REGISTRO	CPF
04	Médico Clínico Geral	Marina Schroeder Iglesias	51486	07358969928
08	Médico Clínico Geral	Marina Schroeder Iglesias	51486	07358969928

3. Declaramos que estamos de pleno acordo com todas as cláusulas estabelecidas no referido Edital.  
Atenciosamente,

Presidente Prudente, 08 de maio de 2025.

48 700 188/0001-07

MSI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

RUA PROFESSOR DITÃO, 108  
JD. PAULISTANO - CEP 19013-370

PRESIDENTE PRUDENTE - SP

MSI SERVICOS MEDICOS LTDA  
MARINA SCHROEDER IGLESIAS

*Olivera*  
*mo*

FLS. 588



### Requerimento Capa

SEQ. DOC
01
01

**Protocolo Redesim**

SPP2231248468

#### DADOS CADASTRAIS

ATO(S) <b>Constituição Normal; Enquadramento de Microempresa - ME</b>		
NOME EMPRESARIAL <b>MSI SERVICOS MEDICOS LTDA</b>		PORTE <b>ME</b>
LOGRADOURO <b>RUA PROFESSOR DITAO</b>		NÚMERO <b>108</b>
COMPLEMENTO	BAIRRO/DISTRITO <b>JARDIM PAULISTANO</b>	CEP <b>19013770</b>
MUNICÍPIO <b>PRESIDENTE PRUDENTE</b>		UF <b>SP</b>
E-MAIL <b>MARINASCHROEDERIGLESIAS@GMAIL.COM</b>		TELEFONE
NÚMERO EXIGÊNCIA (5) <b>SEM EXIGÊNCIA ANTERIOR</b>	CNPJ - SEDE	NIRE - SEDE
IDENTIFICAÇÃO DO SIGNATÁRIO/ASSINANTE DO REQUERIMENTO CAPA NOME: <b>MARINA SCHROEDER IGLESIAS - Sócio-Administrador</b> DATA ASSINATURA: <i>22/11/2022</i> ASSINATURA: <i>Marina J. Iglesias</i>		VALORES RECOLHIDOS DARE <b>R\$ 182,23</b> DARF <b>Isento</b>

DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, QUE AS INFORMAÇÕES CONSTANTES DO REQUERIMENTO/PROCESSO SÃO EXPRESSÃO DA VERDADE.

PARA USO EXCLUSIVO DA JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO (INCLUSIVE VERSO)

CARIMBO PROTOCOLO ★ 23 NOV. 2022 ★	OBSERVAÇÕES:
---------------------------------------	--------------

DOCUMENTOS NÃO RETORNADOS EM ATÉ 5 DIAS ÚTIS APÓS A DATA DE SEU DEPARTAMENTO SÃO DESCARTADOS - ART. 57, §5º, DECRETO 1.900/96



Certifico o registro de constituição sob o NIRE nº 35260294887 em 23/11/2022 da empresa MSI SERVICOS MEDICOS LTDA, protocolado sob o nº SPP2231248468. Autenticação: validar a autenticidade do registro em <http://www.jucesp.sp.gov.br/> com o número do mesmo. MARINA CENTURION DARDANI - Secretária Geral. Esta cópia foi autenticada digitalmente e assinada em 18/10/2024 por MARINA CENTURION DARDANI - Secretária Geral. Autenticação: 249865956. A JUCESP garante a autenticidade do registro e da Certidão de Inteiro Teor quando visualizado diretamente no portal [www.jucesponline.sp.gov.br](http://www.jucesponline.sp.gov.br).

*Blom mo*

CONTRATO SOCIAL DE SOCIEDADE LIMITADA  
MSI SERVICOS MEDICOS LTDA

**Sócio-Administrador** MARINA SCHROEDER IGLESIAS, nacionalidade: brasileira, solteiro (a), natural da cidade de Guarapuava/PR, nascido(a) em: 11/04/1989, n° do documento de identidade: CNH 04559486400 Órgão Emissor: DETRAN/SP, MÉDICA, n° do CPF: 07358969928, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) no(a) RUA PROFESSOR DITAO, 108 - Bairro: JARDIM PAULISTANO, Presidente Prudente - SP CEP 19013770.

Resolvem, em comum acordo, constituir uma sociedade limitada, mediante as condições e cláusulas seguintes:

**DO NOME EMPRESARIAL**

**Cláusula Primeira** - A sociedade adotará o seguinte nome empresarial: MSI SERVICOS MEDICOS LTDA.

**DA SEDE**

**Cláusula Segunda** - A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: RUA PROFESSOR DITAO, 108 - Bairro: JARDIM PAULISTANO, Presidente Prudente - SP CEP 19013770.

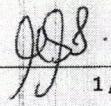
**DO OBJETO SOCIAL**

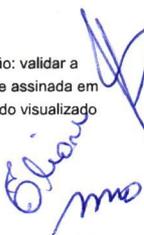
**Cláusula Terceira** - A sociedade terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômicas: ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS, ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGENCIAS, ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGENCIAS, ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZACAO DE EXAMES COMPLEMENTARES, ATIVIDADES DE TELEATENDIMENTO..

**Parágrafo único.** Em estabelecimento eleito como Sede (Matriz) será(ão) exercida(s) a(s) atividade(s) de ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS, ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGENCIAS, ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGENCIAS, ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZACAO DE EXAMES COMPLEMENTARES, ATIVIDADES DE TELEATENDIMENTO..

**DO INÍCIO DAS ATIVIDADES E DO PRAZO**

**Cláusula Quarta** - A empresa iniciará suas atividades a partir de 15/11/2022 e seu prazo de duração indeterminado.

  
1 / 3

  
mo

**DO CAPITAL SOCIAL**

**Cláusula Quinta** - O capital será de R\$ 10.000,00 (Dez mil reais), divididos em 10.000 quotas, no valor nominal de R\$ 1,00 (Um real) cada uma, subscrito e devidamente integralizado conforme abaixo indicado:

O valor de R\$ 10.000,00 (Dez mil reais) em moeda corrente do país em nome de MARINA SCHROEDER IGLESIAS, nº do CPF: 07358969928 integralizado neste ato.

SÓCIO	Nº DE QUOTAS	VALOR	PERCENTUAL
MARINA SCHROEDER IGLESIAS	10.000	R\$ 10.000,00	100,00%
TOTAL	10.000	R\$ 10.000,00	100,00%

**DA ADMINISTRAÇÃO**

**Cláusula Sexta** - A administração da sociedade será exercida por MARINA SCHROEDER IGLESIAS, nacionalidade: brasileira, solteiro (a), natural da cidade de Guarapuava/PR, nascido(a) em: 11/04/1989, nº do documento de identidade: CNH 04559486400 Órgão Emissor: DETRAN/SP, MÉDICA, nº do CPF: 07358969928, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) no(a) RUA PROFESSOR DITAO, 108 - Bairro: JARDIM PAULISTANO, Presidente Prudente - SP CEP 19013770, que representará(ão) legalmente a sociedade e poderá(ão) 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.

**DO BALANÇO PATRIMONIAL**

**Cláusula Sétima** - 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 empresário, os lucros ou perdas apuradas.

**DA DECLARAÇÃO DE DESIMPEDIMENTO DE ADMINISTRADOR**

**Cláusula Oitava** - O(s) administrador(es) da empresa declara(m), sob as penas da lei, que não está(ão) impedido(s) 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.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*

**DO FORO**

**Cláusula Nona** - As partes elegem o foro da sede para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes do presente instrumento contratual, bem como para o exercício e cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que possa ser.

**DO ENQUADRAMENTO**

**Cláusula Décima** - Os sócios declaram que a sociedade se enquadra como Microempresa, 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).

**DO PRO LABORE**

**Cláusula Décima Primeira** - Os sócios poderão, de comum acordo, fixar uma retirada mensal, a título de **pro labore** para o(s) sócio(s) administrador(es), observadas as disposições regulamentares pertinentes.

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

Presidente Prudente, 15 de novembro de 2022.

Marina S. Iglesias

MARINA SCHROEDER IGLESIAS (Sócio-Administrador)

*Marina S. Iglesias*  
*mo*

## CERTIDÃO DE INTEIRO TEOR

## DOCUMENTO EMITIDO PELA INTERNET

DADOS DA EMPRESA			
NOME EMPRESARIAL MSI SERVICOS MEDICOS LTDA		TIPO JURÍDICO LIMITADA UNIPessoAL (M.E.)	
NIRE 35260294887	CNPJ 48.700.188/0001-07	NÚMERO DO ARQUIVAMENTO 35260294887	DATA DO ARQUIVAMENTO 23/11/2022

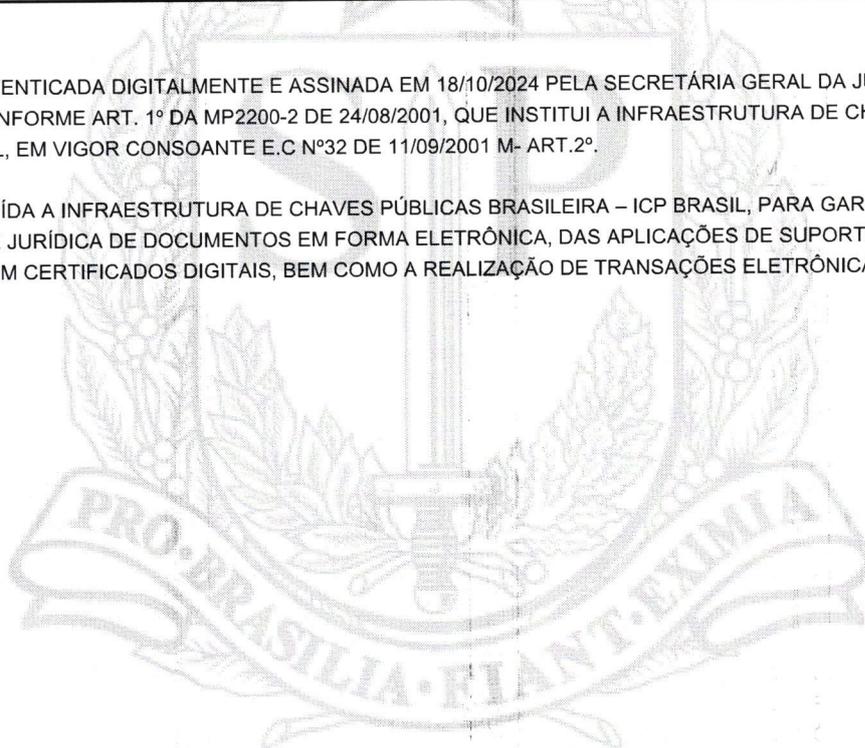
  

DADOS DA CERTIDÃO		
DATA DE EXPEDIÇÃO 18/10/2024	HORA DE EXPEDIÇÃO 21:00:15	CÓDIGO DE CONTROLE 249865956

AUTENTICIDADE DO PRESENTE DOCUMENTO, BEM COMO O ARQUIVO NA FORMA ELETRÔNICA PODEM SER VERIFICADOS NO ENDEREÇO [WWW.JUCESPONLINE.SP.GOV.BR](http://WWW.JUCESPONLINE.SP.GOV.BR)

ESTA CÓPIA FOI AUTENTICADA DIGITALMENTE E ASSINADA EM 18/10/2024 PELA SECRETÁRIA GERAL DA JUCESP – MARINA CENTURION DARDANI, CONFORME ART. 1º DA MP2200-2 DE 24/08/2001, QUE INSTITUI A INFRAESTRUTURA DE CHAVES PÚBLICAS BRASILEIRAS – ICP BRASIL, EM VIGOR CONSOANTE E.C Nº32 DE 11/09/2001 M- ART.2º.

ART 1º. FICA INSTITUÍDA A INFRAESTRUTURA DE CHAVES PÚBLICAS BRASILEIRA – ICP BRASIL, PARA GARANTIR AUTENTICIDADE, INTEGRIDADE E VALIDADE JURÍDICA DE DOCUMENTOS EM FORMA ELETRÔNICA, DAS APLICAÇÕES DE SUPORTE E DAS APLICAÇÕES HABILITADAS QUE UTILIZEM CERTIFICADOS DIGITAIS, BEM COMO A REALIZAÇÃO DE TRANSAÇÕES ELETRÔNICAS SEGURAS.



*Original*  
*me*



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>48.700.188/0001-07</b> MATRIZ	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>	DATA DE ABERTURA <b>23/11/2022</b>
------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	---------------------------------------

NOME EMPRESARIAL  
**MSI SERVICOS MEDICOS LTDA**

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****	PORTE <b>ME</b>
-------------------------------------------------------	--------------------

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL  
**86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas**

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS  
**82.20-2-00 - Atividades de teleatendimento**  
**86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências**  
**86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências**  
**86.30-5-02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares**

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

LOGRADOURO <b>R PROFESSOR DITAO</b>	NÚMERO <b>108</b>	COMPLEMENTO *****
----------------------------------------	----------------------	----------------------

CEP <b>19.013-770</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>JARDIM PAULISTANO</b>	MUNICÍPIO <b>PRESIDENTE PRUDENTE</b>	UF <b>SP</b>
--------------------------	---------------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------

ENDEREÇO ELETRÔNICO <b>MARINASCHROEDERIGLESIAS@GMAIL.COM</b>	TELEFONE <b>(42) 8406-9088</b>
-----------------------------------------------------------------	-----------------------------------

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)  
\*\*\*\*\*

SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>23/11/2022</b>
------------------------------------	-------------------------------------------------

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

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

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia **23/11/2022** às **12:44:52** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão Negativa de Débitos

Certificamos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **MARINA SCHROEDER IGLESIAS**, com situação Ativo, possui registro neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **51486** e encontra-se quite com esta tesouraria até 31/05/2025.

**Finalidade:** Simples verificação.

Chave de validação     [39e0106909223f2bd46962395db1f7a874c8ec67](#)

Emitida eletronicamente via internet em **08/05/2025**

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

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

*Olga*  
*me*



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Certidão Eleitoral

Certificamos que, de acordo com o assentamento do Cadastro Eleitoral do Conselho Regional de Medicina do Paraná e com o que dispõe a Resolução CFM Vigente, o Médico abaixo qualificado está quite com o processo eleitoral CRM/CFM na presente data.

Médico: **MARINA SCHROEDER IGLESIAS**

CRM-PR: **51486**

Chave de validação **95928decd1cda8319bd11c619b0297d4802a9af6**

Emitida eletronicamente via internet em **08/05/2025**

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

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

*Oliver*  
*mo*



## 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) **MARINA SCHROEDER IGLESIAS**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **51486** conforme períodos abaixo:

#### Períodos

23/12/2022 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. 12d8b80af5f2dca5f1c4b7f7b76ee57b45cfffac0

Emitida eletronicamente via internet em **08/05/2025**

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

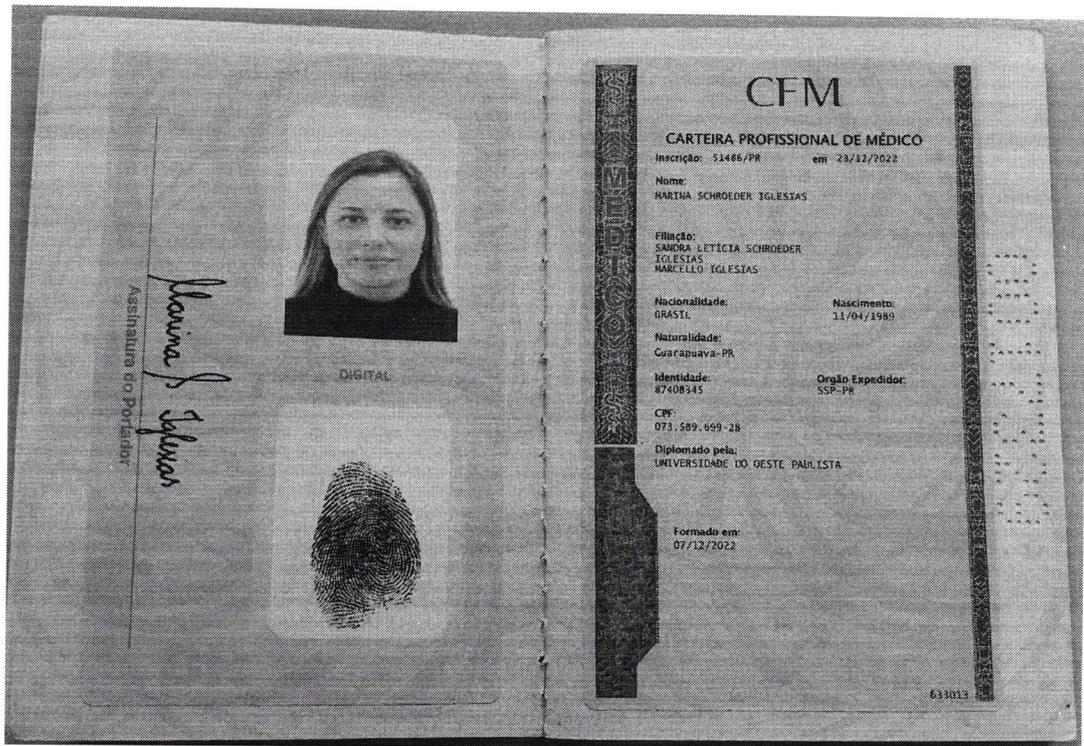
<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>

*Oliver*



Você

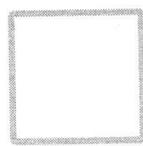
Hoje às 10:23



*Olivia*



Você  
Hoje às 10:30



*Elaine*  
*[Signature]*  
*mo*



Você

Hoje às 10:30



*Blome*



# Universidade do Oeste Paulista

Reconhecimento - Portaria nº 83/87 - D.O.U. 16/02/87

Presidente Prudente - SP

O Reitor da Universidade do Oeste Paulista, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de *MEDICINA* em 07 de Dezembro de 2022, e a colação de grau em 09 de Dezembro de 2022, confere o título de

*Médica*

*a Marina Schroeder Iglesias*

RG nº 8.740.834 5-SESP/PR nacionalidade: Brasileira

nascida em 11 de Abril de 1989, natural do Estado do Paraná e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Presidente Prudente, 04 de Janeiro de 2023.

Original Assinado

Segundo a Portaria 554/2019/MEC

Adilson Eduardo Gueffi

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Original Assinado

Segundo a Portaria 554/2019/MEC

José Eduardo Creste

Pró-Reitor Acadêmico

<https://www.uoeste.br/diploma>

Código de Validação

271.271.5746de1ada68

Curso : MEDICINA  
Reconhecimento: Portaria nº 1786/93, de 20/12/1993  
D.O.U. de 21/12/1993.  
Renovação do Rec. Port. SERES/MEC nº658, de 28/09/2018, D.O.U. nº189,  
Seção 1, Pág.19, de 01/10/2018.

Fls. 601

**UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA - UNOESTE**  
Reconhecimento - Portaria nº 83/87 - D.O.U. 16/02/87

Recredenciamento: Portaria MEC nº 413 de 24/03/2017, D.O.U. nº 59, Seção 1,  
pág. 49, de 27/03/2017.  
Razão Social: Associação Prudentina de Educação e Cultura - APEC  
CNPJ: 44.860.740/0001-73

Diploma Registrado sob nº 61830, Livro 065, Fl. 314, Processo nº  
0087/2023, nos termos da Lei nº 9394/96 - Art. 48 - § 1º.  
Presidente Prudente, 04 de Janeiro de 2023.

Original Assinado  
Segundo a Portaria 554/2019/MEC  
Nair Marques Vaccaro Rosa  
Chefe do Setor de Registro de Diploma

*Eleone*  
*[Signature]*





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

**DECLARAÇÃO**

Eu, MARINA SCHROEDER IGLESIAS, portador do Documento de Identificação nº 04559486400, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF sob nº 07358969928, na qualidade de titular, sócio ou responsável legal da empresa MSI SERVICOS MEDICOS LTDA, **DECLARO** estar ciente que o **ESTABELECIMENTO** situado no(a) RUA PROFESSOR DITAO, 108 - Bairro: JARDIM PAULISTANO, Presidente Prudente - SP CEP 19013770, **NÃO PODERÁ EXERCER** suas atividades sem que obtenha o parecer municipal sobre a viabilidade de sua instalação e funcionamento no local indicado, conforme diretrizes estabelecidas na legislação de uso e ocupação do solo, posturas municipais e restrições das áreas de proteção ambiental, nos termos do art. 24, §2 do Decreto Estadual nº 55.660/2010 e sem que obtenha o parecer municipal sobre a viabilidade de sua instalação e funcionamento no local indicado, conforme diretrizes estabelecidas na legislação de uso e ocupação do solo, posturas municipais e restrições das áreas de proteção ambiental, nos termos do art. 24, §2 do Decreto Estadual nº 55.660/2010 e sem que tenha um **CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO INTEGRADO VÁLIDO**, obtido pelo sistema Via Rápida Empresa - Módulo de Licenciamento Estadual.

Declaro ainda estar ciente que qualquer alteração no endereço do estabelecimento, em sua atividade ou grupo de atividades, ou em qualquer outra das condições determinantes à expedição do Certificado de Licenciamento Integrado, implica na perda de sua validade, assumindo, desde o momento da alteração, a obrigação de renová-lo.

Por fim, declaro estar ciente que a emissão do Certificado de Licenciamento Integrado poderá ser solicitada por representante legal devidamente habilitado, presencialmente e no ato da retirada das certidões relativas ao registro empresarial na Prefeitura, ou pelo titular, sócio, ou contabilista vinculado no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) diretamente no site da Jucesp, através do módulo de licenciamento, mediante uso da respectiva certificação digital.

*Marina S. Iglesias*

MARINA SCHROEDER IGLESIAS (Sócio-Administrador)

04559486400

*Elvira*

*me*



## TERMO DE CONFERÊNCIA E DIGITALIZAÇÃO

Certifico e dou fé que conferi a documentação referente ao processo **SPP2231248468** da empresa **MSI SERVICOS MEDICOS LTDA** e que as imagens digitalizadas deste processo eletrônico são fiéis aos documentos físicos protocolizados nesta Junta Comercial.

Assina o presente termo de conferência e digitalização, mediante certificado digital, o funcionário/empregado público **Leticia Taina Ribeiro dos Santos**

Junta Comercial do Estado de São Paulo, 23/11/2022.

Leticia Taina Ribeiro dos Santos, CPF: 45428213825

*Este documento foi assinado digitalmente por Leticia Taina Ribeiro dos Santos e é parte integrante sob o protocolo Nº SPP2231248468.*

*blion*  
*mo*

FLS. 604



### TERMO DE ANÁLISE E DECISÃO.

Defiro a (s) solicitação (ões), sob o (s) protocolo (s) **SPP2231248468** de Constituição Normal da empresa **MSI SERVICOS MEDICOS LTDA.**

Assina o presente termo de decisão, mediante certificado digital, o Julgador **Leticia Taina Ribeiro dos Santos.**

Junta Comercial do Estado de São Paulo, 23/11/2022.

Leticia Taina Ribeiro dos Santos, CPF: 45428213825

*Este documento foi assinado digitalmente por Leticia Taina Ribeiro dos Santos e é parte integrante sob o protocolo Nº SPP2231248468.*



Certifico o registro de constituição sob o NIRE nº 35260294887 em 23/11/2022 da empresa MSI SERVICOS MEDICOS LTDA, protocolado sob o nº SPP2231248468. Autenticação: validar a autenticidade do registro em <http://www.jucesp.sp.gov.br/> com o número do mesmo. MARINA CENTURION DARDANI - Secretária Geral. Esta cópia foi autenticada digitalmente e assinada em 18/10/2024 por MARINA CENTURION DARDANI – Secretária Geral. Autenticação: 249865956. A JUCESP garante a autenticidade do registro e da Certidão de Inteiro Teor quando visualizado diretamente no portal [www.jucesponline.sp.gov.br](http://www.jucesponline.sp.gov.br).

*Handwritten signature*

*Handwritten initials 'mo'*



### TERMO DE AUTENTICAÇÃO E REGISTRO

Certifico que a constituição e enquadramento Microempresa, assinado digitalmente, da empresa **MSI SERVICOS MEDICOS LTDA**, e protocolado sob o número **SPP2231248468** em **23/11/2022**, encontra-se registrado na Jucesp, sob o NIRE da matriz **35260294887**.

Assina o registro, mediante certificado digital, o(a) Secretário(a)-Geral – Gisela Simiema Ceschin.

A autenticidade do presente documento, bem como o arquivo na forma eletrônica poderão ser verificados no sítio eletrônico: [www.jucesp.sp.gov.br](http://www.jucesp.sp.gov.br), mediante a indicação do número de autenticidade disponível na capa da certidão de inteiro teor.

Junta Comercial do Estado de São Paulo, 23/11/2022.

Gisela Simiema Ceschin, CPF: 31134372884

*Este documento foi assinado digitalmente por Gisela Simiema Ceschin e é parte integrante sob o protocolo Nº SPP2231248468.*

Voltar

Imprimir



### Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 48.700.188/0001-07  
**Razão Social:** MSI SERVICOS MEDICOS LTDA  
**Endereço:** RUA PROFESSOR DITAO 108 / JARDIM PAULISTANO / PRESIDENTE PRUDENTE / SP / 19013-770

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:** 07/05/2025 a 05/06/2025

**Certificação Número:** 2025050713046414876727

Informação obtida em 07/05/2025 14:13:02

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

*Blion*  
*mo*



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

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

**Nome: MSI SERVICOS MEDICOS LTDA**  
**CNPJ: 48.700.188/0001-07**

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

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

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

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

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

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.  
Emitida às 14:07:21 do dia 06/05/2025 <hora e data de Brasília>.

Válida até 02/11/2025.

Código de controle da certidão: **2159.5F8D.6443.AAA7**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

*Blon*  
*[assinatura]*  
*mo*



Município de Presidente Prudente  
Secretaria de Finanças  
Coordenadoria Fiscal Tributária

FLS 608



### Certidão Negativa de Débitos

Nome	Cadastro	Número	Validade
MSI SERVICOS MEDICOS LTDA	2-117691	I-1203097-2025	06/07/2025

**Local do Imóvel/estabelecimento**

RUA DITÃO-PROF, 108 - JARDIM PAULISTANO

**Referencia cadastral**

2-117691

**CNPJ**

48700188000107

**Data de Abertura**

23/11/2022

**Atividade Principal**

ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS

Certificamos que até a presente data, **NÃO CONSTA**, débito tributário, relativo a Cadastro de Atividades Comerciais com as características acima descritas.

Fica ressalvado o direito desta Prefeitura inscrever e cobrar quaisquer débitos de responsabilidade do contribuinte acima, que vierem a ser apurados mesmo de períodos anteriores à emissão desta certidão.

Presidente Prudente, 07 de Maio de 2025

*Elaine*  
*[Handwritten signature]*

Obs.: LC 199/2015 - Art. 258 : A Expedição de certidão negativa não exclui o direito da Administração Pública exigir, a qualquer tempo, os créditos tributários que venham a ser apurados.

Certidão emitida pela Internet, sem necessidade de assinatura.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet através do QR Code em seu canto superior direito.

*mo*



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

### CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: MSI SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 48.700.188/0001-07

Certidão n°: 25004726/2025

Expedição: 06/05/2025, às 14:06:56

Validade: 02/11/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **MSI SERVICOS MEDICOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o n° **48.700.188/0001-07**, **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.

Olivia  
A

mo

Empresa: MSI SERVICOS MEDICOS LTDA  
C.N.P.J.: 48.700.188/0001-07

Folha: 0001  
Número livro: 0001  
Emissão: 07/05/2025  
Hora: 14:56

FLS. \_\_\_\_\_  
FLS. 610

**DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO DO EXERCÍCIO EM 31/12/2023**

<b>RECEITA BRUTA</b>		
RECEITA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	5.000,00	<u>5.000,00</u>
<b>DEDUÇÕES DA RECEITA BRUTA</b>		
(-) IMPOSTOS SOBRE VENDAS E SERVIÇOS	(300,01)	<u>(300,01)</u>
<b>RECEITA LÍQUIDA</b>		<u>4.699,99</u>
<b>LUCRO BRUTO</b>		<u>4.699,99</u>
<b>DESPESAS OPERACIONAIS</b>		<u>(3.906,00)</u>
<b>DESPESAS ADMINISTRATIVAS</b>		
DES P ESAS COM PESSOAL	(3.906,00)	<u>(3.906,00)</u>
<b>RESULTADO OPERACIONAL</b>		<u>793,99</u>
<b>RESULTADO ANTES DO IR E CSL</b>		<u>793,99</u>
<b>LUCRO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO</b>		<u>793,99</u>

PRESIDENTE PRUDENTE, 07 de Maio de 2025

*Oliver*  
*4*  
*mo*

Empresa: MSI SERVICOS MEDICOS LTDA  
C.N.P.J.: 48.700.188/0001-07

Folha: 0001  
Número livro: 0001  
Emissão: 07/05/2025  
Hora: 14:57

FLS. 611

**DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO DO EXERCÍCIO EM 31/12/2024**

<b>RECEITA BRUTA</b>		
RECEITA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	11.740,00	<u>11.740,00</u>
<b>DEDUÇÕES DA RECEITA BRUTA</b>		
(-) IMPOSTOS SOBRE VENDAS E SERVIÇOS	(704,41)	<u>(704,41)</u>
<b>RECEITA LÍQUIDA</b>		<u>11.035,59</u>
<b>LUCRO BRUTO</b>		<u>11.035,59</u>
<b>DESPESAS OPERACIONAIS</b>		<u>(6.950,00)</u>
<b>DESPESAS ADMINISTRATIVAS</b>		
DESPESAS COM PESSOAL	(6.950,00)	<u>(6.950,00)</u>
<b>RESULTADO OPERACIONAL</b>		<u>4.085,59</u>
<b>RESULTADO ANTES DO IR E CSL</b>		<u>4.085,59</u>
<b>LUCRO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO</b>		<u>4.085,59</u>

PRESIDENTE PRUDENTE, 07 de Maio de 2025

611  
A

mo

Empresa: **MSI SERVICOS MEDICOS LTDA**  
C.N.P.J.: 48.700.188/0001-07  
Balço encerrado em: 31/12/2023

Folha: 0001  
Emissão: 07/05/2025  
Hora: 14:54:06

FLS. 612

**BALANÇO PATRIMONIAL**

Descrição	Saldo Atual
<b>ATIVO</b>	<b>11.223,65D</b>
<b>ATIVO CIRCULANTE</b>	<b>11.223,65D</b>
<b>DISPONÍVEL</b>	<b>11.223,65D</b>
<b>CAIXA</b>	<b>11.223,65D</b>
CAIXA GERAL	11.223,65D
<b>PASSIVO</b>	<b>11.223,65C</b>
<b>PASSIVO CIRCULANTE</b>	<b>429,66C</b>
<b>OBRIGAÇÕES TRABALHISTA E PREVIDENCIÁRIA</b>	<b>429,66C</b>
<b>OBRIGAÇÕES SOCIAIS</b>	<b>429,66C</b>
INSS A RECOLHER	429,66C
<b>PATRIMÔNIO LÍQUIDO</b>	<b>10.793,99C</b>
<b>CAPITAL SOCIAL</b>	<b>10.000,00C</b>
<b>CAPITAL SUBSCRITO</b>	<b>10.000,00C</b>
CAPITAL SOCIAL	10.000,00C
<b>LUCROS OU PREJUÍZOS ACUMULADOS</b>	<b>793,99C</b>
<b>LUCROS OU PREJUÍZOS ACUMULADOS</b>	<b>793,99C</b>
LUCROS ACUMULADOS	793,99C

PRESIDENTE PRUDENTE, 07 de Maio de 2025

*Olsoni*  
  
*mo*

Empresa: **MSI SERVICOS MEDICOS LTDA**  
C.N.P.J.: 48.700.188/0001-07  
Balanco encerrado em: 31/12/2024

FLS. 613  
Folha: 0001  
Emissão: 07/05/2025  
Hora: 14:55:23

**BALANÇO PATRIMONIAL**

<b>Descrição</b>	<b>Saldo Atual</b>
<b>ATIVO</b>	<b>16.175,75D</b>
<b>ATIVO CIRCULANTE</b>	<b>16.175,75D</b>
<b>DISPONÍVEL</b>	<b>16.175,75D</b>
<b>CAIXA</b>	<b>16.175,75D</b>
CAIXA GERAL	16.175,75D
<b>PASSIVO</b>	<b>16.175,75C</b>
<b>PASSIVO CIRCULANTE</b>	<b>1.296,17C</b>
<b>OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS</b>	<b>102,01C</b>
<b>IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES A RECOLHER</b>	<b>102,01C</b>
SIMPLES NACIONAL A RECOLHER	102,01C
<b>OBRIGAÇÕES TRABALHISTA E PREVIDENCIÁRIA</b>	<b>1.194,16C</b>
<b>OBRIGAÇÕES SOCIAIS</b>	<b>1.194,16C</b>
INSS A RECOLHER	1.194,16C
<b>PATRIMÔNIO LÍQUIDO</b>	<b>14.879,58C</b>
<b>CAPITAL SOCIAL</b>	<b>10.000,00C</b>
<b>CAPITAL SUBSCRITO</b>	<b>10.000,00C</b>
CAPITAL SOCIAL	10.000,00C
<b>LUCROS OU PREJUÍZOS ACUMULADOS</b>	<b>4.879,58C</b>
<b>LUCROS OU PREJUÍZOS ACUMULADOS</b>	<b>4.879,58C</b>
LUCROS ACUMULADOS	4.879,58C

PRESIDENTE PRUDENTE, 07 de Maio de 2025

*Oliver*  
*[Handwritten Signature]*  
*mo*



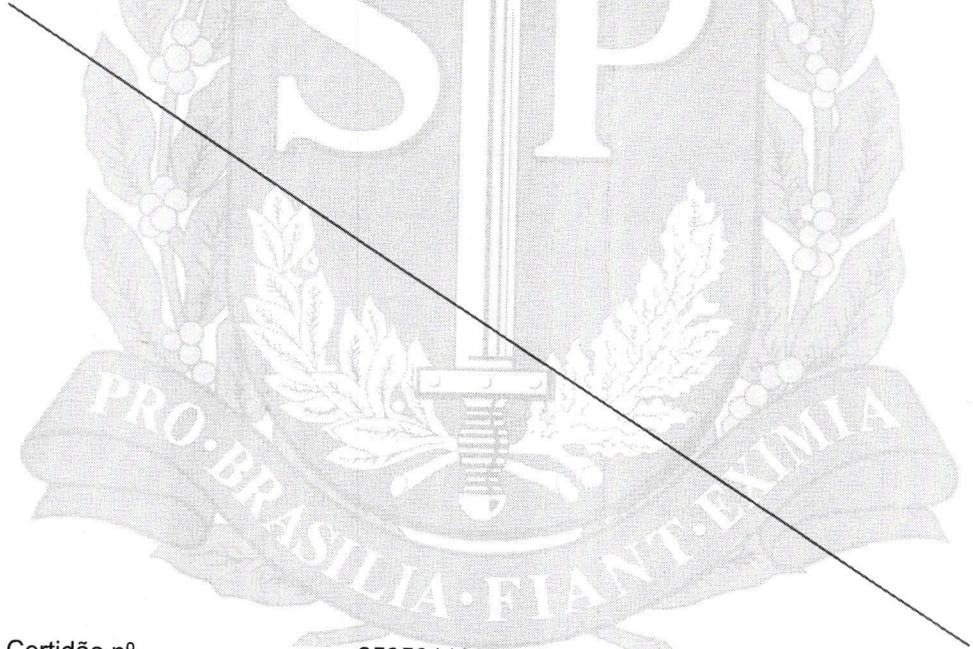
## Secretaria da Fazenda e Planejamento do Estado de São Paulo

FLS. 614

### Débitos Tributários Não Inscritos na Dívida Ativa do Estado de São Paulo

CNPJ: 48.700.188/0001-07

Ressalvado o direito da Secretaria da Fazenda e Planejamento do Estado de São Paulo de apurar débitos de responsabilidade da pessoa jurídica acima identificada, é certificado que **não constam débitos** declarados ou apurados pendentes de inscrição na Dívida Ativa de responsabilidade do estabelecimento matriz/filial acima identificado.



Certidão nº 25050116252-40  
Data e hora da emissão 06/05/2025 14:08:24  
Validade 6 (seis) meses, contados da data de sua expedição.

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade no sítio [www.pfe.fazenda.sp.gov.br](http://www.pfe.fazenda.sp.gov.br)

*Oliver*  
*[Signature]*  
*[Signature]*



06/05/2025

0086220269

FLS. 615

**PODER JUDICIÁRIO**  
**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**CERTIDÃO ESTADUAL DE DISTRIBUIÇÕES CÍVEIS**

**CERTIDÃO Nº: 963868**

**FOLHA: 1/1**

A autenticidade desta certidão poderá ser confirmada pela internet no site do Tribunal de Justiça.

A Diretoria de Serviço Técnico de Informações Cíveis do(a) Comarca de São Paulo - Capital, no uso de suas atribuições legais,

**CERTIFICA E DÁ FÉ** que, pesquisando os registros de distribuições de **PEDIDOS DE FALÊNCIA, CONCORDATAS, RECUPERAÇÕES JUDICIAIS E EXTRAJUDICIAIS**, anteriores a 05/05/2025, verificou **NADA CONSTAR** como réu/requerido/interessado em nome de: \*\*\*\*\*

**MSI SERVICOS MEDICOS LTDA**, CNPJ: 48.700.188/0001-07, conforme indicação constante do pedido de certidão.\*\*\*\*\*

Esta certidão não aponta ordinariamente os processos em que a pessoa cujo nome foi pesquisado figura como autor (a). São apontados os feitos com situação em tramitação já cadastrados no sistema informatizado referentes a todas as Comarcas/Foros Regionais e Distritais do Estado de São Paulo.

A data de informatização de cada Comarca/Foro pode ser verificada no Comunicado SPI nº 22/2019.

Esta certidão considera os feitos distribuídos na 1ª Instância, mesmo que estejam em Grau de Recurso.

Não existe conexão com qualquer outra base de dados de instituição pública ou com a Receita Federal que verifique a identidade do NOME/RAZÃO SOCIAL com o CPF/CNPJ. A conferência dos dados pessoais fornecidos pelo pesquisado é de responsabilidade exclusiva do destinatário da certidão.

A certidão em nome de pessoa jurídica considera os processos referentes à matriz e às filiais e poderá apontar feitos de homônimos não qualificados com tipos empresariais diferentes do nome indicado na certidão (EIRELI, S/C, S/S, EPP, ME, MEI, LTDA).

Não é necessária a complementação com a certidão do sistema eproc.

Esta certidão só tem validade mediante assinatura digital.

Esta certidão é sem custas.

São Paulo, 6 de maio de 2025.

**PEDIDO Nº:**

**0086220269**



*mo*

**MSI SERVICOS MEDICOS LTDA**  
CNPJ: 48.700.188/0001-07 – INSCR. MUNICIPAL: 117691  
R PROFESSOR DITAO N° 108 – JARDIM PAULISTANO – PRESIDENTE PRUDENTE/SP  
CONTATO: ESCRITORIO.MEDBILL@GMAIL.COM – Tel (42) 8406-9088

**ANEXO III**  
**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Declaramos para os devidos fins e direito, na qualidade de proponente do Credenciamento N° 002/2025, instaurado pelo Município de Santa Maria do Oeste - Pr, que:

Assumimos inteira responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando- nos a eventuais averiguações que se façam necessárias;

Comprometemo-nos a manter, durante todo o período de vigência do contrato, compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no referido edital;

Temos conhecimento e submetemo-nos ao disposto na Lei nº 8078 – Código de Defesa do Consumidor, bem como, ao edital e anexos do CREDENCIAMENTO N° 002/2025;

Por ser expressão de verdade, firmamos o presente.

Presidente Prudente, 07 de maio de 2025.

48 700 188/0001-07  
MSI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA  
RUA PROFESSOR DITÃO, 108  
JD. PAULISTANO - CEP 19013-370  
PRESIDENTE PRUDENTE - SP  
MSI SERVIÇOS MEDICOS LTDA  
MARINA SCHROEDER IGLESIAS

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten initials]*

**MSI SERVICOS MEDICOS LTDA**  
CNPJ: 48.700.188/0001-07 – INSCR. MUNICIPAL: 117691  
R PROFESSOR DITAO N° 108 – JARDIM PAULISTANO – PRESIDENTE PRUDENTE/SP  
CONTATO: ESCRITORIO.MEDBILL@GMAIL.COM – Tel (42) 8406-9088

**ANEXO IV**  
**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO E DE IDONEIDADE**

À PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA DO OESTE - PR  
CREDENCIAMENTO N.º 002/2025

Com vistas à participação no CREDENCIAMENTO em epígrafe e, para todos os fins de direito, DECLARAMOS que até a presente data inexistem fatos impeditivos para nossa participação e habilitação, e estamos cientes da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

DECLARAMOS, ainda, que não fomos declarados inidôneos por nenhum órgão do poder público em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

Presidente Prudente, 07 de maio de 2025.

48 700 188/0001-07  
MSI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA  
RUA PROFESSOR DITÃO, 108  
JD. PAULISTANO - CEP 19013-370  
PRESIDENTE PRUDENTE - SP  
MSI SERVICOS MEDICOS LTDA  
MARINA SCHROEDER IGLESIAS

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten initials]*

**MSI SERVICOS MEDICOS LTDA**  
CNPJ: 48.700.188/0001-07 – INSCR. MUNICIPAL: 117691  
R PROFESSOR DITAO N° 108 – JARDIM PAULISTANO – PRESIDENTE PRUDENTE/SP  
CONTATO: ESCRITORIO.MEDBILL@GMAIL.COM – Tel (42) 8406-9088

**ANEXO V**  
**DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO ARTIGO 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

À PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA DO OESTE - PR  
CREDENCIAMENTO N.º 002/2025

Com vistas à participação CREDENCIAMENTO em epígrafe e, para todos fins de direito, DECLARAMOS que, em cumprimento ao inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal, que não possuímos em nosso quadro funcional menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e, de menores de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 (quatorze) anos.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

Presidente Prudente, 07 de maio de 2025.

48 700 188/0001-07  
MSI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA  
RUA PROFESSOR DITÃO, 108  
JD. PAULISTANO - CEP 19013-370  
PRESIDENTE PRUDENTE - SP  
MSI SERVIÇOS MEDICOS LTDA  
MARINA SCHROEDER IGLESIAS

*Bloni*  
*Muo*



Equipiano

Município de Santa Maria do Oeste

FLS. 619

PROTOCOLO

Processo: 258 / 2025

Requerente **MSI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA** CNPJ: **48.700.188/0001-**  
Contato: **MSI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA -**  
Telefone: **4284069088**  
Assunto: **DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO PARA LICITAÇÃO - Versão: 2**  
Descrição: **INTENÇÃO PARA O CREDENCIAMENTO Nº 002/2025**

Tempo Minimo **1** dias.  
Tempo Maximo **30** dias.

**Santa Maria do Oeste, 09 de Maio de 2025.**

  
\_\_\_\_\_  
MSI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA  
Requerente



FLS. 620

**INTENÇÃO PARA O CREDENCIAMENTO Nº 002/2025**

48 700 188/0001-07  
MSI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA  
RUA PROFESSOR DITÃO, 108  
JD. PAULISTANO - CEP 19013-370  
PRESIDENTE PRUDENTE - SP



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA DO OESTE  
ESTADO DO PARANÁ**

Rua José de França Pereira, 10 - Centro - Fone: (42) 3644-1359  
CNPJ: 95.684.544/0001-26 - CEP: 85230-000 - Santa Maria do Oeste-PR  
<http://www.santamariadooeste.pr.gov.br>

**TERMO DE RECEBIMENTO DO PROCESSO LICITATÓRIO Nº 2 / 2025  
Chamamento Público nº 2 / 2025**

Proponente: ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA - ME

Protocolo: c33221de651ba3e579de12e7be32f025

Data/Hora: 23/04/2025 16:02:18

NPJ/CPF: 60.089.131/0001-19

Endereço: Rua Ataíde de Paula, 208 - Santo Antônio

Município/UF: SANTA MARIA DO OESTE/PR

CEP: 85230-000

Telefone: 42998759811

E-mail: aluizarosa12@gmail.com

O proponente acima, declara que recebeu o Edital de processo licitatório na Modalidade Chamamento Público nº 2 / 2025 instaurado pela Prefeitura Municipal de Santa Maria do Oeste, Estado do Paraná, com data de abertura prevista para o dia 09 de Maio de 2025 as 09:00:00 horas, cujo objeto é CREDENCIAMENTO DE ENTIDADES PÚBLICAS, FILANTRÓPICAS, PRIVADAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE – PR, PARA ATENDER A NECESSIDADE TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO, DISPENSANDO O CONCURSO PÚBLICO., em conformidade com a legislação vigente, e declara ainda, que concorda com as condições do Edital.

Santa Maria do Oeste/PR, em 23 de Abril de 2025

*Ana Luiza Rosa*

Carimbo/Assinatura do Proponente

*Ana Luiza Rosa*



MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO OESTE ESTADO DO PARANÁ  
CNPJ: 95.684.544/0001-26  
RUA JOSE DE FRANÇA PEREIRA, N.º 10 - CEP.: 85.230-000 - FONE/FAX: (042) 99841-0495

FLS. 622

ANEXO II  
REQUERIMENTO

PROPONENTE: ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA  
ENDEREÇO: RUA ATAIDE DE PAULA, 208 – SANTO ANTONIO – SANTA MARIA DO OESTE - PR  
CNPJ: 60.089.131/0001-19  
FONE: (42)99875-9811  
EMAIL: aluizarosa12@gmail.com

À Secretaria Municipal de Licitações e Contratos.  
Ref.: CREDENCIAMENTO N.º 002/2025

1. A empresa ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA estabelecida à Rua Ataide de Paula, 208 – Santo Antonio – Santa Maria do Oeste – PR, inscrita no CNPJ sob o nº 60.089.131/0001-19 através de seu representante legal Sr(a) ANA LUIZA ROSA, inscrito no CPF nº 077242649-02 vem requerer o CREDENCIAMENTO DE EMPRESA ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA, para o qual anexamos os documentos solicitados no referido edital.

2. Os serviços serão prestados pelos seguintes profissionais:

ITEM	PROFISSIONAL	NOME	Nº REGISTRO	CPF
1	FISIOTERAPIA	ANA LUIZA ROSA	393314-F	077242649-02

3. Declaramos que estamos de pleno acordo com todas as cláusulas estabelecidas no referido Edital.  
Atenciosamente,

Santa Maria do Oeste, PR, 23 de abril de 2025.

*Ana Luiza Rosa*

ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA  
ANA LUIZA ROSA

*Quero*

**CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA**  
**ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA**



Pelo presente instrumento particular de Contrato Social:

**ANA LUIZA ROSA**, BRASILEIRA, SOLTEIRA, FISIOTERAPEUTA, nascido(a) em 14/05/2001, nº do CPF 077.242.649-02, residente e domiciliada na cidade de Santa Maria do Oeste - PR, na RUA ATAIDE DE PAULA, nº 04, SANTO ANTONIO, CEP: 85230-000;

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**

A sociedade adotará como nome empresarial: **ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA.**

**CLÁUSULA II - DA SEDE**

A sociedade terá sua sede no seguinte endereço: RUA ATAIDE DE PAULA, nº 208, SANTO ANTONIO, Santa Maria do Oeste - PR, CEP: 85230000.

**CLÁUSULA III - DO OBJETO SOCIAL**

A sociedade terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômica: SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA, HIDROTERAPIA, REABILITAÇÃO MOTORA, REABILITAÇÃO POSTURAL GLOBAL, ATIVIDADES DE ATENÇÃO A SAÚDE HUMANA, ASSISTENCIA SOCIAL, ATIVIDADES DE ENFERMAGEM, ATIVIDADES DE TÉRAPIA OCUPACIONAL.

**Parágrafo único.** Em estabelecimento eleito como Sede (Matriz) será(ão) exercida(s) a(s) atividade(s) de SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA, HIDROTERAPIA, REABILITAÇÃO MOTORA, REABILITAÇÃO POSTURAL GLOBAL, ATIVIDADES DE ATENÇÃO A SAÚDE HUMANA, ASSISTENCIA SOCIAL, ATIVIDADES DE ENFERMAGEM, ATIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL..

E exercerá as seguintes atividades:

CNAE Nº 8650-0/04 - Atividades de fisioterapia

CNAE Nº 8650-0/01 - Atividades de enfermagem

CNAE Nº 8650-0/05 - Atividades de terapia ocupacional

CNAE Nº 8650-0/99 - Atividades de profissionais da área de saúde não especificadas anteriormente

**CLÁUSULA IV - DO INÍCIO DAS ATIVIDADES E PRAZO DE DURAÇÃO**

A sociedade iniciará suas atividades em 25/03/2025 e seu prazo de duração será por tempo indeterminado.

**CLÁUSULA V - DO CAPITAL**

O capital será de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), dividido em 20000 quotas, no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, formado por R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) em moeda corrente no País

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

Nome do Sócio	Qtd Quotas	Valor Em R\$	%
ANA LUIZA ROSA	20000	20.000,00	100,00
TOTAL:	20000	20.000,00	100,00

**CLÁUSULA VI - DA ADMINISTRAÇÃO**

A administração da sociedade será exercida pelo sócio **ANA LUIZA ROSA** 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.

**CLÁUSULA VII - DO BALANÇO PATRIMONIAL**

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**

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

FLS. 624

**CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA**  
**ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA**

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)

**CLÁUSULA XV - DO FORO**

Fica eleito o Foro da Comarca de Santa Maria do Oeste - 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.

Santa Maria do Oeste - PR, 25 de março de 2025

\_\_\_\_\_  
ANA LUIZA ROSA  
Sócio/Administrador

*Oliver*  
*mo*  
*\$*



## ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
07724264902	ANA LUIZA ROSA



CERTIFICO O REGISTRO EM 26/03/2025 09:28 SOB Nº 41213403106.  
PROTOCOLO: 251502724 DE 26/03/2025.  
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12505107911. CNPJ DA SEDE: 60089131000119.  
NIRE: 41213403106. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 25/03/2025.  
ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA

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

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

*Eliz*  
*Mo*  
*B*

## CERTIDÃO SIMPLIFICADA

### Sistema Nacional de Registro de Empresas Mercantis - SINREM

Certificamos que as informações abaixo constam dos documentos arquivados nesta Junta Comercial e são vigentes na data da sua expedição.

<b>Nome Empresarial:</b> ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA			<b>Protocolo:</b> PRC2501716213		
<b>NIRE :</b> 41213403106 <b>Natureza Jurídica:</b> Sociedade Empresária Limitada					
<b>NIRE (Sede)</b> 41213403106	<b>CNPJ</b> 60.089.131/0001-19	<b>Data de Ato Constitutivo</b> 26/03/2025	<b>Início de Atividade</b> 25/03/2025		
<b>Endereço Completo</b> Rua ATAIDE DE PAULA, Nº 208, SANTO ANTONIO - Santa Maria do Oeste/PR - CEP 85230-000					
<b>Objeto Social</b> SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA, HIDROTERAPIA, REABILITAÇÃO MOTORA, REABILITAÇÃO POSTURAL GLOBAL, ATIVIDADES DE ATENÇÃO A SAÚDE HUMANA, ASSISTENCIA SOCIAL, ATIVIDADES DE ENFERMAGEM, ATIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL.					
<b>Capital Social</b> R\$ 20.000,00 (vinte mil reais)		<b>Porte</b> ME (Microempresa)		<b>Prazo de Duração</b> Indeterminado	
<b>Capital Integralizado</b> 20.000,00 (vinte mil reais)					
<b>Dados do Sócio</b>					
<b>Nome</b> ANA LUIZA ROSA	<b>CPF/CNPJ</b> 077.242.649-02	<b>Participação no capital</b> R\$ 20.000,00	<b>Espécie de sócio</b> Sócio	<b>Administrador</b> S	<b>Término do mandato</b> Indeterminado
<b>Dados do Administrador</b>					
<b>Nome</b> ANA LUIZA ROSA	<b>CPF</b> 077.242.649-02	<b>Término do mandato</b> Indeterminado			
<b>Último Arquivamento</b>				<b>Situação</b> ATIVA	
<b>Data</b> 26/03/2025	<b>Número</b> 20251502724	<b>Ato/eventos</b> 090 / 315 - ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA	<b>Status</b> SEM STATUS		

Esta certidão foi emitida automaticamente em 23/04/2025, às 19:13:19 (horário de Brasília).

Se impressa, verificar sua autenticidade no <https://www.empresafacil.pr.gov.br>, com o código OYIGNPEQ.

Em caso de divergência de dados, solicitar a correção através do "Fale Conosco" (<https://www.juntacomercial.pr.gov.br/webservices/jucepar/faleconosco>) no prazo de 30 dias da emissão deste documento.

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA  
Secretário-Geral





# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>60.089.131/0001-19</b> MATRIZ	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>	DATA DE ABERTURA <b>26/03/2025</b>
------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	---------------------------------------

NOME EMPRESARIAL <b>ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA</b>
-------------------------------------------------------------

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****	PORTE <b>ME</b>
-------------------------------------------------------	--------------------

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>86.50-0-04 - Atividades de fisioterapia</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS <b>86.50-0-01 - Atividades de enfermagem</b> <b>86.50-0-05 - Atividades de terapia ocupacional</b> <b>86.50-0-99 - Atividades de profissionais da área de saúde não especificadas anteriormente</b>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>206-2 - Sociedade Empresária Limitada</b>
-----------------------------------------------------------------------------------------

LOGRADOURO <b>R ATAIDE DE PAULA</b>	NÚMERO <b>208</b>	COMPLEMENTO *****
----------------------------------------	----------------------	----------------------

CEP <b>85.230-000</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>SANTO ANTONIO</b>	MUNICÍPIO <b>SANTA MARIA DO OESTE</b>	UF <b>PR</b>
--------------------------	-----------------------------------------	------------------------------------------	-----------------

ENDEREÇO ELETRÔNICO <b>ARILSONBECKE@YAHOO.COM.BR</b>	TELEFONE <b>(42) 3629-3608/ (0000) 0000-0000</b>
---------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

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

SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>26/03/2025</b>
------------------------------------	-------------------------------------------------

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL
------------------------------

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

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

Emitido no dia **16/04/2025** às **16:24:38** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

*Oliver*  
*mo* 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: ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA**  
**CNPJ: 60.089.131/0001-19**

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 16:09:15 do dia 16/04/2025 <hora e data de Brasília>.

Válida até 13/10/2025.

Código de controle da certidão: **996F.7808.E265.75FA**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

*Oliver  
M. J.*



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

FLS. 629

**Certidão Negativa**  
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual  
Nº 036612745-90

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **60.089.131/0001-19**

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 14/08/2025 - Fornecimento Gratuito**

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via Internet  
[www.fazenda.pr.gov.br](http://www.fazenda.pr.gov.br)

*Handwritten signature*



Município de Santa Maria do Oeste  
DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO, TRIBUTAÇÃO E CADASTRO

**NEGATIVA**

**IMPORTANTE:**

1. FICA RESSALVADO O DIREITO DA FAZENDA MUNICIPAL COBRAR DÉBITOS CONSTATADOS POSTERIORMENTE MESMO REFERENTE AO PERÍODO COMPREENDIDO NESTA CERTIDÃO.
2. A PRESENTE CERTIDÃO TEM VALIDADE ATÉ 15/07/2025, SEM RASURAS E NO ORIGINAL.

REVENDO OS ARQUIVOS E REGISTROS, CERTIFICAMOS QUE: O CONTRIBUINTE NADA DEVE À FAZENDA PÚBLICA MUNICIPAL RELATIVO A EMPRESA MENCIONADA ABAIXO.  
Santa Maria do Oeste, 16 de Abril de 2025

NEGATIVA Nº: 176/2025

CÓDIGO DE AUTENTICAÇÃO:  
4HHJ9UFFHTJCXT8B2RF

FINALIDADE: VERIFICAÇÃO

RAZÃO SOCIAL: ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA

INSCRIÇÃO EMPRESA	CNPJ/CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	PROTOCOLO NEGATIVA
57550	60.089.131/0001-19		

**ENDEREÇO**

RUA ATAIDE DE PAULA, 208 - SANTO ANTONIO Santa Maria do Oeste - PR CEP: 85230000

**CNAE / ATIVIDADES**

Atividades de fisioterapia, Atividades de enfermagem, Atividades de terapia ocupacional, Atividades de profissionais da área de saúde não especificadas anteriormente

*Odair José Ferreira de Lima*  
 Odair José Ferreira de Lima  
 Div. de Fiscalização, Tributação e Cadastro  
 Prefeitura M. de Santa Maria do Oeste

Emitido por: ODAIR JOSÉ FERREIRA DE LIMA

*Odair José Ferreira de Lima*

Voltar

Imprimir

**Certificado de Regularidade  
do FGTS - CRF****Inscrição:** 60.089.131/0001-19**Razão Social:** ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA**Endereço:** RUA ATAIDE DE PAULA 208 / SANTO ANTONIO / SANTA MARIA DO OESTE / PR / 85230-000

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

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

**Validade:** 18/04/2025 a 17/05/2025**Certificação Número:** 2025041801236410040041

Informação obtida em 21/04/2025 18:54:30

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**

*Oliver*  
*MU* 1/1



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

### CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 60.089.131/0001-19

Certidão n°: 21511042/2025

Expedição: 16/04/2025, às 16:11:55

Validade: 13/10/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA (MATRIZ E FILIAIS), inscrito(a) no CNPJ sob o n° 60.089.131/0001-19, **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.

*Oliver  
mdf*

## DECLARAÇÃO

A empresa **ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA**, inscrita no CNPJ n.º 60.089.131/0001-19, estabelecida à Rua Ataíde de Paula, 208, Santo Antonio em Santa Maria do Oeste – PR, CEP 85.230-000, neste ato representada por seu responsável legal, ANA LUIZA ROSA, inscrita no CPF n.º 077.242.649-02, vem, respeitosamente, por meio de seu contador, declara para os devidos fins e em especial para participação no Credenciamento n.º 002/2025, o que segue:

Considerando que o referido edital exige a apresentação das demonstrações contábeis relativas aos dois últimos exercícios sociais, **DECLARO que a empresa ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA, foi constituída em 26 de março de 2025, possuindo, até a presente data, apenas 1 mês de existência, motivo pelo qual não possui balanço patrimonial nem demonstrações financeiras relativas ao exercícios anteriores**, haja vista não ter transcorrido ainda o seu primeiro exercício social, conforme disposto no art. 1.179, parágrafo 1.º do Código Civil e art. 176 da Lei n.º 6.404/76.

Ressalto ainda que, todas as demais obrigações legais, fiscais e contábeis da empresa estão sendo devidamente cumpridas, encontrando-se a empresa em situação de regularidade quanto à sua escrituração, não se encontrando, portanto, obrigada à apresentação dos documentos solicitados pelo edital quanto aos exercícios anteriores, em virtude do seu recente início de atividades.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente para fins de instrução no Credenciamento 002/2025.

Campina Do Simão -Pr, 22 de abril de 2025.

ARILSON FERNANDES DA SILVA  
(CONTADOR) CPF: 864.887.758-87  
CRC/PR 041.410/O-3

mo  
633

FLS. 631



# CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO

RUA PADRE GERMANO MAYER 2272 - CEP 80.040-170 - Curitiba / PR - Fone (41) 3264-8097

## DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

Nº **6454b499-0ab0-46a4-a88e-cb999bf466cb**

Jurisdição: PR

Declaramos para os devidos fins que o (a) profissional **ANA LUIZA ROSA**, CPF **077.242.649-02**, registrado (a) como **FISIOTERAPIA** sob o número **393314-F**, INSCRITO DESDE **09/01/2024**, encontra-se com a seguinte situação cadastral neste Conselho:

**FISIOTERAPIA - ATIVO DESDE 09/01/2024**

Finalidade: Simples verificação. - Fornecimento gratuito.



A autoria, a autenticidade e a integridade dos documentos e da assinatura foram garantidas por meio de assinatura eletrônica avançada, conforme previsto na Lei nº 14.063/2020 e regulamentada pelo Decreto nº 10.543/2020. A autenticidade pode ser verificada através do QR Code ao lado ou pelo link:

<https://crefito-pr.implanta.net.br/servicosonline/Publico/ValidarDocumentos/>

Chave de autenticidade: **6454b499-0ab0-46a4-a88e-cb999bf466cb**

*Oliver  
Smo*



# CENTRO UNIVERSITÁRIO GUAIRACÁ

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

O Reitor do Centro Universitário Guairacá, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de FISIOTERAPIA, em 02 de dezembro de 2023, e colação de grau em 18 de janeiro de 2024, confere o título de BACHARELA EM FISIOTERAPIA, a

**ANA LUIZA ROSA,**

Brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida em 14 de Maio de 2001, portadora da Carteira de Identidade N.º. 11.045.795-2/II/PR, e outorga-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Guarapuava / PR, 22 de Março de 2024.

*Ana Luiza Rosa*

Ana Luiza Rosa

Graduada

*Juarez Matias Soares*

Reitor



FLS. 636

**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 Ações de FALÊNCIA, CONCORDATA, RECUPERAÇÃO JUDICIAL e EXTRAJUDICIAL sob minha guarda neste cartório, verifiquei NÃO CONSTAR nenhum registro em andamento contra:

**ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA ME**

CNPJ 60.089.131/0001-19, no período compreendido desde 02/01/1991, até a presente data.

GUARAPUAVA/PR, 15 de Abril de 2025

NERY REGIANI DE MACEDO



Certificação

NERY REGIANI DE  
MACEDO:57391726915

Assinado digitalmente  
por NERY REGIANI DE  
MACEDO:57391726915  
Data: 2025.04.16  
18:25:12 -0300

Custas = R\$ 52,69

Página 0001/0001

Qualquer rasura ou entrelinha, tornará nula esta Certidão.

*Oliver  
mo*



MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE — ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 95.684.544/0001-26

RUA JOSE DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP.: 85.230-000 - FONE/FAX: (042) 99841-0495

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Declaramos para os devidos fins e direito, na qualidade de proponente do Credenciamento Nº 002/2025, instaurado pelo Município de Santa Maria do Oeste - Pr, que:

Assumimos inteira responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando- nos a eventuais averiguações que se façam necessárias;

Comprometemo-nos a manter, durante todo o período de vigência do contrato, compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no referido edital;

Temos conhecimento e submetemo-nos ao disposto na Lei nº 8078 – Código de Defesa do Consumidor, bem como, ao edital e anexos do CREDENCIAMENTO Nº 002/2025;

Por ser expressão de verdade, firmamos o presente.

Santa Maria do Oeste, 23 de abril de 2025 .

*Ana Luiza Rosa*

**ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA - CNPJ 60.089.131/0001-19**

**ANA LUIZA ROSA**

*MO  
Gerson  
D*



MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO OESTE — ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 95.684.544/0001-26

RUA JOSE DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP.: 85.230-000 - FONE/FAX: (042) 99841-0495

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO E DE IDONEIDADE**

À PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA DO OESTE - PR  
CREDENCIAMENTO N.º 002/2025

Com vistas à participação no CREDENCIAMENTO em epígrafe e, para todos os fins de direito, DECLARAMOS que até a presente data inexistem fatos impeditivos para nossa participação e habilitação, e estamos cientes da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

DECLARAMOS, ainda, que não fomos declarados inidôneos por nenhum órgão do poder público em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

Santa Maria do Oeste, 23 de abril de 2025.

*Ana Luiza Rosa*

**ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA - CNPJ 60.089.131/0001-19**  
**ANA LUIZA ROSA**

*mo. B. B. B.*



MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE — ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 95.684.544/0001-26

RUA JOSE DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP.: 85.230-000 - FONE/FAX: (042) 99841-0495

FLS. 639

**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO ARTIGO 7º DA  
CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

À PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA DO OESTE - PR  
CREDENCIAMENTO n.º 002/2025

Com vistas à participação CREDENCIAMENTO em epígrafe e, para todos fins de direito, DECLARAMOS que, em cumprimento ao inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal, que não possuímos em nosso quadro funcional menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e, de menores de 16 (dezesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 (quatorze) anos.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

Santa Maria do Oeste, 23 de abril de 2025.

*Ana Luiza Rosa*

**ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA - CNPJ 60.089.131/0001-19**  
**ANA LUIZA ROSA**

*MO  
Oxiom  
A*



PROTOCOLO

Processo: 235 / 2025

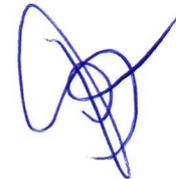
Requerente **ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA** CNPJ: 60.089.131/0001-  
Contato: **ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA - arilsonbecker@yahoo.com.br**  
Telefone: **42 36293608**  
Assunto: **DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO PARA LICITAÇÃO - Versão: 2**  
Descrição: **CRENCIAMENTO Nº 002/225**

Tempo Minimo **1** dias.  
Tempo Maximo **30** dias.

Santa Maria do Oeste, 24 de Abril de 2025.

  
\_\_\_\_\_  
ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA  
Requerente





FLS. 640

PROponente: **ANA LUIZA ROSA FISIOTERAPIA LTDA**

CNPJ: 60.089.131/0001-19

Endereço: RUA ATAIDE DE PAULA, 208 -- SANTO ANTONIO - SANTA MARIA DO OESTE - PR

FONE: (42)99875-9811

EMAIL: aluizarosa12@gmail.com

À Secretaria Municipal de Licitações e Contratos.

Assunto: **INTENÇÃO DE CREDENCIAMENTO N.º 002/2025**



### REQUERIMENTO

PROPONENTE: RA FERREIRA JUNIOR ENFERMAGEM- RJ PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAUDE  
 ENDEREÇO: AVENIDA JOSE IASTRENSKI, CAMPINA DO SIMÃO /PR CEP 85.148-000  
 CNPJ: 59.855.863/0001-93  
 FONE: 42 99970-2533  
 EMAIL: RUIAFJR@GMAIL.COM

À Secretaria Municipal de Licitações e Contratos.  
 Ref.: CREDENCIAMENTO N.º 002/2025

A empresa RA FERREIRA JUNIOR ENFERMAGEM- RJ PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAUDE estabelecida na Rua AVENIDA JOSE IASTRENSKI, CAMPINA DO SIMÃO /PR CEP 85.148-000 inscrita no CNPJ sob o nº 59.855.863/0001-93 , através de seu representante legal Sr. Rui Alves Ferreira Junior, inscrito no CPF nº 07391444995. vem requerer o CREDENCIAMENTO DE EMPRESA RA FERREIRA JUNIOR ENFERMAGEM- RJ PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAUDE , para o qual anexamos os documentos solicitados no referido edital.

1. Os serviços serão prestados pelos seguintes profissionais:

ITEM	PROFISSIONAL	NOME	N.º REGISTRO	CPF
05	Serviço de Fisioterapia	VALDIR NIEDUZIAK JUNIOR	CREFITO 349100-F	107.000579-78
09	Serviço de Psicologia	SABRINA DE MEIRA HUNHOFF	CRP-08/39233	09459241948
07	Serviço de assistente social	SIDNEIA GULANOSKI	CRESS/PR8372	060.085.839-14

2. Declaramos que estamos de pleno acordo com todas as cláusulas estabelecidas no referido Edital.

Atenciosamente,

Santa Maria Do Oeste, 23 de abril de 2025.

*Rui Alves Ferreira Junior*

RUI ALVES FERREIRA JUNIOR

RA FERREIRA JUNIOR ENFERMAGEM- RJ PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAUDE  
 CNPJ 59.855.863/0001-93

*Alves  
mo*



DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO ARTIGO 7º DA  
CONSTITUIÇÃO FEDERAL

À PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA DO OESTE - PR  
CREDENCIAMENTO n.º 002/2025

Com vistas à participação CREDENCIAMENTO em epígrafe e, para todos fins de direito, DECLARAMOS que, em cumprimento ao inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal, que não possuímos em nosso quadro funcional menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e, de menores de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 (quatorze) anos.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

Santa Maria Do Oeste, 23 de abril de 2025.

*Rui Alves Ferreira Junior*  
RUI ALVES FERREIRA JUNIOR

RA FERREIRA JUNIOR ENFERMAGEM- RJ PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAUDE  
CNPJ 59.855.863/0001-93

*Blion  
Mo*



## CERTIDÃO SIMPLIFICADA

### Sistema Nacional de Registro de Empresas Mercantis - SINREM

Certificamos que as informações abaixo constam dos documentos arquivados nesta Junta Comercial e são vigentes na data da sua expedição.

<b>Nome Empresarial:</b> R A FERREIRA JUNIOR ENFERMAGEN			<b>Protocolo:</b> PRC2501493615
<b>NIRE :</b> 41109235952 <b>Natureza Jurídica:</b> Empresário (Individual)			
<b>NIRE (Sede)</b> 41109235952	<b>CNPJ</b> 59.855.863/0001-93	<b>Arquivamento do Ato de Inscrição</b> 12/03/2025	<b>Início de Atividade</b> 12/03/2025
<b>Endereço Completo</b> Avenida JOSE IASTRENSKI, Nº 543, SALA 1,, CENTRO-Campina do Simão/PR- CEP85148-000			
<b>Objeto</b> Serviços de enfermagem realizados por enfermeiros legalmente habilitados e também exercidos de forma independente; Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia; Atividades de profissionais da nutrição; psicologia e psicanálise; fisioterapia; Atividades de terapia ocupacional; fonoaudiologia; Atividades de assistência social prestadas em residências coletivas e particulares; Serviços de assistência social sem alojamento; Atividades de farmacêutico.			
<b>Capital</b> R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais)			<b>Porte</b> ME (Microempresa)
<b>Último Arquivamento</b>			<b>Situação</b> ATIVA
<b>Data</b> 12/03/2025	<b>Número</b> 20251232239	<b>Ato/eventos</b> 080 / 315 - ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA	<b>Status</b> SEM STATUS
<b>Nome do Empresário:</b> RUI ALVES FERREIRA JUNIOR			
<b>Identidade:</b> 06525063890		<b>CPF:</b> 073.914.449-95	
<b>Estado civil:</b> SOLTEIRO(A)		<b>Regime de bens:</b> NÃO INFORMADO	

Esta certidão foi emitida automaticamente em 11/04/2025, às 14:09:37 (horário de Brasília).

Se impressa, verificar sua autenticidade no <https://www.empresafacil.pr.gov.br>, com o código **XSLXKA3**.

Em caso de divergência de dados, solicitar a correção através do "Fale Conosco" (<https://www.juntacomercial.pr.gov.br/webservices/jucepar/faleconosco>) no prazo de 30 dias da emissão deste documento.

LEANDRO MARCOS RAYSEL BISCAIA  
 Secretário(a) Geral

*Blione*  
 1 de 1  
*mc*

## INSTRUMENTO DE INSCRIÇÃO DE EMPRESARIO INDIVIDUAL R A FERREIRA JUNIOR ENFERMAGEN

Pelo presente instrumento particular de Ato Constitutivo:

**RUI ALVES FERREIRA JUNIOR**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ENFERMEIRO, nascido(a) em 15/03/1997, nº do CPF 073.914.449-95, residente e domiciliado na cidade de Campina do Simão - PR, na RUA JOSE IASTRENSKI, nº 543, SALA 1, CENTRO, CEP: 85148-000.

Resolve constituir como empresário individual, mediante as seguintes cláusulas (art. 968, I, CC):

### CLÁUSULA I - DO NOME EMPRESARIAL

O Empresário Individual adotará como nome empresarial: **R A FERREIRA JUNIOR ENFERMAGEN**, e usará a expressão RJ Prestação de Serviços em Saúde como nome fantasia.

### CLÁUSULA II - DO CAPITAL

O capital destacado em moeda corrente é de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais).

### CLÁUSULA III - DA SEDE

O Empresário Individual terá sua sede no seguinte endereço: AVENIDA JOSE IASTRENSKI, nº 543, SALA 1, CENTRO, Campina do Simão - PR, CEP: 85148000.

### CLÁUSULA IV - DO OBJETO

O Empresário Individual terá por objeto o exercício das seguintes atividades econômicas: SERVIÇOS DE ENFERMAGEM REALIZADOS POR ENFERMEIROS LEGALMENTE HABILITADOS E TAMBÉM EXERCIDOS DE FORMA INDEPENDENTE; SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM COM USO DE RADIAÇÃO IONIZANTE, EXCETO TOMOGRAFIA; ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA NUTRIÇÃO; PSICOLOGIA E PSICANÁLISE; FISIOTERAPIA; ATIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL; FONOAUDIOLÓGIA; ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL PRESTADAS EM RESIDÊNCIAS COLETIVAS E PARTICULARES; SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL SEM ALOJAMENTO; ATIVIDADES DE FARMACÊUTICO.

**Parágrafo único.** Em estabelecimento eleito como Sede (Matriz) será(ão) exercida(s) a(s) atividade(s) de SERVIÇOS DE ENFERMAGEM REALIZADOS POR ENFERMEIROS LEGALMENTE HABILITADOS E TAMBÉM EXERCIDOS DE FORMA INDEPENDENTE; SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM COM USO DE RADIAÇÃO IONIZANTE, EXCETO TOMOGRAFIA; ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA NUTRIÇÃO; PSICOLOGIA E PSICANÁLISE; FISIOTERAPIA; ATIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL; FONOAUDIOLÓGIA; ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL PRESTADAS EM RESIDÊNCIAS COLETIVAS E PARTICULARES; SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL SEM ALOJAMENTO; ATIVIDADES DE FARMACÊUTICO..

E exercerá as seguintes atividades:

- CNAE Nº 8650-0/01 - Atividades de enfermagem
- CNAE Nº 8640-2/05 - Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia
- CNAE Nº 8650-0/02 - Atividades de profissionais da nutrição
- CNAE Nº 8650-0/03 - Atividades de psicologia e psicanálise
- CNAE Nº 8650-0/04 - Atividades de fisioterapia
- CNAE Nº 8650-0/05 - Atividades de terapia ocupacional
- CNAE Nº 8650-0/06 - Atividades de fonoaudiologia
- CNAE Nº 8650-0/99 - Atividades de profissionais da área de saúde não especificadas anteriormente
- CNAE Nº 8730-1/99 - Atividades de assistência social prestadas em residências coletivas e particulares não especificadas anteriormente
- CNAE Nº 8800-6/00 - Serviços de assistência social sem alojamento

### CLÁUSULA V - DECLARAÇÃO DE DESIMPEDIMENTO

O empresário declara, sob as penas da lei, inclusive que são verídicas todas as informações prestadas neste instrumento e quanto ao disposto no artigo 299 do Código Penal, não estar impedido de exercer atividade empresária e não possuir outro registro como Empresário Individual no País.

### CLÁUSULA VI - DO INÍCIO DAS ATIVIDADES E PRAZO DE DURAÇÃO

A Empresa iniciará suas atividades em 12/03/2025 e seu prazo de duração será por tempo indeterminado.

*Rui Alves Ferreira Junior*  
*mo*

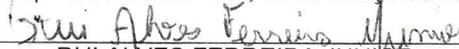
**INSTRUMENTO DE INSCRIÇÃO DE EMPRESARIO INDIVIDUAL**  
**R A FERREIRA JUNIOR ENFERMAGEN**

**CLAUSULA VII - PORTE EMPRESARIAL**

O empresário declara que a empresa 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)

E, por estar assim constituído, assino o presente instrumento.

Campina do Simão - PR, 12 de março de 2025



RUI ALVES FERREIRA JUNIOR  
Empresário





MINISTÉRIO DA ECONOMIA  
Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital  
Secretaria de Governo Digital  
Departamento Nacional de Registro Empresarial e Integração

FLS. 647

Página 3 de 3

## ASSINATURA ELETRÔNICA

Certificamos que o ato da empresa R A FERREIRA JUNIOR ENFERMAGEN consta assinado digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)	
CPF/CNPJ	Nome
07391444995	RUI ALVES FERREIRA JUNIOR



CERTIFICO O REGISTRO EM 12/03/2025 09:42 SOB Nº 41109235952.  
PROTOCOLO: 251232239 DE 12/03/2025.  
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 12504221540. CNPJ DA SEDE: 59855863000193.  
NIRE: 41109235952. COM EFEITOS DO REGISTRO EM: 12/03/2025.  
R A FERREIRA JUNIOR ENFERMAGEN

FRANCO MORGES RAYCEL BISCATA

*Handwritten signature and initials*

## Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Cidadão,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

A informação sobre o porte que consta neste comprovante é a declarada pelo contribuinte.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
<small>NUMERO DE INSCRIÇÃO</small> 59.855.863/0001-93 <small>MATRIZ</small>	<small>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</small>		<small>DATA DE ABERTURA</small> 12/03/2025
<small>NOME EMPRESARIAL</small> R A FERREIRA JUNIOR ENFERMAGEN			
<small>TITULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)</small> RJ PRESTACAO DE SERVICOS EM SAUDE			<small>PORTE</small> ME
<small>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL</small> 86.50-0-01 - Atividades de enfermagem			
<small>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS</small> 86.40-2-05 - Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia 86.50-0-02 - Atividades de profissionais da nutrição 86.50-0-03 - Atividades de psicologia e psicanálise 86.50-0-04 - Atividades de fisioterapia 86.50-0-05 - Atividades de terapia ocupacional 86.50-0-06 - Atividades de fonoaudiologia 86.50-0-99 - Atividades de profissionais da área de saúde não especificadas anteriormente 87.30-1-99 - Atividades de assistência social prestadas em residências coletivas e particulares não especificadas anteriormente 88.00-6-00 - Serviços de assistência social sem alojamento			
<small>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA</small> 213-5 - Empresário (Individual)			
<small>LOGRADOURO</small> AV JOSE IASTRENSKI		<small>NUMERO</small> 543	<small>COMPLEMENTO</small> SALA 1
<small>CEP</small> 85.148-000	<small>BAIRRO/DISTRITO</small> CENTRO	<small>MUNICIPIO</small> CAMPINA DO SIMAO	<small>UF</small> PR
<small>ENDEREÇO ELETRÔNICO</small> RUIAFJR15@GMAIL.COM		<small>TELEFONE</small> (42) 9970-2533/ (0000) 0000-0000	
<small>ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)</small> *****			
<small>SITUAÇÃO CADASTRAL</small> ATIVA		<small>DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL</small> 12/03/2025	
<small>MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL</small> *****			
<small>SITUAÇÃO ESPECIAL</small> *****		<small>DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL</small> *****	

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

Emitido no dia 23/04/2025 às 19:07:50 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

A RFB agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).

*J. Blum  
ME*



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

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

**Nome: R A FERREIRA JUNIOR ENFERMAGEN**  
**CNPJ: 59.855.863/0001-93**

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

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

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

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

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

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.  
Emitida às 19:39:15 do dia 23/04/2025 <hora e data de Brasília>.  
Válida até 20/10/2025.

Código de controle da certidão: **711E.CB94.4F7A.1711**  
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

*S. Oliveira*  
*mu*



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

FLS. 650

**Certidão Negativa**  
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual  
Nº 036650206-40

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: 59.855.863/0001-93  
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 21/08/2025 - Fornecimento Gratuito**

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via Internet  
[www.fazenda.pr.gov.br](http://www.fazenda.pr.gov.br)

*Blom  
mo*

MUNICÍPIO DE CAMPINA DO SIMÃO

ESTADO DO PARANÁ

CERTIDÃO NEGATIVA 25/2025

IMPORTANTE:

FICA RESSALVADO O DIREITO DA FAZENDA MUNICIPAL COBRAR DÉBITOS CONSTATADOS POSTERIORMENTE MESMO REFERENTE AO PERÍODO COMPREENDIDO NESTA CERTIDÃO.

Certificamos que até a presente data não existe débito tributário vencido relativo a empresa com a Localização descrita abaixo.

VALIDADE: 11/06/2025

CÓD. AUTENTICAÇÃO: TTTXEJX2QETXC4XX2QSM

REQUERENTE:

PROTOCOLO:

FINALIDADE: CADASTRO EM EMPRESAS E/OU ÓRGÃOS PÚBLICOS

RAZÃO SOCIAL: R A FERREIRA JUNIOR ENFERMAGEN

INSCRIÇÃO EMPRESA	CNPJ/CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	ALVARÁ
2887	59.855.863/0001-93		231

ENDEREÇO

AV JOSE IASTRENSKI, 543 - CENTRO - SALA 1 Campina do Simão - PR CEP: 85148000

ATIVIDADES

Atividades de enfermagem

Observações:

Campina do Simão, 13 de Março de 2025

*Rui Alves Ferreira*

Emitido por: RUI ALVES FERREIRA

*Campina do Simão*  
Página 1 de 1

Voltar

Imprimir



## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 59.855.863/0001-93  
**Razão Social:** R A FERREIRA JUNIOR ENFERMAGEN  
**Endereço:** AV JOSE IASTRENSKI / CENTRO / CAMPINA DO SIMAO / PR / 85148-000

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

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

**Validade:** 06/04/2025 a 05/05/2025

**Certificação Número:** 2025040601316397774239

Informação obtida em 23/04/2025 19:41:14

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**

Voltar

Imprimir



### Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 59.855.863/0001-93  
**Razão Social:** R A FERREIRA JUNIOR ENFERMAGEN  
**Endereço:** AV JOSE IASTRENSKI / CENTRO / CAMPINA DO SIMAO / PR / 85148-000

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

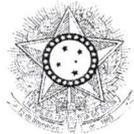
O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

**Validade:** 25/04/2025 a 24/05/2025

**Certificação Número:** 2025042505436397774250

Informação obtida em 12/05/2025 09:44:09

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: R A FERREIRA JUNIOR ENFERMAGEN (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 59.855.863/0001-93

Certidão nº: 22556028/2025

Expedição: 23/04/2025, às 19:41:38

Validade: 20/10/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **R A FERREIRA JUNIOR ENFERMAGEN (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **59.855.863/0001-93**, **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.

*[Assinatura]*  
mo

# ORGANIZAÇÃO CONTABIL CENTRO OESTE LTDA

Av. João Ferreira Neves, 3099, centro, Campina do Simão-PR.

CNPJ 04.890.552/0001-73

42-3634-1288

9 9989-3970

## DECLARAÇÃO DE INÍCIO DE ATIVIDADE

Eu JOÃO PAULO ZOLET, brasileiro, portador do CPF nº 026.771.409-26 e inscrito no Conselho Regional de Contabilidade do Estado do Paraná sob nº 045278/O-7, Contador da empresa R A FERREIRA JUNIOR ENFERMAGEN, inscrita no CNPJ nº 59.855.863/0001-93 com sede na Av. José lastrenski, 543, sala 01, centro, Município de Campina do Simão-PR. CEP 85148-000. DECLARO sob as penas da Lei e a quem possa interessar que a empresa citada foi constituída na data de **12 de março de 2025**, sob registro na Junta Comercial do Paraná NIRE nº 41109235952, tendo como início das suas atividades a citada.

E por ser a expressão da verdade firmo a presente Declaração para que surta seus efeitos legais.

Campina do Simão, Estado do Paraná, 24 de abril de 2025.

JOAO PAULO  
ZOLET:0267714  
0926

Assinado de forma digital  
por JOAO PAULO  
ZOLET:02677140926  
Dados: 2025.04.24 08:51:35  
-03'00'

JOÃO PAULO ZOLET  
Contador

*Handwritten signature and initials in blue ink.*

# R A FERREIRA JUNIOR ENFERMAGEN

AV JOSE IASTRENSKI, 543, SALA 01, CENTRO, CEP 85.148-000

CAMPINA DO SIMÃO – PR.

FONE: 42 - 99970-2533

CNPJ: 59.855.863/0001-93

## DECLARAÇÃO DE INÍCIO DE ATIVIDADE

Eu RUI ALVES FERREIRA JUNIOR, brasileiro, empresário, portador do CPF nº 073.914.449-95, Administrador e responsável legal da empresa R A FERREIRA JUNIOR ENFERMAGEN, inscrita no CNPJ nº 59.855.863/0001-93 com sede na Av. José Iastrenski, 543, sala 01, centro, Município de Campina do Simão-PR. CEP 85148-000. DECLARO sob as penas da Lei e a quem possa interessar que a minha empresa foi constituída na data de 12 de março de 2025, sob registro na Junta Comercial do Paraná NIRE nº 41109235952, tendo como início das suas atividades a citada.

E por ser a expressão da verdade firmo a presente Declaração para que surta seus efeitos legais.

Campina do Simão, Estado do Paraná, 24 de abril de 2025.

  
RUI ALVES FERREIRA JUNIOR  
Empresário/Adm

 *Elson*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA  
SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO



CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

2 e 1 NOME E SOBRENOME  
SIDNEIA GULANOSKI

1ª HABILITAÇÃO  
22/11/2016

3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO  
25/09/1988 PITANGA/PR

4a DATA EMISSÃO  
21/03/2023

4b VALIDADE  
21/03/2033

ACC

D

4c DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
9765361-5 SESP PR

4d CPF  
060.085.839-14

5 Nº REGISTRO  
06744589506

9 CAT. HAB.  
B

NACIONALIDADE  
BRASILEIRO

FILIAÇÃO  
JOSE SIDNEY GULANOSKI

MARILDA TOMEN



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
2567348769

	9	10	11	12
ACC				
A				
A1				
B				
B1			21/03/2023	
C				
C1				

	9	10	11	12
D				
D1				
BE				
CE				
C1E				
DE				
D1E				

12 OBSERVAÇÕES

LOCAL  
CURITIBA, PR

ADRIANO MARCOS FURTADO  
DIRETOR PRESIDENTE - PR

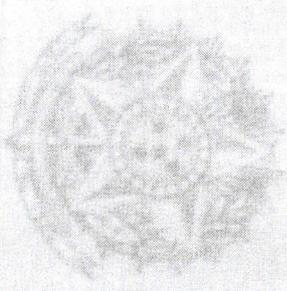
ASSINATURA DO EMISSOR

66361785605  
PR923259480

PARANÁ

567348769

*Handwritten signature*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL  
GRESS 11ª REGIÃO-ESTADO PR

CARTERA DE IDENTIDADE

VIA 1ª

REGISTRO Nº 8372

DATA DA INSCRIÇÃO 12.09.2011

SIDNEIA GULANOSKI

Mãe José Sidney Gulanoski e Maria da Tomem

NACIONALIDADE BRASILEIRA

NATURAL DE PIANGÁ/PR

NASCIMTO 25/9/1988

TIPO SANGÜINEO

RH

ASSISTENTE SOCIAL

TÍTULO PROFISSIONAL

12.09.2011

*Sidneia Gulanoski*  
SIDNEIA GULANOSKI

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

*Sidneia Gulanoski*





DIPLOMADO EM

31/5/2010

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PELA

UCP - FACULDADES DO  
CENTRO DO PARANÁ

CPF

060.085.839-14

RG

9.765.361-5/PR

TÍTULO ELEITORAL

0089861150698

Vale como documento de  
identidade e tem fe pública  
(art. 17 da Lei nº 8.662/93 e  
Lei nº 6.206/75).

POLEGAR  
DIREITO

*Alcione Gulowski*

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL



57  
2021

*Alcione Gulowski*

# Diploma de Serviço Social

A Diretora da Faculdade de Ensino Superior do Centro do Paraná, no uso de suas atribuições, e tendo em vista a conclusão do Curso de Serviço Social em 05 de fevereiro de 2010, confere o título de Bacharel em Serviço Social, a

*Sidnéia Gulanoski*

de nacionalidade Brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida a 25 de setembro de 1988, portadora da carteira de identidade de n.º 9.765.361 5, expedida pelo Instituto de Identificação do Paraná, e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Pitanga, 31 de maio de 2010

*Guzana Bertolini*  
Guzana Bertolini  
Secretária Geral

*Sidnéia Gulanoski*  
Sidnéia Gulanoski  
Diplomada

*Jane S. Silva*  
Professora Jane Silva  
Diretora Geral

*me*

*S*

CURSO DE SERVIÇO SOCIAL RECONHECIDO PELA PORTARIA  
N.º 822, de 13/11/2008, PUBLICADA NO D.O.U. DE 14/11/2008.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE  
UNICENTRO

DIVISÃO DE REGISTRO E EXPEDIÇÃO DE DIPLOMAS

Diploma registrado sob n.º 17.410, Livro 011, Fls. 052  
Processo 65, de 26/07/2010, de acordo com o disposto no artigo  
48, § 1º da Lei 9.394, de 20/12/1996, e nos termos do artigo 2º,  
da Portaria n.º 71-DAU/MEC, de 21/10/1977.

Guarapuava, 13 de agosto de 2010.

Profª Márcia Tepezinha Tembíl,  
Pró-Reitora de Ensino.

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

mo



Conselho Regional de Serviço Social - 11ª Região

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL - 11ª REGIÃO**  
**CERTIDÃO DE REGULARIDADE PROFISSIONAL**

Certificamos a quem possa interessar, que o(a) **ASSISTENTE SOCIAL SIDNEIA GULANOSKI**, portador(a) do CPF nº 060.085.839-14, possui Registro ATIVA neste CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL - 11ª REGIÃO sob o nº 8372 concedido em 12/09/2011. Certificamos que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários referentes a anuidades e taxas administradas por esta Autarquia Federal, estando deste modo **em dia com suas obrigações** perante o Conselho Regional de Serviço Social 11ª Região, podendo, portanto, gozar de todas as prerrogativas que a Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993 lhes confere.

Esta declaração é válida por 30 (trinta) dias, contados da data de sua expedição.

Certidão válida por 30 dias.

Curitiba/PR, segunda-feira, 12 de maio de 2025.

**Conselho Regional de Serviço Social 11ª Região PR**

**Emissão: 12/05/2025 - 15:21:13**

**Validade: 11/06/2025**

**Código de controle da certidão: 252709**





**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL - 11ª REGIÃO**  
**DECLARAÇÃO DE HABILITAÇÃO**

Declaramos que o(a) assistente social **SIDNEIA GULANOSKI**, inscrito/a no CPF sob o nº **060.085.839-14**, encontra-se inscrito(a) neste Conselho Regional de Serviço Social da 11ª Região PR, sob o nº **8372** desde **12/09/2011**, nos termos da Lei nº 8.662/93, estando com sua inscrição **ATIVA**.

Esta declaração é válida por 60 (sessenta) dias, contados da data de sua expedição.

Obs.: Este documento não possui efeitos para comprovação de existência ou não de débitos e/ou parcelamentos junto ao CRESS/PR.

Curitiba, PR.

CRESS 11ª Região

**Emissão: 12/05/2025 - 15:21:40**

**Validade: 11/07/2025**

**Código de controle da certidão: 252710**



FLS. 665



# CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO

RUA PADRE GERMANO MAYER 2272 - CEP 80.040-170 - Curitiba / PR - Fone (41) 3264-8097

## DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

Nº 0adeb529-8847-479d-8358-e9b92d8264cb

Jurisdição: PR

Declaramos para os devidos fins que o (a) profissional **VALDIR NIEDUZIAK JUNIOR**, CPF **107.000.579-78**, registrado (a) como **FISIOTERAPIA** sob o número **349100-F**, INSCRITO DESDE **08/03/2022**, encontra-se com a seguinte situação cadastral neste Conselho:

**FISIOTERAPIA - ATIVO DESDE 11/03/2022**

Finalidade: Simples verificação. - Fornecimento gratuito.



A autoria, a autenticidade e a integridade dos documentos e da assinatura foram garantidas por meio de assinatura eletrônica avançada, conforme previsto na Lei nº 14.063/2020 e regulamentada pelo Decreto nº 10.543/2020. A autenticidade pode ser verificada através do QR Code ao lado ou pelo link:

<https://crefito-pr.implanta.net.br/servicosonline/Publico/ValidarDocumentos/>

Chave de autenticidade: **0adeb529-8847-479d-8358-e9b92d8264cb**

Bevan S  
mo

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO

FISIOTERAPEUTA

INSCRIÇÃO CREFITO - 349100-F

NOME  
DR. VALDIR NIEDUZIAK JUNIOR

FILIAÇÃO  
VALDIR NIEDUZIAK  
VALDIRENE DA SILVA

LOCAL DO NASCIMENTO (CIDADE - ESTADO OU PAÍS)  
GONDOERÉ-PR 12/07/1998  
DATA DO NASCIMENTO

LOCAL DA EMISSÃO  
CURITIBA-PR 10/03/2022  
DATA DE EMISSÃO

LEI Nº 6.206 - 07.05.75  
LEI Nº 6.318 - 17.12.75

*Patricia Rossella Branco*  
PRESIDENTE

IDENTIDADE CIVIL

13.029.957-1

24/05/2010  
DATA DE EMISSÃO

NÚMERO IDENTIDADE ELEITORAL

146398640671

PR038

10700057978  
CPF

NÚMERO QUALIFICAÇÕES PROFISSIONAIS  
(Nas áreas de Fisioterapia e ou Terapia Ocupacional)

*Goldson Nieduziak Junior*  
ASSINATURA DO PORTADOR

SSP/PR

ÓRGÃO EMITENTE  
IDENTIDADE DO CONTRIBUINTE

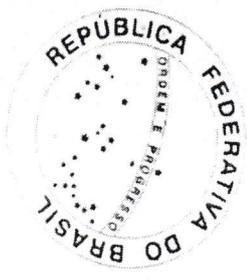
CONTROLE



POLEGAR DIREITO



*Blom  
ma*



# CENTRO UNIVERSITÁRIO GUAIRACÁ

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

O Reitor do Centro Universitário Guairacá, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de FISIOTERAPIA, em 05 de dezembro de 2020, e colação de grau em 26 de janeiro de 2021, confere o título de BACHAREL em FISIOTERAPIA, a

## VALDIR NIEDUZIAK JUNIOR,

brasileiro, natural do Estado do Paraná, nascido em 12 de julho de 1998, portador da Carteira de Identidade N.º 13.029.957-1/PR, e outorga-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Guarapuava-PR, 05 de março de 2021.

*Valdir Nieduziak Junior*  
Valdir Nieduziak Junior  
Graduado

Prof. Ms. Juarez Matias Soares  
Reitor



*Elaborado em*