

**CONTINUAÇÃO DO 1º ADITIVO AO CONTRATO SOCIAL DA SOCIEDADE  
LIMITADA  
“PHYSIOCLÍNICA-CLÍNICA DE FISIOTERAPIA LTDA ME”**

**QUARTA CLÁUSULA-** A partir desta data a Administração da sociedade será de competência única e exclusiva da sócia **JAMILLY RIBEIRO DUARTE** que assinará pela mesma e terá poderes e atribuições de Administradora com a devida autorização do uso do nome empresarial, vedado no entanto em atividades e negócios estranhos aos interesses sociais, ou assumir obrigações seja em favor de qualquer dos cotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens e imóveis da sociedade sem autorização do outro sócio, podendo representar a sociedade ativa e passivamente em juízo, ou fora dele; abrir e movimentar, manter e encerrar contas bancárias, endossar e assinar cheques, ordens de pagamento e quaisquer documentos relativos a tais contas.

**QUINTA CLÁUSULA-** Ambos os sócios poderão ter direito a uma retirada mensal a título de Pró-Labore que será fixada anualmente com o limite de acordo com a legislação do Imposto de Renda em vigor.

**SEXTA CLÁUSULA-** A Administradora declara sob as penas da lei, de que não está impedida de exercer a administração da sociedade, 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. (art. 1.011, § 1º, CC/2002)

**SÉTIMA CLÁUSULA-** Ratifica n todas as demais cláusulas do contrato constitutivo não modificadas por este instrumento.

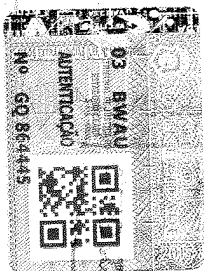
E por estarem assim justos e contratados assinam o presente instrumento em quatro(4) vias de igual teor como segue abaixo:

SOBRAL(CE), 06 de Abril de 2015.

*Flavio Marques Damasceno*  
.....  
**FLAVIO MARQUES DAMASCENO**

*Jamilly Ribeiro Duarte*  
.....  
**JAMILLY RIBEIRO DUARTE**

*Francisco Alex Fernandes Pontes*  
.....  
**FRANCISCO ALEX FERNANDES PONTES**



*23/11/2015*  
*for*  
*Kran - [illegible]*



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SEDE

CERTIFICADO O REGISTRO EM: 21/05/2015

SOE Nº: 20150502001

Protocolo: 15/050200-1, DE 05/05/2015

Empresa: 20.2 0161988 1  
PHYSIOCLÍNICA-CLÍNICA DE  
FISIOTERAPIA LTDA - ME

*Haroldo Fernandes Moreira*  
**HAROLDO FERNANDES MOREIRA**  
SECRETARIO-GERAL

117

22.10



**1º ADITIVO AO CONTRATO SOCIAL DA SOCIEDADE  
LIMITADA**

23-11-2015  
**"PHYSIOCLÍNICA-CLÍNICA DE FISIOTERAPIA LTDA ME"**

**FLAVIO MARQUES DAMASCENO**, brasileiro, solteiro, natural de Sobral-CE, nascido em 29/12/1988, Fisioterapeuta, inscrito no CPF sob nº 030.482.703-70 e Cédula de Identidade sob nº 2004031004680 expedida pela SSPDC-CE, residente e domiciliado na cidade de Mucambo-CE, à Rua Manoel Magalhães, 342, Centro, com CEP: 62170-000; **JAMILLY RIBEIRO DUARTE**, brasileira, solteira, natural de Mucambo-CE, nascida em 05/01/1990, Fisioterapeuta, inscrita no CPF sob nº 037.787.783-23 e Cédula de Identidade sob nº 2004098062984 expedida pela SSPDS-CE, residente e domiciliada na cidade de Mucambo-CE, à Rua Monsenhor Melo, 835, Centro, com CEP: 62170-000 e **FRANCISCO ALEX FERNANDES PONTES**, brasileiro, solteiro, natural de Sobral-CE, nascida em 25/12/1982, Fisioterapeuta, inscrito no CPF sob nº 967.168.943-49 e Cédula de Identidade sob nº 99031049752 expedida pela SSPDS-CE, residente e domiciliado na cidade de Sobral-CE, à Av. Joaquim Cialdino, s/n, Rafael Arruda, com CEP: 62113-000 únicos cotistas da Sociedade Limitada "**PHYSIOCLÍNICA-CLÍNICA DE FISIOTERAPIA LTDA ME**" inscrita no CNPJ sob nº 20.431.816/0001-87 e localizada na Rua Ildebrando Porteira, s/n, Rafael Arruda, em Sobral-CE, com CEP: 62113-000, devidamente registrada na MM. JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ, sob nº 23201619881 por despacho de 11/06/2014, com o presente, resolvem de comum acordo aditar referido instrumento e o fazem nas seguintes condições:

**PRIMEIRA CLÁUSULA**- A partir desta data retira-se da sociedade o Sr. **FLÁVIO MARQUES DAMASCENO**, que dá neste ato, plena e geral quitação aos sócios remanescentes e a sociedade, transferindo por vendas todas as suas quotas de Capital no valor de **RS 6.680,00**(Seis mil, seiscentos e oitenta reais) para a sócia **JAMILLY RIBEIRO DUARTE**.

**SEGUNDA CLÁUSULA**- A partir desta data o Capital da sociedade continuará sendo de **RS 20.000,00**(Vinte mil reais), divididos em 20.000(vinte mil) quotas de valor nominal de **RS 1,00**(Um real), totalmente integralizadas em moeda corrente do País, distribuídas entre os sócios remanescentes da seguinte maneira:

- A Sócia **JAMILLY RIBEIRO DUARTE**, cabem 13.340 quotas, perfazendo a quantia de **RS 13.340,00**(Treze mil, trezentos e quarenta reais) do capital social.
- A Sócio **FRANCISCO ALEX FERNANDES PONTES**, cabem 6.660 quotas, perfazendo a quantia de **RS 6.660,00**(Seis mil, seiscentos e sessenta reais) do capital social.

**TERCEIRA CLÁUSULA**- Nos termos do art. 1.052 do Código Civil(Lei nº 10.406/2002), a responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas.

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 9ª REGIÃO  
FISIOTERAPEUTA

**JAMILLY RIBEIRO DUARTE**  
NOME

**JOSE MAURICIO FREIRE DUARTE**  
FILIAÇÃO

**CELLIMA RIBEIRO DUATE**  
MUCAMBO CE  
LOCAL DO NASCIMENTO (Cidade - Estado ou País)

**FORTALEZA - CE**  
LOCAL DA EMISSÃO

**LEI Nº 6.206 - 7.5.75**  
**LEI Nº 6.316 - 17.12.75**  
PRESIDENTE(A)

INSCRIÇÃO: CREFITO 189069-F

DATA DO NASCIMENTO: 06/03/2014  
DATA DA EMISSÃO

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL


IDENTIDADE CIVIL  
**2004098062984** DATA DE EMISSÃO **30/04/2004**  
NÚMERO **SSP-CE** ORGÃO EMITENTE

IDENTIDADE ELEITORAL:  
**069259260779** **CE** **87**  
NÚMERO CIRCUNSCRIÇÃO ZONA

IDENTIDADE DE CONTRIBUINTE:  
**037787783** **23**  
INSCRIÇÃO DO CIC DO DO MF CONTROLE

Outras qualificações profissionais

*Jamilly Ribeiro Duarte*  
ASSINATURA DO PORTADOR

  
POLEGAR DIREITO

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

*[Signature]*  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL  
Reconheço que a cópia xerográfica  
está de acordo com o original

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CENSO 20040988062984 DATA DE EMISSÃO 30/4/2004

NOME JAMILLY RIBEIRO DUARTE

PLACADO JOSE MAURICIO FREIRE DUARTE E C  
ELI LIMA RIBEIRO DUARTE


NATURALIDADE MUCAMBO-CE DATA DE NASCIMENTO 5/1/1990

DPO ORIGEM CENSO NASC. 9031 L A-28 F

CPF 156 MUCAMBO-CE

FORTELEZA CE

LE Nº 7.116 DE 29/09/63




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



CARTEIRA DE IDENTIDADE

Jamilly Ribeiro Duarte

*MP*

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL

Reconheço que a cópia xerográfica  
está de acordo com o original

002321

Nº de Inscrição:

51865670



## DADOS DO CLIENTE

Nome: CELI LIMA RIBEIRO  
 End. Leitura: RU MON MELO, 603. CENTRO  
 Cidade: MUCAMBO CEP: 62.170-000  
 End. Entrega: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Local: 098 Setor: 001 Quadra: 097 Lote: 0252 Comp: 0000  
 Subsetor: \_\_\_\_\_ Subquadra: \_\_\_\_\_

UN-BSI - MUCAMBO

## ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m <sup>3</sup> )	Média Semestral(m <sup>3</sup> )
AGUA	A15F155218	434	445	11	14

## DATAS

Leitura Atual: 08/09/2017 Emissão: 19/09/2017 Lacre Água: A15F155218  
 Leitura Anterior: 07/08/2017 Próxima Leitura: 8/10/2017 Lacre Esgoto: \_\_\_\_\_

## QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	17	17	10	17	17
Analisadas	17	17	17	17	17
Em conformidade	16	17	12	17	17

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE, ÁGUA TRATADA E SAÚDE.  
 RELATORIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m <sup>3</sup> )	Esgoto (m <sup>3</sup> )
AGUA	35,69		0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
		08/2016	28	0
		09/2016	21	0
		08/2017	15	0

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,34
COFINS	1,70

## SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
Valor do Serviço	42,57
Subsídio(-)	6,88
Total de Serviço	35,69

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
09/2017	06/10/2017	35,69

Atenção: Este boleto é emitido em nome da Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados de Saneamento Básico do Estado do Ceará - ARCE. O pagamento deve ser feito diretamente para a ARCE, não sendo possível o pagamento para a Cagece. O valor do boleto é referente ao mês de setembro de 2017.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Para mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas horas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na Ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria Estadual: 155. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br)


Entidades Reguladoras Potenciais: ACFOR - Agência de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 265 1919 - Diárias Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838

IMP. FAT. CLIENTE, 201709, 24 FIC

## Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

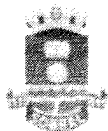
Contribuinte,

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

	
<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b>	
<b>CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</b>	
NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>20.431.816/0001-87</b> MATRIZ	DATA DE ABERTURA <b>11/06/2014</b>
NOME EMPRESARIAL <b>PHYSIOCLINICA-CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA - ME</b>	
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) <b>PHYSIOCLINICA</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>Não informada</b>	
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>206-2 - Sociedade Empresária Limitada</b>	
LOGRADOURO <b>R ILDEBRANDO PORTELA</b>	NÚMERO SN
CEP <b>62.113-000</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>RAFAEL ARRUDA</b>
ENDEREÇO ELETRÔNICO	MUNICÍPIO <b>SOBRAL</b>
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****	UF <b>CE</b>
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>	TELEFONE <b>(88) 3611-2553</b>
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>11/06/2014</b>
SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

[http://www.receita.fazenda.gov.br/pessoajuridica/cnpj/cnpjreva/cnpjreva\\_solicitacao.asp](http://www.receita.fazenda.gov.br/pessoajuridica/cnpj/cnpjreva/cnpjreva_solicitacao.asp)



PREFEITURA DE  
**SOBRAL**  
Secretaria do Orçamento e Finanças

**Certidão Negativa de Débitos Municipais**  
**Nº 20178944**

IDENTIFICAÇÃO DO(A) REQUERENTE

CPF / CNPJ :

20431816000187

NOME COMPLETO / RAZÃO SOCIAL:

PHYSIOCLINICA-CLÍNICA DE FISIOTERAPIA LTDA ME

RESSALVADO O DIREITO DA FAZENDA MUNICIPAL DE INSCREVER E COBRAR AS DÍVIDAS QUE VENHAM A SER APURADAS, CERTIFICO, PARA FINS DE DIREITO, QUE, REVENDO OS REGISTROS DO CADASTRO DE INADIMPLENTES DA FAZENDA PÚBLICA MUNICIPAL, VERIFICOU-SE NADA EXISTIR EM NOME DO REQUERENTE ACIMA IDENTIFICADO ATÉ A PRESENTE DATA.

EMITIDA VIA INTERNET EM 21/11/2017 ÀS 10:11  
VÁLIDA ATÉ 19/02/2018

A autenticidade deste documento deverá ser comprovada via Internet, no endereço [http://sistemas.sobral.ce.gov.br/CND\\_online](http://sistemas.sobral.ce.gov.br/CND_online). Utilize o código 2017894420178944, para verificar a autenticidade deste documento.



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Procuradoria Geral do Estado

**Certidão Negativa de Débitos Estaduais**  
**Nº 201706545198**

Emitida para os efeitos da Instrução Normativa Nº 13 de 02/03/2001

IDENTIFICAÇÃO DO(A) REQUERENTE
Inscrição Estadual: *****
CNPJ / CPF: 20.431.816/0001-87
RAZÃO SOCIAL: *****

Ressalvado o direito da Fazenda Estadual de inscrever e cobrar as dívidas que venham a ser apuradas, certifico, para fins de direito, que revendo os registros do Cadastro de Inadimplentes da Fazenda Pública Estadual - CADINE, verificou-se nada existir em nome do(a) requerente acima identificado(a) até a presente data e horário, e, para constar, foi emitida esta certidão.

EMITIDA VIA INTERNET EM 21/11/17 ÀS 10:06:54  
VÁLIDA ATÉ 20/01/2018

A autenticidade deste documento deverá ser comprovada via Internet, no endereço  
[www.sefaz.ce.gov.br](http://www.sefaz.ce.gov.br)

124



IMPRIMIR

VOLTAR



## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 20431816/0001-87  
**Razão Social:** PHYSIOCLINICA CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA ME  
**Nome Fantasia:**PHYSIOCLINICA  
**Endereço:** RUA ILDEBRANDO PORTELA SN / RAFAEL ARRUDA / FORTALEZA  
/ CE / 62113-000

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:** 09/11/2017 a 08/12/2017

**Certificação Número:** 2017110904442439567957

Informação obtida em 21/11/2017, às 17:21:18.

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



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: **PHYSIOCLINICA-CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA - ME**  
CNPJ: **20.431.816/0001-87**

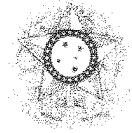
Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União 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://www.receita.fazenda.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.fazenda.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 02/10/2014.  
Emitida às 09:32:06 do dia 21/06/2017 <hora e data de Brasília>.  
Válida até 18/12/2017.

Código de controle da certidão: **0A13.A599.8F4D.1A2D**  
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO

## CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: PHYSIOCLINICA-CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA - ME  
(MATRIZ E FILIAIS) CNPJ: 20.431.816/0001-87  
Certidão n°: 140397791/2017  
Expedição: 21/11/2017, às 11:06:08  
Validade: 19/05/2018 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **PHYSIOCLINICA-CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA - ME (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o n° **20.431.816/0001-87**, **NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei n° 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa n° 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.

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 ou Comissão de Conciliação Prévia.



**ESTADO DO CEARÁ  
PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
COMARCA DE MUCAMBO**

*Fórum Des. Júlio Carlos de Miranda Bezerra  
Rua Vicente Gomes, s/n, centro, tel. (088) 3654-1552, Mucambo/CE, e-mail: [mocambo@tjce.jus.br](mailto:mocambo@tjce.jus.br)*

**CERTIDÃO NEGATIVA DE FALÊNCIA E/OU CONCORDATA**

**PRAZO DE VALIDADE: 30 (TRINTA) DIAS**

**JANE MARIA PARENTE AGUIAR**, Supervisora de Secretaria Respondendo da Vara Única desta Comarca de Mucambo, Estado do Ceará, no uso de suas atribuições legais etc.

**CERTIFICO** pela faculdade que por lei me é conferida e a requerimento verbal da parte interessada, que conforme buscas/consultas realizadas no **Sistema Processual Informatizado - SPROC**, bem como nos livros e arquivos desta Secretaria, ora a meu cargo, verifiquei **NADA CONSTAR** em nome da pessoa jurídica **PHYSIOCLÍNICA - CLÍNICA DE FISIOTERAPIA - ME**, inscrita no CNPJ sob o número 20.431.816/0001-87, com endereço na Rua Ildebrando Portela, s/nº, Rafael Arruda, CEP 62.113-000, Sobral/CE, seja em processo de falência e concordata ou em execução fiscal em tramitação nesta Comarca.

O referido é verdade. Dou Fé.

Mucambo/CE, 21 de novembro de 2017.

**Supervisora de Secretaria Respondendo**

Pesquisado por:

Andriane Araújo  
Funcionária Requisitada



Obs: Esta certidão só é válida sem rasuras ou emendas e com o selo de autenticidade, com assinaturas do funcionário responsável pela pesquisa e do Diretor de Secretaria. Validade de 30 (trinta) dias, a contar da data de expedição.

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 18/11/2017

---

CNES: 7626908      Nome Fantasia: PHYSIOCLINICA      CNPJ: 20.431.816/0001-87  
Nome Empresarial: PHYSIOCLINICA CLINICA DE FISIOTERAPIA LTADA      Natureza jurídica: ENTIDADES EMPRESARIAIS  
Logradouro: RUA IDELBRANDO PORTELA      Número: S/N      Complemento: --  
Bairro: RAFAEL ARRUDA      Município: 231290 - SOBRAL      UF: CE  
CEP: 62113-000      Telefone: --      Dependência: INDIVIDUAL      Reg de Saúde: --  
Tipo de Estabelecimento: CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE      Subtipo: OUTROS      Gestão: MUNICIPAL  
Cadastrado em: 17/12/2014      Atualização na base local: 26/02/2015      Última atualização Nacional: 16/11/2017  
Horário de Funcionamento: NÃO INFORMADO

Data desativação: --      Motivo desativação: --

## APRESENTAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA PHYSIOCLINICA

A Physioclínica (inscrita no CNPJ e CNES) está localizada na RUA: Idelbrando Portela S/N . Distrito de Rafael Arruda - Sobral CE Cep: 62113-000. O E-mail para contato é o: [fisioclinica@yahoo.com.br](mailto:fisioclinica@yahoo.com.br) Fone: (88) 92497201.

A Physioclínica nasce da necessidade de prestação dos serviços fisioterapêuticos a população do distrito de Rafael Arruda e das demais localidades circunvizinhas, tem como Missão: oferecer a Rafael Arruda e as demais localidades, o atendimento fisioterapêutico qualificado e humanizado buscando sempre a promoção de saúde e a satisfação de nossos pacientes. Possui como visão: ser a maior e melhor clínica de reabilitação física, da região tornando-se a primeira opção de referência no tratamento fisioterapêutico e de demais estudos e pesquisas na área. Entre os seus valores zela pelo respeito ao paciente, a integralidade do tratamento e a humanização do atendimento a quem necessite.

### Estrutura:

A Physioclínica está dividida em:

- ✓ Sala de espera
- ✓ Sala de avaliação física
- ✓ Duas salas de atendimento (masculino e feminino)
- ✓ Salão de cinesioterapia
- ✓ Banheiro
- ✓ copa

Equipamentos	Quantidade
Barras	01
Rampa e escada	01
Escada de dedo	01
Polia	01
Bicicleta ergométrica	02
Rolo de punho	01
Barra de alongamento	01
Maca	06
Tens	03
Fes	03
Infravermelho	03
Ultrassom	02
Bola suíça	03
Alteres e caneleiras	10

### Serviços que podem ser realizados (especialidades)

A Physioclínica pode atender a demanda de fisioterapia geral entre as seguintes especialidades: Pediatria, Ginecologia e obstetrícia, Geriatria, Neurofisioterapia, Pneumofuncional, Reumatologia, Traumatologia-ortopedia, Terapia-manual, Prescrição de órteses e próteses, estimulação funcional entre outras.

### **Profissionais**

- **Jamilly Ribeiro Duarte:** Possui graduação em Fisioterapia pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada - INTA pós graduanda em inscrita no Crefito6 com o número 4896 F.
- **Francisco Alex Fernandes Pontes.**

Possui graduação em Fisioterapia pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada, inscrito no Crefito6 com o número 5507 LTF

### **Capacidade de atendimento**

Com quatro profissionais a Fisio Clínica tem capacidade para atender uma média de 9 a 12 pacientes por hora.

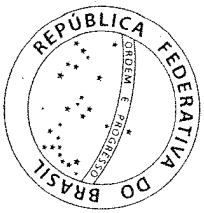
### **Benefícios para a população**

- Redução de custos com o transporte dos pacientes
- A necessidade de descentralização dos serviços Lei 8080

### **Serviços ofertados e Valores**

Os valores dos serviços prestados pela Physioclínica para a Secretaria de Saúde de Sobral serão exclusivamente os valores previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS que segue logo abaixo.

Vale ressaltar que os valores inicialmente estipulados pela prestação dos serviços previstos deverão ser reajustados na proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde, garantindo sempre o equilíbrio econômico-financeiro do contrato nos termos do art. 26, da Lei nº. 8.080/90 e das normas gerais da lei federal de licitações e Contratos administrativos.



# Instituto Superior de Teologia Aplicada

232

Credenciado pela Portaria Ministerial nº 1.744, de 07/07/2003 - D.O.U. 08/07/2003

PRÓ-DIRETORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO

O Diretor do INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de graduação, confere o título de **Bacharel em Fisioterapia** a **Jamilly Ribeiro Duarte**

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Sobral, 26 de Fevereiro de 2013 .

Pró-Diretor(a) de Ensino de Graduação

*Jamilly Ribeiro Duarte*  
Jamilly Ribeiro Duarte

*Carlos Antônio Lima*  
Diretor



Prof. Me. Rômulo Carlos de Aguiar  
Pró-Diretor de Ensino de Graduação

Prof. Dr. Oscar Rodrigues Junior  
Diretor

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA - INTA

Curso de Bacharelado em Fisioterapia  
Reconhecido pelo MEC  
Portaria Ministerial N.º 218 - D.O.U. de 01/11/2012

G13FS408407560

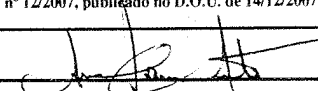
Nome do Diplomado				
Jamilly Ribeiro Duarte				
Pai				
José Mauricio Freire Duarte				
Mãe				
Celi Lima Ribeiro Duarte				
Naturalidade			Estado	
Mucambo			Ceará	
Nascimento	Identidade		Órgão Expedidor	
05/01/1990	2004098062984		SSP/CE	
Conclusão do Curso		Data da Colação		
2012.2		09/01/2013		
Nº do Registro	Livro	Folha	Processo	Data
G13FS408407560	01-A	83	407560/13	26/02/13

Pró-Diretor do Departamento de Registro e Controle Acadêmico

  
Prof. Doutorando Moses Haendel Melo Rodrigues

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA  
Diploma registrado no Livro 2, sob nº 685  
Fls: 343 Processo nº 555/13  
Em 20 de Março de 2013.

Por Delegação da Competência do Ministério da Educação e Cultura  
(Resolução nº 12/2007, publicado no D.O.U. de 14/12/2007).

  
Ana Clarice Neta  
Diretora da Divisão de Admissão, Matrícula e Registro  
de Diploma

**ANEXO I – VALORES E QUANTIDADES ESTIMADOS DOS  
PROCEDIMENTOS CLÍNICA NA ÁREA DE REABILITAÇÃO  
FISIOTERÁPICA**

ITEM	PROCEDIMENTO	REF.	VALOR UNIT.	QNT MENSAL	QNT ANUAL	VALOR TOTAL
1	021103007-4 AVALIAÇÃO FUNCIONAL MUSCULAR	UND	1,26	125,00	1.188,00	R\$ 1.496,88
2	030201001-7 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	UND	6,35	380,00	720,00	R\$ 4.572,00
3	030202003-9 TENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	UND	6,35	381,00	720,00	R\$ 4.572,00
4	030204001-3 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	UND	6,35	381,00	720,00	R\$ 4.572,00
5	030204002-1 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	UND	4,67	280,20	720,00	R\$ 3.362,40
6	030204004-8 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	UND	6,35	215,90	408,00	R\$ 2.590,80
7	030204005-6 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	UND	4,67	140,10	360,00	R\$ 1.681,20
8	030205001-9 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	UND	6,35	2540,00	4.800,00	R\$ 30.480,00
9	030206001-4 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	UND	4,67	233,50	600,00	R\$ 2.802,00
10	030206002-2 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	UND	6,35	444,50	840,00	R\$ 5.334,00
11	030206003-0 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	UND	4,57	280,20	720,00	R\$ 3.362,40
12	030206005-7 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	UND	6,35	317,50	600,00	R\$ 3.810,00
13	030207001-0 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	UND	4,67	140,10	360,00	R\$ 1.681,20
14	030207003-6 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQÜELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	UND	4,67	140,10	360,00	R\$ 1.681,20
	<b>T O T A L MENSAL</b>					<b>R\$ 5.999,84</b>
	<b>T O T A L ANUAL</b>					<b>R\$ 71.998,08</b>

Sobral-CE, 22 de novembro de 2017

*Jamilly Ribeiro Duarte*

**Jamilly Ribeiro Duarte**  
**CPF: 03778778323/Credito 189.069-F**

**Rua Idelbrando Portela, s/n — Rafael Arruda — Sobral-CE**

**Contato: (88)92943526**  
**CNPJ: 20.431.816/001-87**

Dra. Jamilly Ribeiro Duarte  
 Físio Terapeuta  
 CREFITO 189.069-F



## REQUERIMENTO

**Ilustríssimo(a) Sr. (a)**

Coordenação Jurídica da Secretaria Municipal de Saúde

**Physio Clínica/ Jamilly Ribeiro Duarte – ME**, inscrita nº CNPJ/MF 20.431.816/0001-87, sita à Rua Idelbrando Portela, s/n - Rafael Arruda - Sobral-CE, neste ato representada por **Jamilly Ribeiro Duarte**, vem à presença de Vossa Senhoria requerer a análise da documentação em anexo, conforme Decreto nº 1618/2014 – Processo Nº P008610/2017, solicitando seja o presente pedido deferido para posterior assinatura de contrato

Sobral-CE, 22 de novembro de 2017

*Jamilly Ribeiro Duarte*

**Jamilly Ribeiro Duarte**

**CPF: 03778778323/Credito 189.069-F**

*Dra. Jamilly Ribeiro Duarte*  
Fisioterapeuta  
CREFITO/189069-F

**Rua Idelbrando Portela, s/n — Rafael Arruda — Sobral-CE**

**Contato: (88)92943526**

**CNPJ: 20.431.816/001-87**

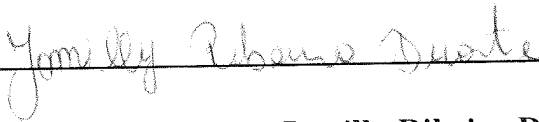


## DECLARAÇÃO – ANEXO II


**Physio Clínica/ Jamilly Ribeiro Duarte – ME**, por seu representante legal, declara para o fim de participação no Processo de Credenciamento N° 005/2017 – Processo N° P008610/2017 da Prefeitura Municipal de Sobral que não existem fatos impeditivos a sua participação. Compromete-se, sob as penas da Lei, a levar ao conhecimento da Prefeitura Municipal de Sobral – Secretaria da Saúde, qualquer fato superveniente que venha a impossibilitar seu credenciamento. Declara ainda que não há servidor público da administração direta ou indireta integrado no quadro de diretores ou conselheiros da empresa, conforme prevê o artigo 69 da Lei Orgânica d Município de Sobral. Declara ainda, conforme item 13.1 do Edital de credenciamento N° 005/2017 – Processo N° P008610/2017, que tem conhecimento do impedimento de sub-rogação do contrato assinado junto à Secretaria, em caso de Credenciamento da empresa.

Por ser expressão da verdade, firmo presente

Sobral-CE, 22 de novembro de 2017



**Jamilly Ribeiro Duarte**  
**CPF: 03778778323/Credito 189.069-F**

  
**Rua Idelbrando Portela, s/n — Rafael Arruda — Sobral-CE**  
**Contato: (88)92943526**  
**CNPJ: 20.431.816/001-87**



### DECLARAÇÃO – ANEXO III

**Physio Clínica/ Jamilly Ribeiro Duarte – ME**, por seu representante legal, declara para fim de participação no Processo de Credenciamento N° 005/2017 – Processo N° P008610/2017 da Prefeitura Municipal de Sobral que recebeu todas as cópias do Edital de Credenciamento, bem como todas as informações necessárias e que possibilitam a entrega da documentação e proposta, em conformidade com as exigências do Edital de Credenciamento. Declara ainda que concorda com todos os termos do presente certame.

Por ser expressão da verdade, firmo presente

Sobral-CE, 22 de novembro de 2017

*Jamilly Ribeiro Duarte*

**Jamilly Ribeiro Duarte**  
**CPF: 03778778323/Credito 189.069-F**

*Dra. Jamilly Ribeiro Duarte*  
Fisioterapeuta  
CREFITO 11000017

**Rua Idelbrando Portela, s/n — Rafael Arruda — Sobral-CE**  
**Contato: (88)92943526**  
**CNPJ: 20.431.816/001-87**

**Physio  
CLÍNICA**

Um exercício de dedicação a vida.



#### DECLARAÇÃO – ANEXO IV

**Physio Clínica/ Jamilly Ribeiro Duarte – ME**, por seu representante legal, declara que não emprega menor de dezoito anos e trabalho noturno, perigoso ou insalubre e que não emprega menor de dezesseis anos em conformidade com o artigo 7º, Inciso XXXIII, da Constituição Federal.

Por ser expressão da verdade, firmo presente

Sobral-CE, 22 de novembro de 2017

*Jamilly Ribeiro Duarte*

**Jamilly Ribeiro Duarte**

**CPF: 03778778323/Crefito 189.069-F**

*Dra. Jamilly Ribeiro Duarte*  
Fisioterapeuta  
CREFITO 189069-F

**Rua Idelbrando Portela, s/n — Rafael Arruda — Sobral-CE**

**Contato: (88)92943526**

**CNPJ: 20.431.816/001-87**

**ANEXO II**  
**DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO ILÍCITA DE CARGOS, EMPREGOS E FUNÇÕES PÚBLICAS**

Eu,

\_\_\_\_\_ aprovado na para a vaga de \_\_\_\_\_ no processo seletivo simplificado regulado pelo edital nº \_\_\_\_\_, DECLARO para os devidos fins de contratação com o Município de Sobral/Secretaria Municipal da Saúde, que:

Não exerço outro cargo, emprego ou função pública no âmbito da Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal, Direta ou Indireta, conforme estabelecido pelo Art. 37, inciso XVI e XVII da CF/88 e suas normatizações, tendo assim, disponibilidade da carga horária prevista no referido edital, para licitamente exercer a função para a qual fui selecionado(a).

Exerço outro cargo, emprego ou função pública no âmbito da Administração Pública  Federal,  Estadual ou  Municipal, Direta ou Indireta, como \_\_\_\_\_ lotado no \_\_\_\_\_, com carga horária de \_\_\_\_\_ (20h/40h), das \_\_\_\_\_ h as \_\_\_\_\_ h, passível assim, de acumulação lícita, por estar em conformidade com o estabelecido pelo Art. 37, inciso XVI e XVII da CF/88 e suas normatizações.

Art. 37.

**XVI - é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários, observado em qualquer caso o disposto no inciso XI:**

- a) a de dois cargos de professor;  
b) a de um cargo de professor com outro técnico ou científico;  
c) a de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas;

**XVII - a proibição de acumular estende-se a empregos e funções e abrange autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder.**

Declaro, ainda, que tomei conhecimento do inteiro teor das normas acima relacionadas e que estou ciente de que estarei sujeito às penalidades previstas em Lei, caso venha a incorrer em acumulação ilegal, durante o exercício da função para a qual serei contratado.

Sobral, CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Assinatura

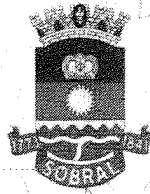
**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 005/2017 - PROCESSO Nº P008610/2017 - 1. CONVOCAÇÃO** O Município de Sobral, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde - SMS, órgão da Administração Pública Direta do Município de Sobral, com endereço à Rua Boulevard João Barbosa nº 776, Centro, Sobral/CE, CEP: 62.010.190, torna público EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA PARA CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CLÍNICOS NA ÁREA DE REABILITAÇÃO FISIOTERÁPICA DE ACORDO DA TABELA SUS relacionados no anexo I deste edital, conforme solicitação da Secretaria Municipal de Saúde, pelos preceitos do direito público e em conformidade com o artigo 25 da Lei nº 8.666/93, os artigos 197 e 199 da Constituição Federal de 1988, com os artigos 17, 18, inciso III, 24, inciso I da Lei 8.080/90, e artigo 2º da Portaria nº 1.034/2010 do Ministério da Saúde, aplicando subsidiariamente, no que couber, a Lei 8.666/93 e suas alterações. 2. DO RECEBIMENTO DO TERMO DE CREDENCIAMENTO 2.1.O Credenciamento deverá obedecer às especificações deste instrumento convocatório e anexos que dele fazem parte. 2.2. A documentação contida nos itens 5 e 6 do presente edital, referente ao Credenciamento das empresas, deverá ser protocolizada no setor Jurídico da Secretaria Municipal da Saúde de Sobral, situado à Rua Boulevard João Barbosa, 776, Centro, Município de Sobral, no horário das 08h às 12h e das 13h às 17h de segunda a sexta-feira. Os documentos, após análise, serão juntados ao Processo de Inexigibilidade de Licitação. 3. DO OBJETO 3.1. CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CLÍNICOS NA ÁREA DE REABILITAÇÃO FISIOTERÁPICA DE ACORDO DA TABELA SUS contidos no Anexo I do presente edital, a serem ofertados aos usuários da rede municipal de saúde do Município de Sobral/CE; 3.2. O credenciamento ficará aberto pelo prazo de 12 (doze) meses contados a partir da data de publicação do presente Edital. 4. DA PARTICIPAÇÃO 4.1. Poderão participar do sistema todos os interessados do ramo de atividade pertinente ao objeto da contratação que atendam aos requisitos do edital, cujo objetivo social seja compatível com o objeto do credenciamento. 4.2. A participação neste

Credenciamento implica na aceitação integral e irrestrita das condições estabelecidas neste Edital; 4.3. É vedado o credenciamento de empresas: 4.3.1. Pessoas jurídicas cujo objeto social não seja pertinente e compatível com o objeto deste Credenciamento. 4.3.2. Que estejam constituídas sob a forma de consórcios ou grupos de empresas; 4.3.3. Que estejam em processo de recuperação judicial/extrajudicial, concordata, falência, concurso de credores, dissolução, fusão, cisão, incorporação e liquidação, ou tenham sido declaradas inidôneas para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, conforme previsto no art. 87, Inciso IV, da Lei 8.666/93; 4.3.4. Pessoas jurídicas ou sociedades estrangeiras que não funcionem no país; 4.3.5. Que estejam incluídas no Cadastro de Inadimplência da Fazenda; 4.4. Ficam impedidos de serem credenciados: a) Os Servidores da Prefeitura Municipal de Sobral; b) Empresas que patrocinem ou promovam ações em favor da Prefeitura Municipal de Sobral ou possuam algum dirigente, gerente, sócio ou responsável técnico que seja diretor ou servidor da Prefeitura Municipal de Sobral na data de inscrição; c) Demais interessados que se enquadram nas vedações previstas no art. 9 da Lei 8.666/1993; 9.7 Os procedimentos deverão ser realizados nas sedes dos distritos do Município de Sobral, devendo ser escolhido o local de fácil acesso aos pacientes. 5. DA DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO 5.1. HABILITAÇÃO JURÍDICA a) No caso de empresário individual: Cédula de Identidade e Inscrição Comercial em vigor devidamente registrada na Junta Comercial; b) No caso de sociedade mercantil: Contrato Social e última alteração devidamente registrada na Junta Comercial; c) No caso de sociedade por ações: Ato Constitutivo, Estatuto em vigor e Ata de assembleia de eleição da atual diretoria devidamente registrados no órgão competente; d) No caso de sociedade civil: Ato Constitutivo, Estatuto em vigor e prova de eleição da diretoria em exercício; e) Certidão Simplificada da Junta Comercial, no caso de empresário individual ou sociedade comercial ou do Cartório de Títulos e Documentos no caso de sociedade civil ("Breve Relato"); f) Carteira de identidade, CPF e comprovante de residência. g) Todos os documentos acima deverão ser autenticados. 5.2. REGULARIDADE FISCAL a) Certidão Negativa de Débito para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS; b) Certidão Negativa de Débito com as Fazendas Federal, Estadual e Municipal do domicílio ou sede do licitante; c) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ); d) Certidão Negativa ou Positiva com efeito de Negativa de Débitos Trabalhistas, dentro de seu prazo de validade. 5.3. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA a) Certidão Negativa de Falência e Concordata com data de emissão não superior a 180 (cento e oitenta dias) da data de apresentação dos documentos; 5.4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA a) Licença Sanitária da empresa interessada no credenciamento, expedida pela Vigilância Sanitária do Município ou Estado, conforme o caso, renovada anualmente, dentro do seu prazo de validade. Nos locais onde não seja emitido o documento acima, as empresas deverão apresentar cópia do deferimento publicado em Diário Oficial; b) Inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); c) Descrição técnica da capacidade instalada do estabelecimento, contendo média diária de atendimentos por especialidade, relação de equipamentos, espaço físico disponível (incluindo acessibilidade e adaptação para deficientes físicos), número de funcionários por função e demais informações pertinentes, para avaliação do setor da Vigilância do Sistema de Saúde. d) Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico; e) Diploma do Curso Superior em Fisioterapia; f) Registro no Conselho Regional de Fisioterapia atualizado; 5.5. DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÃO a) Declaração do interessado, elaborada em papel timbrado e subscrita por seu representante legal, de que assegura a inexistência de impedimento legal para contratar com a Administração (Conforme modelo Anexo II). b) Declaração do interessado, elaborada em papel timbrado e subscrita por seu representante legal, de que recebeu todas as cópias do Edital de Credenciamento, bem como todas as informações necessárias e que possibilitam a entrega da documentação (Conforme modelo Anexo III). c) Declaração do interessado, elaborada em papel timbrado e subscrita por seu representante legal, de que se encontra em situação regular perante o Ministério do Trabalho (Conforme modelo Anexo IV). d) Se for o caso, declaração do interessado, elaborada em papel timbrado e subscrita por seu representante legal, de que autoriza o seu funcionário, a participar ativamente do Processo de Credenciamento, dando a ele plenos poderes para representar a empresa em todo o processo e vigência do contrato (Conforme modelo Anexo V). e) Requerimento do

interessado, elaborada em papel timbrado e subscrita por seu representante legal, requerendo a análise da documentação, solicitando deferimento para posterior assinatura de contrato (Conforme modelo Anexo VI). 5.6. DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE CONTA BANCÁRIA a) A fim de atualização de cadastro, a interessada deverá anexar seus dados bancários: número de agência, conta e nome do banco a ser creditado o pagamento pelos serviços realizados. Esta informação deverá ser parte integrante da documentação da empresa e, portanto estar datada e assinada pelo representante legal. 5.7. DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO DE FILIAIS: a) Cópia das alterações contratuais onde conste a abertura de cada filial; b) Certidão Negativa de Débito para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) de cada filial; c) Licença Sanitária de cada filial interessada no credenciamento, expedida pela Vigilância Sanitária do Município ou do Estado, conforme o caso, renovada anualmente, dentro do seu prazo de validade. Nos locais onde não seja emitido o documento acima, as empresas deverão apresentar cópia do deferimento publicado em Diário Oficial; d) Inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de cada filial; e) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ) de cada filial a ser credenciada. f) Nome do Responsável Técnico acompanhado do registro no Conselho Regional de Fisioterapia. g) Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico; h) Diploma do Curso Superior em fisioterapia; i) Registro no Conselho Regional de Fisioterapia atualizado; 6. DA PROPOSTA 6.1. A empresa interessada no Credenciamento deverá apresentar, juntamente com a documentação a que se refere o item 5: 6.1.1. Proposta contendo o lote e item que pretende executar, de acordo com o Anexo I do presente Edital, devendo ser elaborada em papel timbrado da empresa e redigida em língua portuguesa, salvo quanto às expressões técnicas de uso corrente. Com suas páginas numeradas sequencialmente, sem rasuras, emendas, borrões ou entrelinhas e ainda datada e assinada pelo representante legal da empresa ou pelo procurador, juntando-se a procuração. 6.2. O quantitativo anual contido no Anexo I deste edital é estimado, sendo concretizada a realização conforme a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde; 6.3. Os valores referentes aos procedimentos a serem Credenciados são parte integrante do Anexo I deste edital, os quais permanecerão fixos e irremovíveis durante a vigência do Credenciamento. 6.4. Na proposta deverá ser indicada a capacidade instalada e disponível. 7. DISPOSIÇÕES GERAIS DA DOCUMENTAÇÃO E PROPOSTA 7.1. A documentação exigida nos subitens 5.2. letras "a", "b", "c" e "d" poderão ser emitidas pelo próprio órgão responsável ou via Internet; 7.2. As certidões apresentadas pelas empresas obtidas via Internet terão suas autenticidades confirmadas junto aos Órgãos competentes pela Comissão Permanente de Licitação; 7.3. Na hipótese de não constar prazo de validade nas certidões apresentadas, a Administração aceitará como válidas as expedidas até 90 (noventa) dias imediatamente anteriores à data em que forem protocolizadas no setor Jurídico da Secretaria da Saúde de Sobral; 7.4. Os documentos exigidos neste edital deverão ser apresentados em original ou cópia devidamente autenticada por Tabelião ou por membro do Setor Jurídico da Secretaria da Saúde de Sobral, mediante a apresentação dos originais; 7.5. Quando o requerimento de credenciamento for realizado por procurador, deverá ser apresentada procuração por instrumento público ou particular com firma reconhecida, da qual constem amplos poderes para praticar atos ou procuração específica para o Processo de Credenciamento; 7.6. À Coordenação Jurídica da Secretaria da Saúde é facultado solicitar, a qualquer tempo, esclarecimentos acerca dos documentos apresentados, bem como promover diligências ou solicitar pareceres técnicos destinados a esclarecer a instrução e julgamento do requerimento. 8. DO JULGAMENTO 8.1. Na hipótese de ser constatada a falta de documentação necessária para o Credenciamento ou existir documentação com prazo de validade vencida, a Coordenação Jurídica da Secretaria da Saúde solicitará o envio de novo documento, escoimado dos vícios anteriores, devendo a empresa interessada atender ao solicitado em até 08 (oito) dias úteis, sendo que expirado este prazo a solicitação de Credenciamento será indeferida. 8.2. O resultado da análise da documentação apresentada para credenciamento será informado via ofício ou por e-mail à interessada em no máximo 10 (dez) dias úteis, a qual poderá apresentar recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis contados da data de recebimento da referida comunicação, devendo protocolizar a petição no protocolo geral da Prefeitura Municipal. 8.3. O recurso deverá ser dirigido à Coordenação Jurídica da Secretaria da Saúde que o encaminhará, depois de ouvida a Procuradoria Geral do Município, para decisão do Prefeito Municipal. 8.4. A indicação dos

procedimentos aos credenciados será de acordo com a proporção da capacidade instalada e disponibilizada, de forma sempre alternada. 9. DOS PRAZOS, DA CONTRATAÇÃO, DAS CONDIÇÕES E DA EXECUÇÃO DO OBJETO DO CREDENCIAMENTO. 9.1. Deferido o pedido de credenciamento, a Credenciada será convocada para firmar o contrato de Inexigibilidade para a prestação de serviços no prazo de 03 (três) dias úteis contados da data da convocação. A minuta do contrato consta do Anexo VII que faz parte integrante deste edital, e terá validade de 12 (doze) meses podendo ser renovado por igual período de acordo com interesse das partes pelo prazo previsto em Lei para serviços continuados. 9.2. Depois de realizada a assinatura do Contrato, o processo publicado de extrato no Diário Oficial; 9.3. A prestação dos serviços somente poderá se dar mediante a apresentação da Guia de Encaminhamento com carimbo e assinatura de servidor competente da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Sobral; 9.4. Autorizado o procedimento, CABERÁ AO SOLICITANTE (PACIENTE) A ESCOLHA DA CREDENCIADA QUE REALIZARÁ O SERVIÇO, selecionando aquela que for mais apropriada no universo de credenciados. 9.5. A Credenciada deverá realizar o serviço no prazo de até 15 (quinze) dias corridos, contados da data da solicitação do agendamento; 9.6. O atendimento deverá ser realizado de 2ª a 6ª feira, exceto feriados; 9.7 Os procedimentos deverão ser realizados nas sedes dos distritos do Município de Sobral, devendo ser escolhido o local de fácil acesso aos pacientes. 9.10. A administração pública reserva-se no direito de, a qualquer tempo, paralisar ou suspender a execução dos serviços, mediante pagamento único e exclusivo daqueles já executados e devidamente atestados pelo departamento competente; 10. DO ORÇAMENTO E PAGAMENTO 10.1. As despesas decorrentes deste Processo de Credenciamento correrão por conta de dotações orçamentárias da Secretaria Municipal de Saúde e Ministério da Saúde (SUS), conforme previsão orçamentária no Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual. ÓRGÃO - Fundo Municipal de Saúde - FMS - DOTAÇÃO - 0701.10302.0102.2010-33903900 - FONTE - 010107 (Federal). 10.2. Os valores unitários serão baseados na tabela SUS 10.3. Considerando as quantidades estimadas no Anexo I do presente edital, o valor previsto para atender as despesas referentes ao credenciamento de prestadores de serviços em exames especializados é de R\$ 359.990,40 (trezentos e cinquenta e nove mil, novecentos e noventa reais e quarenta centavos), valor total estimado para 12 (doze) meses. 10.4. Serão emitidos empenhos quando solicitados através de ofício/relatório do Serviço da Vigilância do Sistema de Saúde, os quais serão encaminhados ao Departamento de Gestão Financeira da Secretaria Municipal de Saúde. Esta solicitação de empenho deverá conter o valor a ser empenhado e o credor, baseado no período em que estejam agendados os procedimentos, respeitando sempre o artigo 60 da Lei 4.320/64. No caso do DSO/SMGP, os empenhos serão emitidos de acordo com a necessidade do PCMSO/2013. 10.5. Até o 5º dia útil de cada mês, deverá ser apresentada Nota Fiscal/Fatura à Coordenadoria de Vigilância do Sistema de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, juntando a ela as Certidões Negativas de Débitos (CND) junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS, do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS e da Certidão Negativa ou Positiva com efeito de Negativa de Débitos Trabalhistas, dentro de seu prazo de validade. Ainda deverão ser anexadas as Guias de Encaminhamento devidamente autorizadas referentes aos procedimentos realizados no período para que seja auditada, sendo encaminhada posteriormente à Secretaria Municipal de Saúde para pagamento. 10.6. O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias corridos, contados da apresentação da Nota Fiscal, devidamente auditada pela Secretaria Municipal de Saúde. 10.7. As notas fiscais/faturas que apresentarem incorreções serão devolvidas à Credenciada e seu pagamento ocorrerá em até 15 (quinze) dias corridos após a data de sua reapresentação na Secretaria Municipal de Saúde; 10.8. O pagamento será efetuado mediante crédito em conta corrente em nome da Contratada; 10.9. O contratante, na forma prevista em Lei, fará a retenção de 11% (onze por cento) sobre o valor total da nota fiscal para o INSS. 11. DA VIGÊNCIA 11.1. O prazo de vigência do credenciamento será de 12 (doze) meses, a partir de sua assinatura, prorrogável, na forma da legislação vigente e a critério da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral. 11.2. Para a prorrogação do credenciamento, o profissional e/ou a Empresa credenciada deverá comprovar que mantém as condições previstas para atender as exigências para cumprir o objeto credenciado, mediante a apresentação, no mínimo, da documentação indicada no item 5 deste Edital. 12. OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE 12.1. Caberá à Secretaria Municipal de Saúde - SMS: a) Prestar as informações e os





# Prefeitura de Sobral

## Secretaria da Saúde e Ação Social Vigilância Sanitária

PROCESSO **14.07-7085** EXERCÍCIO **2017**

NÚMERO **4370**

De acordo com as disposições legais e regulamentares em vigor, o(a)

**Physioclinica**

Denominação do Estabelecimento

**Atividades de fisioterapia**

Ramo

**PHYSIOCLINICA-CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA - ME**

Razão Social

**Rua Ildebrando Portela, s/n - Rafael Arruda**

Endereço

**20.431.816/0001-87**

Inscrição no CNPJ | CPF

tem licença para funcionar sob responsabilidade de **Jamilly Ribeiro Duarte**

**Fisioterapeuta - CREFITO/CE: 189069**

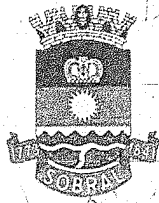
Sobral - CE, **13** de **Janeiro** de 20 **17**

Antônio Marques Avelino

Autoridade Sanitária

### OBSERVAÇÕES

- 1 - Este documento deve ser afixado em local visível ao público.
- 2 - O Alvará é válido para o ano de sua expedição, podendo, entretanto, em caso de infração à legislação sanitária vigente ser recolhido pela autoridade sanitária.
- 3 -



# Prefeitura de Sobral

## Secretaria da Saúde e Ação Social Vigilância Sanitária

PROCESSO **14.07-7085**

EXERCÍCIO **2018**

NÚMERO **4370**

De acordo com as disposições legais e regulamentares em vigor, o(a)

**Physioclinica**

Denominação do Estabelecimento

**Atividades de fisioterapia**

Ramo

**PHYSIOCLINICA-CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA - ME**

Razão Social

**Rua Ildebrando Portela, s/n - Rafael Arruda**

Endereço

**20.431.816/0001-87**

Inscrição no CNPJ | CPF

tem licença para funcionar sob responsabilidade de **Jamilly Ribeiro Duarte**

**Fisioterapeuta - CREFITO/CE: 189069**

Sobral - CE, **13** de **Janeiro** de 20 **18**

ANTONIO MARCELO SOARES  
CPF: 00000000000  
Autoridade Sanitária

### OBSERVAÇÕES

- 1 - Este documento deve ser afixado em local visível ao público.
- 2 - O Alvará é válido para o ano de sua expedição, podendo, entretanto, em caso de infração à legislação sanitária vigente ser recolhido pela autoridade sanitária.
- 3 -