

PROCESSO: 015739/2018

PROCESSO: 015739/2018

PROCESSO: 015739/2018

Requerente: SMSA

Assunto: INEXIGIBILIDADE 8-2/2018

Aberto em: 14/09/2018 15.17.10

Local de criação: SMSA



Para maiores informações a respeito do andamento deste processo consulte o site: www.araucaria.pr.gov.br



Prefeitura Municipal de Araucária - PR
SMSA

SMAD

EXCELENTÍSSIMO SENHOR PREFEITO DO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA

O abaixo qualificado, requer a Vossa Excelência uma vez cumprida às formalidades legais, autorização para o atendimento do pedido INEXIGIBILIDADE

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Requerente: SMSA

CPF/CNPJ:

Telefone:

Endereço: , ,
- Araucária - PR -

DADOS DA SOLICITAÇÃO

PROCESSO:
015739/2018

Credenciamento de prestadores de serviços médicos plantonistas, conforme o Edital de Credenciamento nº 04/2018, empresa Exalife Serviços Médicos LTDA *Ofício 569*

:

Nestes Termos,
Pede-se Deferimento,
Araucária - PR, 2018-09-14 15:17:10.0

SMSA

Processo cadastrado por: Andre Luiz Dreveniak - SMSA Em 2018-09-14 15:17:10.0



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde



NA COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Tendo em vista a apresentação da documentação por parte da empresa EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA, qual requer o Credenciamento nos moldes do Edital de Credenciamento nº 04/2018, segue para abertura de Processo Administrativo de Inexigibilidade, após retorne a esta Comissão para avaliação dos documentos apresentados.

Araucária, 14 de Setembro de 2018.

CHAIANE DANIELE VIEIRA

**PRESIDENTE DA COMISSÃO PERMANENTE DE
LICITAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



A

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAUCARIA - PARANÁ

Comissão de Licitação

Edital de Credenciamento n. 004/2018

ANEXO II - SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.ME, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n. 12.304.053/0001-85, inscrição estadual isento, com sede na Avenida São Pedro, n. 157, sala 23, Bairro Centro, na cidade de Itaperuçu – Paraná – CEP 83.560-000, fone: (41) 4107-0333, e-mail: exallife@exallife.com.br, neste ato representada por seu Diretor Sócio Sr. *Dairi Ramos De Oliveira Neto*, brasileiro, portador da Cédula de Identidade RG n. 8.317.486-2/PR, inscrito no CPF/MF sob o n. 030.300.209-32, vem requerer a análise da documentação em anexo, conforme Edital de Credenciamento de prestadores de serviços médicos plantonistas nos serviços de urgência e emergência da UPA nº 004/2018, solicitando que seja o presente pedido deferido, e declarando estar ciente e de acordo com todo o conteúdo do Edital e da Minuta do Contrato.

Por ser expressão de verdade, firmamos a presente.
Itaperuçu, 03 de Setembro de 2.018.



DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA NETO
DIRETOR SÓCIO
EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA. ME
RG 8.317.486-2/PR
CPF/MF 030.300.209-32

12.304.053/0001-85

EXALIFE SERVIÇOS
MÉDICOS LTDA.

Av. São Pedro, 157 - Sala 23
Centro - CEP 83.560-000

ITAPERUÇU - PR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA



NÚMERO DE INSCRIÇÃO
12.304.053/0001-85
MATRIZ

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO
CADASTRAL

DATA DE ABERTURA
29/07/2010

NOME EMPRESARIAL
EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)
GLOBAL LIFE

PORTE
EPP

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
78.30-2-00 - Fornecimento e gestão de recursos humanos para terceiros
78.20-5-00 - Locação de mão-de-obra temporária
86.30-5-02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares
86.60-7-00 - Atividades de apoio à gestão de saúde

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

LOGRADOURO
0AV AVENIDA SAO PEDRO

NÚMERO
157

COMPLEMENTO
SALA 23

CEP
83.560-000

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

MUNICÍPIO
ITAPERUCU

UF
PR

ENDEREÇO ELETRÔNICO
DAIRINETO@GMAIL.COM

TELEFONE
(41) 9625-4970

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)

SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA

DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
29/07/2010

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL

DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL

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

Emitido no dia 06/09/2018 às 15:10:38 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1



Município de Itaperuçu
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
DEPARTAMENTO DE CONTROLE FINANCEIRO

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 **27/09/2018**, SEM RASURAS E NO ORIGINAL.

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

NEGATIVA Nº: 1276/2018

CÓDIGO DE AUTENTICAÇÃO:
9ZTMC5S2QE5T54424QS2

FINALIDADE: PARA FINS DE PROVA

RAZÃO SOCIAL: EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA

**INSCRIÇÃO
MUNICIPAL**

CNPJ/CPF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ALVARÁ

7488

12.304.053/0001-85

2867

ENDEREÇO

AVENIDA SÃO PEDRO, 157 - SALA 23 - CENTRO CEP: 83560000 Itaperuçu - PR

CNAE / ATIVIDADES

Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências, Locação de mão-de-obra temporária, Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências, Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos, Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares, Atividade médica ambulatorial restrita a consultas, Atividades de enfermagem, Atividades de apoio à gestão de saúde, Atividades de fornecimento de infra-estrutura de apoio e assistência a paciente no domicílio

Itaperuçu, 28 de Agosto de 2018

Emitido por: << Equiplano Público Web >>



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: EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 12.304.053/0001-85

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

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

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

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

Emitida às 14:15:54 do dia 04/06/2018 <hora e data de Brasília>.

Válida até 01/12/2018.

Código de controle da certidão: **AFA0.385A.587A.34E3**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

Confirmada Autenticidade
20/09/2018
Aline de Almeida Lima
SMAD/PGFN



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

COMARCA DE RIO BRANCO DO SUL - ESTADO DO PARANÁ

57ª SEÇÃO JUDICIÁRIA - ENTRÂNCIA INTERMEDIÁRIA

OFÍCIO DO DISTRIBUIDOR, CONTADOR E ANEXOS

OFÍCIO DO DISTRIBUIDOR, CONTADOR E ANEXOS

Rua Horacy Santos, 264 - centro

distribuidor_riobrancodesul@hotmail.com

Rio Branco do Sul/PR - 83540-000

TITULAR

MARIO CESAR BUENO

JURAMENTADOS

CARLA CORDEIRO DE LARA DA LUZ

MONICA DE JESUS DE FARIA



Certidão Negativa

Certifico, a pedido de parte interessada, que revendo os livros e arquivos de distribuição de ações de FALÊNCIA, CONCORDATA E RECUPERAÇÃO JUDICIAL sob minha guarda neste cartório, verifiquei os registros contra e a favor de:

EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA

CNPJ 12.304.053/0001-85, no período compreendido desde 10/11/1984, data de instalação deste cartório, até a presente data.



Rio Branco do Sul/PR, 31 de Agosto de 2018, 12:09:09

CARLA CORDEIRO DE LARA DA LUZ

Confere com o original
Data: 06/09/18

Lauriana Santos de Souza

OFÍCIO DO DISTRIBUIDOR, CONTADOR E ANEXOS
COMARCA DE RIO BRANCO DO SUL - PR

Rua Horacy Santos 264 - Centro
CEP 83540-000 - Curitiba - PR
distribuidor_riobrancodesul@hotmail.com



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



Certidão Negativa
de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual
Nº 018665015-46

Certidão fornecida para o CNPJ/MF: **12.304.053/0001-85**

Nome: **EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA**

Estabelecimento sem registro 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 04/01/2019 - Fornecimento Gratuito

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

IMPRIMIR

VOLTAR



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 12304053/0001-85
Razão Social: EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA
Nome Fantasia: GLOBAL LIFE
Endereço: AV SAO PEDRO 157 SALA 23 / CENTRO / ITAPERUCU / PR / 83560-000

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: 21/08/2018 a 19/09/2018

Certificação Número: 2018082111094286356550

Informação obtida em 06/09/2018, às 15:16:05.

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

20/09/18
Confirmada Autenticidade
Aline de Almeida Ramos
SMAD/DLC



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO



CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA

(MATRIZ E FILIAIS) CNPJ: 12.304.053/0001-85

Certidão nº: 153175675/2018

Expedição: 03/07/2018, às 13:48:43

Validade: 29/12/2018 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA** (MATRIZ E FILIAIS), inscrito(a) no CNPJ sob o nº **12.304.053/0001-85**, **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 nº 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa nº 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.

Confirmada Autenticidade
20/09/18
Aline de Almeida Ramos,
SMA/DFE



SEXTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE:
EXALIFE SERVIÇOS MEDICOS LTDA
CNPJ/MF: 12.304.053/0001-85
NIRE: 412.08642807

Folha 1 de 14

Os abaixo identificados e qualificados:

1) DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA NETO, brasileiro, empresário, solteiro, natural de Vacaria-RS, nascido em 09/12/1978 inscrito no CPF/MF sob o nº. 030.300.209-32, portador da carteira de identidade RG nº. 8.317.486-2 SSP-PR emitido em 20/02/1998, residente e domiciliado na Rua Cascavel, 150, casa 15, Boqueirão, Curitiba-PR, CEP: 81.670-180.

2) AURO EDER PEREIRA, brasileiro, solteiro, natural de Abatia-Paraná, nascido em 23.09.1962, médico, portador da Cédula de Identidade RG n. 3.109.946-3 SSP/PR, inscrito no CRM/PR sob o n. 14.330, expedido na data de 17.10.2013, inscrito no CPF/MF sob o n. 536.536.109-15, residente e domiciliado na Rua Desembargador Otavio do Amaral, 614 Ap. 1302, Bairro Bigorriho, na cidade de Curitiba - Paraná, CEP 80.730-400, representado **ANA CLAUDIA IEDOWSKI**, brasileira, advogada, solteira, natural de Curitiba-PR, nascida em 20/07/1983, portadora do RG nº 7.808.326-3 SSP/PR emitida em 17/08/2009, inscrita no CPF/MF nº 035.730.599-02, residente e domiciliado à Rua Cascavel, 150, casa 15, Boqueirão, Curitiba-PR, CEP: 81.670180.

3) BRUNO MARTHIEL FAVARIN SILVA, brasileiro, solteiro, natural de Ponta Grossa - Paraná, nascido em 19.11.1986, médico, portador da Cédula de Identidade RG n. 83.308.338 SSP-PR emitido em 23/03/2017, inscrito no CRM/PR sob o n. 38.155, expedido na data de 14.06.2017, inscrito no CPF/MF sob o n. 058.676.459-32, residente e domiciliado na Rua Afonso Lipinski, n. 407, Casa 04, Bairro Orleans, na cidade de Curitiba - Paraná, CEP 81.200-390, representado neste ato **ANA CLAUDIA IEDOWSKI**, brasileira, advogada, solteira, natural de Curitiba-PR, nascida em 20/07/1983, portadora do RG nº 7.808.326-3 SSP/PR emitida em 17/08/2009, inscrita no CPF/MF nº 035.730.599-02, residente e domiciliado à Rua Cascavel, 150, casa 15, Boqueirão, Curitiba-PR, CEP: 81.670180.

4) NYLTON SEBASTIÃO NEVES, brasileiro, solteiro, natural de Machado - Minas Gerais, médico, nascido em 11.08.1949, portador da Cédula de Identidade RG n. 93.415 SSP-MG, expedido em 08.01.2013, inscrito no CRM/PR sob o n. 26.820, inscrito no CPF/MF sob o n. 132.582.906-44, residente e domiciliado na Rua Cruz Machado, n. 311, apartamento 1.306, Bairro Centro, na cidade de Curitiba - Paraná, CEP 80.410-170, representada neste ato **ANA CLAUDIA IEDOWSKI**, brasileira, advogada, solteira, natural de Curitiba-PR, nascida em 20/07/1983, portadora do RG nº 7.808.326-3 SSP/PR emitida em 17/08/2009, inscrita no CPF/MF nº 035.730.599-02, residente e domiciliado à Rua Cascavel, 150, casa 15, Boqueirão, Curitiba-PR, CEP: 81.670180.



CERTIFICO O REGISTRO EM 29/06/2018 13:48 SOB Nº 20183089430.
PROTOCOLO: 183089430 DE 15/06/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11802567059. NIRE: 41208642807.
EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA

Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 29/06/2018
www.empresafacil.pr.gov.br

SEXTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE:
EXALIFE SERVIÇOS MEDICOS LTDA
CNPJ/MF: 12.304.053/0001-85
NIRE: 412.08642807

Folha 2 de 14

5) PAULO FRANCISCO COELHO SOARES, brasileiro, solteiro, natural de Santa Maria - Rio Grande do Sul, nascido em 06.04.1963, médico, portador da Cédula de Identidade RG n. 20.220.919-34 SSP-RS, expedido na data de 18.10.1980, inscrito no CRM/PR sob o n. 12.372 emitido em 30/01/2006, inscrito no CPF/MF sob o n. 411.813.440-34, residente e domiciliado na Avenida Sete de Setembro, n. 4.941, apartamento 13, Bairro Batel, na cidade de Curitiba - Paraná, CEP 80.240-000, representado neste ato por **ANA CLAUDIA IEDOWSKI**, brasileira, advogada, solteira, natural de Curitiba-PR, nascida em 20/07/1983, portadora do RG n° 7.808.326-3 SSP/PR emitida em 17/08/2009, inscrita no CPF/MF n° 035.730.599-02, residente e domiciliado à Rua Cascavel, 150, casa 15, Boqueirão, Curitiba-PR, CEP: 81.670180.

6) RODRIGO VETTORI GOULART DE OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, natural de Curitiba - Paraná, nascido em 27.07.1978, médico, portador da Cédula de Identidade RG n. 070.380.11 SSP-PR, expedido na data de 07.12.2007, inscrito no CRM/PR sob o n. 30.080, inscrito no CPF/MF sob o n. 703.719.621-53, residente e domiciliado na Rua Paranapanema, n. 184, Bairro Jardim Guaraituba, na cidade de Paranaguá - Paraná, CEP 83.209-270, representado neste ato **ANA CLAUDIA IEDOWSKI**, brasileira, advogada, solteira, natural de Curitiba-PR, nascida em 20/07/1983, portadora do RG n° 7.808.326-3 SSP/PR emitida em 17/08/2009, inscrita no CPF/MF n° 035.730.599-02, residente e domiciliado à Rua Cascavel, 150, casa 15, Boqueirão, Curitiba-PR, CEP: 81.670180.

7) SINDERLEY DENER DESTRO, brasileiro, solteiro, natural de Presidente Prudente - São Paulo, nascido em 15.08.1967, médico, portador da Cédula de Identidade RG n. 17.608.010 SSP-SP, expedido na data de 18.11.1982, inscrito no CRM/PR sob o n. 14.209, inscrito no CPF/MF sob o n. 621.898.679-91, residente e domiciliado na Rua Napoli, n. 461, lote 08, quadra K, Bairro São João, na cidade de Curitiba - Paraná, CEP 82.030-170, representado neste ato **ANA CLAUDIA IEDOWSKI**, brasileira, advogada, solteira, natural de Curitiba-PR, nascida em 20/07/1983, portadora do RG n° 7.808.326-3 SSP/PR emitida em 17/08/2009, inscrita no CPF/MF n° 035.730.599-02, residente e domiciliado à Rua Cascavel, 150, casa 15, Boqueirão, Curitiba-PR, CEP: 81.670180.

8) TURADJ FREDRICK SAHIHI PEZESHK, brasileiro, solteiro, natural de Goiânia - Goiás, nascido em 10.07.1982, médico, portador da Cédula de Identidade RG n. 1.918.210 SSP-DF, inscrito no CRM/PR sob o n. 26.240, expedido na data de 30.08.2017, portador da CNH n°. 01987696306 Detran-PR, emitida em 11/08/2017 e válida até 11/08/2022, inscrito no CPF/MF sob o n. 905.592.741-49, residente e domiciliado na Alameda Princesa Izabel, n. 2.727, Bairro Bigorriho, na cidade de Curitiba - Paraná, CEP 80.730-080, representado neste ato **ANA CLAUDIA**



CERTIFICO O REGISTRO EM 29/06/2018 13:48 SOB Nº 20183089430.
PROTOCOLO: 183089430 DE 15/06/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11802567059. NIRE: 41208642807.
EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA

Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 29/06/2018
www.empresafacil.pr.gov.br



**SEXTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE:
EXALIFE SERVIÇOS MEDICOS LTDA
CNPJ/MF: 12.304.053/0001-85
NIRE: 412.08642807**

Folha 3 de 14

IEDOWSKI, brasileira, advogada, solteira, natural de Curitiba-PR, nascida em 20/07/1983, portadora do RG nº 7.808.326-3 SSP/PR emitida em 17/08/2009, inscrita no CPF/MF nº 035.730.599-02, residente e domiciliado à Rua Cascavel, 150, casa 15, Boqueirão, Curitiba-PR, CEP: 81.670180.

9) VICTOR DANTE CANO ARIAS, paraguaio, solteiro, natural de Paraguai, nascido em 14.05.1955, médico, portador da Cédula de Identidade RG n. 1.675.707-1 SSP-PR, expedido na data de 25.09.2017, inscrito no CRM/PR sob o n. 11.413, inscrito no CPF/MF sob o n. 787.680.719-49, residente e domiciliado na Rua Doutor Leão Mocellin, n. 601, Bairro Santa Felicidade, na cidade de Curitiba – Paraná, CEP 82.030-230, , representado neste ato **ANA CLAUDIA IEDOWSKI**, brasileira, advogada, solteira, natural de Curitiba-PR, nascida em 20/07/1983, portadora do RG nº 7.808.326-3 SSP/PR emitida em 17/08/2009, inscrita no CPF/MF nº 035.730.599-02, residente e domiciliado à Rua Cascavel, 150, casa 15, Boqueirão, Curitiba-PR, CEP: 81.670180.

10) ANDRE COSTA PEREZ, brasileiro, solteiro, natural de Londrina – Paraná, nascido na data de 15.03.1989, médico, portador da Cédula de Identidade RG n. 10.166.002-8 SSP-PR, expedido na data de 24.01.2017, inscrito no CPF/MF sob o n. 061.858.429-39, residente e domiciliado na Rua Polônia, n. 491, Bairro Jardim Adriana II, na cidade de Londrina – Estado do Paraná, CEP 86.046-110, , representado neste ato **ANA CLAUDIA IEDOWSKI**, brasileira, advogada, solteira, natural de Curitiba-PR, nascida em 20/07/1983, portadora do RG nº 7.808.326-3 SSP/PR emitida em 17/08/2009, inscrita no CPF/MF nº 035.730.599-02, residente e domiciliado à Rua Cascavel, 150, casa 15, Boqueirão, Curitiba-PR, CEP: 81.670180.

11) DJALMA RODRIGUES DA SILVA, brasileiro, solteiro, natural de Quatiguá – Paraná, nascido em 07.07.1940, médico, portador da Cédula de Identidade RG n. 495.303 SSP-PR, expedido em 18.05.1973, inscrito no CRM/PR sob o n. 11.919, inscrito no CPF/MF sob o n. 110.232.959-20, residente e domiciliado na Rua Rio Grande do Norte, n. 387, Praia de Leste, na cidade de Pontal do Paraná – Paraná, CEP 83.255-000, representado neste ato **ANA CLAUDIA IEDOWSKI**, brasileira, advogada, solteira, natural de Curitiba-PR, nascida em 20/07/1983, portadora do RG nº 7.808.326-3 SSP/PR emitida em 17/08/2009, inscrita no CPF/MF nº 035.730.599-02, residente e domiciliado à Rua Cascavel, 150, casa 15, Boqueirão, Curitiba-PR, CEP: 81.670180.



CERTIFICO O REGISTRO EM 29/06/2018 13:48 SOB Nº 20183089430.
PROTOCOLO: 183089430 DE 15/06/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11802567059. NIRE: 41208642807.
EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA

Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 29/06/2018
www.empresafacil.pr.gov.br

SEXTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE:
EXALIFE SERVIÇOS MEDICOS LTDA
CNPJ/MF: 12.304.053/0001-85
NIRE: 412.08642807

Folha 4 de 14

Únicos sócios componentes da sociedade empresária limitada que gira nesta praça sob o nome de **EXALIFE SERVIÇOS MEDICOS LTDA**, com sede na Avenida São Pedro, 157 sala 23, Centro, Itaperuçu-PR, CEP: 83560-000, e inscrita no CNPJ/MF sob nº 12.304.053/0001-85, registrada na Junta Comercial do Paraná sob nº 412.08642807 em 04/09/2017; resolvem alterar e consolidar o contrato social mediante as condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA ABERTURA DE FILIAL: A sociedade resolve abrir uma filial que se localizará na Avenida Santos Dumont, 567, Casa Branca, Santo André-SP, CEP: 09.015-330.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA RETIRADA DE SÓCIO: Retira-se da sociedade o sócio **ANDRE COSTA PEREZ**, cedendo e transferindo por venda, com o consentimento dos outros sócios, 1 (uma) quota de capital no valor nominal de R\$ 40,00 (quarenta reais) cada uma, totalmente subscritas e integralizadas em moeda corrente nacional, para o sócio **DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA NETO**, acima qualificado, dando plena quitação das quotas cedidas.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RETIRADA DE SÓCIO: Retira-se da sociedade o sócio **NYLTON SEBASTIÃO NEVES**, cedendo e transferindo por venda, com o consentimento dos outros sócios, 1 (uma) quota de capital no valor nominal de R\$ 40,00 (quarenta reais) cada uma, totalmente subscritas e integralizadas em moeda corrente nacional, para o sócio **DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA NETO**, acima qualificado, dando plena quitação das quotas cedidas.

CLÁUSULA QUARTA - NOVA DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL: O capital social que é de R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais), divididos em 10.000 (dez mil) quotas de capital no valor nominal de R\$ 40,00 (quarenta reais) cada uma, totalmente subscrito e integralizado em moeda corrente nacional, fica distribuído da seguinte forma em virtude das modificações havidas:



CERTIFICO O REGISTRO EM 29/06/2018 13:48 SOB Nº 20183089430.
PROTOCOLO: 183089430 DE 15/06/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11802567059. NIRE: 41208642807.
EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA

Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 29/06/2018
www.empresafacil.pr.gov.br



SEXTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE:
EXALIFE SERVIÇOS MEDICOS LTDA
CNPJ/MF: 12.304.053/0001-85
NIRE: 412.08642807

Folha 5 de 14

SOCIO	(%)	QUOTAS	VALOR
DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA NETO	99.92	9.992	399.680,00
AURO EDER PEREIRA	0.01	1.00	40,00
BRUNO MARTHIEL FAVARIN SILVA	0.01	1.00	40,00
PAULO FRANCISCO COELHO SOARES	0.01	1.00	40,00
RODRIGO VETTORI GOULART DE OLIVEIRA	0.01	1.00	40,00
SINDERLEY DENER DESTRO	0.01	1.00	40,00
TURADJ FREDRICK SAHIHI PEZESHK	0.01	1.00	40,00
VICTOR DANTE CANO ARIAS	0.01	1.00	40,00
DJALMA RODRIGUES DA SILVA	0.01	1.00	40,00
TOTAL	100.00	10.000	400.000,00

CLÁUSULA QUINTA: A responsabilidade dos sócios é restrita ao valor de suas quotas e os sócios não responderão subsidiariamente pelas obrigações sociais, conforme estabelece o artigo 1.052 C/C o inciso VIII, artigo 997, da Lei 10.406/02, mas todos respondem solidariamente pela integração do Capital Social.

CLÁUSULA SEXTA: Os sócios retirantes e os sócios remanescentes, declaram-se pagos e satisfeitos entre si de todos os seus haveres, incluindo contas do Ativo, Passivo de Responsabilidade Civil, quaisquer outros recebimentos e ônus de qualquer natureza perante a sociedade, reconhecendo nada mais haverem a reclamar de qualquer outro título, dos sócios remanescentes e da sociedade, dando assim ampla, geral, rasa e total quitação.

Parágrafo único: Pelos serviços que prestarem à sociedade, os administradores poderão perceber, a título de remuneração "Pró-labore", a quantia fixada mediante deliberação dos sócios.

CLÁUSULA SÉTIMA: Permanecem inalteradas as demais cláusulas.

CLÁUSULA OITAVA: - DA CONSOLIDAÇÃO DO CONTRATO: À vista da modificação ora ajustada, consolida-se o contrato social, que passa a ter a seguinte redação:



CERTIFICO O REGISTRO EM 29/06/2018 13:48 SOB Nº 20183089430.
PROTOCOLO: 183089430 DE 15/06/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11802567059. NIRE: 41208642807.
EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA

Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 29/06/2018
www.empresafacil.pr.gov.br

SEXTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE:

EXALIFE SERVIÇOS MEDICOS LTDA

CNPJ/MF: 12.304.053/0001-85

NIRE: 412.08642807

Folha 6 de 14

CONTRATO SOCIAL CONSOLIDADO

EXALIFE SERVIÇOS MEDICOS LTDA

CNPJ/MF: 12.304.053/0001-85

NIRE: 412.08642807

1) DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA NETO, brasileiro, empresário, solteiro, natural de Vacaria-RS, nascido em 09/12/1978 inscrito no CPF/MF sob o nº. 030.300.209-32, portador da carteira de identidade RG nº. 8.317.486-2 SSP-PR emitido em 20/02/1998, residente e domiciliado na Rua Cascavel, 150, casa 15, Boqueirão, Curitiba-PR, CEP: 81.670-180.

2) AURO EDER PEREIRA, brasileiro, solteiro, natural de Abatia-Paraná, nascido em 23.09.1962, médico, portador da Cédula de Identidade RG n. 3.109.946-3 SSP/PR, inscrito no CRM/PR sob o n. 14.330, expedido na data de 17.10.2013, inscrito no CPF/MF sob o n. 536.536.109-15, residente e domiciliado na Rua Desembargador Otavio do Amaral, 614 Ap. 1302, Bairro Bigorriho, na cidade de Curitiba - Paraná, CEP 80.730-400, representado **ANA CLAUDIA IEDOWSKI**, brasileira, advogada, solteira, natural de Curitiba-PR, nascida em 20/07/1983, portadora do RG nº 7.808.326-3 SSP/PR emitida em 17/08/2009, inscrita no CPF/MF nº 035.730.599-02, residente e domiciliado à Rua Cascavel, 150, casa 15, Boqueirão, Curitiba-PR, CEP: 81.670180.

3) BRUNO MARTHEL FAVARIN SILVA, brasileiro, solteiro, natural de Ponta Grossa - Paraná, nascido em 19.11.1986, médico, portador da Cédula de Identidade RG n. 83.308.338 SSP-PR emitido em 23/03/2017, inscrito no CRM/PR sob o n. 38.155, expedido na data de 14.06.2017, inscrito no CPF/MF sob o n. 058.676.459-32, residente e domiciliado na Rua Afonso Lipinski, n. 407, Casa 04, Bairro Orleans, na cidade de Curitiba - Paraná, CEP 81.200-390, representado neste ato **ANA CLAUDIA IEDOWSKI**, brasileira, advogada, solteira, natural de Curitiba-PR, nascida em 20/07/1983, portadora do RG nº 7.808.326-3 SSP/PR emitida em 17/08/2009, inscrita no CPF/MF nº 035.730.599-02, residente e domiciliado à Rua Cascavel, 150, casa 15, Boqueirão, Curitiba-PR, CEP: 81.670180.

4) PAULO FRANCISCO COELHO SOARES, brasileiro, solteiro, natural de Santa Maria - Rio Grande do Sul, nascido em 06.04.1963, médico, portador da Cédula de Identidade RG n. 20.220.919-34 SSP-RS, expedido na data de 18.10.1980, inscrito no CRM/PR sob o n. 12.372 emitido em 30/01/2006, inscrito no CPF/MF sob o n. 411.813.440-34, residente e domiciliado na Avenida Sete de Setembro, n. 4.941, apartamento 13, Bairro Batel, na cidade de Curitiba - Paraná, CEP 80.240-000, representado neste ato por **ANA CLAUDIA IEDOWSKI**, brasileira, advogada, solteira, natural de Curitiba-PR, nascida em 20/07/1983, portadora do RG nº



CERTIFICO O REGISTRO EM 29/06/2018 13:48 SOB Nº 20183089430.
PROTOCOLO: 183089430 DE 15/06/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11802567059. NIRE: 41208642807.
EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA

Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 29/06/2018
www.empresafacil.pr.gov.br



SEXTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE:
EXALIFE SERVIÇOS MEDICOS LTDA
CNPJ/MF: 12.304.053/0001-85
NIRE: 412.08642807

Folha 7 de 14

7.808.326-3 SSP/PR emitida em 17/08/2009, inscrita no CPF/MF nº 035.730.599-02, residente e domiciliado à Rua Cascavel, 150, casa 15, Boqueirão, Curitiba-PR, CEP: 81.670180.

5) RODRIGO VETTORI GOULART DE OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, natural de Curitiba – Paraná, nascido em 27.07.1978, médico, portador da Cédula de Identidade RG n. 070.380.11 SSP-PR, expedido na data de 07.12.2007, inscrito no CRM/PR sob o n. 30.080, inscrito no CPF/MF sob o n. 703.719.621-53, residente e domiciliado na Rua Paranapanema, n. 184, Bairro Jardim Guaraituba, na cidade de Paranaguá – Paraná, CEP 83.209-270, representado neste ato **ANA CLAUDIA IEDOWSKI**, brasileira, advogada, solteira, natural de Curitiba-PR, nascida em 20/07/1983, portadora do RG nº 7.808.326-3 SSP/PR emitida em 17/08/2009, inscrita no CPF/MF nº 035.730.599-02, residente e domiciliado à Rua Cascavel, 150, casa 15, Boqueirão, Curitiba-PR, CEP: 81.670180.

6) SINDERLEY DENER DESTRO, brasileiro, solteiro, natural de Presidente Prudente – São Paulo, nascido em 15.08.1967, médico, portador da Cédula de Identidade RG n. 17.608.010 SSP-SP, expedido na data de 18.11.1982, inscrito no CRM/PR sob o n. 14.209, inscrito no CPF/MF sob o n. 621.898.679-91, residente e domiciliado na Rua Napoli, n. 461, lote 08, quadra K, Bairro São João, na cidade de Curitiba – Paraná, CEP 82.030-170, representado neste ato **ANA CLAUDIA IEDOWSKI**, brasileira, advogada, solteira, natural de Curitiba-PR, nascida em 20/07/1983, portadora do RG nº 7.808.326-3 SSP/PR emitida em 17/08/2009, inscrita no CPF/MF nº 035.730.599-02, residente e domiciliado à Rua Cascavel, 150, casa 15, Boqueirão, Curitiba-PR, CEP: 81.670180.

7) TURADJ FREDRICK SAHIHI PEZESHK, brasileiro, solteiro, natural de Goiânia – Goiás, nascido em 10.07.1982, médico, portador da Cédula de Identidade RG n. 1.918.210 SSP-DF, inscrito no CRM/PR sob o n. 26.240, expedido na data de 30.08.2017, portador da CNH nº 01987696306 Detran-PR, emitida em 11/08/2017 e válida até 11/08/2022, inscrito no CPF/MF sob o n. 905.592.741-49, residente e domiciliado na Alameda Princesa Izabel, n. 2.727, Bairro Bigorriho, na cidade de Curitiba – Paraná, CEP 80.730-080, representado neste ato **ANA CLAUDIA IEDOWSKI**, brasileira, advogada, solteira, natural de Curitiba-PR, nascida em 20/07/1983, portadora do RG nº 7.808.326-3 SSP/PR emitida em 17/08/2009, inscrita no CPF/MF nº 035.730.599-02, residente e domiciliado à Rua Cascavel, 150, casa 15, Boqueirão, Curitiba-PR, CEP: 81.670180.

8) VICTOR DANTE CANO ARIAS, paraguaio, solteiro, natural de Paraguai, nascido em 14.05.1955, médico, portador da Cédula de Identidade RG n. 1.675.707-1 SSP-PR, expedido na data de 25.09.2017, inscrito no CRM/PR sob o n. 11.413, inscrito no CPF/MF sob o n. 787.680.719-49, residente e domiciliado na



CERTIFICO O REGISTRO EM 29/06/2018 13:48 SOB Nº 20183089430.
PROTOCOLO: 183089430 DE 15/06/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11802567059. NIRE: 41208642807.
EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA

Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 29/06/2018
www.empresafacil.pr.gov.br

SEXTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE:
EXALIFE SERVIÇOS MEDICOS LTDA
CNPJ/MF: 12.304.053/0001-85
NIRE: 412.08642807

Folha 8 de 14

Rua Doutor Leão Mocellin, n. 601, Bairro Santa Felicidade, na cidade de Curitiba – Paraná, CEP 82.030-230, representado neste ato **ANA CLAUDIA IEDOWSKI**, brasileira, advogada, solteira, natural de Curitiba-PR, nascida em 20/07/1983, portadora do RG nº 7.808.326-3 SSP/PR emitida em 17/08/2009, inscrita no CPF/MF nº 035.730.599-02, residente e domiciliado à Rua Cascavel, 150, casa 15, Boqueirão, Curitiba-PR, CEP: 81.670180.

9) DJALMA RODRIGUES DA SILVA, brasileiro, solteiro, natural de Quatiguá – Paraná, nascido em 07.07.1940, médico, portador da Cédula de Identidade RG n. 495.303 SSP-PR, expedido em 18.05.1973, inscrito no CRM/PR sob o n. 11.919, inscrito no CPF/MF sob o n. 110.232.959-20, residente e domiciliado na Rua Rio Grande do Norte, n. 387, Praia de Leste, na cidade de Pontal do Paraná – Paraná, CEP 83.255-000, representado neste ato **ANA CLAUDIA IEDOWSKI**, brasileira, advogada, solteira, natural de Curitiba-PR, nascida em 20/07/1983, portadora do RG nº 7.808.326-3 SSP/PR emitida em 17/08/2009, inscrita no CPF/MF nº 035.730.599-02, residente e domiciliado à Rua Cascavel, 150, casa 15, Boqueirão, Curitiba-PR, CEP: 81.670180.

Tem constituída entre si uma Sociedade Empresária Limitada que gira sob o nome de **EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, com sede na Avenida São Pedro, 157 sala 23, Centro, Itaperuçu-PR, CEP: 83560-000, e inscrita no CNPJ/MF sob Nº. 12.304.053/0001-85, registrada na Junta Comercial do Paraná sob nº 412.08642807 em 19/02/2018; regida pelos artigos 1.052 a 1.087 do Código Civil, instituído pela Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002; pelas demais disposições legais aplicáveis à espécie e pelas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - NOME EMPRESARIAL, SEDE E DOMICÍLIO: A sociedade gira sob o nome empresarial de **EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA** e têm sede e domicílio na Avenida São Pedro, 157 sala 23, Centro, Itaperuçu-PR, CEP: 83560-000.

CLÁUSULA SEGUNDA: A sociedade pode através de convocação de sócios mediante reunião, com publicação em jornal, realizar alterações contratuais, inclusão e exclusão de sócios, instalar e extinguir filiais, sedes e/ou escritórios em todo território nacional.

CLÁUSULA TERCEIRA - FILIAIS E OUTRAS DEPENDÊNCIAS: A sociedade poderá a qualquer tempo, abrir ou fechar filial ou outra dependência, no país ou no exterior, mediante alteração contratual assinada por todos os sócios.

Parágrafo Primeiro - Filial: A empresa possui uma filial localizada na Avenida Santos Dumont, 567, Casa Branca, Santo André-SP, CEP: 09.015-330.



CERTIFICO O REGISTRO EM 29/06/2018 13:48 SOB Nº 20183089430.
PROTOCOLO: 183089430 DE 15/06/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11802567059. NIRE: 41208642807.
EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA

Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 29/06/2018
www.empresafacil.pr.gov.br

**SEXTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE:
EXALIFE SERVIÇOS MEDICOS LTDA
CNPJ/MF: 12.304.053/0001-85
NIRE: 412.08642807**

Folha 9 de 14

CLÁUSULA QUARTA - INÍCIO DAS ATIVIDADES E PRAZO DE DURAÇÃO DA SOCIEDADE: A sociedade iniciou suas atividades em 29/07/2010 e seu prazo de duração é por tempo indeterminado.

CLÁUSULA QUINTA - OBJETO SOCIAL: A sociedade tem por objeto a exploração no ramo de: Atividades de atendimento em pronto socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências e emergências; Fornecimento de mão de obra, mesmo em caráter temporário, inclusive de empregados ou trabalhadores, avulsos ou temporários, contratados pelo prestador de serviço; Prestação de serviços na área da saúde com contratação de profissionais da saúde como enfermeiros, técnicos de enfermagem, coordenadores, dentista, inclusive com disponibilização de profissionais médicos para atendimento na UPA, pronto socorro, unidades básicas de saúde, hospitais, atendimentos em consultórios e mutirões médicos; Atividades de assessoria e consultoria na área da saúde e atividades de apoio à gestão da saúde; Atividades de clínica médica, consultório e ambulatório.

CLÁUSULA SEXTA - CAPITAL SOCIAL: O capital social que é de R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais), divididos em 10.000 (dez mil) quotas de capital no valor nominal de R\$ 40,00 (quarenta reais) cada uma, totalmente subscrito e integralizado em moeda corrente nacional, é distribuído da seguinte forma:

SOCIO	(%)	QUOTAS	VALOR
DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA NETO	99.92	9.992	399.680,00
OK AURO EDER PEREIRA	0.01	1.00	40,00
OK BRUNO MARTHIEL FAVARIN SILVA	0.01	1.00	40,00
OK PAULO FRANCISCO COELHO SOARES	0.01	1.00	40,00
OK RODRIGO VETTORI GOULART DE OLIVEIRA	0.01	1.00	40,00
OK SINDERLEY DENER DESTRO	0.01	1.00	40,00
OK TURADJ FREDRICK SAHIHI PEZESHK	0.01	1.00	40,00
OK VICTOR DANTE CANO ARIAS	0.01	1.00	40,00
OK DJALMA RODRIGUES DA SILVA	0.01	1.00	40,00
TOTAL	100.00	10.000	400.000,00



CERTIFICO O REGISTRO EM 29/06/2018 13:48 SOB Nº 20183089430.
PROTOCOLO: 183089430 DE 15/06/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11802567059. NIRE: 41208642807.
EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA

Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 29/06/2018
www.empresafacil.pr.gov.br

SEXTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE:
EXALIFE SERVIÇOS MEDICOS LTDA
CNPJ/MF: 12.304.053/0001-85
NIRE: 412.08642807

Folha 10 de 14

CLÁUSULA SÉTIMA - RESPONSABILIDADE DOS SÓCIOS: A responsabilidade dos sócios é restrita ao valor de suas quotas e os sócios não responderão subsidiariamente pelas obrigações sociais, conforme estabelece o artigo 1.052 C/C o inciso VIII, artigo 997, da Lei 10.406/02, mas todos respondem solidariamente pela integração do Capital Social.

CLÁUSULA OITAVA: Os sócios ingressantes e os sócios remanescentes, declaram-se pagos e satisfeitos entre si de todos os seus haveres, incluindo contas do Ativo, Passivo de Responsabilidade Civil, quaisquer outros recebimentos e ônus de qualquer natureza perante a sociedade, reconhecendo nada mais haverem a reclamar de qualquer outro título, dos sócios remanescentes e da sociedade, dando assim ampla, geral, rasa e total quitação.

Parágrafo único: Pelos serviços que prestarem à sociedade, os administradores poderão perceber, a título de remuneração "Pró-labore", a quantia fixada mediante deliberação dos sócios.

CLÁUSULA NONA – DELIBERAÇÕES SOCIAIS: Nos termos do Artigo 1.075, §1º, do Código Civil, as deliberações sociais serão tomadas em assembleia de sócios.

Parágrafo Primeiro: Nos termos do parágrafo 3º do artigo 1.072 do Código Civil, as deliberações poderão ainda ser tomadas por meio de documento escrito, dispensando-se a realização da reunião de sócios, quando contar com a assinatura de todos os sócios.

Parágrafo Segundo: As assembleias de sócios serão convocadas pelo administrador mediante publicação por três vezes, devendo ser observado o prazo mínimo de 8(oito) dias entre a data da primeira publicação e a da realização da assembleia, e o prazo mínimo de 5(cinco) dias para as posteriores, no jornal do Estado e na imprensa oficial no Estado do Paraná.

Parágrafo Terceiro: As assembleias de sócios poderão também ser convocadas nas hipóteses previstas no Artigo 1.073 do Código Civil.

Parágrafo Quarto: Nos termos do parágrafo 2º do Artigo 1.072 do Código Civil, as formalidades para a convocação das assembleias dos sócios ficam dispensadas quando todos os sócios comparecerem ou se declararem, por escrito, cientes do local, dará, hora e ordem do dia da reunião.

Parágrafo Quinto: As assembleias de sócios instalar-se-ão, em primeira convocação, com a presença de sócios representando, pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do capital social, e em segunda convocação, com qualquer número.

Parágrafo Sexto: As assembleias de sócios serão presididas e secretariadas por sócios escolhidos pelos presentes à reunião.

Parágrafo Sétimo: No prazo legal, a administração da sociedade deverá providenciar o arquivamento, no Registro Público de Empresas Mercantis, de cópia das atas de assembleias autenticadas pela administradora ou pela mesa.

Parágrafo Oitavo: Ressalvadas as matérias expressamente previstas em lei e neste



CERTIFICO O REGISTRO EM 29/06/2018 13:48 SOB Nº 20183089430.
PROTOCOLO: 183089430 DE 15/06/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11802567059. NIRE: 41208642807.
EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA

Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 29/06/2018
www.empresafacil.pr.gov.br



SEXTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE:
EXALIFE SERVIÇOS MEDICOS LTDA
CNPJ/MF: 12.304.053/0001-85
NIRE: 412.08642807

Folha 11 de 14

contrato social, todas as demais deliberações sociais tomadas por sócios representando a maioria do capital social.

CLÁUSULA DÉCIMA – CESSÃO DAS QUOTAS: As quotas poderão ser livremente cedidas ou transferidas, total ou parcialmente, a quem seja sócio, independentemente do consentimento dos demais sócios, ou a terceiros, se não houver oposição dos titulares de mais de ¼ (um quarto) do capital social da empresa, conforme previsto no Art. 1.057 do código Civil.

Parágrafo único: Os sócios renunciam o direito de preferência.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – EXERCÍCIO SOCIAL: O exercício social coincidirá com o ano civil, encerrando-se em 31 de Dezembro e ao término de cada exercício, podendo ter duração inferior a um ano, e deverá se iniciar no dia 1º de cada período, encerrando-se no último. O administrador prestará contas justificadas de sua administração, elaborando as demonstrações financeiras exigidas legalmente de acordo com a Lei 6.404/76.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DISTRIBUIÇÃO DE LUCROS E DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS: A sociedade deliberará em reunião dos sócios, devidamente convocada, a respeito da distribuição dos resultados e dos prejuízos e perdas apuradas, podendo ser desproporcional aos percentuais de participação do quadro societário, segundo autoriza o artigo 1.007 da Lei nº. 10406/2002.

Parágrafo Primeiro: A sociedade poderá levantar demonstrações financeiras intermediárias e distribuir lucros apurados, observadas limitações legais, e ainda distribuir lucros com base nos lucros acumulados ou reservas de lucros constantes do último balanço patrimonial, observada a reposição de Lucros quando a distribuição afetar o Capital Social, conforme estabelece o artigo 1.059 da Lei nº. 10406/2002.

Parágrafo Segundo: Os sócios responderão pelos prejuízos e perdas apurados em balanço patrimonial e liquidação até o limite de sua participação no capital social.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA DISSOLUÇÃO E LIQUIDAÇÃO: Em caso de dissolução, aplicar-se-á o disposto nos Artigos 1.087 e 1.102 e seguintes do Código Civil, devendo os haveres da sociedade ser empregados na liquidação das obrigações e o remanescente, se houver, rateado entre os sócios na proporção do número de quotas que cada um possuir.

Parágrafo Primeiro: A sociedade entrará em liquidação, nos casos previstos em Lei, ou quando assim deliberarem os sócios detentores de 75% do capital social.

Parágrafo Segundo: Na hipótese de liquidação da sociedade, o liquidante será nomeado pelos sócios detentores da maioria do capital social.

Parágrafo Terceiro: Nas hipóteses de retirada, exclusão, falência, recuperação judicial, falecimento ou outro motivo que afaste definitivamente qualquer dos sócios a sociedade não se dissolverá, prosseguindo nela os sócios remanescentes, mesmo que



CERTIFICO O REGISTRO EM 29/06/2018 13:48 SOB Nº 20183089430.
PROTOCOLO: 183089430 DE 15/06/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11802567059. NIRE: 41208642807.
EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA

Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 29/06/2018
www.empresafacil.pr.gov.br

SEXTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE:

EXALIFE SERVIÇOS MEDICOS LTDA

CNPJ/MF: 12.304.053/0001-85

NIRE: 412.08642807

Folha 12 de 14

remanesça o único continuando, nesta hipótese, como sócio remanescente pelo prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, como faculta o inciso IV, do artigo 1.033 da Lei n. 10.406/02.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – RETIRADA E EXCLUSÃO DE SÓCIOS:

Se qualquer dos sócios desejarem se retirar da sociedade, deverá comunicar sua intenção à sociedade, especificando o preço da oferta e as condições de pagamento, e concedendo o prazo de até 180 (cento e oitenta) dias para manifestação.

Parágrafo Primeiro: Ultrapassado o prazo previsto na presente cláusula, senão houver interessados na aquisição de sua quota a sociedade deverá pagar ao sócio retirante o valor nominal da sua quota em até 90 (noventa) parcelas mensais, iguais e sucessivas com acréscimos legais ficando assegurada a sociedade a proporcional redução do capital social.

Parágrafo Segundo: Fica autorizado aos sócios representativos de mais da metade do capital social, deliberar a exclusão de um ou mais sócios que estejam pondo em risco a continuidade das atividades empresariais desta sociedade, a qual será determinada em reunião ou assembleia especificadamente convocada para esse fim, mediante convocação formal de todos os sócios, facultando o direito de defesa no conclave e, com posterior alteração contratual para formalização à decisão tomada, conforme previsto no artigo 1.085 do Código Civil.

Parágrafo Terceiro: Também será excluído o sócio, de pleno direito:

- a) Decisão Judicial;
- b) Que cometer falta grave no cumprimento de suas obrigações; e/ou ainda
- c) Incapacidade superveniente.

Parágrafo Quarto: Os sócios serão convocados para reunião e/ou assembleia no endereço descrito em sua qualificação nos termos do preâmbulo contratual que poderá ser substituído por publicação em jornal local e no diário oficial do Paraná, conforme disposto da Lei 6.404/76.

Parágrafo Quinto: Na hipótese de exclusão, fica assegurado aos sócios excluídos apuração e o pagamento dos respectivos haveres, por meio de demonstrações contábeis da sociedade na data do fato, e com base nestas demonstrações contábeis serão apurados o quinhão dos sócios, que será reembolsado em até 90 (noventa) prestações mensais, iguais e sucessivas com acréscimos legais.

Parágrafo Sexto: Considerando-se atos graves, para fins de aplicação da regra de exclusão prevista nesta Cláusula, todo aquele que coloque em risco o desenvolvimento das atividades sociais e/ou regular andamento da sociedade.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DESIMPEDIMENTO E DISPOSIÇÕES GERAIS: Os sócios e administradores da sociedade declaram não estarem incursos em crimes previstos em Lei, que os impeçam de exercer atividades comerciais e/ou mercantis, declarando, ainda, aos administradores, que exercem as funções de acordo com



CERTIFICO O REGISTRO EM 29/06/2018 13:48 SOB Nº 20183089430.
PROTOCOLO: 183089430 DE 15/06/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11802567059. NIRE: 41208642807.
EXALIFE SERVIÇOS MEDICOS LTDA

Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 29/06/2018
www.empresafacil.pr.gov.br



SEXTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE:
EXALIFE SERVIÇOS MEDICOS LTDA
CNPJ/MF: 12.304.053/0001-85
NIRE: 412.08642807

Folha 13 de 14

dispositivo no caput do artigo 1.011 do Código Civil e, que não praticam os crimes previstos no inciso I, do mesmo artigo.

Parágrafo Único: Os casos omissos neste Contrato Social e no Código Civil no capítulo das sociedades limitadas serão regulados sucessivamente pelas normas e preceitos da Lei 6.404/1976 que rege as sociedades anônimas.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: A sociedade pode através de convocação de sócios mediante reunião, com publicação em jornal, realizar alterações contratuais, inclusão e exclusão de sócios, instalar e extinguir filiais, sedes e/ou escritórios em todo território nacional.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - FALECIMENTO OU INTERDIÇÃO DE SÓCIO: 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 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 OITAVA - ADMINISTRAÇÃO DA SOCIEDADE E USO DO NOME EMPRESARIAL: A administração da sociedade cabe a **DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA NETO**, com os poderes e atribuições de gerir e administrar os negócios da sociedade, representá-la ativa e passivamente, judicial e extra judicialmente, perante órgãos públicos, instituições financeiras, entidades privadas e terceiros em geral, bem como praticar todos os demais atos necessários à consecução dos objetivos ou à defesa dos interesses e direitos da sociedade, autorizado o uso do nome empresarial isoladamente.

§1.º- É vedado o uso do nome empresarial em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor de qualquer dos quotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da sociedade, sem autorização do outro sócio.

§ 2.º- Faculta-se ao administrador, atuando isoladamente, constituir, em nome da sociedade, procuradores para período determinado, devendo o instrumento de mandato especificar os atos e operações a serem praticados.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DECLARAÇÃO DE DESIMPEDIMENTO: OS Administradores declaram, sob as penas da lei, que não estão impedidos 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



CERTIFICO O REGISTRO EM 29/06/2018 13:48 SOB Nº 20183089430.
PROTOCOLO: 183089430 DE 15/06/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11802567059. NIRE: 41208642807.
EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA

Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 29/06/2018
www.empresafacil.pr.gov.br

SEXTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE:
EXALIFE SERVIÇOS MEDICOS LTDA
CNPJ/MF: 12.304.053/0001-85
NIRE: 412.08642807

Folha 14 de 14

pública ou a propriedade.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - FORO: Fica eleito o foro da comarca de Itaperuçu-PR para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais especial ou privilegiado que seja ou venha ser.

E por estarem assim, justos e contratados, lavram e assinam, a presente alteração, em 1 (uma) vias, obrigando-se fielmente por si, seus herdeiros e sucessores legais a cumpri-lo em todos os seus termos.

Itaperuçu-PR, 06 de Junho de 2018.


DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA NETO

SERVIÇO DISTRITAL
DO BOQUEIRÃO
CURITIBA - PR


AURO EDER PEREIRA

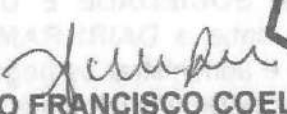
SERVIÇO DISTRITAL
DO BOQUEIRÃO
CURITIBA - PR


BRUNO MARTHIEL FAVARIN

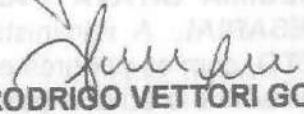
SERVIÇO DISTRITAL
DO BOQUEIRÃO
CURITIBA - PR


NYLTON SEBASTIÃO NEVES

MORRETES


PAULO FRANCISCO COELHO SOARES

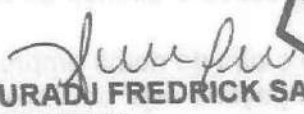
SERVIÇO DISTRITAL
DO BOQUEIRÃO
CURITIBA - PR


**RODRIGO VETTORI GOULART
DE OLIVEIRA**

SERVIÇO DISTRITAL
DO BOQUEIRÃO
CURITIBA - PR


SINDERLEY DENER DESTRO

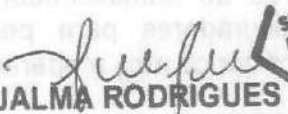
SERVIÇO DISTRITAL
DO BOQUEIRÃO
CURITIBA - PR


**TURADU FREDRICK SAHIHI
PEZESHK**

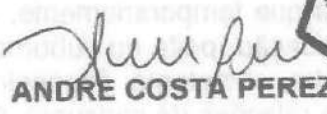
SERVIÇO DISTRITAL
DO BOQUEIRÃO
CURITIBA - PR


VICTOR DANTE CANO ARIAS

SERVIÇO DISTRITAL
DO BOQUEIRÃO
CURITIBA - PR


DJALMA RODRIGUES DA SILVA

SERVIÇO DISTRITAL
DO BOQUEIRÃO
CURITIBA - PR


ANDRE COSTA PEREZ

SERVIÇO DISTRITAL
DO BOQUEIRÃO
CURITIBA - PR



CERTIFICO O REGISTRO EM 29/06/2018 13:48 SOB Nº 20183089430.
PROTOCOLO: 183089430 DE 15/06/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11802567059. NIRE: 41208642807.
EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA

Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 29/06/2018
www.empresafacil.pr.gov.br



AUTENTICAÇÃO DO REGISTRO DIGITAL

A Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v2 certifica que em 15/06/2018, foi realizado para a empresa EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA, o registro de eventos para sua(s) filiais(s), conforme segue:

Protocolo	Arquivamento	Ato/Evento	Nire	CNPJ	Endereço
183089430	20183089430	002 / 026			Avenida santos dumont, 567



CERTIFICO O REGISTRO EM 29/06/2018 13:48 SOB Nº 20183089430.
PROTOCOLO: 183089430 DE 15/06/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11802567059. NIRE: 41208642807.
EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA

Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 29/06/2018
www.empresafacil.pr.gov.br

TABELONATO DE NOTAS DE MORRETES/PR

Otiliz Maria Macedo Loycia - Tabelião

Rua Largo Dr. José Pereira, n. 58, Centro - Fone: (41) 3462-17

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s) de

[AmDkv190] - NYLTON SEBASTIAO NEVES

Em testemunho da verdade
Morretes, 12 de Junho de 2018.

THOMAS VIEIRA SCREMIM-ESCREVENTE
FUNARPEN - SELO DIGITAL

ebJXj . aQIXQ . Vmde2 - h3a7b . lulkh

Valide esse selo em <http://funarpen.com.br>



SERVICO DISTRI TAL
DO BOQUEIRA O

Mônica M^{te} Guimarães de Macedo Dalla Vecchia
TITULAR

Av. Mal. Floriano Peixoto, 8153 - Boqueirão, Curitiba - PR
Tel. 41 3125 9999

Selo nº HAUJAZ.dOR5x.qE7JO. Controle: t6thH.3elty

Valide esse selo em <http://funarpen.com.br>

Reconheço por VERDADEIRA as assinaturas de ANA CLAUDIA

EDOWSKI (por nove vezes) e DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA

NETO nº0025. Dou fe.

Curitiba, 14 de junho de 2018, 14:40:13h

Em Test. da Verdade

Karine Zorak Borges - Escrevente

Emolumentos: R\$84,10 (IPC 48,60). Selo Funarpen: R\$0,00.

Funrejuv: R\$20,02. ADEP: R\$4,00

SERVICO DISTRI TAL
DO BOQUEIRA O

CERTIFICO O REGISTRO EM 29/06/2018 13:48 SOB Nº 20183089430.
PROTOCOLO: 183089430 DE 15/06/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11802567059. NIRE: 41208642807.
EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA



Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 29/06/2018
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



SECRETARIA DA MICRO E PEQUENA EMPRESA
DEPARTAMENTO DE REGISTRO EMPRESARIAL E INTEGRAÇÃO
JUNTA COMERCIAL DO PARANÁ

CERTIDÃO SIMPLIFICADA

Página: 001/ 002

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

Nome Empresarial

EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA

Natureza Jurídica: SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA

Número de Identificação do Registro de Empresas - NIRE (Sede)

41 2 0864280-7

CNPJ

12.304.053/0001-85

Data de Arquivamento do Ato Constitutivo

29/07/2010

Data de Início de Atividade

29/07/2010

Endereço Completo (Logradouro, N° e Complemento, Bairro, Cidade, UF, CEP)

RUA 10A AVENIDA avenida sao pedro, 157-SALA 23,, CENTRO, ITAPERUÇU, PR, 83.560-000

Objeto Social

Atividades de atendimento em pronto socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências e emergências; Fornecimento de mão de obra, mesmo em caráter temporário, inclusive de empregados ou trabalhadores, avulsos ou temporários, contratados pelo prestador de serviço; Prestação de serviços na área da saúde com contratação de profissionais da saúde como enfermeiros, técnicos de enfermagem, coordenadores, dentista, inclusive com disponibilização de profissionais médicos para atendimento na UPA, pronto socorro, unidades básicas de saúde, hospitais, atendimentos em consultórios e mutirões médicos; Atividades de assessoria e consultoria na área da saúde e atividades de apoio à gestão da saúde; Atividades de clínica médica, consultório e ambulatório.

Capital: R\$ 400.000,00
(QUATROCENTOS MIL REAIS)

Capital Integralizado: R\$ 400.000,00
(QUATROCENTOS MIL REAIS)

Microempresa ou
Empresa de Pequeno Porte
(Lei nº 123/2006)

Empresa de pequeno porte

Prazo de Duração

Indeterminado

Sócios/Participação no Capital/Espécie de Sócio/Administrador/Término do Mandato

Nome/CPF ou CNPJ	Participação no capital (R\$)	Espécie de Sócio	Administrador	Término do Mandato
PAULO FRANCISCO COELHO SOARES 411.813.440-34	40,00	SOCIO		XXXXXXXXXX
SINDERLEY DENER DESTRO 621.898.679-91	40,00	SOCIO		XXXXXXXXXX
DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA NETO 030.300.209-32	399.680,00	SOCIO	Administrador	XXXXXXXXXX
DJALMA RODRIGUES DA SILVA 110.232.959-20	40,00	SOCIO		XXXXXXXXXX
AURO EDER PEREIRA 536.536.109-15	40,00	SOCIO		XXXXXXXXXX
BRUNO MARTIEL FAVARIN SILVA 058.676.459-32	40,00	SOCIO		XXXXXXXXXX
TURADJ FREDRICK SAHIHI PEZESHK 905.592.741-49	40,00	SOCIO		XXXXXXXXXX
VICTOR DANTE CANO ARIAS 787.680.719-49	40,00	SOCIO		XXXXXXXXXX
RODRIGO VETTORI GOULART DE OLIVEIRA 703.719.621-53	40,00	SOCIO		XXXXXXXXXX

CURITIBA - PR, 08 de agosto de 2018

18/504425-5



Libertad Bogus

LIBERTAD BOGUS
SECRETARIA GERAL

Confere com o original:
Data: 06/09/18

Laurence Santos de Souza
Laurence Santos de Souza



SECRETARIA DA MICRO E PEQUENA EMPRESA
DEPARTAMENTO DE REGISTRO EMPRESARIAL E INTEGRAÇÃO
JUNTA COMERCIAL DO PARANÁ

P.M.A.
Fig. 10
20
Rubrica

Continuação

CERTIDÃO SIMPLIFICADA

Página: 002/ 002

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

Nome Empresarial

EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA

Natureza Jurídica: SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA

Número de Identificação do Registro de Empresas - NIRE (Sede)

41 2 0864280-7

CNPJ

12.304.053/0001-85

Último Arquivamento

Data: 29/06/2018

Número: 20183089430

Ato: ALTERAÇÃO

Evento (s): ALTERACAO DE DADOS (EXCETO NOME EMPRESARIAL)

Situação

REGISTRO ATIVO

Status

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Filial(ais) nesta Unidade da Federação ou fora dela

1 - NIRE: XXXXXXXXXXXX

CNPJ: XXXXXXXXXXXXXXXX

Endereço Completo (Logradouro, Nº e Complemento, Bairro, Cidade, UF, CEP, País)

AVENIDA Santos Dumont, 567, Casa Branca, SANTO ANDRÉ, SP, 09.015-330, BRASIL

CURITIBA - PR, 08 de agosto de 2018

18/504425-5



Libertad Bogus

LIBERTAD BOGUS
SECRETARIA GERAL

Confere com o original
Data: 06/09/18
Laurione Santos de Souza
Laurione Santos de Souza

JUNTA COMERCIAL DO
PARANÁ



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA NETO	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 8317486-2 SESP PR	
CPF 030.300.209-32	
DATA NASCIMENTO 09/12/1978	
FILIAÇÃO ALZIRO RAMOS DE OLIVEIRA MARY HELENA VARASCHIN DE OLIVEIRA	
PERMISSÃO	ACC CAT. HAB.
	B
Nº REGISTRO 04295087107	VALIDADE 13/10/2021
1ª HABILITAÇÃO 15/02/2008	
OBSERVAÇÕES	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL CURITIBA, PR	DATA EMISSÃO 14/10/2016
ASSINATURA DO EMISSOR	
22745857168 PR911693282	
DETRAN-PR (PARANÁ)	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1333660076

PROIBIDO PLASTIFICAR 1333660076

Confere com o original
Data: 06/09/18
Lauriane Santos de Almeida



MUNICÍPIO DE ITAPERUÇU
ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS



Alvará de Licença

Nº: 2867 / 2017

O Chefe da Divisão de Tributação do Município de Itaperuçu, Estado do Paraná, após as vistorias e termos constantes em protocolo específico: , deferido pela Comissão Especial de Alvarás e Licenças Municipais e de acordo com o previsto no Código Tributário Municipal (Lei 175/2001) concede o Alvará para:

INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 7488

NOME/RAZÃO SOCIAL	
EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA	
Nº DOCUMENTOS	
CPF/CNPJ: 12.304.053/0001-85	Inscrição Estadual:
ENDEREÇO	
Logradouro: AVENIDA SÃO PEDRO, 157 - SALA 23 - CENTRO CEP: 83560000 Itaperuçu - PR Cidade: ITAPERUÇU UF: PR	
ÁREA DO ESTABELECIMENTO	
Área M²: 10,00	
ATIVIDADE	
8610-1/01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências. 7820-5/00 - Locação de mão-de-obra temporária. 8610-1/02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências.	
OBSERVAÇÃO	

1. O interessado deverá comunicar ao setor responsável na Prefeitura Municipal, sempre que ocorrerem mudanças nos dados cadastrais, especialmente, alteração de razão social, forma societária, alteração de endereço ou baixa da empresa; 2. O Alvará concedido terá validade para o ano em curso e deverá ser renovado anualmente no mês de janeiro; 3. Obrigam-se aos termos desse Alvará e recaem sobre os responsáveis às determinações impostas pela legislação municipal, especialmente, o Código Tributário Municipal e o Código de Posturas Municipal, inclusive, os laudos e pareceres dos Departamentos Municipais no ato da concessão do Alvará, assim como, toda legislação Estadual e Federal pertinente à matéria; 4. A Prefeitura Municipal reserva o direito de revisar a qualquer tempo, a liberação concedida através desse Alvará, conforme necessidade e fiscalização de autoridades competentes; 5. Conforme Lei sob nº 12546, proíbe-se o ato de fumar nos locais de uso coletivo, público e privado.

8. PRAZO DE VALIDADE: 31/12/2018

[Assinatura]
Chefe da Divisão de Tributação
Município de Itaperuçu
Estado do Paraná
CNPJ.: 95.422.846/0001-26

Confere com o original
Data: 06/09/18
[Assinatura]
Laércio Santos de Souza

Itaperuçu(PR), 13/03/2018.

O PRESENTE ALVARÁ DEVERÁ SER AFIXADO EM LUGAR VISÍVEL



A

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAUCARIA - PARANÁ

Comissão de Licitação

Edital de Credenciamento n. 004/2018

DECLARAÇÃO FATOS IMPEDITIVOS

EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.ME, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n. 12.304.053/0001-85, inscrição estadual isento, com sede na Avenida São Pedro, n. 157, sala 23, Bairro Centro, na cidade de Itaperuçu – Paraná – CEP 83.560-000, fone: (41) 4107-0333, e-mail: exallife@exallife.com.br, neste ato representada por seu Diretor Sócio Sr. *Dairi Ramos De Oliveira Neto*, brasileiro, portador da Cédula de Identidade RG n. 8.317.486-2/PR, inscrito no CPF/MF sob o n. 030.300.209-32, declarar, sob as penas da lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente processo licitatório, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Por ser expressão de verdade, firmamos a presente.

Itaperuçu, 03 de Setembro de 2018.



DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA NETO
DIRETOR SÓCIO
EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA. ME
RG 8.317.486-2/PR
CPF/MF 030.300.209-32

12.304.053/0001-85

EXALIFE SERVIÇOS
MÉDICOS LTDA.

Av. São Pedro, 157 - Sala 23
Centro - CEP 83.560-000

ITAPERUÇU - PR



A

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA - PARANÁ

Comissão de Licitação

Edital de Credenciamento n. 004/2018

DECLARAÇÃO CONSTITUIÇÃO FEDERAL

EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.ME, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n. 12.304.053/0001-85, inscrição estadual isento, com sede na Avenida São Pedro, n. 157, sala 23, Bairro Centro, na cidade de Itaperuçu – Paraná – CEP 83.560-000, fone: (41) 4107-0333, e-mail: exallife@exallife.com.br, neste ato representada por seu Diretor Sócio Sr. *Dairi Ramos De Oliveira Neto*, brasileiro, portador da Cédula de Identidade RG n. 8.317.486-2/PR, inscrito no CPF/MF sob o n. 030.300.209-32, declarar, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei n. 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Por ser expressão de verdade, firmamos a presente.

Itaperuçu, 03 de Setembro de 2.018.



DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA NETO
DIRETOR SÓCIO
EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA. ME
RG 8.317.486-2/PR
CPF/MF 030.300.209-32

12.304.053/0001-85
EXALIFE SERVIÇOS
MÉDICOS LTDA.
Av. São Pedro, 157 - Sala 23
Centro - CEP 83.560-000
ITAPERUÇU - PR



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que a empresa **EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, CNPJ 12.304.053/0001-85, inscrita neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **10350**, encontra-se quite com esta Tesouraria até **31/01/2019**.

Obs.: Esta declaração não substitui o Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/01/2019.

Chave de validação **d530d8c69546672ecb5e4578baffe1dc000dcce4**

Emitida eletronicamente via internet em **06/09/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br

**CNES**Cadastro Nacional de
Estabelecimento de SaúdeMinistério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRA/C)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 05/09/2018

CNES: 9353216 Nome Fantasia: GLOBAL LIFE CNPJ: 12.304.053/0001-85
Nome Empresarial: GLOBAL LIFE SERVICOS MEDICOS LTDA EPP Natureza jurídica: ENTIDADES EMPRESARIAIS
Logradouro: RUA CRISPIM FURQUIM DE SIQUEIRA Número: 80 Complemento: --
Bairro: CENTRO Município: 41125 - ITAPERUCU UF: PR
CEP: 83560-000 Telefone: -- Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 2
Tipo de Estabelecimento: CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE Subtipo: OUTROS Gestão: MUNICIPAL
Diretor Clínico/Gerente/Administrador: ANA CLAUDIA IEDOWSKI
Cadastro em: 23/10/2017 Atualização na base local: 20/10/2017 Última atualização Nacional: 31/08/2018
Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	2062 - SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL



Atendimento

Tipo de atendimento		Convênio
AMBULATORIAL		PARTICULAR
SADI		PARTICULAR

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: -- Motivo desativação: --



PREFEITURA MUNICIPAL DE
ITAPERUÇU

Prefeitura Municipal de Itaperuçu

Vigilância Sanitária

Estado do Paraná

LICENÇA SANITÁRIA

Nº 43/2018

A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Com base no código de postura nº35/93 Concede a presente
licença Sanitária a:

Razão Social: EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

CNPJ: 12.304.053/0001-85

Nome Fantasia: EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS

Endereço: AVENIDA SÃO PEDRO Nº 157 SALA 23 - CENTRO- ITAPERUÇU/PR

Responsável pela VISA: PAULO CASTRO FARIA Port.078/2005



Ramo de Atividade:

7820-5/00 – Locação de mão de obra temporária.

8610-1/01 – Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a
urgências.

8610-1/02 – Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a
urgências.

Confere com o original

Data: 06/04/18

PAULO CASTRO FARIA
RESPONSÁVEL PELA VISA
RT. 078/2005

Validade: até 31/12/2018 e enquanto satisfizer as exigências da legislação em vigor. Manter em local visível ao público.



A

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAUCARIA - PARANÁ

Comissão de Licitação

Edital de Credenciamento n. 004/2018

DECLARAÇÃO

EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.ME, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n. 12.304.053/0001-85, inscrição estadual isento, com sede na Avenida São Pedro, n. 157, sala 23, Bairro Centro, na cidade de Itaperuçu – Paraná – CEP 83.560-000, fone: (41) 4107-0333, e-mail: exallife@exallife.com.br, neste ato representada por seu Diretor Sócio Sr. *Dairi Ramos De Oliveira Neto*, brasileiro, portador da Cédula de Identidade RG n. 8.317.486-2/PR, inscrito no CPF/MF sob o n. 030.300.209-32, declarar, sob as penas da lei, que seus sócios ou diretores não ocupam cargo ou função de chefia ou assessoramento na área pública da saúde em qualquer nível no âmbito do Município de Araucária, inclusive dentro do Sistema SUS de saúde.

Itaperuçu, 03 de Setembro de 2.018.


DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA NETO
DIRETOR SÓCIO
EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA. ME
RG 8.317.486-2/PR
CPF/MF 030.300.209-32

12.304.053/0001-85

EXALIFE SERVIÇOS
MÉDICOS LTDA.

Av. São Pedro, 157 - Sala 23
Centro - CEP 83.560-000

ITAPERUÇU - PR



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ



CERTIFICADO DE REGULARIDADE DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

Inscrito sob CRM nº.

10350

CNPJ

12.304.053/0001-85

Inscrição

23/10/2017

Validade

23/10/2018

Razão Social

EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

Nome Fantasia

EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS

Endereço

AVENIDA SÃO PEDRO, 157 - CENTRO

Município / UF

ITAPERUÇU / PR

CEP

83560-970

Responsável Técnico

19772 - RAFAEL DA ROS MOTTA

Classificação

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS TERCEIRIZADOS

Este certificado atesta a REGULARIDADE da inscrição do estabelecimento acima neste Conselho Regional de Medicina, em cumprimento à Lei nº. 6.839, de 30/10/1980 e às Resoluções CFM nº. 997 de 23/05/1980 e 1.980 de 11/07/2011. Ressalvada a ocorrência de alteração nos dados acima, este certificado é válido até 23/10/2018. Este certificado deverá ser afixado em local visível ao público e acessível à fiscalização.

Chave de validação nº. 7ddc937cd81b7692bf61a430609a682245a159b1

Emitida eletronicamente via internet em 06/09/2018

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do

www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **VICTOR AUGUSTO DARDANI MOREIRA DA SILVA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **38820** desde **23/11/2017**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 27/09/2018.

Chave de validação **b26abf9ea97d80d608de8b9ccb7a6a800dad31ab**

Emitida eletronicamente via internet em **27/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **GUSTAVO ENRIQUE TORRES FLORES**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **36437** desde **12/07/2016**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 09/10/2018.

Chave de validação **1a11eb8e9b293d8d3b4b7506751c5af3d35abcb2**

Emitida eletronicamente via internet em **09/07/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **GLAUCO GUILLERMO PIEGAS MOREIRA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **29452** desde **13/01/2012**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/08/2018.

Chave de validação **83a032c879a3a65ca0a776a5778080ecd3d07a8e**

Emitida eletronicamente via internet em **31/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **FRANCISCO JAVIER JARRIN SANCHEZ**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **26703** desde **16/09/2009**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 22/09/2018.

Chave de validação **fec4cfb028519ba7e9f969e82a1fbaf58dccb1cf**

Emitida eletronicamente via internet em **22/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **FATIMA HARUMI TAKIGUCHI**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **39180** desde **20/12/2017**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 05/10/2018.

Chave de validação **0c92e413ba58a8bd6ee5520ad5318d5d811edcc1**

Emitida eletronicamente via internet em **05/07/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **IONAM CARLOS GONÇALVES BENAZZI**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **28320** desde **24/01/2011**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 30/08/2018.

Chave de validação

e1a55d2848a114235193f67134c66310ea0ee577

Emitida eletronicamente via internet em **30/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **CLAUDIA NAMI YODA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **39955** desde **23/04/2018**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 02/10/2018.

Chave de validação **25bb66da6f26f24a8118e5cd4ff0b45ce80a56fb**

Emitida eletronicamente via internet em **02/07/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Responsabilidade Técnica para PGRSS

Declaramos, para fins de comprovação de Responsabilidade Técnica junto ao **Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde**, que o(a) médico(a) Dr.(a) **RAFAEL DA ROS MOTTA**, inscrito(a) no Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **19772**, é o(a) responsável, junto a esta Autarquia, pela empresa EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA, CNPJ 12.304.053/0001-85, CRM nº. 10350, **AVENIDA SÃO PEDRO, 157, Itaperuçu/PR**.

Ressalvadas as alterações nos dados cadastrais da empresa, esta declaração é válida até 23/10/2018.

Chave de validação **1b48fb7a585b99980c5cbf39a92dfdbb38110564**

Emitida eletronicamente via internet em **06/09/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão de Inscrição de Pessoa Jurídica

Certificamos que a empresa **EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, CNPJ 12.304.053/0001-85, foi inscrita em 23/10/2017, neste Conselho, na modalidade de Registro, sob o nº. **10350**, atendendo à solicitação de seu responsável técnico RAFAEL DA ROS MOTTA, inscrito sob o nº. 19772 em cumprimento à Lei nº. 6.839 de 30/10/1980 e às Resoluções CFM nº. 997 de 23/05/1980 e 1.980 de 11/07/2011.

Esta certidão NÃO VALE como prova de regularidade e somente será atestada através do Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica, a ser solicitada anualmente a este Conselho, após o devido cumprimento de todas as exigências pertinentes.

Esta Certidão tem validade até o dia 06/12/2018.

Chave de validação **05d0f8990fd5c9ad950d1df10e176083465f1bd7**

Emitida eletronicamente via internet em **06/09/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



Modelo de Licitação 16/84 ANS 14/84

À PREFEITURA MUNICIPAL D
EDITAL DE CREDENCIAMENT
EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS
CNPJ: 12.304.053/0001-85



EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº. 04/2018

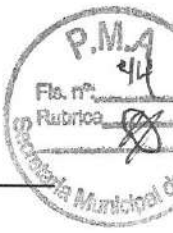
O **MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA – PR**, com, fundamento no art. 25, caput, da Lei 8.666/93, torna público que estará credenciando a partir de **20 DE AGOSTO DE 2018**, **PRESTADORES DE SERVIÇOS MÉDICOS PLANTONISTAS**, na forma, cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

O objeto do presente edital é o credenciamento de prestadores de serviços médicos plantonistas, para a prestação de serviços conforme necessidades da UPA – Unidade de Pronto Atendimento, com médicos plantonistas para plantões de 6 (seis) e/ou 12 (doze) horas. Poderão participar do presente **CREDENCIAMENTO** os prestadores de serviços médicos plantonistas pessoa jurídica interessados que atenderem as exigências e condições deste Edital.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS MÉDICOS PLANTONISTA PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

- 2.1. Médico formado a pelo menos a 03 anos, ou com diploma revalidado pelo mesmo período;
- 2.2. Estar devidamente inscrito e regular no conselho de classe do Paraná (CRM-PR);



- 2.3. Experiência comprovada no exercício da função em pronto atendimento ou pronto socorro;
- 2.4. Declarar estar ciente das responsabilidades de atendimento nos setores indicados pelo contratante nos termos das metas de trabalho;
- 2.5. Declarar estar ciente das responsabilidades éticas profissionais e das metas de trabalho da UPA;
- 2.6. Estar disponível e disposto para participar das comissões da Unidade de Pronto Atendimento.
- 2.7. Médicos com certificado ao menos um dos cursos relacionados a urgência e emergência: ACLS, ATLS, PALS e AMSL;
- 2.8. Fica vedado o credenciamento de servidores, funcionários e e agentes públicos, bem como de empresas cujo sócio se enquadre nesta vedação.

CLAUSULA TERCEIRA – DAS CONTRATAÇÕES IMEDIATAS

O Município procederá com as contratações de imediato dos primeiros credenciados com a respectiva distribuição das escalas até o fechamento total dos plantões conforme necessidade, sendo que os demais contratados receberão a distribuição das escalas conforme necessidade no decorrer vigência do respectivo instrumento.

As escalas serão redistribuídas a cada novo credenciamento, e os contratos ajustados por instrumento próprio.

CLÁUSULA QUARTA – DAS ESCALAS

O Credenciado para a prestação de serviços de plantões médicos, além dos critérios e requisitos previstos nas Cláusulas Segunda e Terceira, fica ciente do compromisso de contratar com o Município para cumprir as escalas de plantão dentro das necessidades da administração, conforme segue:



- 4.1. Carga horária: Mínima 12 horas semanais e 24 horas em finais de semana ao mês;
- 4.2. A cada 12 horas assumidas durante a semana se aumentará mais 6 horas por mês de finais de semana;
- 4.3. Como exceção, a carga horária mínima mensal poderá ser de 48 horas caso a carga horária seja toda realizada em finais de semana;
- 4.4. Os plantões serão de 6 ou 12 horas;
- 4.5. Distribuição de horários:
 - 4.5.1. Plantões de 6 horas: 07:00-13:00; 10:00-16:00; 13:00-19:00; 18:00-00:00;
 - 4.5.2. Plantões de 12 horas: 07:00-19:00, 10:00-22:00 e 19:00-07:00;
- 4.6. Distribuição de setores:
 - 4.6.1. Emergência, Unidade Intermediária (UI=internamento) e procedimento;
 - 4.6.2. Unidade intermediária e observação;
 - 4.6.3. Consultórios;
 - 4.6.4. O médico deverá cobrir qualquer setor segundo a necessidade da escala.
- 4.7. O sistema de escala de finais de semana é intercalado quando não for escala 12x36h.

4.8 Tabela de carga horária semanal e finais de semana

Horas / Semana	Horas / Finais de semana / mês	Total de horas / mês
12	24	72
18	24	96
24	30	120
30	30	150
36	36	180



4.9 Da Escala de fim de semana

Os finais de semana serão intercalados e as escalas serão chamadas A e B. O médico cumprirá seu plantão sempre na mesma escala (A ou B) e no mesmo período previamente definido.

4.10 Das Comissões

As comissões da UPA serão:

- Comissão de verificação de óbitos;
- Comissão de ética;
- Comissão de verificação de prontuários; e
- Comissão de implantação de protocolos.

4.11 Das Metas Gerais

4.11.1 Princípios de qualidade:

- a) Deve ser humanizado e holístico, centrado no indivíduo e suas necessidades;
- b) O médico deve conhecer e aplicar todos os protocolos do SAMU;
- c) O médico deve conhecer os fluxos, processos e programas do município;
- d) O médico deverá manter o prontuário com todos os registros de forma adequada segundo os ditames técnicos e éticos;
- e) As passagens de plantão deverão ser feitas médico a médico e caso a caso;
- f) Os médicos devem manter o atendimento continuamente, respeitando-se período de descanso de uma hora (almoço ou jantar) para aqueles que trabalhem por 12 horas contínuas e de 15 minutos para aqueles que trabalhem por 6 horas contínuas;
- g) Os horários das refeições deverão ser divididas para que não haja prejuízo na continuidade do atendimento;
- h) Os médicos credenciados deverão, no seu período de plantão, atender em qualquer um dos setores da UPA onde se faça necessário;
- i) Segundo a classificação de risco:

- *Pacientes classificados como vermelhos devem ser*



atendidos imediatamente;

- Pacientes classificados como laranjas devem ser atendidos em 5 minutos;
- Pacientes classificados como amarelos devem ser atendidos no máximo em 60 minutos;
- Pacientes classificados como verdes devem ser atendidos no máximo em 120 minutos;
- Pacientes classificados como azuis deverão ser atendidos somente após não haver fila das outras classificações.

4.11.2 Resolutividade e economicidade

- a) Os atendimentos devem ser resolutivos com o uso mínimo de exames complementares, preservando sempre a segurança do indivíduo;
- b) Os pacientes que forem atendidos e não necessitarem permanecer em observação ou em internamento, deverão ser referenciados a suas UBS;
- c) A meta de permanência máxima dos pacientes na UPA é de 24 horas;
- d) Pacientes que fiquem internados ou fiquem em observação, deverão receber um resumo de alta;
- e) Deve-se dar preferencia a medicações de uso via oral aos injetáveis
- f) Deve-se prescrever medicamentos disponíveis na rede salvo insubstituibilidade do mesmo.

CLÁUSULA QUINTA – DO VALOR ESTIMADO E DA VIGÊNCIA

5.1. O valor disponível para realização dos serviços está estimado em **R\$ 5.987.520,00 (Cinco milhões, novecentos e oitenta e sete mil, quinhentos e vinte reais)** / ano e constará no orçamento para o exercício de 2018 e orçamento subsequente de acordo com declaração do ordenador de despesas.

5.2. A memória de Cálculo tem por base os valores praticados por hora de plantão médico, aplicando-se como referência **3,5 vezes a tabela SUS** para o procedimento Atendimento/Consulta Código: 03.01.06.009 (R\$ 11,00), multiplicando por



3,0 procedimento/hora/médico demonstrado pelo RDQA - Relatório detalhado do Quadrimestre anterior - , conforme anexo III, memória de cálculo com base no memorando 045/2018 do Núcleo de Informações em Saúde.

Sendo:

$3,5 * 3 * 11 = 115,50$ (anexo III – memória de cálculo)

Valor Total = $6P \times 115,50vh \times 24h \times 30d \times 12m = \text{R\$ } 5.987.520,00$

Onde:

P – Profissionais

vh – Valor por Hora de Plantão

h – horas diárias

d – dias no mês

m – meses no ano

5.3. O prazo de vigência será de 12 (doze) meses, improrrogáveis, sendo que durante toda sua vigência, poderão ser credenciados novos prestadores.

5.4. O reajustamento será aquele aplicado na correção dos valores da Tabela SUS código 03.01.06.009.

CLÁUSULA SEXTA - DA HABILITAÇÃO

Os prestadores de serviços de plantão médico, interessadas em aderir ao **CREDENCIAMENTO** de que trata o presente Edital deverão apresentar à **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA, Rua Pedro Druszczyk 160, CEP 83.702-080, piso superior, Departamento de Compras**, em envelope fechado, os seguintes documentos relativos à Habilitação:



- I. Certidão de Registro no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- II. Certidão Negativa de Débito – Fazenda Municipal;
- III. Certidão Negativa de Débito Federal, abrangendo as contribuições previdenciárias;
- IV. Certidão Negativa de Débito – FGTS;
- V. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- VI. Estatuto Social ou Contrato Social e última alteração contratual se houver.
- VII. Ata de eleição da atual diretoria quando se tratar de Estatuto Social.
- VIII. Registro Geral (RG) e Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) do responsável legal pela Instituição.
- IX. Declaração dos sócios ou diretores, que não ocupam cargo ou função de chefia ou assessoramento na área pública de saúde em qualquer nível, no âmbito do Município de Araucária.
- X. Alvará de Localização e Funcionamento.
- XI. Declaração, emitida pelo postulante, de que cumpre as disposições do inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal - Declaração de que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigosos ou insalubre e que não emprega menores de dezesesseis anos;
- XII. Cópia reprográfica autenticada do comprovante do respectivo Conselho da categoria profissional e título de residência médica e ou título de Especialista da especialização exigida;
- XIII. Certidão Negativa junto ao órgão de classe;
- XIV. Todas as declarações de ciência e concordância (no que couber) e demais documentos, conforme previstos nas Clausulas Terceira e Segunda.
- XV. Declaração de que o dirigente ou administrador não possua cargo dentro do sistema de saúde – SUS.



§ 1º - Os documentos poderão ser apresentados por qualquer processo de cópia, devidamente autenticados, ou em original acompanhados de cópia para autenticação pela **Comissão Permanente de Licitações**.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO PROCESSAMENTO:

A abertura e julgamento das propostas de adesão ao presente **CREDENCIAMENTO** ficará a cargo da **Comissão Permanente de Licitações da Secretaria Municipal de Saúde**, à qual competirá:

- I. Receber e proceder à abertura dos envelopes contendo a documentação necessária ao CREDENCIAMENTO;
- II. Examinar os documentos apresentados em confronto com as exigências deste Edital, devendo recusar a participação dos interessados que deixarem de atender às normas e condições aqui fixadas;
- III. Lavrar ata circunstanciada com o resultado da análise da documentação apresentada, ao final da qual deve emitir seu julgamento, submetendo-o à aprovação do Secretário Municipal de Saúde e/ou Diretor Clínico;
- IV. Analisar recursos porventura interpostos pelos interessados e rever sua decisão ou, caso contrário, fazê-lo subir devidamente informado ao Ilmo. Sr. Prefeito Municipal e/ou Procurador Geral para decisão.

CLÁUSULA OITAVA - CONDIÇÕES GERAIS

Os serviços, objeto do presente **CREDENCIAMENTO**, serão prestados pelos **CREDENCIADOS** no Município de Araucária, nos locais indicados pela Contratante. Para efeito das contratações iniciais serão observados os credenciamentos realizados **após 15 dias da publicação no Diário Oficial do Município**, nos termos da Cláusula Terceira.



CLÁUSULA NONA – DO CONTRATO E DA FORMA DE PAGAMENTO

9.1 O Município firmará com a empresa credenciada contrato administrativo, conforme previsto no Anexo I, parte integrante deste edital.

9.2 A contratação se dará através de contrato administrativo de direito público, sem vínculo empregatício, na forma da Lei Federal número 8.666/93, art.25, caput e suas alterações posteriores.

9.3 O credenciamento não gera direito à contratação por parte da Prefeitura Municipal de Araucária, que somente se efetuará a critério da Administração mediante a necessidade objeto do presente.

9.4 O Credenciado deverá manter toda a documentação atualizada junto ao Município, durante toda a vigência do contrato.

9.5 O Município pagará ao prestador CONTRATADO, mensalmente, em até 30 dias do protocolo na SMSA, da Nota fiscal regularmente preenchida e acompanhada das respectivas certidões, após a confirmação ateste da medição realizada pela Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS PENALIDADES

O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas pelo prestador CREDENCIADO caracterizará sua inadimplência, sujeitando-a as seguintes penalidades:

- I. Advertência escrita;
- II. Multa, nos seguintes percentuais: 0,5 % do valor do contrato, por ocorrência, no caso de reclamações fundamentadas de usuários quanto a mau atendimento;
- III. descredenciamento.

§ 1º É competente para aplicação das penalidades acima relacionadas o



Secretário Municipal de Saúde.

§ 2º Na aplicação dessas penalidades será facultada a defesa prévia do profissional CREDENCIADO no prazo de 05 (cinco) dias úteis.

§ 3º As multas não têm caráter compensatório, são independentes e cumulativas, e não eximem o CREDENCIADO da prestação dos serviços.

§ 4º O valor das multas aplicadas será sempre deduzido do pagamento do mês de referência da prestação dos serviços, se não houver recurso, ou se o mesmo estiver definitivamente denegado.

§ 5º Será motivo de DESCREDENCIAMENTO do prestador de serviços:

a) Pelo MUNICÍPIO, quando:

- I. O profissional credenciado deixar de cumprir quaisquer das cláusulas e condições do contrato;
- II. O profissional credenciado incorrer reiteradamente nas infrações de que trata a Cláusula Décima deste Edital;
- III. Ficar evidenciada incapacidade de o CREDENCIADO Contratado cumprir as obrigações assumidas, devidamente caracterizada em relatório do Secretário Municipal de Saúde;
- IV. Por razões de interesse público, mediante despacho motivado, devidamente justificado.

b) Pelo CREDENCIADO:

- I. Mediante solicitação por escrito à Prefeitura, com antecedência mínima de 30 dias.

§ 6º Além das hipóteses de descredenciamento, os credenciados que não estejam cumprindo as regras e condições fixadas tanto no edital como no contrato para o



atendimento, serão imediatamente excluídos do rol de credenciados;

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas oriundas do presente credenciamento serão cobertas pelas dotações do orçamento 2018 e orçamento subsequente.

DOTAÇÃO 12.01.10.302.0005.2.023 – 3.3.90.39

PESSOA JURÍDICA.

FONTES: 1.000 / 1.496 / 1.303 / 3.000 / 3.303 / 3.496

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA- FISCALIZAÇÃO

Caberá à Secretaria Municipal de Saúde, ouvida a Assessoria Jurídica, no que couber, o gerenciamento e a fiscalização pelo cumprimento dos contratos originados deste Credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DISPOSIÇÕES FINAIS

13.1 Os serviços contratados submetem-se às normas técnicas e aos princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde (SUS).

13.2 É vedado o pagamento de qualquer sobretaxa em relação à tabela adotada ou do cometimento a terceiros (associação de servidores, por exemplo) da atribuição de proceder ao credenciamento e/ou intermediação do pagamento dos serviços prestados.

13.3 Fica prevista a possibilidade de denúncia do ajuste, a qualquer tempo, pelo credenciado, bastando notificar a administração, com a antecedência fixada no termo.

13.4 Fica garantida a possibilidade para que os usuários denunciem qualquer irregularidade verificada na prestação dos serviços e/ou no faturamento, bastando



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde



informar a SMSA, direcionando ao Diretor Técnico, a juntada de documentos ou declarações que comprovem o fato.

13.5 Fica proibida a exigência, pelo credenciado ao usuário, de quaisquer assinaturas em faturas ou guias de atendimentos ou qualquer outro documento em branco.

13.6 O Edital completo, contendo todas as normas, orientações, procedimentos, relação de documentos a serem apresentados e demais informações indispensáveis à adesão ao presente CREDENCIAMENTO, poderá ser retirado pelo interessado na Secretaria Municipal de Saúde, sito a Rua Pedro Druszczy, 111, paço Municipal, 2º andar.

Araucária, 10 de Setembro de 2018.

CARLOS ALBERTO DE ANDRADE

Secretário Municipal de Saúde

CHAIANE DANIELE VIEIRA

Presidente da Comissão permanente de Licitações da SMSA



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO I

MINUTA DE CONTRATO Nº. /2018

MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 76.105.535/0001-99, com sede na Rua Pedro Druszczyk nº 111, nesta cidade, e o **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE ARAUCÁRIA**, ambos neste ato representados pelo Secretário Municipal de Saúde, **CARLOS ALBERTO DE ANDRADE**, doravante denominado **CONTRATANTE**, este na qualidade de ordenador de despesa e, de outro lado, a Empresa _____, com CNPJ/MF nº XX.XXX.XXX/XXXX-XX, com endereço à Rua _____, neste ato representada por seu representante o _____, inscrito no CPF/MF sob o nº XXX.XXX.XXX-XX, residente e domiciliado à Rua _____, Nº _____, no bairro _____, na cidade de _____, CEP: _____ inscrito no CPF/MF sob o Nº. _____, doravante denominado **CONTRATADO**, mediante as seguintes cláusulas e condições.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Constitui objeto do presente a contratação de prestadores de serviços médicos plantonistas, conforme necessidades da UPA – Unidade de Pronto Atendimento, conforme cláusula segunda do edital de credenciamento 004/2018.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA RELAÇÃO JURÍDICA DO CONTRATADO

O presente contrato é de natureza administrativa, regido pela Lei Federal 8.666/93, não implicando, em hipótese alguma e a qualquer pretexto, em vínculo empregatício ou exclusividade de colaboração entre CONTRATANTE e CONTRATADA.



Prefeitura do Município de Araucária
Secretaria Municipal de Saúde

CLÁUSULA TERCEIRA - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

As despesas provenientes deste contrato correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias da Secretaria Municipal de Saúde:

Dotação -

PESSOA JURÍDICA.

Fonte -

CLÁUSULA QUARTA - DA LEGISLAÇÃO:

Aplicam-se ao presente contrato as disposições da Lei 8.666/93 e suas alterações, e as leis federais 8080/90 e 8142/90, no que couber.

CLÁUSULA QUINTA - DO PREÇO

O valor estimado do presente contrato é de R\$ _____
(_____), o CONTRATANTE pagará a CONTRATADA, pelos serviços efetivamente prestados na UPA Unidade de Pronto Atendimento.

O valor pago por hora de plantão médico é R\$ 117,00 (Cento e dezessete reais).

CLÁUSULA SEXTA - DA FORMA DE PAGAMENTO

O Município pagará ao prestador CONTRATADO, mensalmente, em até 30 dias do protocolo na SMSA, da Nota fiscal regularmente preenchida e acompanhada das respectivas certidões, após a confirmação ateste da medição realizada pela Secretaria



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde

Municipal de Saúde.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA VIGÊNCIA

A vigência do presente contrato é de 12 meses, iniciando-se na data de sua assinatura.

CLÁUSULA OITAVA - DAS OBRIGAÇÕES

I. Do Contratado:

- a) Realizar os serviços previstos na cláusula primeira, em período determinado pelo CONTRATANTE;
- b) Comunicar ao CONTRATANTE, com antecedência mínima de 48 horas, qualquer impedimento que o impossibilite de realizar o serviço no dia e período contratado;
- c) Zelar pela manutenção dos padrões éticos e profissionais que norteiam a natureza deste tipo de atividade, em especial os princípios da moralidade e impessoalidade que regem a administração pública e especificamente aqueles que orientem o SUS.
- d) manter, durante todo o período de vigência do contrato, todas as condições exigidas para o credenciamento.
- e) A empresa deverá responder por qualquer dano ou prejuízo causado ao Município ou a terceiros, por ação ou omissão culposa ou dolosa de seus prepostos, subordinados e/ou empregados, em decorrência da execução dos serviços, após apuração de responsabilidades.

II - Da Contratante:

41 3614-1470

Rua Pedro Druszczyk, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde

- a) Remunerar os serviços nos valores e formas constantes das cláusulas quinta e sexta deste contrato;
- b) Controlar, através da Secretaria Municipal de Saúde, a prestação dos serviços contratados, promovendo o revezamento, se houver mais de 01 profissional credenciado, durante a validade do credenciamento ____/2018;
- c) Fiscalizar permanentemente a qualidade, eficiência e eficácia dos serviços prestados, através da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA NONA - DAS ALTERAÇÕES

Qualquer alteração do presente contrato será objeto de termo aditivo, na forma da legislação referente a licitação e contratos administrativos.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO REGIME LEGAL E DAS CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO

10.1. Este contrato encontra-se vinculado ao Edital de Credenciamento e Qualificação nº. 004/2018 que lhe deu origem, devendo a ele ser recorrido para suprir quaisquer dúvidas ou pendências oriundas do presente instrumento. Em caso de dúvidas ou pendências não supridas por este instrumento ou pelo Edital em que lhe deu origem, recorrer-se-á à Lei 8.666/93.

10.2. O contratado reconhece os direitos da Administração descritos no art. 77 e seguintes da Lei 8666/93.

10.3. O contratado obriga-se a manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - CONDIÇÕES GERAIS

Este contrato encontra-se vinculado ao Edital de Credenciamento e



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde

Qualificação nº. _____ /2018 que lhe deu origem, devendo a ele ser recorrido para suprir quaisquer dúvidas ou pendências oriundas do presente instrumento.

Em caso de dúvidas ou pendências não supridas por este instrumento ou pelo Edital em que lhe deu origem, recorrer-se-á à Lei 8.666/93, em especial ao seu Capítulo III - DOS CONTRATOS.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

É responsável pela execução e fiscalização deste instrumento o Secretário/Ordenador de despesas, ou servidor de carreira indicado por este como gestor do contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA PUBLICAÇÃO

O município publicará o resumo deste contrato no Diário Oficial dos Municípios Mineiros nos termos da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA– DAS MULTAS E PENALIDADES

O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas pelo profissional **CREDENCIADO** caracterizará sua inadimplência, sujeitando-lhe as seguintes penalidades:

- I. Advertência escrita;
- II. Multa, nos seguintes percentuais: 0,5 % do valor do contrato, por ocorrência, no caso de reclamações fundamentadas de usuários quanto a mau atendimento;
- III. Descredenciamento.



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde

§ 1º É competente para aplicação das penalidades acima relacionadas o Secretário Municipal de Saúde.

§ 2º Na aplicação dessas penalidades será facultada a defesa prévia do profissional CREDENCIADO no prazo de 05 (cinco) dias úteis.

§ 3º As multas não têm caráter compensatório, são independentes e cumulativas, e não eximem o CREDENCIADO da prestação dos serviços.

§ 4º O valor das multas aplicadas será sempre deduzido do pagamento do mês de referência da prestação dos serviços, se não houver recurso, ou se o mesmo estiver definitivamente denegado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA RESCISÃO

Será motivo de descredenciamento do profissional, e consequente rescisão do contrato:

I. Pelo MUNICÍPIO, quando:

a) O profissional credenciado incorrer reiteradamente nas infrações de que trata esta Cláusula ficar evidenciada incapacidade de o CREDENCIADO cumprir as obrigações assumidas; devidamente caracterizada em relatório do Secretário Municipal de Saúde;

b) O profissional credenciado rejeitar qualquer paciente, sem apresentar as razões objetivas que justifiquem a conduta adotada;

c) Por razões de interesse público, mediante despacho motivado, devidamente justificado.

II. Pelo CREDENCIADO:

a) Mediante solicitação por escrito à Secretaria Municipal de Saúde de ARAUCÁRIA, com antecedência mínima de 30 dias.



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde

Parágrafo único – Fica assegurado o reconhecimento dos direitos da administração Municipal, em caso de rescisão administrativa prevista no Art. 77 da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de ARAUCÁRIA para dirimir quaisquer dúvidas ou pendências oriundas do presente instrumento.

E, por se acharem justos e contratados, assinam as partes o presente contrato em 03 (três) vias de igual forma e teor, na presença das testemunhas abaixo.

Município de Araucária, 10 de Setembro de 2018.

CARLOS ALBERTO DE ANDRADE
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

Nome:

Nome:

RG:

RG:



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO II
SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

À Ilustríssima Comissão Permanente de Licitações da Prefeitura do Município de Araucária.

Através desta, a _____
pessoa jurídica, inscrita no CNPJ/MF sob o N° _____ sito
à Rua _____ N°.
_____, bairro _____, na cidade de _____,
estado _____, neste ato representada por
_____, inscrito no CPF sob o
N° _____ vem requerer a análise da documentação em anexo,
conforme Edital de Credenciamento de profissionais médicos para prestação de serviços
na UPA n° ____/2018, solicitando que seja o presente pedido deferido para posterior
assinatura de contrato.

Município de Araucária, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do representante legal da empresa



A

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAUCARIA - PARANÁ

Comissão de Licitação

Edital de Credenciamento n. 004/2018

DECLARAÇÃO

EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.ME, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n. 12.304.053/0001-85, inscrição estadual isento, com sede na Avenida São Pedro, n. 157, sala 23, Bairro Centro, na cidade de Itaperuçu – Paraná – CEP 83.560-000, fone: (41) 4107-0333, e-mail: exallife@exallife.com.br, neste ato representada por seu Diretor Sócio Sr. *Dairi Ramos De Oliveira Neto*, brasileiro, portador da Cédula de Identidade RG n. 8.317.486-2/PR, inscrito no CPF/MF sob o n. 030.300.209-32, declarar, sob as penas da lei, que possuímos ciência e concordância com todos os requisitos das cláusulas 2ª. E 3ª. do Edital de Credenciamento n. 004/2018, da Prefeitura Municipal de Araucária – Paraná.

Itaperuçu, 03 de Setembro de 2.018.



DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA NETO
DIRETOR SÓCIO
EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA. ME
RG 8.317.486-2/PR
CPF/MF 030.300.209-32

12.304.053/0001-85

EXALIFE SERVIÇOS
MÉDICOS LTDA.

Av. São Pedro, 157 - Sala 23
Centro - CEP 83.560-000

ITAPERUÇU - PR



A

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAUCARIA - PARANÁ

Comissão de Licitação

Edital de Credenciamento n. 004/2018

DECLARAÇÃO

EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.ME, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n. 12.304.053/0001-85, inscrição estadual isento, com sede na Avenida São Pedro, n. 157, sala 23, Bairro Centro, na cidade de Itaperuçu – Paraná – CEP 83.560-000, fone: (41) 4107-0333, e-mail: exallife@exallife.com.br, neste ato representada por seu Diretor Sócio Sr. *Dairi Ramos De Oliveira Neto*, brasileiro, portador da Cédula de Identidade RG n. 8.317.486-2/PR, inscrito no CPF/MF sob o n. 030.300.209-32, declarar, sob as penas da lei, que seus sócios ou diretores não ocupam cargo ou função de chefia ou assessoramento na área pública da saúde em qualquer nível no âmbito do Município de Araucária, inclusive dentro do Sistema SUS de saúde.

Itaperuçu, 03 de Setembro de 2.018.


DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA NETO
DIRETOR SÓCIO
EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA. ME
RG 8.317.486-2/PR
CPF/MF 030.300.209-32

12.304.053/0001-85

EXALIFE SERVIÇOS
MÉDICOS LTDA.

Av. São Pedro, 157 - Sala 23
Centro - CEP 83.560-000

ITAPERUÇU - PR



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.ME, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n. 12.304.053/0001-85, inscrição estadual isento, com sede na Avenida São Pedro, n. 157, sala 23, Bairro Centro, na cidade de Itaperuçu – Paraná – CEP 83.560-000, fone: (41) 4107-0333, e-mail: exallife@exallife.com.br, neste ato representada por seu Diretor Sócio Administrativo Sr. *Dairi Ramos De Oliveira Neto*, brasileiro, portador da Cédula de Identidade RG n. 8.317.486-2/PR, inscrito no CPF/MF sob o n. 030.300.209-32.

OUTORGADA: ANA CLAUDIA IEDOWSKI, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PR sob o n. 55.024, portadora da Cédula de Identidade RG n. 7.808.326-3/PR e inscrita no CPF/MF sob o n. 035.730.599-02, com endereço residencial na Rua Hyron Homero Damasceno Cassou, nº 119 – Casa 22, Bairro Boqueirão, CEP 81.750-102, na cidade de Curitiba – Paraná.

PODERES: O OUTORGANTE confere a OUTORGADA poderes específicos e em nome do outorgante para representa-lo junto a empresa **EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA. ME**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n. 12.304.053/0001-85, com sede na Av São Pedro, n. 157, Sala 23, Bairro Centro, na cidade de Itaperuçu – Paraná – CEP 83.560-000, em **PROCEDIMENTOS LICITATÓRIOS** junto a órgãos públicos e privados, com poderes para formular lances, estipular preço, interpor recursos e desistir de sua interposição, formular ofertas e demais negociações, assinar atas e declarações, visar documentos, receber notificações, manifestar-se quanto à desistência de qualquer recurso e/ou procedimento administrativo deste podendo a procuradora assinar as propostas, orçamentos e toda a documentação necessária, renunciar recursos, protestar e concordar, enfim, a praticar todos os demais atos inerentes ao certame licitatório, enfim, praticar todos os demais atos indispensáveis ao cabal e fiel cumprimento do presente mandato, assim como junto a Prefeitura Municipal de Araucária – **PROCESSO DE CREDENCIAMENTO N. 004/2018** cujo objeto se refere a ao credenciamento de Prestadores de Serviços Médicos Plantonistas para os Serviços de Urgência e Emergência da UPA – 24 horas.

Itaperuçu, 14 de Setembro de 2.018.


DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA NETO
DIRETOR SÓCIO
EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA. ME
RG 8.317.486-2/PR
CPF/MF 030.300.209-32

12.304.053/0001-85

EXALIFE SERVIÇOS
MÉDICOS LTDA.

Av. São Pedro, 157 - Sala 23
Centro - CEP 83.560-000

ITAPERUÇU - PR

**A****PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAUCARIA - PARANÁ**

Comissão de Licitação

Edital de Credenciamento n. 004/2018

DECLARAÇÃO EXPERIÊNCIA TÉCNICA

EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.ME, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n. 12.304.053/0001-85, inscrição estadual isento, com sede na Avenida São Pedro, n. 157, sala 23, Bairro Centro, na cidade de Itaperuçu – Paraná – CEP 83.560-000, fone: (41) 3402-0973, e-mail: exallife@exallife.net.br, neste ato representada por seu Diretor Sócio Sr. *Dairi Ramos De Oliveira Neto*, brasileiro, portador da Cédula de Identidade RG n. 8.317.486-2/PR, inscrito no CPF/MF sob o n. 030.300.209-32, **ATESTAR**, para todos os fins que os profissionais abaixo, possuem experiência no exercício da função em **PRONTO ATENDIMENTO E/OU PRONTO SOCORRO** em Urgência e Emergência, nos seguintes termos:

NOME	N. CRM/PR	LOCAL EXPERIÊNCIA	DATA INSCRIÇÃO CRM/PR
PAULO FRANCISCO COELHO SOARES	12.372	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	29.10.1990
BRUNO R. DA FONSECA	33.654	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	12.12.2014
AURO EDER PEREIRA	14.330	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	10.05.1994
TOMIKO SHIOKAWA	13.873	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	31.08.1993
IONAM CARLOS GONCALVES BENAZZI	28.320	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	24.01.2011
JULIO POLANSKI CORDEIRO	15.856	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	11.12.2009
YRAMIS BARBARA ALVAREZ LEBROC	21.477	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	17.11.2004
FLAVIA LEITAO ERMEL	31.763	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	24.07.2013
IGNACIO ALEJANDRO BORGES CUEVAS <i>Horacio 3</i>	13.922	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	16.09.1993
ELESSANDRA CRISTINA DOS SANTOS	39.866	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	12.05.2015
DJALMA RODRIGUES DA SILVA	11.919	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	24.01.1990
ELAINE ROCHA ESTREMEL ABALEM	13.070	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	05.03.1992
IVANA MARIA MOLIN	10.391	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	14.09.2007

*Exalife Serviços Médicos Ltda.*Av. São Pedro, 157 - Sala 23 - Centro - Fone (41) 4107-0333
CEP 83 560-000 - Itaperuçu - PR - exallife@exallife.com.br



FRANCISCO JAVIER JARRIN SANCHES	26.703	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	16.09.2009
GLAUCO GUILLERMO PIEGAS MOREIRA	29.452	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	13.01.2012
MARCELO OSORIO CASSIANO	15.166	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	14.11.1995
CLODOALDO FERNANDO GARCIA	15.869	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	18.02.1997
JOSE WILLIAM VAVRUK	33.635	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	08.02.2014
VANIA REGINA KRULY	34.017	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	15.01.2015
MARCIO HENRIQUER GROSS DINKEL	18.941	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	23.08.2001
ESTHER DOS SANTOS ROCHA	32.842	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	13.03.2014
ANTONY SERPA ANTONIUK	27.835	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	19.08.2010
ANNA CAROLINA VAN HERPE RAGONHA	20.701	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	14.01.2004
MILTON VILLAROEEN URCULLO	31.598	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	04.04.2013
ALI MOHAMAD EL KADRI	7.971	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	08.12.2004
SAMUEL SANTA FE MUNIZ ROSA	40.598	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	20.12.2011
ANDRE LUIZ FERREIRA DA SILVA	22.537	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	22.12.2005
CARMEM MARTINEZ RODRIGUES HANKE	23.641	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	19.01.2007
RICARTO APPEL LAFFITTE	8.330	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	05.01.1983
CYNIRA ONISHI	17.228	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	12.03.1999
PRISCILA SHARNOSKI MATOS	3.687/RO	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	07.06.2013
FATIMA MOHAMAD ABELAZIZ	34.651	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	09.07.2015
LUIZ Y. MINAMIHARA	8.181	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	17.06.1982
SAULO ALVERNI MELO	31.994	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	16.10.2013
HUGO DINIZ DE ARAUJO	35.891	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	15.07.2015
JOSE FREDERICO TOZZI DE AZEVEDO COSTA	5.167	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	12.01.1977
FLAVIO YOSHIOKA	20.444	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	01.08.2003
BRUNA NATASCHA DOS SANTOS	32.396	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	12.01.2014
HUGO RICHE HIJAR	27.635	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	30.06.2010



ANA VALERIA DE ASSIS MIRANDA	3.030/RO	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	15.09.2011
MARCIO ANDRE RABELLO MENDES	27.529	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	06.04.2010
MAGALI ANTONIETA CLAROS CANSECO	15.906	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	24.02.1997

Por ser expressão de verdade, firmamos a presente.
Itaperuçu, 06 de Setembro de 2.018.



DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA NETO

Diretor Sócio
EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA. ME
RG 8.317.486-2/PR
CPF/MF 030.300.209-32

12.304.053/0001-85

EXALIFE SERVIÇOS
MÉDICOS LTDA.

Av. São Pedro, 157 - Sala 23
Centro - CEP 83.560-000

ITAPERUÇU - PR

**A****PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAUCARIA - PARANÁ**

Comissão de Licitação

Edital de Credenciamento n. 004/2018

DECLARAÇÃO DE FORMAÇÃO E INSCRIÇÃO

EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.ME, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n. 12.304.053/0001-85, inscrição estadual isento, com sede na Avenida São Pedro, n. 157, sala 23, Bairro Centro, na cidade de Itaperuçu – Paraná – CEP 83.560-000, fone: (41) 3402-0973, e-mail: exallife@exallife.net.br, neste ato representada por seu Diretor Sócio Sr. *Dairi Ramos De Oliveira Neto*, brasileiro, portador da Cédula de Identidade RG n. 8.317.486-2/PR, inscrito no CPF/MF sob o n. 030.300.209-32, DECLARAR e COMPROVAR, nos termos do item 2.1 e 2.2, do Edital de Credenciamento n. 004/2018, a formação dos profissionais médicos constantes no quadro clínico desta empresa experiência em Pronto Atendimento e/ou Pronto Socorro e, inclusive, inscrição regular perante o Conselho Regional de Medicina do Paraná, cujos documentos do rol abaixo seguem anexos a presente declaração, a saber:

NOME	N. CRM/PR	LOCAL EXPERIÊNCIA	DATA INSCRIÇÃO CRM/PR
PAULO FRANCISCO COELHO SOARES	12.372	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	29.10.1990
BRUNO R. DA FONSECA	33.654	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	12.12.2014
AURO EDER PEREIRA	14.330	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	10.05.1994
TOMIKO SHIOKAWA	13.873	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	31.08.1993
IONAM CARLOS GONCALVES BENAZZI	28.320	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	24.01.2011
JULIO POLANSKI CORDEIRO	15.856	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	11.12.2009
YRAMIS BARBARA ALVAREZ LEBROC	21.477	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	17.11.2004
FLAVIA LEITAO ERMEL	31.763	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	24.07.2013
IGNACIO ALEJANDRO BORGES CUEVAS	13.922	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	16.09.1993
ELESSANDRA CRISTINA DOS SANTOS	39.866	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	12.05.2015
DJALMA RODRIGUES DA SILVA	11.919	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	24.01.1990
ELAINE ROCHA ESTREMEL ABALEM	13.070	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	05.03.1992

*Exalife Serviços Médicos Ltda.**Av. São Pedro, 157 - Sala 23 - Centro - Fone (41) 4107-0333
CEP 83 560-000 - Itaperuçu - PR - exallife@exallife.com.br*

IVANA MARIA MOLIN	10.391	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	14.09.2007
FRANCISCO JAVIER JARRIN SANCHES	26.703	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	16.09.2009
GLAUCO GUILLERMO PIEGAS MOREIRA	29.452	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	13.01.2012
MARCELO OSORIO CASSIANO	15.166	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	14.11.1995
CLODOALDO FERNANDO GARCIA	15.869	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	18.02.1997
JOSE WILLIAM VAVRUK	33.635	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	08.02.2014
VANIA REGINA KRULY	34.017	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	15.01.2015
MARCIO HENRIQUER GROSS DINKEL	18.941	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	23.08.2001
ESTHER DOS SANTOS ROCHA	32.842	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	13.03.2014
ANTONY SERPA ANTONIUK	27.835	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	19.08.2010
ANNA CAROLINA VAN HERPE RAGONHA	20.701	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	14.01.2004
MILTON VILLAROEN URCULLO	31.598	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	04.04.2013
ALI MOHAMAD EL KADRI	7.971	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	08.12.2004
SAMUEL SANTA FE MUNIZ ROSA	40.598	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	20.12.2011
ANDRE LUIZ FERREIRA DA SILVA	22.537	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	22.12.2005
CARMEM MARTINEZ RODRIGUES HANKE	23.641	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	19.01.2007
RICARTO APPEL LAFFITTE	8.330	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	05.01.1983
CYNIRA ONISHI	17.228	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	12.03.1999
PRISCILA SHARNOSKI MATOS	3.687/RO	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	07.06.2013
FATIMA MOHAMAD ABELAZIZ	34.651	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	09.07.2015
LUIZ Y. MINAMIHARA	8.181	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	17.06.1982
SAULO ALVERNI MELO	31.994	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	16.10.2013
HUGO DINIZ DE ARAUJO	35.891	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	15.07.2015
JOSE FREDERICO TOZZI DE AZEVEDO COSTA	5.167	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	12.01.1977
FLAVIO YOSHIOKA	20.444	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	01.08.2003
BRUNA NATASCHA DOS SANTOS	32.396	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	12.01.2014

HUGO RICHE HIJAR	27.635	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	30.06.2010
ANA VALERIA DE ASSIS MIRANDA	3.030/RO	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	15.09.2011
MARCIO ANDRE RABELLO MENDES	27.529	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	06.04.2010
MAGALI ANTONIETA CLAROS CANSECO	15.906	Unidade de Pronto Atendimento – Paranaguá PR	24.02.1997

Por ser expressão de verdade, firmamos a presente.
Itaperuçu, 06 de Setembro de 2.018.



DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA NETO
Diretor Sócio
EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA. ME
RG 8.317.486-2/PR
CPF/MF 030.300.209-32

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO



Documento
de Identidade Conforme
Lei Nº 6.206/75

CRM Nº

12372

Data de Inscrição

29/10/1990

POLEGAR DIREITO

Nome

PAULO FRANCISCO COELHO SOARES

Assinatura do Portador

[Handwritten Signature]

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO

PARANÁ

Função

EUCLIDES PAIM SOARES
MOZARINA COELHO SOARES

Naturalidade

SANTA MARIA - RS

Data de Nascimento

06/04/1963

RG

2022091934 (RS)

Data Expedição

18/10/1980

CPI

411813440-34

Título de Eleitor

00654306408/63

Seção

343

Zona

177

Certificado Militar Nº

CARTA PATENTE

Tipo Sanguíneo

A

Fator RH

Positivo

Observações

Doador de Órgãos e Tecidos

Local e Data

Curitiba, 30 de janeiro de 2006

Presidente

Dr. Hélio Bertolozzi Soares
Presidente

[Handwritten Signature: Helio Soares]

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3º TABELIONATO DE NOTAS DE CURITIBA-PR
AV. MARECHAL FLORIANO PEKOTO, 2276 - BAIRRO RESOUCAS
CURITIBA - PR - 80.230-110 - Fone: (41) 3333-4444

FNC85496

3º Tabelionato de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia

AUTENTICAÇÃO

DE ACORDO COM O ART. 7º, V DA LEI Nº 8.935 DE 18/11/1994, A
PRESENTE FOTOCOPIA FOI CONFERIDA POR MIM E, É RE PRO-
DUÇÃO DO ORIGINAL APRESENTADO. DOU FÉ.

[Handwritten Signature]

ANDRESSA CRISTINA BREGENSKI - ESCRIVENTE
Curitiba, 29 de Dezembro de 2017

Tabelião: Martin Souto Jentzsch

VALIDE O SELLO DIGITAL EM WWW.PRIMARPER.COM.BR - VALIDO SEM EMENDAS E TAGURAS



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **PAULO FRANCISCO COELHO SOARES**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **12372**, encontra-se quite com esta Tesouraria até **31/05/2018**.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/05/2018.

Chave de validação **2f60293b3ca602d281988509ffdc6a893d105d8a**

Emitida eletronicamente via internet em **27/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

Declaração nº 041/2018 – DEPROSIN

Curitiba, 30 de maio de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaramos, 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. PAULO FRANCISCO COELHO SOARES**, que está inscrito neste órgão sob nº **12.372**, desde **29/10/1990**.

Declaramos ainda, que o referido profissional encontra-se quite com a Tesouraria deste Conselho até **31/12/2018**.

Por ser verdade, firmamos o presente.

CARLOS ROBERTO NAUFEL JÚNIOR

1ª Secretário



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **PAULO FRANCISCO COELHO SOARES**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **12372** desde **29/10/1990**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 27/08/2018.

Chave de validação **2049ee1a1e5213342ef7074b9a9829620a9068d6**

Emitida eletronicamente via internet em **27/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br

VISTOS E ANOTAÇÕES 3

CRM-PR

Conselho Regional de Medicina do Paraná

CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO

Inscrição : 33654 em 12/12/2014

Nome : BRUNO RATUSZNEI FONSECA

Filiação : WILLIAM DE ALMEIDA
FONSECA e ADELIA RATUSZNEI FONSECA

Nacionalidade : Brasileira

Naturalidade : Curitiba-PR

Data Nascimento : 06/10/1984

Diplomado pela UNIVERSIDADE
POSITIVO em 11/12/2014

Identidade : 94473861 SESP-PR
CPF : 05321540969

00004707



POLEGAR DIREITO



Bruno Ratusznei Fonseca

Assinatura do Portador

2





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **BRUNO RATUSZNEI FONSECA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **33654** desde **12/12/2014**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 01/09/2018.

Chave de validação **83ce7e9b58c701ad22e2e9110b0208896877b2c0**

Emitida eletronicamente via internet em **01/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Conduta Ético-Profissional

Declaramos, 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) **BRUNO RATUSZNEI FONSECA**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **33654** conforme períodos abaixo:

Períodos

12/12/2014 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. **d689d03ee7989a6407890b0b2cb59d97ab6901b2**

Emitida eletronicamente via internet em **01/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **BRUNO RATUSZNEI FONSECA**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **33654**, encontra-se quite com esta Tesouraria até **31/03/2019**.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/03/2019.

Chave de validação **7eb7f1f57422f00c4b4ee324052044ee7a0a348e**

Emitida eletronicamente via internet em **01/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DO PARANÁ
CEDULA DE IDENTIDADE DE MEDICO

NOME
AURO EDER PEREIRA

CRM/UF
914336/PR

FILIAÇÃO
JOSE PEREIRA

GENITOR
JURTH DE OLIVEIRA PEREIRA

DATA DE INSCRIÇÃO VIA
19/05/1994

ASSINATURA DO PORTADOR



CPF
536.536.109-15

RG / ORGÃO EMISSOR
31089463/SSP-PR

TÍTULO DE ELEITOR
000898576812

SEÇÃO
031

DATA DE NASCIMENTO
28/09/1962

NATURALIDADE
ABATIÁ-PR

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
CURITIBA, 17/10/2013

0892210



MINISTÉRIO DA FAZENDA
 SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
 COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICAS (SIS-INFOE)

NASCIMENTO
23.07.62

INSCRIÇÃO NO CPF
536 536 109 15

CONTRIBUINTE
AURO EDER PEREIRA

SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL

IDENTIFICADOR DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

Auro Eder Pereira

CONFERE COM O ORIGINAL
 E DOU FÉ

GUARAQUECABA, ... de ... de ...

Lelaine de Fátima Vianna Vidal

Lelaine de Fátima Vianna Vidal
Tabelia Designada

SERVIÇO DISTRITAL
 DE GUARAQUECABA
 FUNARPEN

NPJ - 77.570.935/0001-38

Exclusivo para
 Autenticação de Cópia

Lelaine de Fátima Vianna Vidal

Lelaine de Fátima Vianna Vidal
Tabelia Designada
83390-000 - Guaraquecaba - Pr.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **AURO EDER PEREIRA**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **14330**, encontra-se quite com esta Tesouraria até **31/03/2018**.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/03/2018.

Chave de validação **8123f8753d6a5d5205dc8ed75176f7d7e18f11c3**

Emitida eletronicamente via internet em **06/03/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Conduta Ético-Profissional

Declaramos, 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) **AURO EDER PEREIRA**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **14330** conforme períodos abaixo:

Períodos

10/05/1994	a	22/09/2004
22/09/2004	a	25/09/2013
25/09/2013	a	presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. **dcc5f6bd683d2dee5b1b0aacec6957cbd6814213**

Emitida eletronicamente via internet em **28/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **AURO EDER PEREIRA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **14330** desde **25/09/2013**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 28/08/2018.

Chave de validação **e6abe85f98262c9f7aa261649fb6b18793abdafc**

Emitida eletronicamente via internet em **28/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br

↓
E
M

B
R
A
N
C
O
L



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

*Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **TOMIKO SHIOKAWA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. 13873 desde 31/08/1993, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.*

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 06/10/2018.

Chave de validação **b9b83df4d18cb7a2ea6f444bf2a2b00bcf8fca12**

Emitida eletronicamente via internet em **06/07/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **TOMIKO SHIOKAWA**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **13873**, encontra-se quite com esta Tesouraria até **31/03/2019**.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/03/2019.

Chave de validação **d0bf22b2f032c8098d168bbca9abc0f2aec60e9f**

Emitida eletronicamente via internet em **06/07/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Conduta Ético-Profissional

Declaramos, 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) **TOMIKO SHIOKAWA**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **13873** conforme períodos abaixo:

Períodos

31/08/1993 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. 88ebf65b10ea9048fc873079beff7eb84d4147b1

Emitida eletronicamente via internet em 16/07/2018

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **TOMIKO SHIOKAWA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **13873** desde **31/08/1993**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 06/10/2018.

Chave de validação **b9b83df4d18cb7a2ea6f444bf2a2b00bcf8fca12**

Emitida eletronicamente via internet em **06/07/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crimpr.org.br

CARTE NOTARIAL DE PINHAIS

AUTENTICACAO

Atestamos a autenticidade e reproduçao fiel do documento apresentado neste Cartão, nesta data de _____ de _____ de 19__.

17 JUN. 2010

Escritório Notarial

Escritório Notarial de Pinhaiss

Tabelação de Notas

Exclusivo para Autenticação de Copias

FNU95911

ULMAYARA MENDES
Esc. Juiz. Renada

PINHAIS



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Conduta Ético-Profissional

Declaramos, 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) **IONAM CARLOS GONÇALVES BENAZZI**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **28320** conforme períodos abaixo:

Períodos

24/01/2011 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. **52aa75e3874b1cdf33554e8d9f504c24c4d2ccce**

Emitida eletronicamente via internet em **30/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **IONAM CARLOS GONÇALVES BENAZZI**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **28320**, encontra-se quite com esta Tesouraria até **31/03/2019**.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/03/2019.

Chave de validação: **2e79a824a4070868dd6e8a057d27d572111f3a2a**

Emitida eletronicamente via internet em **30/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **IONAM CARLOS GONÇALVES BENAZZI**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **28320** desde **24/01/2011**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 30/08/2018.

Chave de validação **e1a55d2848a114235193f67134c66310ea0ee577**

Emitida eletronicamente via internet em **30/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



**Conselho Regional de Medicina
do Estado de Santa Catarina
CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO**

Inscrição nº 15856 em 11/12/2009

Nome:
JULIO POLANSKI CORDEIRO

Filiação:
OLIVIO FERREIRA BARBOSA CORDEIRO
SANDRA MARTA POLANSKI CORDEIRO

Nacionalidade:
BRASILEIRA

Naturalidade:
JOINVILLE / SC

Data do nascimento:
05/01/1982

Diplomado pela:
UNIVERSIDADE DA REGIAO DE
JOINVILLE/SC
Em 11/12/2009

Identidade:
94779863 - SESP / PR

CPF:
035.230.119-81

MÉDICO

Fotografia tirada em

..... de de



POLEGAR DIREITO



Julio Polanski Cordeiro

Assinatura do Portador

3



Tabellionato de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia
F0Q48373

..... e dou fe que a
..... presente fotocópia confere
..... documento original



**Conselho Regional de Medicina
do Estado do Paraná**

INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA

Registrado neste Conselho sob o nº 29931, de
acordo com o Artigo 18, Parágrafo 2º da Lei
3.268, de 30/09/1957.
Origem: SC

Curitiba, 27/03/2012

Dr. Alexandre Gustavo Bley
Presidente

Dr. Hélio Bertoluzzi Soares
Secretário-Geral

MÉDICO

Vistos e Anotações sobre o exercício
da medicina

(PASEP)

19038793664

7





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **JULIO POLANSKI CORDEIRO**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **29931** desde **19/03/2012**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 10/10/2018.

Chave de validação **2bbb55cf59d1ca037f566ebece0f68d4cc306d4c**

Emitida eletronicamente via internet em **10/07/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Conduta Ético-Profissional

Declaramos, 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) **JULIO POLANSKI CORDEIRO**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **29931** conforme períodos abaixo:

Períodos

19/03/2012 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. **230bd8061fec1f0eb1d485539af5415df7803c16**

Emitida eletronicamente via internet em **10/07/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



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 nº. 1993/2012, o Médico abaixo qualificado VOTOU NA ELEIÇÃO **CRM-PR 2013**, de escolha dos Membros Titulares e Suplentes do **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, GESTÃO 2013/2018**.

Médico: **JULIO POLANSKI CORDEIRO**

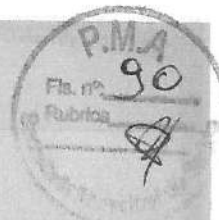
CRM-PR: **29931**

Modalidade: **Presencial**

Chave de validação **7bb6427a7aa062da8760bd4a8662cb4a3e563af4**

Emitida eletronicamente via internet em **10/07/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **YIRAMYS BARBARA ALVAREZ LEBROC**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **21477** desde **17/11/2004**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia **20/09/2018**.

Chave de validação **1a731e882c9027bac0c713a76524846097064a57**

Emitida eletronicamente via internet em **20/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: **www.crmpr.org.br**



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **YIRAMYS BARBARA ALVAREZ LEBROC**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. 21477, encontra-se quite com esta Tesouraria até 31/03/2019.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/03/2019.

Chave de validação **3d4ed53f8861a26e0caf9dfcd3b42ee28d98d746**

Emitida eletronicamente via internet em 20/06/2018

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



NOME
FLAVIA LEITÃO ERMEL

CRM /UF
031763/PR

FILIAÇÃO - FRANCISCO ROBERTO ERMEL

REGIANE DE LARA LEITÃO
ERMEL

DATA DE INSCRIÇÃO
24/07/2013

CPF
063.212.739-29

RG / ÓRGÃO EMISSOR
94425425/SESP-PR

TÍTULO DE ELEITOR
091898350680

SEÇÃO
088

ZONA
042

DATA DE NASCIMENTO
20/06/1988

NATURALIDADE
LONDRINA-PR

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
CURITIBA, 06/12/2013

0095460

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

ASSINATURA DO PORTADOR:

Serviço Distrital de Santa Valéria
 Tabelionato de Notas e Registro Civil - Cid. Rocha Jr.
 15.12.2015 - 18.03.2016
AUTENTICAÇÃO
 A presente fotocópia é reprodução fiel, certa e
 face, do documento apresentado neste Serviço.
 CURITIBA - PR 04 JUL. 2018
 Tabelionato de Notas
 Exclusivo para
 Autenticação de Cópia
 LOECY M. ROCHA - SANDRA R. M. HIPPLER - CINTIA DURESKI
 DAYANE N. ALVES - SILVANA DA SILVA - SUELLEN SIKES
 SILVANA VIEIRA - VANIA C. S. VALERIO - WELLINGTON L. NARDIN
 LUIZ FELIPE DO ESPÍRITO SANTO

**Tabelionato de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia**

FOK26416

LOECY M. ROCHA - SANDRA R. M. HIPPLER - CINTIA DURSKI
DAYANE N. ALVES - SILVANA DA SILVA - SUELLEN SIQUEIRA
SILVANA VIEIRA - VANIA C. S. VALERIO - WELLINGTON L. NARDIN
LUIZ FELIPE DO ESPÍRITO SANTO

91



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **FLÁVIA LEITÃO ERMEL**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **31763** desde **24/07/2013**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia **04/10/2018**.

Chave de validação **a830c3447afa813defd985fbe34220519afd4497**

Emitida eletronicamente via internet em **04/07/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: **www.crmpr.org.br**



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **FLÁVIA LEITÃO ERMEL**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **31763**, encontra-se quite com esta Tesouraria até **31/03/2019**.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/03/2019.

Chave de validação **17a03ec9b935850085d210cf99fbd5bcef65d4d5**

Emitida eletronicamente via internet em **04/07/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Conduta Ético-Profissional

Declaramos, 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) **FLÁVIA LEITÃO ERMEL**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **31763** conforme períodos abaixo:

Períodos

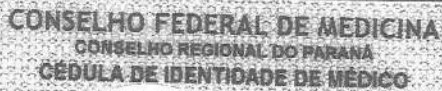
24/07/2013 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. 8e26f007c4ef085abc32f2378642f40ad1f5acb6

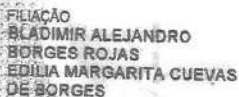
Emitida eletronicamente via internet em **04/07/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



NOME
IGNACIO ALEJANDRO BORGES
CUEVAS

CRM/UF
013922/PR



DATA DE INSCRIÇÃO VIA
9/09/1993 1

James A. Berger

ASSINATURA DO PORTADOR



CPF
572.935.549-15

RG / ÓRGÃO EMISSOR
V023304-1/DPF

TITULO DE ELEITOR

SEÇÃO

ZONA

DATA DE NASCIMENTO
01/02/1984

NATURALIDADE
VENEZUELA

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
CURITIBA, 18/05/2017

0261331

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

27 JUL 2006

27 de JULHO de 2006

SELO FUNARPEN

Exclusivo para Autenticação de Cópias

FOL24367

Tabelionato de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia

FOL24367



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CÉDULA DE IDENTIDADE DE ESTRANGEIRO

RNE: V023304-1 CLASSIFICAÇÃO: PERMANENTE VALIDADE: INDETERMINADA

NO. 5: **IGNACIO ALEJANDRO BORGES CUEVAS**

FILIAÇÃO:
EDIL MARGARITA CUEVAS DE BORGES
BLASIMIR ALEJANDRO BORGES ROJAS

NACIONALIDADE:
VENEZUELANA

NATURALIDADE(PAÍS):
/EN/UELA

ORGAO EMISSOR:
CGF VIREX/DPF

DATA DE NASCIMENTO: SEXO: M
01/02/1964

DATA DE ENTRADA:
09/07/1993

VIA: 1

DATA DE EXPEDIÇÃO: 30/12/2015

DE EXPEDIÇÃO: 30/12/2015:

CERTIFICADO de autenticidade
presente documento
com o documento original

SELO
FURNARPEN

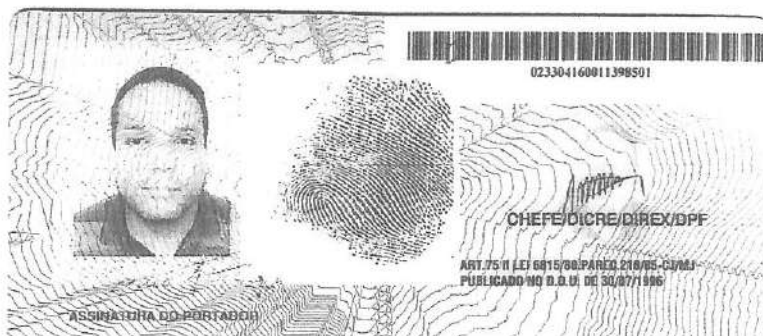
27 JUL 2016

Artor...
Vice...
Câmbio...
Júlio A. de S.

Talento de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia

FOL24368

FOL24368



IPBRACUEVAS<<IGNACIO<ALEJANDRO<BORGE

V0233041<OVEN6402019M9999998<<<<<<<



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **IGNACIO ALEJANDRO BORGES CUEVAS**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **13922** desde **16/09/1993**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 29/08/2018.

Chave de validação **606dd7468a6c08c95d5cbbda33d73ac04f2696e7**

Emitida eletronicamente via internet em **29/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **IGNACIO ALEJANDRO BORGES CUEVAS**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **13922**, encontra-se quite com esta Tesouraria até **31/05/2018**.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/05/2018.

Chave de validação **94e7cccf25363d2765573bc1009a9ff8f62f176e**

Emitida eletronicamente via internet em **29/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

ELISSANDRA CRISTINA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
26894750-8SP/SP

CPF
202.652.318-50

DATA NASCIMENTO
14/05/1974

FILIAÇÃO
APARECIDO PEREIRA DOS SANTOS
BENEDITA PEREIRA DOS SANTOS

PURTESSAO
ACQ
CAT. HAB.
A.B

Nº REGISTRO
0164317300

VALIDADE
17/01/2023

EX. HABILITACAO
18/01/2001

1582814173

PROIBIDO PLASTIFICAR

1582814173

LOCAL
CATANDUVA, SP

DATA EMISSAO
17/01/2018

Assinatura do Portador

14914650162
8885632175

SÃO PAULO

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE SÃO PAULO
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME
ELISSANDRA CRISTINA DOS SANTOS

CRM RJF
173555/SP

FILIAÇÃO
APARECIDO PEREIRA DOS SANTOS
BENEDITA PEREIRA DOS SANTOS

DATA DE INSCRIÇÃO
12/05/2015

VIA
1

Assinatura do Portador

CPF
202.652.318-50

RG / ORGÃO EMISSOR
268947508/SSP-SP

TÍTULO DE ELEITOR
232386810416

SEÇÃO
0280

ZONA
0399

DATA DE NASCIMENTO
14/05/1974

NATURALIDADE
CATANDUVA-SP

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
SÃO PAULO, 22/05/2015

0164478

Assinatura do Presidente do CRM

VALIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER EFEITO DE ACORDO COM A LEI 8.203/91.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Conduta Ético-Profissional

Declaramos, 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) **ELESSANDRA CRISTINA DOS SANTOS**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **39866** conforme períodos abaixo:

Períodos

26/03/2018 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. 0477d3dac4cdf239ce71eedc6215500854a96d87

Emitida eletronicamente via internet em **30/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **ELESSANDRA CRISTINA DOS SANTOS**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **39866**, encontra-se quite com esta Tesouraria até **31/03/2019**.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/03/2019.

Chave de validação **83d01b39935a9ca8ffdd61a818688c59999b5d60**

Emitida eletronicamente via internet em **30/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **ELESSANDRA CRISTINA DOS SANTOS**, é médico(a) inscrito(a) perante o Conselho Regional de Medicina do Paraná, sob o nº. **39866** desde **26/03/2018**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia **30/08/2018**.

Chave de validação **4b9254d91ba2346fb31b133ec960b9f9f6d40d85**

Emitida eletronicamente via internet em **30/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br

P.M. 99
Fis. nº. 99
Rubrica

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

IDENTIDADE Nº

495.303/PR

CPF Nº

110.232.959-20

CERTIFICADO MILITAR Nº

683457 - 5ª RM

TÍTULO ELEITORAL Nº

523141906-71/PR

ZONA

044

SEÇÃO

0182

LOCAL E DATA

Curitiba, 18 de abril de 1996.

ASSINATURA DO PORTADOR



POLEGAR DIREITO



DOCUMENTO DE IDENTIDADE CONFORME LEI Nº 6.206/75

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO

P A R A N Á

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME

DJALMA RODRIGUES DA SILVA

CRM Nº

11.919

DATA DE INSCRIÇÃO

24.01.1990

NACIONALIDADE

brasileira

DATA DE NASCIMENTO

07.07.1940

FILIAÇÃO

Joaquim Rodrigues da Silva
Francisca Reno da Silva

ASSINATURA DO PRESIDENTE

DR. LUIZ SALLIM EMED
Presidente

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

12.000.000/2001
TABELLONATO DE NOTAS
G. B. Aragão
ESCREVENTE

12.000.000/2001
TABELLONATO DE NOTAS
G. B. Aragão
ESCREVENTE

Tabelionato de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia

FMC29144

Pontas do Piti

03 JAN. 2018

Cláudio Roberto Bley Carneiro - AGENTE DELEGADO
Francisca Maria Ferreira - ESCRIVENTE-SUBSTITUTA

EM BRANCO



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **DJALMA RODRIGUES DA SILVA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **11919** desde **24/01/1990**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 28/08/2018.

Chave de validação **b7ef79dcef910d004d2c4faa993b8d613c6c46**

Emitida eletronicamente via internet em **28/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Conduta Ético-Profissional

Declaramos, 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) **DJALMA RODRIGUES DA SILVA**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **11919** conforme períodos abaixo:

Períodos

24/01/1990 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. **846c5a34436043d84d1b321a14535d301ca1be3a**

Emitida eletronicamente via internet em **28/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **DJALMA RODRIGUES DA SILVA**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **11919**, encontra-se quite com esta Tesouraria até **31/03/2019**.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/03/2019.

Chave de validação **64cca4409258747ad30106b30af9c771fc6fb76e**

Emitida eletronicamente via internet em **28/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br

P.M. 4
R. n. 302
P. n. 1

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DO PARANÁ
CEDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME
ELIANE ROCHA STREMEI
ABATEM

CRM/UF
013070/PR

FILIAÇÃO
AGOSTINHO ARY STREMEI
MAURA ROCHA STREMEI

DATA DE INSCRIÇÃO - VIA
05/03/1992 - 1

Eliane Rocha Stremel Atalem
ASSINATURA DO PORTADOR



SELO
FUNDO
TABELIONATO DE NOTAS
Ala da Nova e Costa
CONFERE COM O ORIGINAL
APRESENTAR NESTA DATA
Exclusivo para
Autenticação de Notas
FOP41472

Substituto
SECRETARIO
SECRETARIA DE SAÚDE



ADRIANA DE
FÁTIMA DA SILVA
Escrevente

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente fotocópia
reprodução fiel do documento original
que me foi apresentado. Dou fé.
CTBA, UBERABA,

23 JUN 2018

Serviço Distrital de
UBERABA

Eliano Kern Bassi - Oficial Designado
Av. Sen. Salgado Filho, 2888 - Osobrotel
Bairro - PR



Tabellionato de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia
FOJ80183

121444

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO
Documento de identidade nos termos da Lei nº 6.206/75

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO
ESTADO DO PARANÁ**

NOME: IVANA MARIA MOLIN

CRM Nº: 10391 DATA DE INSCRIÇÃO: 14/09/2007

VIA: 1 DATA DE NASCIMENTO: 23/07/1960

ASSINATURA DO PORTADOR: *Ivana*

FILIAÇÃO: WALMOR FRANCISCO MOLIN

TEREZA CORDEIRO DA SILVA MOLIN

NATURALIDADE: ALTO PARANÁ-PR

RG: 2.079.349-0/SSP-PR

DATA DE EXPEDIÇÃO: 21/03/1986 TÍTULO DE ELEITOR: 04324320655 SEÇÃO: 10066 ZONA: 101

CPF: 33675791068 LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO: CURITIBA-PR, 03/08/2009

ASSINATURA DO PRESIDENTE: *Miguel Strainha*

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **IVANA MARIA MOLIN**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **10391** desde **14/09/2007**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 23/09/2018.

Chave de validação **2fc16eb5bd6f7c841674be25a5748a2859c6abcb**

Emitida eletronicamente via internet em **23/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Conduta Ético-Profissional

Declaramos, 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) **IVANA MARIA MOLIN**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **10391** conforme períodos abaixo:

Períodos

30/01/1992	a	14/09/2007
14/09/2007	a	presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. **d1fabf4567423196c051fbc2b01279b602a7db78**

Emitida eletronicamente via internet em **23/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **IVANA MARIA MOLIN**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **10391**, encontra-se quite com esta Tesouraria até **31/03/2019**.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/03/2019.

Chave de validação **8d585139e03558fb670b0040b09a5dffb2aeb6c3**

Emitida eletronicamente via internet em **23/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br

P.M.A.
Fl. nº 307
Arquivo

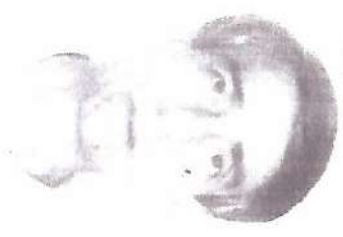
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA



CECULA DE IDENTIDADE DE MEDICO
Documento de identificação profissional e profissional

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO
ESTADO DO PARANÁ



NOME
FRANCISCO JAVIER
JARIN SANCHEZ
CRM Nº
26703
DATA DE INSCRIÇÃO
16/09/2009
VIA
1
DATA DE NASCIMENTO
02/09/1958

ASSINATURA DO PORTADOR
Francisco Jarín

FILIAÇÃO
HUGO JARRIN

CARMEN SANCHEZ

NATURALIDADE
EQUADOR

RG
V023620-5

DATA DE EXPEDIÇÃO
23/08/2008

CPE
01115373986

TÍTULO DE ELEITOR

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
CURITIBA-PR, 04/11/2009
ZONA

Miguel Strain in fatura
ASSINATURA DO PRESIDENTE

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1409666

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente fotocópia é
reprodução fiel do documento original
que me foi apresentado. Curitiba,
23 JUN 2018

ADRIANA DE
FATIMA DA SILVA
Escrevente

Silvana Kern Bassi - Oficial Designada
Av. Sen. Salgado Filho, 2258 - Guaratuba
Guaratuba - PR

FOJ80190



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **FRANCISCO JAVIER JARRIN SANCHEZ**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **26703** desde **16/09/2009**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 22/09/2018.

Chave de validação **fec4cfb028519ba7e9f969e82a1fbaf58dccb1cf**

Emitida eletronicamente via internet em **22/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Conduta Ético-Profissional

Declaramos, 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) **FRANCISCO JAVIER JARRIN SANCHEZ**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **26703** conforme períodos abaixo:

Períodos

16/09/2009 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. **15ad1f0bc13cdaa2d689b639e3ef510e9154e038**

Emitida eletronicamente via internet em **22/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **FRANCISCO JAVIER JARRIN SANCHEZ**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **26703**, encontra-se quite com esta Tesouraria até **31/03/2019**.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/03/2019.

Chave de validação **ae4a8dba7f67fde55fffc70fdb79150a9fba8141**

Emitida eletronicamente via internet em **22/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DO PARANÁ
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME
GLAUCO GUILLERMO PIEGAS
MOREIRA

CRM/UF
029452/PR

FILIAÇÃO
PAULO ADALBERTO DA SILVA
PIEGAS
SANTINA GENTIL PIEGAS

DATA DE INSCRIÇÃO VIA
13/01/2012 1

ASSINATURA DO PORTADOR



TABELIONATO DE NOTAS DE CERRAZO
RUA DOCEIRA, 110 - CERRAZO - CURITIBA - PR

Tabellionato de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia
FOE13603

AUTENTICAÇÃO
O PRESENTE DOCUMENTO É CÓPIA
FIEL DO ORIGINAL DOU FÉ

05 JUN. 2018

☐ Gabriel Loureiro da Rocha Tabellão

☒ Ivonete Eret Juramentada

TABELIONATO DE NOTAS
Serviço de Notas de Cerrazinho

Rua Dep Anibal Cury, 176 - Centro
CEP: 85520-000 - Cerrazinho - PR

CPF
052.055.709-38

RG / ÓRGÃO EMISSOR
88153467/SESP-PR

TÍTULO DE ELEITOR
083222850655

SEÇÃO
010

ZONA
007

DATA DE NASCIMENTO
02/01/1986

NATURALIDADE
TOLEDO-PR

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
CURITIBA, 01/12/2016

0227564

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER
EFEITO DE ACORDO COM A LEI 6.208/76.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **GLAUCO GUILLERMO PIEGAS MOREIRA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **29452** desde **13/01/2012**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/08/2018.

Chave de validação **83a032c879a3a65ca0a776a5778080ecd3d07a8e**

Emitida eletronicamente via internet em **31/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Conduta Ético-Profissional

Declaramos, 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) **GLAUCO GUILLERMO PIEGAS MOREIRA**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **29452** conforme períodos abaixo:

Períodos

13/01/2012 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. **97ef4b5d368c6138572d109ebcd4ee2ff172ce97**

Emitida eletronicamente via internet em **31/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **GLAUCO GUILLERMO PIEGAS MOREIRA**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **29452**, encontra-se quite com esta Tesouraria até **31/03/2019**.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/03/2019.

Chave de validação **cca421546013871423eacf8df0d6cbf7dd7d2037**

Emitida eletronicamente via internet em **31/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



(VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO
Estatuto de Identidade nos termos da Lei nº 706/75

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ



NOME
MARCELO OSÓRIO CASSIANO

CRM Nº
15166

DATA DE INSCRIÇÃO
14/11/1995

VIA
1

DATA DE NASCIMENTO
02/04/1964



ASSINATURA DO PORTADOR

RELACÃO

COARACY DO BRASIL CASSIANO

GILZA MARI OSÓRIO CASSIANO

NATURALIDADE
PORTO ALEGRE-RS

RG
4.444.338-4/SSP-PR

DATA DE EXPEDIÇÃO
03/09/1985

TÍTULO DE ELEITOR
26147806-20

SEÇÃO
0402

ZONA
002

CPF
50000110906

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
CURITIBA-PR, 11/01/2011



ASSINATURA DO PRESIDENTE

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CERTIFICO e dou fé que a presente fotocópia confere com o documento original

19 ABR. 2010

2º Tabelionato
Paraná
29.04.2010
Jociana A. de S. M. Chaves



Tabelionato de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia
FMD06668



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **MARCELO OSORIO CASSIANO**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **15166** desde **01/12/2000**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia **28/08/2018**.

Chave de validação **2791348ce922088466d3870133febd799943b4d3**

Emitida eletronicamente via internet em **28/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Autenticação de Declaração de Inscrição de Pessoa Física

A Declaração de Inscrição de Pessoa Física de código **1f79870fbe543b98cb1aa4839c0131471068cdf2** gerada no dia 28/05/2018, às 12:57:07 é válida e consta em nossos sistemas.

A mesma tem validade até **28/08/2018** e está cadastrada para o seguinte número de CRM-PR: **15166**.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Conduta Ético-Profissional

Declaramos, 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) **MARCELO OSORIO CASSIANO**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **15166** conforme períodos abaixo:

Períodos

14/11/1995	a	01/12/2000
01/12/2000	a	presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. 21666b11e0837ff03c7d90e134e62f42c5818384

Emitida eletronicamente via internet em **28/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Autenticação de Declaração de Conduta de Pessoa Física

A Declaração de Conduta de Pessoa Física de código **21666b11e0837ff03c7d90e134e62f42c5818384** gerada no dia 28/05/2018, às 13:02:38 é válida e consta em nossos sistemas.

A mesma tem validade até **31/03/2019** e está cadastrada para o seguinte número de CRM-PR: **15166**.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Autenticação de Declaração Negativa de Débitos de Pessoa Física

A Declaração Negativa de Débitos de Pessoa Física de código **29f7b3ccb27d7367f3fa2594a95f381f6fb44a52** gerada no dia 28/05/2018, às 13:04:15 é válida e consta em nossos sistemas.

A mesma tem validade até **31/03/2019** e está cadastrada para o seguinte número de CRM-PR: **15166**.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **MARCELO OSORIO CASSIANO**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **15166**, encontra-se quite com esta Tesouraria até **31/03/2019**.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/03/2019.

Chave de validação **29f7b3ccb27d7367f3fa2594a95f381f6fb44a52**

Emitida eletronicamente via internet em **28/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DO PARANÁ
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME: **CLODOALDO FERNANDO GARCIA**
CRM/RP: **015869/PR**

FILIAÇÃO: **LAIDELINO MANOEL GARCIA**
JUDITE RUTE GARCIA

DATA DE INSCRIÇÃO: **18/02/1997** VIA: **1**

ASSINATURA DO PORTADOR



CPF: **786.560.289-23** RG / ÓRGÃO EMISSOR: **6.432.791-9/SESP-PR**

TÍTULO DE ELEITOR: **43590320620** SEÇÃO: **0388** ZONA: **0002**

DATA DE NASCIMENTO: **30/07/1970** NATURALIDADE: **CURITIBA-PR**

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO: **CURITIBA, 24/07/2014**

0127989

ASSINATURA DO EMISSOR DA CDM

VALIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER FIM DE ACORDO COM A LEI 8.208/76

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE TÍTULOS E DOCUMENTOS DE CAMBORIÚ-SC
SIMONE VIEGAS DA CUNHA CESAR - Tabelião Titular

AUTENTICAÇÃO Nº 224612

Autentico a presente fotocópia por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado.

Do que dou fé. Camboriú, 27 de agosto de 2018, 15:01:41.

Em test. da verdade.

JULIO CESAR FILHO - Tabelião Substituto

Emolumentos: R\$ 3,40 + selo: R\$ 1,90 = Total: R\$5,30

Selo Digital de Fiscalização - Selo normal FSCS190-FPH4

Confira os dados do ato em: selo.tjcc.jus.br

Rua José Francisco Bernardes, 149 - Salas 03 e 04 - Centro - Camboriú/SC - Fones/Fax: (47) 3365 4336 / 3365 5177

CEP 88340-233 - Horário de atendimento: 8h às 16h - segunda a sexta-feira - tabelionatocamboriu@hotmail.com

EM BRANCO



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **CLODOALDO FERNANDO GARCIA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **15869** desde **18/02/1997**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 05/09/2018.

Chave de validação **4a5d537fd3b370229c48863ce8f095dfcc3c628d**

Emitida eletronicamente via internet em **05/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **CLODOALDO FERNANDO GARCIA**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **15869**, encontra-se quite com esta Tesouraria até **31/03/2019**.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/03/2019.

Chave de validação **9fe942ac75445ca2aa2334b0a74a27699e3fe8c6**

Emitida eletronicamente via internet em **05/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Responsabilidade Técnica para PGRSS

Declaramos, para fins de comprovação de Responsabilidade Técnica junto ao Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, que o(a) médico(a) Dr.(a) **CLODOALDO FERNANDO GARCIA**, inscrito(a) no Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **15869**, desde **18/02/1997**, é o(a) responsável, junto a esta Autarquia pelo Consultório Médico, **RUA FRANCISCO ALVES MENDES FILHO, 190 ap204 bl3, Campo Largo/PR.**

Chave de validação **42442d4dc4acfbf5f284653c71823ccf19a6e5bd**

Emitida eletronicamente via internet em **05/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



P.M.A.
Fin. nº 123
Assinatura

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certificado de Especialista

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, de acordo com a resolução vigente, certifica que registrou, em 14/06/2000, no livro nº. 21, RQE nº. 10299, folha nº. 10299, a qualificação do médico(a),

CLODOALDO FERNANDO GARCIA, CRM nº. 15869,

na especialidade de

PEDIATRIA

Chave de validação **d832b945811b467101217aedcd50c97d0f5a21dc**

Emitida eletronicamente via internet em **05/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br

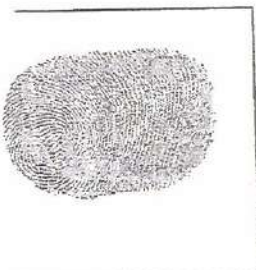
2

Assinatura do Portador

Jose William Vavruk



POLEGAR DIREITO



VISTOS E ANOTAÇÕES

3

Conselho Regional de Medicina do Paraná

CRM-PR

CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO

Inscrição : 33635 em 08/12/2014

Nome : JOSE WILLIAM VAVRUK

Filiação : MARIO VAVRUK e LIDIA VAVRUK

Nacionalidade : Brasileira

Naturalidade : Porto União-SC

Data Nascimento : 16/09/1975

Diplomado pela UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ em 2/11/2014

Identidade : 55976236 SESP-PR

CPF : 99665107968

MÉDICO

00004851

07 MAR 2016

Tabulação de Notas
Exclusivo para
Administração de Cópia

IAFEN283589RDEIRC

São José dos Pinhais - PR
Uso: Assinatura e Carimbo
AUTENTICAÇÃO
Conferir com o original apresentado
Em testemunho da verdade.

☐ Med P	☐ Danilo d S C B
☐ Med H G C	☐ Edison T O R
☐ Med R M	☐ Giovanni L P
☐ Med R B	☐ Patricia P G
☐ Med A U L M	☐ Amanda M O

-DOC. SELADO AO TÉRMINO-



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **JOSE WILLIAM VAVRUK**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **33635**, encontra-se quite com esta Tesouraria até **31/03/2019**.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/03/2019.

Chave de validação **d1c0e1eae0730d1de12cdf084a150f359cf33197**

Emitida eletronicamente via internet em **28/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **JOSE WILLIAM VAVRUK**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **33635** desde **08/12/2014**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 28/08/2018.

Chave de validação **e73893b49e17fb6faecd228be88602aae94c3973**

Emitida eletronicamente via internet em **28/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Conduta Ético-Profissional

Declaramos, 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) **JOSE WILLIAM VAVRUK**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **33635** conforme períodos abaixo:

Períodos

08/12/2014 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. **7a17814125116be27d95521a8dd7516924487e94**

Emitida eletronicamente via internet em **28/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br

P.M.A.
Fis. nº 12E
RUBRICA
Município de

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

Documento de identidade nos termos da Lei nº 6.206/75



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

NOME

ANA PAULA DOS SANTOS

CRM Nº

24826

DATA DE INSCRIÇÃO

23/01/2008

VIA

1

DATA DE NASCIMENTO

01/10/1977

Ana Paula dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

FILIAÇÃO

ANTONIO ALMIR DOS SANTOS

CREUZI ALVES DOS SANTOS

NATURALIDADE

RIO DE JANEIRO-RJ

RG

08333827-7/SSP-RJ

DATA DE EXPEDIÇÃO

09/02/1995

TÍTULO DE ELEITOR

95988903/98

SEÇÃO

197

ZONA

085

CPF

07595811775

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO

CURITIBA-PR, 27/10/2009

Miguel Abramo / Almeida

ASSINATURA DO PRESIDENTE

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

P R O I B I D O P L A S T I C A R



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **ANA PAULA DOS SANTOS**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **24826** desde **18/02/2016**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 10/10/2018.

Chave de validação **380d598a0e59fef20f8186757f07d815b0868f38**

Emitida eletronicamente via internet em **10/07/2018**

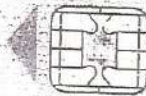
Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DO PARANÁ
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME
VANIA REGINA KRULY

CRM/UF
034017/PR



FILIAÇÃO
JOSE KRULY

ZILDA APARECIDA FURLAN
KRULY

DATA DE INSCRIÇÃO
15/01/2015

VIA
1

Vania Regina Kruly

ASSINATURA DO PORTADOR



CPF
053.285.639-21

RG / ÓRGÃO EMISSOR
89389932/SESP-PR

TÍTULO DE ELEITOR
085769170604

SEÇÃO
290

ZONA
178

DATA DE NASCIMENTO
25/07/1984

NATURALIDADE
MARINGÁ-PR

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
CURITIBA, 26/02/2015

0153028

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER
EFEITO DE ACORDO COM A LEI 8.206/75



Estado de Santa Catarina
1º Tabelionato de Notas e Protesto de Joazeiro
MARILU EDI MATTOS - Tabelante

Av. XV De Novembro, 441, Sala 1, Centro, Joazeiro - SC, 89600-000 - 049 -
3622-1683 fax-36221272 - vaniamattosjba@gmail.com

Autenticação: Autentico a presente cópia fotostática por ser uma
reprodução fiel do documento que me foi apresentado com a qual conferi
e dou fé. Descrição: **IDENTIDADE PROFISSIONAL**

Emolumentos: 1 Autenticação = R\$ 3,40 | 1 Selo de Fiscalização Pago
(FDZ72480-OTYB) = R\$ 1,90 | Total = R\$ 5,30 | Recibo N°: 219298

Selo Digital de Fiscalização FDZ72480-OTYB

Confira os dados do ato em <http://selo.tjsc.jus.br/>
Dou fé, Joazeiro - 31 de julho de 2018

Vania Lucia Mattos Didomenico
VÂNIA LÚCIA MATTOS DIDOMENICO - Tabelante Substituta



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CÉDULA DE IDENTIFICAÇÃO DE MÉDICO
Documento de identificação nos termos da Lei nº 6.266/75

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ



NOME
MARCIO HENRIQUE GROSS
DGINKEL

CRM Nº
18941

DATA DE INSCRIÇÃO
23/08/2001

VIA
1

DATA DE NASCIMENTO
24/03/1971

ASSINATURA DO PORTADOR

FILIAÇÃO
GILBERTO PAULO GROSS DGINKEL

MARIA QUEIROZ GROSS DGINKEL

NATURALIDADE
CURITIBA-PR

RG
4.457.066-1/SSP-PR

DATA DE EXPEDIÇÃO
20/09/1985

TÍTULO DE ELEITOR
49494370663

SEÇÃO
0077

ZONA
161

CPF
86824465968

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
CURITIBA-PR, 19/03/2009

ASSINATURA DO PRESIDENTE
Miguel Brainer Hanna

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE MATINHOS - PR

Ana Cristina L. M. Skroch - Escrevente Juramentada Designada
Rua Itaporã, 234 - Centro - CEP 83260-000 - Fone: (41) 3453-2424 - Matinhos - PR.

Autentico a presente fotocópia por conferir com original que me foi apresentado. Dou fé. *0029 *553882

Matinhos-PR, 03 de agosto de 2018.

Gypse Marques Skroch Miranda
Escrevente





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **ESTHER DOS SANTOS ROCHA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **32842** desde **13/03/2014**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 05/09/2018.

Chave de validação **37c73161ea66ff2a8fd419b49548210ae4e72cb5**

Emitida eletronicamente via internet em **05/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **ESTHER DOS SANTOS ROCHA**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **32842**, encontra-se quite com esta Tesouraria até **31/03/2019**.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/03/2019.

Chave de validação **85be5c28db93c5f04cf73c3202d7ef15080dc6c2**

*Emitida eletronicamente via internet em **05/06/2018***

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Conduta Ético-Profissional

Declaramos, 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) **ESTHER DOS SANTOS ROCHA**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **32842** conforme períodos abaixo:

Períodos

13/03/2014 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. 455ecb2cd9de077670e67747df25cf44e9731abc

Emitida eletronicamente via internet em **05/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



O Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em parceria com o CAEPP – Centro de Apoio ao Ensino e Pesquisa em Pediatria, nos termos da Deliberação do Conselho Estadual de Educação – CEE nº 01/2000 e da Portaria Interministerial nº 2400 de 02/10/2007, em vigor certificam que:

Esther dos Santos Rocha

Concluiu o *Curso de Especialização em Pediatria Clínica*, realizado no Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP, no período de 29/05/2009 a 19/06/2011, com carga horária de 420 horas.

São Paulo, 30 de agosto de 2013.

Dra. Mariana Nutt de Almeida

Diretora Executiva

Instituto da Criança do HCFMUSP

Dr. André Alcândre Osório
Diretor Executivo - CAEPF

~~Prof. Dr. Evandro Roberto Baidaco~~
Coordenador do Curso



TABELONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE TAPETINA - S-
MUNICIPIO ANTONIO DIAMANTI - TABELÃO

AUTENTICO e presente coltas repugnantes que mostram como o original que me apresenta dois de
Baptista/SC 07/2017 Em Teste do-avistado

Seu Digital de Fichas em 40 segundos - **GRATIS** -
Envie: 40 30 50 60 70 80 90 100 110 120 130 140 150 160 170 180 190 200 210 220 230 240 250 260 270 280 290 300 310 320 330 340 350 360 370 380 390 400 410 420 430 440 450 460 470 480 490 500 510 520 530 540 550 560 570 580 590 600 610 620 630 640 650 660 670 680 690 700 710 720 730 740 750 760 770 780 790 800 810 820 830 840 850 860 870 880 890 900 910 920 930 940 950 960 970 980 990 1000 1010 1020 1030 1040 1050 1060 1070 1080 1090 1100 1110 1120 1130 1140 1150 1160 1170 1180 1190 1200 1210 1220 1230 1240 1250 1260 1270 1280 1290 1300 1310 1320 1330 1340 1350 1360 1370 1380 1390 1400 1410 1420 1430 1440 1450 1460 1470 1480 1490 1500 1510 1520 1530 1540 1550 1560 1570 1580 1590 1600 1610 1620 1630 1640 1650 1660 1670 1680 1690 1700 1710 1720 1730 1740 1750 1760 1770 1780 1790 1800 1810 1820 1830 1840 1850 1860 1870 1880 1890 1900 1910 1920 1930 1940 1950 1960 1970 1980 1990 2000 2010 2020 2030 2040 2050 2060 2070 2080 2090 2100 2110 2120 2130 2140 2150 2160 2170 2180 2190 2200 2210 2220 2230 2240 2250 2260 2270 2280 2290 2300 2310 2320 2330 2340 2350 2360 2370 2380 2390 2400 2410 2420 2430 2440 2450 2460 2470 2480 2490 2500 2510 2520 2530 2540 2550 2560 2570 2580 2590 2600 2610 2620 2630 2640 2650 2660 2670 2680 2690 2700 2710 2720 2730 2740 2750 2760 2770 2780 2790 2800 2810 2820 2830 2840 2850 2860 2870 2880 2890 2900 2910 2920 2930 2940 2950 2960 2970 2980 2990 3000 3010 3020 3030 3040 3050 3060 3070 3080 3090 3100 3110 3120 3130 3140 3150 3160 3170 3180 3190 3200 3210 3220 3230 3240 3250 3260 3270 3280 3290 3300 3310 3320 3330 3340 3350 3360 3370 3380 3390 3400 3410 3420 3430 3440 3450 3460 3470 3480 3490 3500 3510 3520 3530 3540 3550 3560 3570 3580 3590 3600 3610 3620 3630 3640 3650 3660 3670 3680 3690 3700 3710 3720 3730 3740 3750 3760 3770 3780 3790 3800 3810 3820 3830 3840 3850 3860 3870 3880 3890 3900 3910 3920 3930 3940 3950 3960 3970 3980 3990 4000 4010 4020 4030 4040 4050 4060 4070 4080 4090 4100 4110 4120 4130 4140 4150 4160 4170 4180 4190 4200 4210 4220 4230 4240 4250 4260 4270 4280 4290 4300 4310 4320 4330 4340 4350 4360 4370 4380 4390 4400 4410 4420 4430 4440 4450 4460 4470 4480 4490 4500 4510 4520 4530 4540 4550 4560 4570 4580 4590 4600 4610 4620 4630 4640 4650 4660 4670 4680 4690 4700 4710 4720 4730 4740 4750 4760 4770 4780 4790 4800 4810 4820 4830 4840 4850 4860 4870 4880 4890 4900 4910 4920 4930 4940 4950 4960 4970 4980 4990 5000 5010 5020 5030 5040 5050 5060 5070 5080 5090 5100 5110 5120 5130 5140 5150 5160 5170 5180 5190 5200 5210 5220 5230 5240 5250 5260 5270 5280 5290 5300 5310 5320 5330 5340 5350 5360 5370 5380 5390 5400 5410 5420 5430 5440 5450 5460 5470 5480 5490 5500 5510 5520 5530 5540 5550 5560 5570 5580 5590 5600 5610 5620 5630 5640 5650 5660 5670 5680 5690 5700 5710 5720 5730 5740 5750 5760 5770 5780 5790 5800 5810 5820 5830 5840 5850 5860 5870 5880 5890 5900 5910 5920 5930 5940 5950 5960 5970 5980 5990 6000 6010 6020 6030 6040 6050 6060 6070 6080 6090 6100 6110 6120 6130 6140 6150 6160 6170 6180 6190 6200 6210 6220 6230 6240 6250 6260 6270 6280 6290 6300 6310 6320 6330 6340 6350 6360 6370 6380 6390 6400 6410 6420 6430 6440 6450 6460 6470 6480 6490 6500 6510 6520 6530 6540 6550 6560 6570 6580 6590 6600 6610 6620 6630 6640 6650 6660 6670 6680 6690 6700 6710 6720 6730 6740 6750 6760 6770 6780 6790 6800 6810 6820 6830 6840 6850 6860 6870 6880 6890 6900 6910 6920 6930 6940 6950 6960 6970 6980 6990 7000 7010 7020 7030 7040 7050 7060 7070 7080 7090 7100 7110 7120 7130 7140 7150 7160 7170 7180 7190 7200 7210 7220 7230 7240 7250 7260 7270 7280 7290 7300 7310 7320 7330 7340 7350 7360 7370 7380 7390 7400 7410 7420 7430 7440 7450 7460 7470 7480 7490 7500 7510 7520 7530 7540 7550 7560 7570 7580 7590 7600 7610 7620 7630 7640 7650 7660 7670 7680 7690 7700 7710 7720 7730 7740 7750 7760 7770 7780 7790 7800 7810 7820 7830 7840 7850 7860 7870 7880 7890 7900 7910 7920 7930 7940 7950 7960 7970 7980 7990 8000 8010 8020 8030 8040 8050 8060 8070 8080 8090 8100 8110 8120 8130 8140 8150 8160 8170 8180 8190 8200 8210 8220 8230 8240 8250 8260 8270 8280 8290 8300 8310 8320 8330 8340 8350 836

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DO PARANÁ
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME
 ANTONY SERPA ANTONIUK

CRM/UF
 027635/PR

FILIAÇÃO
 SERGIO ANTONIO ANTONIUK
 RAQUEL MARIA ANTONIUK

DATA DE INSCRIÇÃO VIA
 19/08/2010

Antony Antoniuk
 ASSINATURA DO PORTADOR



CPF
 055.415.459-51

RG7 ÓRGÃO EMISSOR
 62411694/SESP-PR

TÍTULO DE ELEITOR
 085811150671

SEÇÃO
 287

ZONA
 172

DATA DE NASCIMENTO
 14/07/1965

NATURALIDADE
 CURITIBA-PR

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
 CURITIBA, 03/04/2013

0070274

[Signature]
 ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

AUTENTICAÇÃO

A presente fotocópia é reprodução fiel, desta
 face, do documento apresentado nesta Serventia.

CURITIBA - PR / 27 JUL 2018

LOEDY M. ROCHA - SANDRA F. M. HIPPEL - GENTILIANE M. RISKI
 DAYANE N. ALVES - SILVANA DA SILVA - SUELLEN SIQUEIRA
 SILVANA VIEIRA - VANILIA C. S. VALERIO - WELLINGTON L. NARDIN

LUIZ FELIPE DE ESCHIO JUNIOR
 Exclusivo para
 Autenticação de Cópia

FOQ72586

P.M.A. 132

VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER
 EFEITO DE ACORDO COM A LEI 6.252/1977



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

DECLARAÇÃO DE INSCRIÇÃO

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **ANNA CAROLINA VAN HERP RAGONHA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **20701** desde **14/01/2004**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 05/09/2018.

Chave de validação **0365673a3dbf4f0f22dc8ffe834a1670ea8ac294**

Emitida eletronicamente via internet em **05/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **ANNA CAROLINA VAN HERP RAGONHA**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **20701**, encontra-se quite com esta Tesouraria até **31/03/2019**.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/03/2019.

Chave de validação **a5d85ab7e92b5375592d04532d0fe8ff307c0182**

Emitida eletronicamente via internet em **05/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certificado de Especialista

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, de acordo com a resolução vigente, certifica que registrou, em 27/04/2009, no livro nº. 2, RQE nº. 579, folha nº. 579, a qualificação do médico(a),

ANNA CAROLINA VAN HERP RAGONHA, CRM nº. 20701,

na especialidade de

PEDIATRIA - Cardiologia Pediátrica

Chave de validação **7c4d6cdbb769ffe8065027560e292bd12574ce81**

Emitida eletronicamente via internet em **05/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certificado de Especialista

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, de acordo com a resolução vigente, certifica que registrou, em 27/04/2009, no livro nº. 33, RQE nº. 16272, folha nº. 16272, a qualificação do médico(a),

ANNA CAROLINA VAN HERP RAGONHA, CRM nº. 20701,

na especialidade de

PEDIATRIA

Chave de validação **584059316f2c304caea8a120f0890d41bf09b59d**

Emitida eletronicamente via internet em **05/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Conduta Ético-Profissional

Declaramos, 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) **ANNA CAROLINA VAN HERP RAGONHA**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **20701** conforme períodos abaixo:

Períodos

14/01/2004 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. **2edc6daf9941d9e95138921b0fd0cc907f40f948**

Emitida eletronicamente via internet em **05/06/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br

CREMERN

Conselho Regional de Medicina
do Rio Grande do Norte

CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO

Inscrição nº 0007247 em 04/04/2013

Nome:

MILTON VILLARROEL URCULLO

Filiação:

HUMBERTO VILLARROEL CASTRO

CELIA URGULLO ROMERO

Nacionalidade:

ESTRANGEIRA

Data do nascimento:

15/01/1962

Naturalidade:

EXTERIOR

Diplomado pela:

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE
DO NORTE/RN

Identidade:

CPF:

01173232923

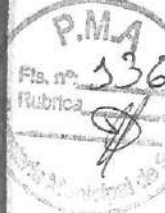
Fotografia tirada em de de 3



POLEGAR DIREITO



MILTON VILLARROEL URCULLO
ASSINATURA DO PORTADOR



Tabelionato de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia

FOH02409

CERTIFICO e dou fé que a
presente fotocópia confere
com o documento original

03 JUL. 2018

☐ Arlei Costa Junior
☐ Itajana B. Costa
☐ Gláudio do R. Gomes Junior
☐ Jociane A. da S. M. Cheves

CREMERN

Conselho Regional de Medicina
do Rio Grande do Norte

A presente Carteira Profissional de Médico
Habilita o portador qualificado no anverso a
exercer legalmente a Medicina nesta jurisdição
e servirá para uso exclusivo dos Conselhos
Regionais de Medicina.

NATAL-RN, 04/04/2013

Dr. JEANCARLO FERNANDES CAVALCANTE

Presidente

Dra. MARIA CRISTINA M. PEREIRA DE MACEDO

1ª Secretária



Tabelionato de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia

FOH02410

Reconhecimento de firmas

CERTIFICO e dou fé que a
presente fotocópia confere
com o documento original

03 JUL. 2018

☐ Arlei Costa Junior
☐ Itajana B. Costa
☐ Gláudio do R. Gomes Junior
☐ Jociane A. da S. M. Cheves

P.M.A.
Fls. nº 337
Rubrica

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO
Documento de identidade nos termos da Lei nº 6.206/75

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ



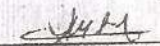
NOME
ALI MOHAMAD EL KADRI

CRM Nº
7971

DATA DE INSCRIÇÃO
08/12/2004

VIA
1

DATA DE NASCIMENTO
10/04/1951


ASSINATURA DO PORTADOR

PILIAÇÃO
MOHAMAD ALI EL KADRI

AICHE MOHAMAD ALI EL KADRI

NATURALIDADE
LIBANO

RG
100.492.133-2/SSP-RS

DATA DE EXPEDIÇÃO
24/12/1976

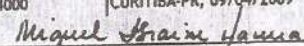
TÍTULO DE ELEITOR
00898222706/71

SEÇÃO
90

ZONA
005

CPF
32801874000

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
CURITIBA-PR, 09/04/2009

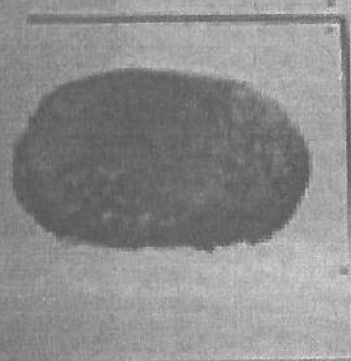

ASSINATURA DO PRESIDENTE

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Assinatura do Portador




Foto Oficial Direita



CREMESP

Conselho Regional de Medicina
do Estado de São Paulo

Inscrição 151410 em 20/12/2011

Nome SAMUEL SANTA FE MUNIZ ROSA

Fuário: JOSÉ ANTONIO ALVES ROSA
MARIA DE FÁTIMA MUNIZ ROSA

Nacionalidade BRASIL

Naturalidade SOROCABA/SP

Data do Nascimento 01/02/1987

Doutorado pela UNIVERSIDADE
METROPOLITANA DE SANTOS em 2011

Identidade 33103583-9 SSP/SP

CPF 362.609.810-71

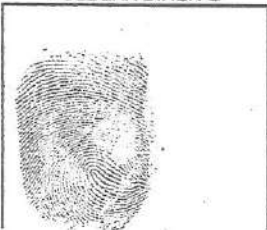
VISA

2

Assinatura do Portador



POLEGAR DIREITO



Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná

CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO

Inscrição : 22537 em 22/12/2005

Nome : ANDRE LUIZ FERREIRA DA SILVA

Filiação : ALCINO FERREIRA DA SILVA e EUNICE REGIANE FERREIRA DA SILVA

Nacionalidade : Brasileira

Naturalidade : CAMBÉ-PR

Data Nascimento : 15/07/1977

Diplomado pela UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA em 16/12/2005

Identidade : 7.025.021-7 SSP-PR
CPF : 04007686904

P.M.4
Fls. nº 139
Rubrica

MÉDICO

CARTÓRIO BRAGA
TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS

Emílio Castro Braga - Titular

Poa. Dr. Hildebrando Araújo, 79 - Esq. Rua Napora - CEP. 83260-000
FONE (41) 3453-2424 - FAX (41) 3453-2592 - Centro - Matinhos - PR

Autentico a presente fotocópia por conferir com original que me foi apresentado. Dou fé. *0033 *37859D.
Matinhos-PR, 22 de março de 2018.

Sylvia Kätine Skroch Braga
Silvia Kätine Skroch Braga
Escrevente Juraamentada

14.10.2018

SELO FUNARPEN

SU

Tabelionato de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia
FNN70114

Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná

A presente Carteira Profissional de Médico habilita o(a) portador(a) qualificado(a) no anverso a exercer legalmente a Medicina na jurisdição do Estado do Paraná.

Essa carteira é para uso exclusivo dos Conselhos Regionais de Medicina.

Transferência de Estado ou outras inscrições deverão constar nas folhas seguintes.

Curitiba, 20/01/2006

Dr. Helcio Bertolozzi Soares
Dr. Helcio Bertolozzi Soares
Presidente

Dr. Donizeti Dimer Ciambardino Filho
Dr. Donizeti Dimer Ciambardino Filho
Secretário Geral

Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso do Sul

INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA

O(a) portador(a) foi inscrito(a) sob nº 0007562

às páginas 7562, do livro nº T

Campo Grande-MS 25/11/2013

Dr. Alberto Cubel Brull Junior
Dr. ALBERTO CUBEL BRULL JUNIOR
PRESIDENTE

P.R. DONIZETI

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
266.474.867-04

Nome
CARMEN MARTINEZ RODRIGUEZ HANKE

Nascimento
18/10/1951



Cartão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão
MAI/2010

BANCO DO BRASIL

P.M.4
Fls. nº 024
Rubrica

Tabellionato de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia
FCH02381

CERTIFICADO de 16 que
testifica a autenticidade original
do documento original
3 JUL 2010

Elaborado por: Juiz
Fidelidade de Cópia
Assinatura de R. Gomes Junior
Assinatura de R. Gomes Junior

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CÓDULO DE IDENTIFICAÇÃO DE MÉDICO
Número de Identificação Profissional: 6.206.675

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Nome: CARMEN MARTINEZ RODRIGUEZ HANKE

DATA DE INSCRIÇÃO: 19/01/2007

DATA DE NASCIMENTO: 18/10/1951

CPF: 266.474.867-04

MA: 11

Assinatura: *Carmen Martinez Rodriguez Hanke*

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Nome: INES ANTONIA RODRIGUEZ LIMA

DATA DE INSCRIÇÃO: 12/05/2009

DATA DE NASCIMENTO: 12/05/2009

CPF: 366.474.867-04

MA: 11

Assinatura: *Ines Antonia Rodriguez Lima*

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Nome: PASTOR MARTINEZ RODRIGUEZ

DATA DE INSCRIÇÃO: 12/05/2009

DATA DE NASCIMENTO: 12/05/2009

CPF: 366.474.867-04

MA: 11

Assinatura: *Pastor Martinez Rodriguez*

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Nome: INES ANTONIA RODRIGUEZ LIMA

DATA DE INSCRIÇÃO: 12/05/2009

DATA DE NASCIMENTO: 12/05/2009

CPF: 366.474.867-04

MA: 11

Assinatura: *Ines Antonia Rodriguez Lima*



Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná
CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

8330

Em

05

01

1983

Ricardo Appel Laffitte

Acy: Cavenha Laffitte e Maria Antonia Appel Laffitte

Universidade Federal do Paraná

Brasileira

17

12

1992

Data de

14

02

1957

1.178629

Data de

16.11.1973

- Pro

Documento de Identidade o tem fe plicado em nota a

Lei n.º 3.929/57, art.º 19.

Cédula Identidade
N.º 1.178629-Pro
Certificação
N.º 644856-59-2º
Título de Eleitor
N.º 106130-42º
Inscrição no CJC
N.º 233937699-67



Curitiba 10 01 1983

Jose Carlos Rom.
FERNANDO VEIGA PATRICK
SECRETARIO



Lei 12.228 de 18/02/2001
SELO
FUMARPEN
Tabelionato de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia
FOQ27411
TABELIONATO DE GUARATUBA/PR
AUTENTICAÇÃO
A presente fotocópia é reprodução fiel
do documento apresentado neste Cartório.
08 AGO. 2010
NARA DE OLIVEIRA MALUCCELLI
ESCREVENTE

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO



Documento
de Identidade Conforme
Lei N° 6.206/75

CRM Nº

17228

Data de Inscrição

12/03/1999

POLEGAR DIREITO



Nome

CYNIRA ONISHI

Assinatura do Portador

[Signature]

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO

PARANÁ

Filiação

PAULO YUKIO ONISHI
ADÍLIA AYAKO ISHIKAWA ONISHI

Naturalidade

CURITIBA - PR

Data de Nascimento

01/10/1972

RG

5.085.237-7 (PR)

Data Expedição

05/08/1998

018246069-07

Título de Eleitor

470424908-47

235

Grupo Sanguíneo

174

Fator RH

Positivo

Observações

Doador de Órgãos e Tecidos

Local e Data

Curitiba, 29 de outubro de 2001

Presidente

[Signature]

DR. LUIZ SALLIM EMED
Presidente

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PR

NOME
CYNIRA ONISHI LEAMARI CASTRO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
5085237-7 SESP PR

CPF
018.246.069-07

DATA NASCIMENTO
01/10/1972

FILIAÇÃO
PAULO YUKIO ONISHI

ADÍLIA AYAKO ISHIKAWA
ONISHI

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB.
B

1ª HABILITAÇÃO
06/03/1996

VALIDADE
23/01/2022

1ª REGISTRO
01710655800

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1387882293

PROIBIDO PLASTIFICAR

1387882293

DISERVAÇÕES

LOCAL
ANTONINA, PR

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO
23/01/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

PARANÁ

04762564064
PR910851503

TABELIONATO DE NOTAS DE ANTONINA-PR
Praça Coronel Macedo, 40, Centro - (41) 3432-1042
Autentico a presente fotocópia por conferir com original que me foi apresentado. Dou fe, Antonina-PR, 09 de agosto de 2018.

Joana D'Arcy Alves Meyer - Tabelaria Designada

TABELIONATO DE NOTAS
Joana D'Arcy Alves Meyer - Tabelaria Designada
Praça Coronel Macedo, 40
Fone (41) 3432-1042
Antonina - PR

TABELIONATO DE NOTAS DE ANTONINA-PR
Praça Coronel Macedo, 40, Centro - (41) 3432-1042
Autentico a presente fotocópia por conferir com original que me foi apresentado. Dou fe, Antonina-PR, 09 de agosto de 2018.

Joana D'Arcy Alves Meyer - Tabelaria Designada



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE RONDÔNIA
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME
PRISCILA SCHARNOSKI MATOS

CRM/UF
003687/RO

FILIAÇÃO
VOLMIR SCHARNOSKI

NILCE IRACI SCHARNOSKI

DATA DE INSCRIÇÃO - VIA
07/06/2013

Priscila Scharnoski Matos

ASSINATURA DO PORTADOR

P.M.A. 123

CPE
932.466.922-20

RG/ÓRGÃO EMISSOR
1050455/ESP-RO

TÍTULO DE ELEITOR
913924182246

SEÇÃO
0653

ZONA
0055

DATA DE NASCIMENTO
20/06/1988

NATURALIDADE
SAO MIGUEL DO OESTE-SC

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
PORTO VELHO 25/03/2018

0456/98

Priscila Scharnoski Matos

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VALIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA EFEITO DE ACORDO COM A LEI 8.213/91

SELO
FUNARPEN

Tabellionato de Notas
 Exclusivo para
 Autenticação de Cópia
FOR90444

10 460 2018

[Assinatura]

ESCRITÓRIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 IDENTIDADE NACIONAL E HABITAÇÃO

PRISCILA SCHARNOSKI MATOS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
1050455-ESP-RO

CPE
932.466.922-20

DATA NASCIMENTO
20/06/1988

FILIAÇÃO
VOLMIR SCHARNOSKI

NILCE IRACI SCHARNOSKI

PERMISSÃO
1B

DATA VIG.

DATA REGISTRO
22/03/2022

VALIDADE
30/10/2006

DATA REGISTRO
22/03/2022

Priscila Scharnoski Matos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PORTO VELHO - RO

DATA EMISSÃO
30/07/2018

1677273510

PROIBIDO REAFICAR

1677273510

SELO
FUNARPEN

Tabellionato de Notas
 Exclusivo para
 Autenticação de Cópia
FOR90444

10 460 2018

[Assinatura]

ESCRITÓRIO



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
ESTADO DO PARANÁ

Carteira N.º 8181 Inscrição N.º 8181

CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO

Nome LUIZ YASUHIRO
MINAMIHARA

Filiação Haruo Minamihara
Irmão Minamihara

Especialidade _____

Nacionalidade Br Est. civil Casado

Naturalidade Pr

Data de Nascimento 01.06.1950

Diplomado pela FAC. DE MED. DE

VALENÇA no ano de 1976

Registro do diploma MEC. 144/77

Liv. E 3 6, 2 / 14s 22v 128-1-77

Carteira de Identidade n.º 4503535SP

Carteira de reservista 899029 5ª R

Data da Inscrição no Conselho 17.6.82

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente fotocópia
reproduz a fiel e fiel do documento original
que me foi apresentado. Data 13.
CIBA, UNIPARÁ.

20 JUL. 2013

Elizete Kumi Busse - Oficial Designada
Av. Sen. Carlos de Faria, 2208 - Curitiba - PR

Tabelionato de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia
FOP69589

Fotografia tirada em
11 de 5 de 82



Curitiba 17 de 6 de 1982

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente fotocópia
reproduz a fiel e fiel do documento original
que me foi apresentado. Data 13.
CIBA, UNIPARÁ.

20 JUL. 2013

Elizete Kumi Busse - Oficial Designada
Av. Sen. Carlos de Faria, 2208 - Curitiba - PR

Tabelionato de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia
FOP69590

POLEGAR DIREITO



Luiz Yasuhiro Minamihara
ASSINATURA DO POSSUIDOR



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DO PARANÁ
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

CRM/UF 031894/PR

NOME SAULO ALVERNE MELO

FILIAÇÃO
FERNANDO ANTONIO DE
ARALDO MELO
NELE ALVERNE DE
ALBUQUERQUE MELO

DATA DE INSCRIÇÃO VIA 1
16/10/2013

ASSINATURA DO PORTADOR

0100123

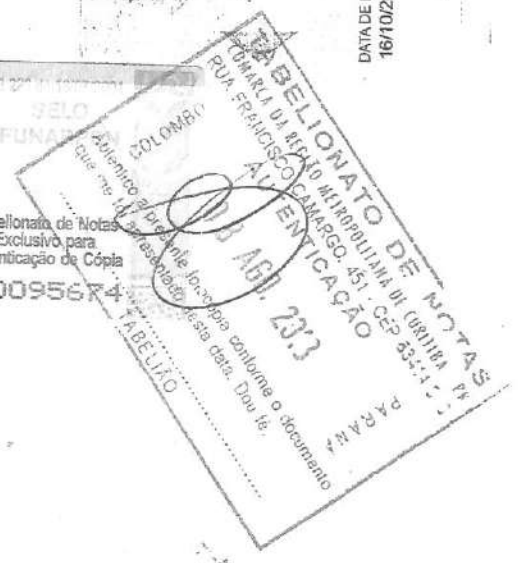
CPF 031.635.723-59 RG / ORGAO EMISSOR 2000010318080/SP-CE
TÍTULO DE ELEITOR 58 SEÇÃO 112 ZONA
DATA DE NASCIMENTO 06/19/1200779
NATURALIDADE PORTALEZA-CE
LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
CURITIBA, 13/01/2014

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VALIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER
EFEITO DE ACORDO COM A LEI 6.208/75.



Tabellonario de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia
F0095674



CREMESC

Conselho Regional de Medicina
do Estado de Santa Catarina

CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO

Inscrição nº 21898 em 15/07/2015

Nome:
HUGO DINIZ DE ARAUJO

Filiação:
PAULO JOBEL BEZERRA DE ARAUJO e
ERICA LILIANE POLIMENI DINIZ DE
ARAUJO

Nacionalidade: BRASIL

Naturalidade: ITATIBA - SP

Data de Nascimento: 27/09/1987

Diplomado por: UNIVERSIDADE DO
OESTE DE SANTA CATARINA; Em
11/07/2015

Identidade: 83712635 - SSP/PR

CPF: 067.529.769-96



POLEGAR DIREITO



Assinatura do Portador



Relatório de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia
FOM46367

O presente documento é cópia fiel e
autêntica do próprio original.

J. Paulista 08 AGO. 2018 Dou fé

CRM-PR

Conselho Regional de Medicina do Paraná

INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA

Registrado neste Conselho sob o nº 0035891, de acordo
com o Artigo 18 Parágrafo 2º da Lei 3.268, de
30/09/1957.

Origem: CRM-SC

Curitiba-PR, 11/03/2016

LUIZ ERNESTO PUJOL
PRESIDENTE

MAURICIO MARCONDES RIBAS

SECRETARIO-GERAL 00010172

VISTOS E ANOTAÇÕES

Janzina Aparecida de Almeida

Escrevente

Cartório Jardim Paulista

Comarca da Região Metropolitana de Curitiba

Fórum Regional de Campina Grande do Sul-PR

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

Documento de Identidade Conforme Lei Nº 6.206/75

CRIM Nº **5.167**

Data de Inscrição **12.01.1977**

POLEGAR DIREITO

Nome **JOSÉ FREDERICO TOZZI DE AZEVEDO COSTA**

Assinatura do Portador

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO **PARANÁ**

Filiação **José Andrade de Azevedo Costa**
Ida Tozzi de Azevedo Costa

Naturalidade **Salto Grande - SP** Data de Nascimento **31.10.1947**

RG **563.051/PR** Data Expedição **21.03.1977** CPF **601.682.698-72**

Título de Especialista **52901706-12/PR** Seção **0181** Zonas **177**

Certificado de Análise de Sangue **956619** Tipo Sanguíneo **"A"** Fator RH **positivo**

OBSERVAÇÕES **"Não Doador de Órgãos e Tecidos"**

Local e Data **Curitiba-PR, 17 de maio de 2000.**

Presidente **DR. LUIZ SALLIM EMED**
Presidente

Marilene Colaco Batista

Escrevente

Tabelionato de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia
FOU50832

SELO FUNARFEN

Av. Marechal Floriano Peixoto, 6155
81.650-000 - Goqueirão - Curitiba - PR

Curitiba **20 AGO. 2018** Paraná

A PRESENTE FOTOCOPIA É SERVIDOÇÃO PELA DO
DOCUMENTO APRESENTADO NESTE CARTÃO NESTA DATA.

Mônica M.G. de Macedo Dalla Vecchia
CI ATIPICA QUE O SELO DE AUTENTICIDADE DE ATOS
FUI APLICADO NA ÚLTIMA FOLHA DO DOCUMENTO E
ENTREGUE PARA A PARTE.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DO PARANÁ
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME
FLAVIO YOSHIOKA

CRM/UF
020444/PR

FILIAÇÃO
HIDEAKI YOSHIOKA
EDITH YOSHIOKA

DATA DE INSCRIÇÃO VIA
10/08/2003 1

ASSINATURA DO PORTADOR



CPF 022.550.319-08
RG/ÓRGÃO EMISSOR 5437197-Z/SESR-PR
TÍTULO DE ELEITOR 067922910904
SEÇÃO 0370
ZONA 0003
DATA DE NASCIMENTO 30/05/1977
NATURALIDADE CURITIBA-PR
LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO CURITIBA, 18/10/2012
0049203

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

P.M.A. 325
VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER EFEITO DE ACORDO COM A LEI 5.206/75

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do documento em que me foi apresentado.
Dou fé.

SERVIÇO DE NOTAS DO CAJURU
FONE/FAX 3262-3553

16 JUL 2018

Exclusivo para
Autenticação de Cópia

FOH67981

João Paulo Nerone
Escrevente

↓ E M B E A N C O ↓

REBETID
1011

Curso
1011

P.M.A.
Fls. nº 153
Rubrica

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CEDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO
Documento de Identidade dos termos da Lei nº 6.256/75

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ



NOME
HUGO RICHE HILJAR

CRM Nº
27635

DATA DE INSCRIÇÃO
30/06/2010

VIA
1

DATA DE NASCIMENTO
21/04/1978

Hugo Hiljar

ASSINATURA DO PORTADOR

FILIAÇÃO
PAULO CONSTANTINO HILJAR

LEILA RICHE HILJAR

NATURALIDADE
RIO DE JANEIRO-RJ

RG
011.638.995-8/SESP-RJ

DATA DE EXPEDIÇÃO	TÍTULO DE ELITOR	SEÇÃO	ZONA
16/05/2001	101103210329	0394	0007

CPF
08303066790

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
CURITIBA-PR, 23/07/2010

Arlei Costa Jr.

ASSINATURA DO PRESIDENTE

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

PROIBIDO

CERTIFICADO a fim de que a
presente fotocópia confere
com o documento original

06 AGO 2010

Arlei Costa, Junior
Médico - CRP 27635
2º Tabelionato
Paraná - Curitiba
41.312.1815

Tabelionato de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia

FDG47914

ARTEIRO COSTA
ARLEI COSTA JR
2º TABELIONATO
Paraná - PR

VALIADEZ EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CECULA DE IDENTIDADE DE MEDICO

Documento de Identidade nos termos da Lei nº 6.256/35

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

NOME
MARCELO ANTONIO DE LACERDA
CLAROS CANEJO

DATA DE INSCRIÇÃO
24/02/1997

DATA DE NASCIMENTO
25/11/1965

RAÇA
BRANCO

PROFISSÃO
MÉDICO

ASSINATURA DO TITULAR
[Assinatura]

RAZÃO SOCIAL
RAIPE CLAROS CANEJO

ENDEREÇO
RUA LUIZ GOMES ALVARO

NATURALIDADE
BOUVIA

RG
M068508-4

DATA DE EMISSÃO
25/02/1997

VALIDADE
F

CPF
80640785745

DATA DE RECEPÇÃO
CRS/PR-MS, 25/10/2011

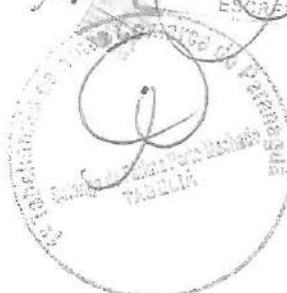
ASSINATURA DO PRESIDENTE
[Assinatura]

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

P.M.A
Fta. nº 15
Rubrica
Municipal



Tabellionato de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia
FOR90647



GERENTE de Notas
fotocópia e original
apresente
1 AGO 2018
ESCRITÓRIO

PROCESSO ADM. NR. 15.739/2018 – EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS
REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO
CHECK LIST - CLÁUSULA SEXTA - HABILITAÇÃO

FLS.

Cartão CNPJ	4
CND Federal	6
CND Municipal	5
CND FGTS	9
CND Trabalhista	10
Estatuto social ou Contrato Social (Ata de eleição da atual diretoria, quando se tratar de Estatuto Social)	11 - 18
RG e CPF do responsável legal pela Instituição	21
Declaração dos sócios ou diretores, que não ocupam cargo ou função de chefia ou assessoramento na área pública de saúde em qualquer nível, no âmbito do Município de Araucária.	29
Alvará de localização e funcionamento	22
Declaração, emitida pelo postulando, de que cumpre as disposições do inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal – Declaração de que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigosos ou insalubres e que não emprega menores de dezesseis anos	24
Cópia reprográfica autenticada do comprovante do respectivo conselho de categoria profissional e título de residência médica e ou título de especialista da especialização exigida	
Certidão Negativa junto ao órgão de Classe	25
Todas as declarações de ciência e concordância (no que couber) e demais documentos, previstos na Cláusula Segunda e Terceira	
Declaração de que o dirigente ou administrador não possua cargo dentro do sistema de Saúde - SUS	

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS MÉDICOS PLANTONISTA PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

- 2.1. Médico formado a pelo menos a 03 anos, ou com diploma revalidado pelo mesmo período;
- 2.2. Estar devidamente inscrito e regular no conselho de classe do Paraná (CRM-PR);
- 2.3. Experiência comprovada no exercício da função em pronto atendimento ou pronto socorro;
- 2.4. Declarar estar ciente das responsabilidades de atendimento nos setores indicados pelo contratante nos termos das metas de trabalho;
- 2.5. Declarar estar ciente das responsabilidades éticas profissionais e das metas de trabalho da UPA;
- 2.6. Estar disponível e disposto para participar das comissões da Unidade de Pronto Atendimento.
- 2.7. Médicos com certificado ao menos um dos cursos relacionados a urgência e emergência: ACLS, ATLS, PALS e AMSL;
- 2.8. Fica vedado o credenciamento de servidores, funcionários e e agentes públicos, bem como de empresas cujo sócio se enquadre nesta vedação.

CLAUSULA TERCEIRA – DAS CONTRATAÇÕES IMEDIATAS

O Município procederá com as contratações de imediato dos primeiros credenciados com a respectiva distribuição das escalas até o fechamento total dos plantões conforme necessidade, sendo que os demais contratados receberão a distribuição das escalas conforme necessidade no decorrer vigência do respectivo instrumento.

As escalas serão redistribuídas a cada novo credenciamento, e os contratos ajustados por instrumento próprio.

[Assinatura]



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde

Processo Administrativo nº 15.739/2018

COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO

ATA CIRCUNSTANCIADA

Aos Dezesete dias do mês de Setembro de dois mil e dezoito, às 13h, a Comissão Permanente de Licitação, cujos membros foram nomeados pelo Decreto Municipal nº 31.960/2018, publicado no Diário Oficial do Município em 19/03/2018, reúne-se na sala de reunião da Secretaria Municipal de Saúde de Araucária para apreciação da documentação apresentada pela empresa **EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA ME**, inscrita no CNPJ: 12.304.053/0001-85, a qual requisitou o CREDENCIAMENTO nos moldes do Edital de Credenciamento Nº 004/2018. Vistos e examinados os documentos apresentados às folhas 03 a 63 deste Processo Geral, a Comissão emite o seguinte parecer: Diante do exposto, a Comissão Permanente de Licitação, no estrito exercício de suas atribuições, **DEFERE** o requerimento de Credenciamento à empresa **EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA ME**, cabendo ao Diretor Técnico da Secretaria Municipal de Saúde, Dr. Alberto Filipak Jr., avaliar os comprovantes técnicos apresentados para os médicos que a Credenciada pretende habilitar. Nada mais a relatar, encerro esta Ata subscrita e assinada por mim, Dalmo Sbrisse, secretário, e pelos membros da Comissão Permanente de Licitação.

CHAIANE DANIELE VIEIRA

PRESIDENTE DA COMISSÃO PERMANENTE DE
LICITAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANDRÉ LUIZ DREVENIAK

MEMBRO DA COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

IVANIL MOREIRA DA LUZ

MEMBRO DA COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TELMA ROZINHA DAMBROSKI DE FREITAS

MEMBRO DA COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DALMO SBRISSE

SECRETÁRIO DA COMISSÃO PERMANENTE DE
LICITAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde



Inexigibilidade de Licitação

Art 25 caput

OFÍCIO Nº

569

Exercício

2018

Data

18/09/2018

OBJETO

Prestação de serviços de plantões médicos a ser realizado no pronto atendimento 24 horas no município de Araucária/PR. Nos termos estabelecidos no edital de seus anexos.

FUNCIONAL	NATUREZA DE DESPESA/ DESDOBRAMENTO	DESCRIÇÃO	AÇÃO PPA	FONTE
12.01.10.303.0005.2023	33.90.39.50.30	Serviços e Procedimentos em saúde de média e alta complexidade	118	1.000

Embora o credenciamento seja uma hipótese de inexigibilidade de licitação, ele se assemelha ao procedimento de registro de preços na medida em que não acarreta, necessariamente, a contratação de serviços. Por esse motivo não é necessária a previsão orçamentária prévia ao edital. Desta maneira, a reserva orçamentária que acompanha o presente pedido, se faz para o período de 01 (um) mês, sendo que para o restante do exercício, tramita sob nº 14.235/2018, processo administrativo visando incluir no orçamento da Secretaria de Saúde os valores remanescentes.

Da Execução

Prazo de Execução: 22/09/2018 a 21/09/2019

Prazo de Vigência: 22/09/2018 a 21/09/2019

Condições de pagamento: 30 dias

Fiscal da contratação: Maria José dos Santos Ribeiro, CPF: 829.960.249-15

Controlador de encargos sociais e tributários: Antônio Demosthenes de Abreu Ferreira CPF: 168.619.178-26.

Da Justificativa

A empresa Exalife Serviços Médicos Ltda, CPNJ 12.304.053/0001-85, apresentou pedido de credenciamento para a prestação de serviços de exames complementares acompanhado da documentação exigida no Edital de Credenciamento nº 004/2018, com data de vencimento da execução do contrato em 21/09/2019. A Comissão Permanente de Licitação da SMSA analisou a documentação apresentada e concluiu que a empresa atendeu às exigências editalícias, inclusive quanto aos prazos de validade das certidões apresentadas e autenticidade das certidões emitidas pela internet, **deferindo** assim o pedido de credenciamento.

Anexo documento encaminhado com o pedido.

41 3614-1470

Rua Pedro Druszczyk, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR

jer



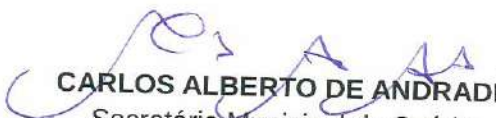
Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde

Declaração do Ordenador da Despesa

Por todo exposto, declaro a adequação orçamentária e financeira da presente solicitação de abertura de Inexigibilidade de Licitação com a LOA e a compatibilidade com o PPA e a LDO, nos termos do Art. 16, II da LRF, e solicito ao Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal o deferimento deste procedimento, nos termos da Lei 8.663/93.

Araucária, 18 de Setembro de 2018.


CARLOS ALBERTO DE ANDRADE
Secretário Municipal de Saúde

41 3614-1470

Rua Pedro Druszczyk, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA
CNPJ: 76.105.535.0001-99
RUA, PEDRO DRUSZCZ, Nº 111 - CENTRO ARAUCARIA - PR



REQUISIÇÃO DE MATERIAL E/OU SERVIÇOS - RMS Nº

6042 / 2018

Folha: 1 de 1

ÓRGÃO						UNIDADE					
12 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE						01 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE					
Projeto / Atividade : 2023 - MANUTENÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE NO SERVIÇO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE											
Ação do PPA : 0118 - Fortalecer a Rede de Atenção de Urgência, Emergência e Hospitalar											
Desdobramento: SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS EM SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE											
Órgão	Unidade	Função	Sub-Função	Programa	Projeto Atividade	Categoria Econômica	Grupo de Despesa	Modalidade de Aplicação	Elemento Despesa	Fonte	Desdobramento
12	01	10	302	0005	2023	3	3	90	39	1.000	5030
ITEM	ESPECIFICAÇÃO					UNIDADE	QUANT.	VLR. UNITÁRIO		VLR. TOTAL	
122719	Prestação de serviços de Plantões Médicos a ser realizado no Pronto Atendimento 24 horas do município de Araucária/PR. Nos termos estabelecidos no Edital e seus Anexos.					Hora	1,00	194.040,00		194.040,00	
TOTAL										194.040,00	
SETOR COMPRAS : 3-Compras Central											
RECURSOS : 145 - Recursos Ordinários											
JUSTIFICATIVA : Contratação de prestadores de serviços médicos plantonistas, conforme necessidades da UPA - Unidade de Pronto Atendimento, conforme cláusula segunda do edital de credenciamento 004/2018. - Exalife Serviços Médicos Ltda.											
C/C: 37632-9 ID_Registro: 73017 Chamado: 16.597											
DECLARAÇÃO DO ORDENADOR DE DESPESA											
Por todo o exposto, declaro a adequação orçamentária e financeira, para a presente solicitação, com a LOA, bem como a compatibilidade com o PPA e a LDO, nos termos do art. 16, II da LRF.											
ARAUCARIA-PR, 18 de setembro de 2018											
 CARLOS ALBERTO DE ANDRADE Secretário											



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde

Processo Administrativo Nº 15.739/2018

DESPACHO

Segue para emissão do Ateste de Disponibilidade Financeira, após retorne à SMSA para as demais providências.

Araucária, 18 de Setembro de 2018


CARLOS ALBERTO DE ANDRADE
Secretário Municipal de Saúde



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Finanças

Ateste nº 317/2018

Araucária, 19 de setembro de 2018.

ATESTES DE DISPONIBILIDADE FINANCEIRA

Atesto, para fins de **Inexigibilidade de Licitação - Serviço de plantões médicos - Processo 15739/18** que há disponibilidade financeira para a:

RMS 6042/18 - R\$ 194.040,00 - FONTE 1.000

O valor total do presente ateste financeiro é de **R\$ 194.040,00**.

Está(ão) vinculada(s) à Declaração do Ordenador de Despesa, nos termos do inciso II, Artigo 16 da Lei Complementar 101 de 04/05/2000.

Ante o exposto, informamos que o objeto do presente ateste não avalia o mérito da solicitação quanto a forma ou adequação, limitando-se tão somente à disponibilidade financeira no decorrer do exercício, conforme condições acima descritas, e não se confunde com disponibilidade imediata de caixa.



LAURO LUCIANO STALL
Secretário Municipal de Finanças

41 3614-1415

Rua Pedro Druszczyk, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR

and



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde

Ofício Interno n.º 561/2018

Araucária, 17 de Setembro de 2018

Senhor Secretário:

Através do presente, solicitamos a Vossa Senhoria a abertura de um Crédito Adicional Suplementar no valor de **R\$ 4.615.322,30** (Quatro milhões, seiscentos e quinze mil, trezentos e vinte e dois reais e trinta centavos), conforme segue:

1200 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1201 – Fundo Municipal de Saúde

1201.1030100052.018 – Manutenção Administrativa e de Infraestrutura do Sistema de Saúde

Rubrica	Ação	Fonte	Descrição	Valor
3.3.90.30.00	0101	1.303	Material de Consumo	R\$ 75.000,00
3.3.90.39.00	0098	1.303	Outros Serviços de Terceiros – PJ	R\$ 346.362,30
3.3.90.39.00	00101	1.303	Outros Serviços de Terceiros – PJ	R\$ 50.000,00
Total				R\$ 471.362,30

1200 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1201 – Fundo Municipal de Saúde

1201.1030200052.023 – Manutenção e Desenvolvimento das Ações de Saúde no Serviço de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

Rubrica	Ação	Fonte	Descrição	Valor
3.3.90.30.00	0119	1.303	Material de Consumo	R\$ 500.000,00
3.3.90.39.00	0118	1.303	Outros Serviços de Terceiros – PJ	R\$ 2.800.000,00
3.3.90.93.00	0118	1.303	Indenizações e Restituições	R\$ 843.960,00
Total				R\$ 4.143.960,00

JUSTIFICATIVA: A abertura do presente Crédito Adicional se faz, para dar cobertura às despesas a seguir elencadas:

	Descrição	Valor
1	Despesas com Água e esgoto para as Unidades e Serviços de Saúde	46.362,30
2	Despesas com Energia elétrica para as Unidades e Serviços de Saúde	300.000,00
3	Aquisição de Combustível para os veículos da frota da SMSA	25.000,00
4	Aquisição de peças manutenção veículos da frota da SMSA	50.000,00
5	Serviço de manutenção de veículos da frota da SMSA	50.000,00
6	Ressarcimento à empresa Hygea Gestão & Saúde Ltda, conforme solicitação Processo 005733/2018	843.960,00
7	Aquisição de insumos para manutenção do Laboratório Municipal	500.000,00
8	Contratação de exames especializados, mediante credenciamento	600.000,00
9	Contratação de plantões médicos para a UPA, mediante credenciamento	2.000.000,00
10	Contratação de médico psiquiatra para atendimento nos CAPS, mediante credenciamento	200.000,00
Total		4.615.322,30

41 3614-1470

Rua Pedro Druszczyk, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde



Processo Administrativo nº 15.739/2018

Direção Técnica da Secretaria Municipal de Saúde

ATA CIRCUNSTANCIADA

Em apreciação a documentação apresentada pela empresa **EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA ME**, inscrita no CNPJ: 12.304.053/0001-85, a qual requisitou o CREDENCIAMENTO nos moldes do Edital de Credenciamento Nº 004/2018. Vistos e examinados os documentos apresentados às folhas 03 a 160 deste Processo Geral, entendemos como habilitados 31 médicos, que possuem mais de 3 anos de formado e que atendem as exigências da Cláusula Segunda do Edital de Credenciamento, desta forma a distribuição das horas/plantões seguiu isonomicamente a relação dos médicos aptos apresentada pela empresa interessada no Credenciamento. Nada mais a relatar, encerro esta Ata subscrita e assinada por mim, Alberto Filipak Júnior, Diretor Técnico da Secretaria Municipal de Saúde.

Araucária, 19 de Setembro de 2018



ALBERTO FILIPAK JÚNIOR
DIRETOR TÉCNICO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde



FOLHA DE DESPACHO

Processo nº 15.739/2018

NA SMSA/NAF

I – Em tempo, segue cópia do ofício nº 561/2018, juntado ao processo nº 14.235/2018, a fim de solicitar suplementação orçamentária para cobrir a presente despesa até o final deste exercício, bem como Ata Circunstanciada do Diretor Técnico da SMSA.

Chaiane Daniele Vieira
Secretaria Municipal de Saúde - NAF

Araucária, 19 de junho de 2018.



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde



FOLHA DE DESPACHO

REF: Processo Administrativo nº 15739/2018 SMSA

AO GABINETE DO PREFEITO

Segue os presentes autos para autorização do Sr. Prefeito. Após à CGM para providencias necessárias.

Araucária, 19/09/2018.


CARLOS ALBERTO DE ANDRADE
Secretário Municipal de Saúde



167
Prefeitura do Município de Araucária

Gabinete do Prefeito



AUTOIZAÇÃO DO PREFEITO

REF: Processo Administrativo nº 15739/2018 SMSA

À PGM/NAJ

I – Autorizo o prosseguimento do feito, desde que atendida a legislação pertinente à matéria.

II – À PGM para parecer, e demais providências.

Gabinete do Prefeito, 19 de setembro de 2018.



Hissam Hussein Dehaini
Prefeito



Prefeitura do Município de Araucária

Procuradoria Geral do Município



Processo Administrativo nº 15.739/2018 SMSA

Requerente: Secretaria Municipal de Saúde

Objeto: Contrato de Prestação de Serviços - Credenciados

PARECER Nº 1016/2018

Relatório

Vieram os presentes autos instruídos com documentos necessários ao cumprimento do feito, seja a contratação de prestadores de serviços médicos plantonistas conforme necessidade da UPA, uma vez credenciados mediante Edital de Credenciamento 004/2018, nos termos da Ata Circunstanciada (fls. 156) que deferiu o respectivo requerimento.

É o relatório!

Fundamentação

O art. 25 da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993¹, diz que “é inexigível a licitação quando houver inviabilidade de competição”.

Nas palavras do Conselheiro Artagão de Mattos Leão durante o voto no acórdão 789/09 do TCE-PR, o credenciamento é, em *ipsis litteris*²:

1 Disponível no site http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8666compilado.htm, acesso em 17 de setembro de 2018.

2 Disponível no site <https://www1.tce.pr.gov.br/multimidia/2009/8/pdf/00021923.pdf>, acesso em 17 de setembro de 2018.



“(...) uma espécie de cadastro em que se inserem todos os interessados em prestar certos tipos de serviços, de acordo com regras de habilitação e remuneração previamente fixadas pelo Poder Público.

Todos os credenciados celebram, sob as mesmas condições, contrato administrativo, considerando que, pela natureza do serviço, não existe relação de exclusão, ou seja, o serviço a ser contratado não precisa ser prestado com exclusividade por uma determinada pessoa, mas é prestado por todos os credenciados.”

Atento ao PARECER nº 07/2013³ da /CPLC/DEPCONSU /PGF/AGU, no que se refere ao projeto institucionalizado no âmbito da Procuradoria-Geral Federal por intermédio da Portaria 359, de 27 de abril de 2012, que criou Grupo de Trabalho **com objetivo de uniformizar questões jurídicas afetas a licitações e contratos**, tendo sido constituída a Câmara Permanente de licitações e Contratos, através da portaria nº 98, de 26 de fevereiro de 2013, que teve sua conclusão aprovada pelo Procurador Geral Federal, notem-se os seguintes aspectos:

i. a contratação mediante credenciamento é cabível quando não houver possibilidade de selecionar uma proposta mais vantajosa, pelo fato de quaisquer interessados que atendam aos requisitos pré-fixados estarem aptos para contratação, indistintamente, isto é, sem que haja qualquer diferença entre a prestação do serviço por um ou outro;

3 <Disponível em: www.agu.gov.br/page/download/index/id/17774648>. <Acesso em: 24/01/2018>



ii. o credenciamento é espécie de contratação por inexigibilidade distinta da pré-qualificação e passível de enquadramento no caput do art. 25 da lei 8.666/93, por isso sua utilização deverá ser excepcional e devidamente justificada em face da impossibilidade de contratar o objeto pretendido por meio de seleção de proposta mais vantajosa (licitação);

iii. no caso de contratação mediante credenciamento, não é cabível o estabelecimento de qualquer forma de pontuação, classificação ou critério de seleção distintivos entre aqueles que preencherem os requisitos preestabelecidos, devendo estar todos em igual condição de serem contratados e sendo cumpridos os critérios objetivos de distribuição da demanda previamente definidos no edital.

Portanto, pelo que se depreende tanto no entendimento do TCE/PR – acórdão 789/09 -, que como visto alhures adota entendimento do Tribunal de Contas da União, como no anotado Parecer 07/2013 da /CPLC/DEPCONSU/PGF/AGU, o credenciamento é cabível quando não houver possibilidade de competição, sendo sua contratação passível de enquadramento no caput do art. 25 da Lei 8.666/93, e que preencham requisitos pré estabelecidos.

No que se refere ao orçamento para as contratações, verifica-se que a Secretaria de Saúde junta aos autos 15.739/2018 e Declaração de ordenador de despesas às fls. 157 e 158, e Ateste de disponibilidade financeira às fls. 161.

Verifica-se ainda que a consulente junta às fls. 157, 162 e 163



documento o qual declara que sua substancia dará cobertura aos créditos necessários para a execução contratual, o que se presume sua veracidade e legitimidade enquanto ordenador de despesas

A Cláusula Terceira do Contrato elenca as dotações orçamentarias e respectivas fontes de recursos, e a quinta define o valor estimado de R\$ 2.328.480,00 (Dois milhões, Trezentos e vinte e oito mil, quatrocentos e oitenta reais).

Por fim, o documento juntado às folhas 163, justifica que o número de horas contratadas para cada prestador é diretamente proporcional ao numero de médicos habilitados por ele habilitado nos conforme os requisitos do Edital.

O Edital, ora em comento, esclarece em sua Cláusula Terceira que as escalas serão redistribuídas a cada novo credenciamento e os contratos ajustados por instrumento próprio. Denota-se que de acordo com a Cláusula Décima Primeira do Contrato, em disposições gerais, este instrumento encontra-se vinculado ao edital de credenciamento que lhe deu origem.

Portanto, entende esta a Procuradoria que é possível a contratação dos credenciados visto que durante a execução do contrato conforme exposta seja assegurado a isonomia e a garantia de todos os credenciados, o que inviabiliza competição, tipificando o art. 25 da lei 8.666/93.

Do Parecer

Os presentes autos foram encaminhados para à esta PGM para parecer jurídico, o que passamos a esclarecer.

No entendimento de **DI PIETRO**, *op. cit.* p. 312 ePub, "parecer é o ato pelo qual os órgãos consultivos da Administração emitem opinião sobre



assuntos técnicos ou jurídicos de sua competência, e segundo Oswaldo Aranha Bandeira de Mello (2007:583), o parecer pode ser facultativo, obrigatório e vinculante”.

Quanto o Parecer Obrigatório, a autora leciona o seguinte:

O parecer é obrigatório quando a lei o exige como pressuposto para a prática do ato final. A obrigatoriedade diz respeito à solicitação do parecer (o que não lhe imprime caráter vinculante). Por exemplo, uma lei que exija parecer jurídico sobre todos os recursos encaminhados ao Chefe do Executivo; embora haja obrigatoriedade de ser emitido o parecer sob pena de ilegalidade do ato final, ele não perde o seu caráter opinativo. Mas a autoridade que não o acolher deverá motivar a sua decisão ou solicitar novo parecer, devendo lembrar que a atividade de consultoria jurídica é privativa de advogado, conforme artigo 1º, II, do Estatuto da OAB (Lei nº 8.906, de 4-7-94). No âmbito da Administração Pública, a atividade consultiva é privativa da Advocacia-Geral da União e das Procuradorias dos Estados, conforme arts. 131 e 132 da Constituição Federal.

No Município de Araucária, tal atividade esta prevista no anexo IV, Grupo 69, Subgrupo D, da Lei 1.704/2006, “...Prestar consultoria e assessoramento jurídico; Elaborar pareceres e estudos; Opinar sobre existência dos pressupostos para a prática de atos administrativos;”.

Notadamente, segundo este entendimento, trata-se o presente de parecer obrigatório, previsto no art. 38, inc. VI da Lei 8.666/93.

Não obstante, em que pese a espécie, suposta obrigatoriedade diz respeito à solicitação do parecer, ou seja, obrigaria que o ato fosse levado a cognição jurídica, mas **não lhe retira o caráter opinativo**, da mesma forma



que o facultativo.

III CONCLUSÃO

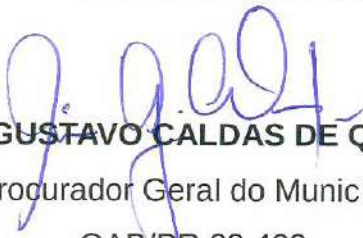
Nos termos da fundamentação, verifica-se que a via eleita é adequada, estando o caderno processual instruído com autorização do Prefeito e documentos mínimos para aferição do pleito, havendo presunção de legitimidade e veracidade⁴ dos atos e declarações, bem como competência da autoridade que os exara.

Neste viés, opina esta procuradoria pela possibilidade de da contratação mediante Inexigibilidade de Licitação nos Termos do art. 25 da lei 8.666/93, como asseverado alhures pelas instituições de controle externo que embasam o presente parecer.

É o **PARECER!**

Segue à SMSA, para ciência, e devido encaminhamento.

Araucária, 19 de setembro de 2018.


SIMON GUSTAVO CALDAS DE QUADROS

Procurador Geral do Município

OAB/PR 23.423

4 **Di Pietro**, 2017. *Op. Cit.* p. 277 - **A presunção de legitimidade** diz respeito à conformidade do ato com a lei; em decorrência desse atributo, presumem-se, até prova em contrário, que os atos administrativos foram emitidos com observância da lei. **A presunção de veracidade** diz respeito aos fatos; em decorrência desse atributo, presumem-se verdadeiros os fatos alegados pela Administração. Assim ocorre com relação às certidões, atestados, declarações, informações por ela fornecidos, todos dotados de fé pública.



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde

FOLHA DE DESPACHO

REF: Processo Administrativo nº 15739/2018 SMSA

À CGM

Segue os presentes autos à CGM para providencias necessárias.

Após, ao DLC para numeração e cadastro do termo de inexigibilidade e à PGM para numeração e cadastro do Contrato.

Por fim, encaminhe os pressentes autos para empenho e publicação.

Araucária, 19/09/2018.


CARLOS ALBERTO DE ANDRADE
Secretário Municipal de Saúde



RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA

DO PLANEJAMENTO

Protocolo de Auditoria Interna Nº: 10587

Do Planejamento da Auditoria Interna:

Processo nº 15739/2018 - SMSA - Inexigibilidade - Credenciamento de prestadores de serviços médicos plantonistas, conforme Edital nº 04/2018, empresa Exalife Serviços Médicos LTDA.

Resultado Desejado:

Análise de Regularidade de Processos Licitatórios - Modalidade Inexigibilidade

Observação:

PROCESSO N.º 15739/2018

DATA DO PROCESSO: 14/09/2018

SECRETARIA SOLICITANTE: SMSA

OBJETO: Ofício n.º 569/2018 - SMSA - Inexigibilidade - Credenciamento de prestadores de serviços médicos plantonistas, conforme Edital nº 04/2018, empresa Exalife Serviços Médicos LTDA.

Data Prevista: 20/09/2018

Período a Ser Avaliado: 20/09/2018 - 20/09/2018

Servidor para Auditoria Interna: RUBIA DANIELLE CESCHIN

Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Departamento/Diretoria: DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Atividade: Gestão Financeira

Técnica de Auditoria: Exame de processos, atos formalizados e documentos avulsos.

DA REALIZAÇÃO DA AUDITORIA INTERNA

Data da Auditoria: 20/09/2018

Servidor RUBIA DANIELLE CESCHIN

EXTRATO DE VERIFICAÇÕES E RESULTADOS SOBRE ATENDIMENTOS:

Data Verificação: 20/09/2018	Parâmetro Auditoria: Processo nº 15739/2018 - Ofício n.º 569/2018 - SMSA - Inexigibilidade - Credenciamento de prestadores de serviços médicos plantonistas, conforme Edital nº 04/2018, empresa Exalife Serviços Médicos LTDA.		Protocolo: 10587
Item	Descrição do Item	Verificação	Atendimento
1	O procedimento do Pedido de Inexigibilidade de licitação foi iniciado com a abertura de processo administrativo, devidamente autuado, protocolado e numerado, contendo a autorização respectiva, a indicação sucinta de seu objeto e do recurso próprio para a despesa?	Verificado	Atendeu
Considerações do Auditor: Fls.:01			
2	A autoridade competente autorizou formalmente a abertura do processo licitatório? Exmo. Sr. Prefeito Municipal Hissam Hussein Dehaini	Verificado	Atendeu



Prefeitura do Município de Araucária

Controladoria Geral do Município



	Considerações do Auditor: Fls.:167		
3	O requerimento de realização de procedimento de Inexigibilidade de Licitação foi elaborado através do preenchimento integral do "Pedido de Inexigibilidade de Licitação"?	Verificado	Atendeu
	Considerações do Auditor: Ofício nº 569/2018 de 18/09/2018 - Fls.: 157/158		
4	Foi indicado o artigo 25 da Lei Federal nº 8.666/1993?	Verificado	Atendeu
5	Foi emitido a RMS e expedido Ateste de Disponibilidade Financeira pela Secretaria Municipal de Finanças?	Verificado	Atendeu
	Considerações do Auditor: RMS nº 6042/2018 - R\$ 194.040,00 - Fls.: 159 Ateste de Disponibilidade Financeira nº 317/2018 - 194.040,00 - Fls.: 161		
6	O Pedido de Inexigibilidade foi devidamente justificado, caracterizando a situação emergencial ou calamitosa e as razões pela escolha do fornecedor?	Verificado	Atendeu
7	Foi feita uma descrição clara e precisa do objeto a ser contratado?	Verificado	Atendeu
8	Nos casos de treinamento foi expedido Autorização da Secretaria Municipal de Governo?	Verificado	Não se aplica
9	Foi demonstrado o Cronograma de Desembolso Financeiro (se necessário)?	Verificado	Não se aplica
10	Há a minuta do instrumento contratual, quando existente, aprovada pela assessoria jurídica ou unidade equivalente do órgão ou entidade?	Verificado	Atendeu
	Considerações do Auditor: Apenso.		
11	Inexistem fatos impeditivos dos participantes do certame no sítio do TCE/PR ?	Verificado	Atendeu
	Considerações do Auditor: Site consultado em 20/09/2018 às 11:26hs.		
12	O licitante está em situação regular perante Fazenda Nacional no momento de emissão do Termo?	Verificado	Atendeu
	Considerações do Auditor: Fls.:06		
13	O licitante está em situação regular perante Fazenda Estadual no momento de emissão do Termo?	Verificado	Atendeu



Prefeitura do Município de Araucária

Controladoria Geral do Município



	Considerações do Auditor: Fls.:08		
14	O licitante está em situação regular perante Fazenda Municipal no momento de emissão do Termo?	Verificado	Atendeu
	Considerações do Auditor: Fls.:05		
15	O licitante está em situação regular perante o FGTS/TRABALHISTA no momento de emissão do Termo?	Verificado	Atendeu
	Considerações do Auditor: Fls.:09/10		
16	O licitante sendo este Produtor Rural está regular com o ITR (Imposto Território Rural)?	Verificado	Não se aplica
17	Foi demonstrado no processo o Contrato Social e alterações (ou documento equivalente)?	Verificado	Atendeu
	Considerações do Auditor: Fls.:11 a 18		
18	Foi emitido parecer Jurídico pela Procuradoria Geral do Município?	Verificado	Atendeu
	Considerações do Auditor: Parecer Jurídico nº 1017/2018 favorável, assina: Simon Gustavo Caldas de Quadros OAB-Pr nº 23.423 - Fls.: 168 a 173.		
19	Com o parecer favorável da Procuradoria Geral do Município, foram emitidos o Termo de Inexigibilidade de licitação, ratificação e contrato (quando requer)?	Verificado	Atendeu
	Considerações do Auditor: Apenso.		

Resultado Apurado: Pelo presente, o Controlador Geral do Município de Araucária no uso de suas atribuições, certifica que o processo de Inexigibilidade acima identificado apresentou a devida regularidade atendendo ao disposto na Lei nº 8.666/93 e demais normas complementares.

Observações:

No entanto fazemos as seguintes ressalvas:

I - Atualização das Certidões Negativas na oportunidade da assinatura do Contrato, impreterivelmente, e a manutenção das mesmas condições de regularidade durante toda a vigência contratual.

II - A execução do Contrato deverá ter início somente após sua publicação e empenho.



Prefeitura do Município de Araucária

Controladoria Geral do Município



Encaminhe-se o processo para a **Secretaria Municipal de Saúde** para recolhimento das assinaturas e demais providências.

Solicitação de Manifestação do Auditado:

Não há necessidade de resposta a presente Auditoria Interna.

Araucária, 26 de setembro de 2018

Luiz Carlos Cruz Moreira
LUIZ CARLOS CRUZ MOREIRA

Rubia
RUBIA DANIELLE CESCHIN

Anexos referente as amostragens, registro de movimentação de documentos, documentos de manifestações e encaminhamentos, estão disponíveis para consulta na web endereço <https://araucaria.sisaudin.com.br/>, através de login e senha de acesso provisório, disponibilizado pelo Coordenador de Controle Interno.



FOLHA DE DESPACHO – PROCESSO 15.739/2018

No DLC à SMAD – DRD:

- I) Realizada a numeração e cadastro do Termo de Inexigibilidade nº 082/2018, bem como a numeração do contrato nº 151/2018;
- II) Segue para fins de publicação, e após encaminhe-se à SMSA para o prosseguimento do processo.

Em 20 de setembro de 2018


ROSANE M F DE SOUZA
SMAD - DLC



Prefeitura do Município de Araucária

Procuradoria Geral do Município

TERMO DE INEXIGIBILIDADE Nº 82/2018

Processo Administrativo nº 15.739/2018

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde – SMSA.

Assunto: Contratação da empresa Credenciada EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA ME, inscrita no CNPJ: nº 12.304.053/0001-85, para prestação de serviços médicos plantonistas conforme necessidade da UPA, nos termos do Edital de Credenciamento nº 004/2018 e anexos.

Valor Total: estimados em R\$ 2.328.480,00 (Dois milhões, Trezentos e vinte e oito mil, quatrocentos e oitenta reais).

Prazo de execução: vigência até 21/09/2019.

Forma de Pagamento: O(a) CONTRATADO(a) apresentará a Nota Fiscal/Fatura ao NAF – Núcleo Administrativo e Financeiro da Secretaria Municipal de Saúde, sendo indispensável vir em anexo ao documento fiscal as Certidões Negativas, ou Positivas com Efeitos de Negativas, de Débitos Trabalhistas, débitos junto à Fazenda Federal e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, todas dentro de seu prazo de validade, sendo que o pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da apresentação da Nota Fiscal, devidamente atestada pelo fiscal do contrato e pelo diretor técnico da Secretaria Municipal de Saúde.

Fundamento: Art. 25 da Lei nº 8.666/93, Edital de Credenciamento nº 004/2018.

Prefeitura do Município de Araucária, 20 de setembro de 2018.

CARLOS ALBERTO DE ANDRADE

Secretário Municipal de Saúde



Prefeitura do Município de Araucária

Procuradoria Geral do Município

TERMO DE RATIFICAÇÃO DE INEXIGIBILIDADE Nº 82 /2018

Ratifico a Inexigibilidade, objeto do Processo de Inexigibilidade de Licitação nº 15.739/2018, para eficácia do ato, nos termos do Artigo 26 da Lei nº 8.666/93, e alterações posteriores.

Prefeitura do Município de Araucária, 20 de setembro de 2018.

HISSAM HUSSEIN DEHAINI
Prefeito



Prefeitura do Município de Araucária

Procuradoria Geral do Município

CONTRATO Nº. 151 /2018

Processo Administrativo Nº 15.739/2018

Credenciamento Nº 004/2018

MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 76.105.535/0001-99, com sede na Rua Pedro Druszczyk nº 111, nesta cidade, e o **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE ARAUCÁRIA**, ambos neste ato representados pelo Secretário Municipal de Saúde, **CARLOS ALBERTO DE ANDRADE**, doravante denominado **CONTRATANTE**, este na qualidade de ordenador de despesa e, de outro lado, a Empresa **EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA ME**, com CNPJ/MF nº 12.304.053/0001-85, com endereço à Av. São Pedro, nº 157, sala 23, bairro Centro, Cidade de Itaperuçu, Paraná, CEP 83.560-000, neste ato representada por seu representante o Sr. **DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA NETO**, inscrito no CPF/MF sob o nº 030.300.209-32, e RG nº 8.317.486-2 SSP PR, residente e domiciliado à Rua Cascavel, Nº 150, casa 15, no bairro boqueirão, na cidade de Curitiba, PR, CEP: 81.670-180, doravante denominado **CONTRATADO**, mediante as seguintes cláusulas e condições.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Constitui objeto do presente a contratação de prestadores de serviços médicos plantonistas, conforme necessidades da UPA – Unidade de Pronto Atendimento, conforme cláusula segunda do edital de credenciamento 004/2018.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA RELAÇÃO JURÍDICA DO CONTRATADO

O presente contrato é de natureza administrativa, regido pela Lei Federal 8.666/93, não implicando, em hipótese alguma e a qualquer pretexto, em vínculo

1/7

41 3614-1462

Rua Pedro Druszczyk, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR

[Handwritten signature]
[Handwritten mark]



Prefeitura do Município de Araucária

Procuradoria Geral do Município

empregatício ou exclusividade de colaboração entre CONTRATANTE e CONTRATADA.

CLÁUSULA TERCEIRA - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

As despesas provenientes deste contrato correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias da Secretaria Municipal de Saúde:

Dotação – 12.01.10.302.0005.2.023 – 3.3.90.39

PESSOA JURÍDICA.

Fonte – 1.000 / 1.496 / 1.303 / 3.000 / 3.303 / 3.496

CLÁUSULA QUARTA - DA LEGISLAÇÃO:

Aplicam-se ao presente contrato as disposições da Lei 8.666/93 e suas alterações, e as leis federais 8080/90 e 8142/90, no que couber.

CLÁUSULA QUINTA - DO PREÇO

O CONTRATANTE pagará a CONTRATADA, pelos serviços efetivamente prestados na UPA - Unidade de Pronto Atendimento, o valor estimado de **R\$ 2.328.480,00** (Dois milhões, trezentos e vinte e oito mil, quatrocentos e oitenta Reais), perfazendo um total de 20.160 horas.

O valor pago por hora de plantão médico é R\$ 115,50 (Cento e quinze reais e cinquenta centavos).

CLÁUSULA SEXTA - DA FORMA DE PAGAMENTO

O Município pagará ao prestador CONTRATADO, mensalmente, em até 30 dias do protocolo na SMSA, da Nota fiscal regularmente preenchida e acompanhada das respectivas certidões, após a confirmação ateste da medição realizada pela Secretaria

2/7

41 3614-1462

Rua Pedro Druszczyk, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR

[Handwritten signature]
[Handwritten initials]



Prefeitura do Município de Araucária

Procuradoria Geral do Município

Municipal de Saúde.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA VIGÊNCIA

A vigência do presente contrato é de 12 meses, com início em 22 de Setembro de 2018 e término em 22 de Setembro de 2019.

CLÁUSULA OITAVA - DAS OBRIGAÇÕES

I. Do Contratado:

- a) Realizar os serviços previstos na cláusula primeira, em período determinado pelo CONTRATANTE;
- b) Comunicar ao CONTRATANTE, com antecedência mínima de 48 horas, qualquer impedimento que o impossibilite de realizar o serviço no dia e período contratado;
- c) Zelar pela manutenção dos padrões éticos e profissionais que norteiam a natureza deste tipo de atividade, em especial os princípios da moralidade e impessoalidade que regem a administração pública e especificamente aqueles que orientem o SUS.
- d) manter, durante todo o período de vigência do contrato, todas as condições exigidas para o credenciamento.
- e) A empresa deverá responder por qualquer dano ou prejuízo causado ao Município ou a terceiros, por ação ou omissão culposa ou dolosa de seus prepostos, subcontratados e/ou empregados, em decorrência da execução dos serviços, após apuração de responsabilidades.

II - Da Contratante:

3/7

41 3614-1462

Rua Pedro Druszczyk, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR



Prefeitura do Município de Araucária

Procuradoria Geral do Município

- a) Remunerar os serviços nos valores e formas constantes das cláusulas quinta e sexta deste contrato;
- b) Controlar, através da Secretaria Municipal de Saúde, a prestação dos serviços contratados, promovendo o revezamento, se houver mais de 01 profissional credenciado, durante a validade do credenciamento 004/2018;
- c) Fiscalizar permanentemente a qualidade, eficiência e eficácia dos serviços prestados, através da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA NONA - DAS ALTERAÇÕES

Qualquer alteração do presente contrato será objeto de termo aditivo, na forma da legislação referente a licitação e contratos administrativos.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO REGIME LEGAL E DAS CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO

10.1. Este contrato encontra-se vinculado ao Edital de Credenciamento e Qualificação nº. 004/2018 que lhe deu origem, devendo a ele ser recorrido para suprir quaisquer dúvidas ou pendências oriundas do presente instrumento. Em caso de dúvidas ou pendências não supridas por este instrumento ou pelo Edital em que lhe deu origem, recorrer-se-á à Lei 8.666/93.

10.2. O contratado reconhece os direitos da Administração descritos no art. 77 e seguintes da Lei 8666/93.

10.3. O contratado obriga-se a manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - CONDIÇÕES GERAIS

Este contrato encontra-se vinculado ao Edital de Credenciamento e



Prefeitura do Município de Araucária

Procuradoria Geral do Município

Qualificação nº. 004/2018 que lhe deu origem, devendo a ele ser recorrido para suprir quaisquer dúvidas ou pendências oriundas do presente instrumento.

Em caso de dúvidas ou pendências não supridas por este instrumento ou pelo Edital em que lhe deu origem, recorrer-se-á à Lei 8.666/93, em especial ao seu Capítulo III - DOS CONTRATOS.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

É responsável pela execução e fiscalização deste instrumento o Secretário/Ordenador de despesas, ou servidor de carreira indicado por este como gestor do contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA PUBLICAÇÃO

O município publicará o resumo deste contrato no Diário Oficial dos Municípios Mineiros nos termos da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA– DAS MULTAS E PENALIDADES

O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas pelo profissional **CREDENCIADO** caracterizará sua inadimplência, sujeitando-lhe as seguintes penalidades:

- I. Advertência escrita;
- II. Multa, nos seguintes percentuais: 0,5 % do valor do contrato, por ocorrência, no caso de reclamações fundamentadas de usuários quanto a mau atendimento;
- III. Descredenciamento.

5/7

41 3614-1462

Rua Pedro Druszczyk, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR



Prefeitura do Município de Araucária

Procuradoria Geral do Município

§ 1º É competente para aplicação das penalidades acima relacionadas o Secretário Municipal de Saúde.

§ 2º Na aplicação dessas penalidades será facultada a defesa prévia do profissional CREDENCIADO no prazo de 05 (cinco) dias úteis.

§ 3º As multas não têm caráter compensatório, são independentes e cumulativas, e não eximem o CREDENCIADO da prestação dos serviços.

§ 4º O valor das multas aplicadas será sempre deduzido do pagamento do mês de referência da prestação dos serviços, se não houver recurso, ou se o mesmo estiver definitivamente denegado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA RESCISÃO

Será motivo de descredenciamento do profissional, e consequente rescisão do contrato:

I. Pelo MUNICÍPIO, quando:

a) O profissional credenciado incorrer reiteradamente nas infrações de que trata esta Cláusula ficar evidenciada incapacidade de o CREDENCIADO cumprir as obrigações assumidas; devidamente caracterizada em relatório do Secretário Municipal de Saúde;

b) O profissional credenciado rejeitar qualquer paciente, sem apresentar as razões objetivas que justifiquem a conduta adotada;

c) Por razões de interesse público, mediante despacho motivado, devidamente justificado.

II. Pelo CREDENCIADO:

a) Mediante solicitação por escrito à Secretaria Municipal de Saúde de ARAUCÁRIA, com antecedência mínima de 30 dias.

Parágrafo único – Fica assegurado o reconhecimento dos direitos da

6/7

41 3614-1462

Rua Pedro Druszczyk, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR



Prefeitura do Município de Araucária

Procuradoria Geral do Município

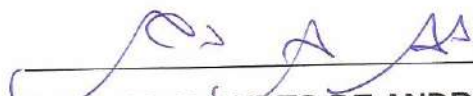
administração Municipal, em caso de rescisão administrativa prevista no Art. 77 da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de ARAUCÁRIA para dirimir quaisquer dúvidas ou pendências oriundas do presente instrumento.

E, por se acharem justos e contratados, assinam as partes o presente contrato em 03 (três) vias de igual forma e teor, na presença das testemunhas abaixo.

Município de Araucária, 20 de Setembro de 2018.


CARLOS ALBERTO DE ANDRADE
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE


DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA NETO
CREDENCIADO

TESTEMUNHAS:

Nome:

Nome:

RG:

RG:

7/7



DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA



Comprovante de Publicação

Nº: 45091

Data/Hora Veiculação: 20/09/2018 00:00

Ato: **TERMO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 082/2018 - PROCESSO 15739/2018**

Assunto: **CONTRATAÇÃO DA EMPRESA CREDENCIADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS PLANTONISTAS**

Tipo: **Termo de inexigibilidade ou dispensa**

Órgão 1: **Prefeitura do Município**

Ementa: **CONTRATAÇÃO DA EMPRESA CREDENCIADA EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA ME, INSCRITA NO CNPJ: Nº 12.304.053/0001-85, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS PLANTONISTAS CONFORME NECESSIDADE DA UP, NOS TERMOS DO EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 004/2018 E**
XOS.

Identificação:

4883/2018

Data Publicação :

21/09/2018



DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA



Comprovante de Publicação

Nº: 45094

Data/Hora Veiculação: 20/09/2018 00:00

Ato: EXTRATO DO TERMO CONTRATUAL Nº 151/2018

Assunto: CONTRATAÇÃO DA EMPRESA CREDENCIADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS PLANTONISTAS

Tipo: Contratos - Extrato

Órgão 1: Prefeitura do Município

Ementa: CONSTITUI OBJETO DO PRESENTE A CONTRATAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS MÉDICOS PLANTONISTAS, CONFORME NECESSIDADES DA UPA – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, CONFORME CLÁUSULA SEGUNDA DO EDITAL DE CREDENCIAMENTO 004/2018, CONFORME PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 15739/2019.

Identificação:

4886/2018

Data Publicação :

21/09/2018


ARAUCÁRIA
PREFEITURA DO MUNICÍPIO

TERMO DE INEXIGIBILIDADE Nº 082/2018

Processo Administrativo nº 15.739/2018

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde – SMSA.

Assunto: Contratação da empresa Credenciada EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA ME, inscrita no CNPJ: nº 12.304.053/0001-85, para prestação de serviços médicos plantonistas conforme necessidade da UPA, nos termos do Edital de Credenciamento nº 004/2018 e anexos.

Valor Total: estimados em R\$ 2.328.480,00 (Dois milhões, trezentos e vinte e oito mil, quatrocentos e oitenta reais).

Prazo de execução: vigência até 21/09/2019.

Forma de Pagamento: O(a) CONTRATADO(a) apresentará a Nota Fiscal/Fatura ao NAF – Núcleo Administrativo e Financeiro da Secretaria Municipal de Saúde, sendo indispensável vir em anexo ao documento fiscal as Certidões Negativas, ou Positivas com Efeitos de Negativas, de Débitos Trabalhistas, débitos junto à Fazenda Federal e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, todas dentro de seu prazo de validade, sendo que o pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da apresentação da Nota Fiscal, devidamente atestada pelo fiscal do contrato e pelo diretor técnico da Secretaria Municipal de Saúde.

Fundamento: Art. 25 da Lei nº 8.666/93, Edital de Credenciamento nº 004/2018.

Prefeitura do Município de Araucária, 20 de setembro de 2018.

CARLOS ALBERTO DE ANDRADE

Secretário Municipal de Saúde

TERMO DE RATIFICAÇÃO DE INEXIGIBILIDADE Nº 083/2018

Ratifico a Inexigibilidade, objeto do Processo de Inexigibilidade de Licitação nº 15.742/2018, para eficácia do ato, nos termos do Artigo 26 da Lei nº 8.666/93, e alterações posteriores.

Prefeitura do Município de Araucária, 20 de setembro de 2018.

HISSAM HUSSEIN DEHAINI

Prefeito

EXTRATO DO CONTRATO Nº 152/2018

CONTRATANTE: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA.

CONTRATADA: ATUAL MEDICA GESTÃO DE SAÚDE S/S.

OBJETO: Constitui objeto do presente a contratação de prestadores de serviços médicos plantonistas, conforme necessidades da UPA – Unidade de Pronto Atendimento, conforme cláusula segunda do edital de credenciamento 004/2018, conforme Processo Administrativo nº 15742/2018.

VALOR: R\$ 1.081.080,00 (Um milhão, oitenta e um mil e oitenta Reais).

PRAZO: A vigência do presente contrato é de 12 meses, com início em 22 de Setembro de 2018 e término em 22 de Setembro de 2019.

Prefeitura do Município de Araucária, 20 de setembro de 2018

CARLOS ALBERTO DE ANDRADE

Secretário Municipal de Saúde

TERMO DE INEXIGIBILIDADE Nº 084/2018

Processo Administrativo nº 15.743/2018

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde – SMSA.

Assunto: Contratação da empresa Credenciada PRO-ATIVO GESTÃO DA SAÚDE E CLÍNICA MÉDICA LTDA, inscrita no CNPJ: nº 20.921.343/0001-04, para prestação de serviços médicos plantonistas conforme necessidade da UPA, nos termos do Edital de Credenciamento nº 004/2018 e anexos.

Valor Total: estimados em R\$ 2.162.160,00 (Dois milhões, cento e sessenta e dois mil, cento e sessenta reais).

Prazo de execução: vigência até 21/09/2019.

Forma de Pagamento: O(a) CONTRATADO(a) apresentará a Nota Fiscal/Fatura ao NAF – Núcleo Administrativo e Financeiro da Secretaria Municipal de Saúde, sendo indispensável vir em anexo ao documento fiscal as Certidões Negativas, ou Positivas com Efeitos de Negativas, de Débitos Trabalhistas, débitos junto à Fazenda Federal e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, todas dentro de seu prazo de validade, sendo que o pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da apresentação da Nota Fiscal, devidamente atestada pelo fiscal do contrato e pelo diretor técnico da Secretaria Municipal de Saúde.

Fundamento: Art. 25 da Lei nº 8.666/93, Edital de Credenciamento nº 004/2018.

Prefeitura do Município de Araucária, 20 de setembro de 2018.

CARLOS ALBERTO DE ANDRADE

Secretário Municipal de Saúde

TERMO DE RATIFICAÇÃO DE INEXIGIBILIDADE Nº 084/2018

Ratifico a Inexigibilidade, objeto do Processo de Inexigibilidade de Licitação nº 15.743/2018, para eficácia do ato, nos termos do Artigo 26 da Lei nº 8.666/93, e alterações posteriores.

Prefeitura do Município de Araucária, 20 de setembro de 2018.

HISSAM HUSSEIN DEHAINI

Prefeito

EXTRATO DO CONTRATO Nº 153/2018

CONTRATANTE: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA. **CONTRATADA:** PRÓ-ATIVO GESTÃO DA SAÚDE E CLÍNICA MÉDICA LTDA.

OBJETO: Constitui objeto do presente a contratação de prestadores de serviços médicos plantonistas, conforme necessidades da UPA – Unidade de Pronto Atendimento, conforme cláusula segunda do edital de credenciamento 004/2018, conforme Processo Administrativo nº 15743/2018.

VALOR: R\$ 2.162.160,00 (Dois milhões, cento e sessenta e dois mil, cento e sessenta Reais).

PRAZO: A vigência do presente contrato é de 12 meses, com início em 22 de Setembro de 2018 e término em 22 de Setembro de 2019.

Prefeitura do Município de Araucária, 20 de setembro de 2018

CARLOS ALBERTO DE ANDRADE

Secretário Municipal de Saúde

Balanços, Atas, Súmulas ou Editais?

A melhor
relação
centímetro

X
coluna
ou se você
preferir,

custo
X
benefício
em

publicidade legal
está no

Jornal do Estado.

Faça um orçamento,
sem compromisso.

3350.6620
BEMPARANÁ
O JORNAL DO ESTADO

TERMO DE RATIFICAÇÃO DE INEXIGIBILIDADE Nº 082/2018

Ratifico a Inexigibilidade, objeto do Processo de Inexigibilidade de Licitação nº 15.739/2018, para eficácia do ato, nos termos do Artigo 26 da Lei nº 8.666/93, e alterações posteriores.

Prefeitura do Município de Araucária, 20 de setembro de 2018.

HISSAM HUSSEIN DEHAINI

Prefeito

EXTRATO DO CONTRATO Nº 151/2018

CONTRATANTE: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA.

CONTRATADA: EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA ME.

OBJETO: Constitui objeto do presente a contratação de prestadores de serviços médicos plantonistas, conforme necessidades da UPA – Unidade de Pronto Atendimento, conforme cláusula segunda do edital de credenciamento 004/2018, conforme Processo Administrativo nº 15739/2019.

VALOR: R\$ 2.328.480,00 (Dois milhões, trezentos e vinte e oito mil, quatrocentos e oitenta Reais).

PRAZO: A vigência do presente contrato é de 12 meses, com início em 22 de Setembro de 2018 e término em 22 de Setembro de 2019.

Prefeitura do Município de Araucária, 20 de setembro de 2018

CARLOS ALBERTO DE ANDRADE

Secretário Municipal de Saúde

TERMO DE INEXIGIBILIDADE Nº 083/2018

Processo Administrativo nº 15.742/2018

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde – SMSA.

Assunto: Contratação da empresa Credenciada ATUAL MEDICA GESTÃO DE SAÚDE S/S, inscrita no CNPJ: nº 10.836.436/0001-79, para prestação de serviços médicos plantonistas conforme necessidade da UPA, nos termos do Edital de Credenciamento nº 004/2018 e anexos.

Valor Total: estimados em R\$ 1.081.080,00 (Um milhão, oitenta e um mil e oitenta reais).

Prazo de execução: vigência até 21/09/2019.

Forma de Pagamento: O(a) CONTRATADO(a) apresentará a Nota Fiscal/Fatura ao NAF – Núcleo Administrativo e Financeiro da Secretaria Municipal de Saúde, sendo indispensável vir em anexo ao documento fiscal as Certidões Negativas, ou Positivas com Efeitos de Negativas, de Débitos Trabalhistas, débitos junto à Fazenda Federal e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, todas dentro de seu prazo de validade, sendo que o pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da apresentação da Nota Fiscal, devidamente atestada pelo fiscal do contrato e pelo diretor técnico da Secretaria Municipal de Saúde.

Fundamento: Art. 25 da Lei nº 8.666/93, Edital de Credenciamento nº 004/2018.

Prefeitura do Município de Araucária, 20 de setembro de 2018.

CARLOS ALBERTO DE ANDRADE

Secretário Municipal de Saúde



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Administração

FOLHA DE DESPACHO

No Setor de Publicação à PGM

I. Recebido com duas vias do Termo de Inexigibilidade de Licitação e Ratificação de Inexigibilidade de Licitação nº 082/2018 e quatro vias do Contrato nº 151/2018;

II. Anexados o Termo de Inexigibilidade de Licitação e Ratificação de Inexigibilidade de Licitação nº 082/2018 e Contrato nº 151/2018 (fls 180 a 188);

III. Elaborado Extrato do Termo Contratual;

IV. Publicados no Diário Eletrônico Municipal sob nºs 4883 e 4886 e Jornal Bem Paraná - Ed. 10.997 em 21/09/2018, conforme comprovantes de publicação fls 189 à 191.

Segue para cadastro no Sistema GLIG e retirada de 01 (uma) via do contrato.

Após encaminhe à **SMSA** para demais providências

Em 21/09/2018


Edinara Rodrigues de Oliveira
DRD/SMAD


Yasmin Nassim Dehaini
Secretaria Municipal de
Administração



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA
CNPJ: 76.105.535.0001-99
RUA, PEDRO DRUSCZ, Nº 111 - CENTRO ARAUCARIA - PR



12 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Tipo do Contrato: 2 - Prestação de Serviços

CONTRATO Nº: 151 / 2018

IDENTIFICAÇÃO: 006388

Razão Social : EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA
Nome Fantasia : GLOBAL LIFE
Endereço : AVENIDA AV SAO PEDRO,
Bairro : CENTRO
CEP : 83560000 ITAPERUCU-PR
CNPJ/CPF : 12304053000185

Nenhuma Conta Corrente Encontrada

Data do Contrato: 21/09/2018 Início: 22/09/2018 Fim: 22/09/2019 Valor: 2328480,00
Objeto do Contrato: CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO Constitui objeto do presente a contratação de prestadores de serviços médicos
plantonistas, conforme necessidades da UPA - Unidade de Pronto Atendimento, conforme cláusula segunda do edital de
credenciamento 004/2018.PA Nº 15739/2018.
Processo Licitatório: Processo de Inexigibilidade Nº 82/2018 Assinatura: 20/09/2018 Publicação:

Responsáveis pelo Contrato

F	Nome	Cargo	Ata Designação	Tipo Resp. Administrativo
361917826	ANTONIO DEMOSTHENES DE ABREU FERREIRA	CONTROLADOR DE ENCARGOS TRIBUTARIOS	CONTROLADOR DE ENCARGOS TRIBUTARIOS	Encargos Trabalhistas e Previdenciários
996024915	MARIA JOSE DOS SANTOS RIBEIRO	FISCAL DO CONTRATO	FISCAL DO CONTRATO	Fiscalização

Assinaturas no Contrato

Nenhuma Assinatura Encontrada

Dotações

Funcional	Natureza Despesa	Descrição	Fonte
01.10.302.0005.2023	3390390000	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDICA	1.000

Inexecuções

Nenhuma Inexecução Encontrada

Contas Extra Orçamentárias

Nenhuma Conta Contábil Encontrada

Atos Contratuais

Nenhum Aditivo Encontrado

Despesas Relacionadas no Contrato

Nenhuma Despesa Relacionada

Empenho	Dt. Despesa	Detalhe	Nat.Despesa	Fonte	Tipo	Val. Empenhado	Val. Liquid.	Val. Consig.	Val. Pago
---------	-------------	---------	-------------	-------	------	----------------	--------------	--------------	-----------

Totais:

Valor Contrato:	2.328.480,00
Total Aditivos:	0,00
Total Inexecução:	0,00
Total Contrato:	2.328.480,00
Total Empenhado:	0,00
Saldo a Empenhar:	2.328.480,00
Total Anulação:	0,00

Total Empenhado:	0,00
Total Liquidado:	0,00
Total Consignado:	0,00
Total Pago:	0,00
Saldo a Pagar:	2.328.480,00



Prefeitura do Município de Araucária

Procuradoria Geral do Município

FOLHA DE DESPACHO

Processo Administrativo nº 15739/2018.

À **SMSA**

I – Conforme extrato às folhas 193, foi efetuado o cadastro no Sistema SIM-AM dos Contrato de Prestação de Serviços nº 151/2018, em favor de EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA ME ,

II – Favor verificar , somente a fonte 1.000 esta cadastrada na face interna do DLC , verificar se há necessidade das demais fontes citadas no contrato cadastrar ,após retorne para cadastro no sistema SIM-AM para complemento.

III – Segue para as devidas providências.

Em, 21/09/18


Deise Brendel
Aux. Adm. Mat. 7677
PGM



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA
CNPJ: 76.105.535.0001-99
RUA, PEDRO DRUSZCZ, Nº 111 - CENTRO ARAUCARIA - PR



SOLICITAÇÃO DE EMPENHO RMS Nº: **06042/2018**

SEQ Nº: **00001**

Página: 1 de 1

FORNECEDOR											
Razão Social:		EXALIFE SERVICOS MEDICOS LTDA									
Nome Fantasia:		GLOBAL LIFE									
Endereço:		AVENIDA AV SAO PEDRO,									
Bairro:		CENTRO						CNPJ ou CPF:		12304053000185	
CEP:		83560000				ITAPERUCU - PR		Fones:		(41) 9625-4970	
ITENS DA SOLICITAÇÃO											
ITEM	DISCRIMINAÇÃO					MARCA	UNIDADE	QUANT.	VLR. UNITÁRIO	VLR. TOTAL	
122.719	Prestação de serviços de Plantões Médicos a ser realizado no Pronto Atendimento 24 horas do município de Araucária/PR. Nos termos estabelecidos no Edital e seus Anexos.						Hora	1.680,00	115,5000	194.040,00	
TOTAL DA SOLICITAÇÃO DE EMPENHO										194.040,00	
Destino:		Contratação de prestadores de serviços médicos plantonistas, conforme necessidades da UPA - Unidade de Pronto Atendimento, conforme cláusula segunda do edital de credenciamento 004/2018. - Exalife Serviços Médicos Ltda. C/C: 37632-9 ID_Registro: 73017 Chamado: 16.597									
ÓRGÃO						UNIDADE					
12 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE						01 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE					
Órgão	Unidade	Função	Sub-função	Programa	Projeto Atividade	Categoria Econômica	Grupo de Despesa	Modalidade de Aplicação	Elemento Despesa	Fonte	Desdobramento
12	01	10	302	0005	2023	3	3	90	39	1.000	5030
Recursos:		Recursos Ordinários									
Contrato nº:		Contrato - 151/2018 - Prestação de Serviços				Valor:		2.328.480,00		Data: 21/09/2018 Data Publi: 21/09/2018	
Empenhos:		Contratação de prestadores de serviços médicos plantonistas, conforme necessidades da UPA - Unidade de Pronto Atendimento, conforme cláusula segunda do edital de credenciamento 004/2018. - Exalife Serviços Médicos Ltda. C/C: 37632-9 ID_Registro: 73017 Chamado: 16.597									
Condições de Pagto		Em até 30 (trinta) dias.				Prazo de Entrega:		Conforme edital		Vencio da Proposta: 22/09/2019	
Modalidade Compra:		Processo de Inexigibilidade				Licitação:		82/2018		Data da Licitação: 20/09/2018	
Solicitado em:		21/09/2018				Obs/Local Entrega:					
Processo Admin.:		15739/2018									
Esta solicitação não substitui o EMPENHO. O documento que dá a ordem para a contratação e/ou compras é o EMPENHO.											
ARAUCARIA-PR, 21/09/2018											
 CARLOS ALBERTO DE ANDRADE Secretário											



Prefeitura do Município de Araucária

Tramitação do processo: 015739/2018

Data:

24/09/2018

Secretaria Origem:

SMSA

Andamento Atual:

SIM

Trâmite:

Encaminhamento

Secretaria Destino:

SMFI - DFC

Nro de Folhas

196

Despacho:

Segue para emissão de empenho.

Araucária - PR, 24 de Setembro de 2018.

Gilson Nogueira

Recebido por

em

Carolin
24,09,18

Assinatura do Recebedor



Prefeitura do Município de Araucária

Tramitação do processo: 015739/2018

Data:

24/09/2018

Secretaria Origem:

SMFI - DFC

Andamento Atual:

SIM

Despacho:

Segue para saneamento do processo.

Trâmite:

Encaminhamento

Secretaria Destino:

SMSA

Nro de Folhas

197

Araucária - PR, 24 de Setembro de 2018.

Caroline Silva de Deus

Recebido por _____

em ____/____/____

Assinatura do Recebedor



Prefeitura do Município de Araucária

Tramitação do processo: 015739/2018

Data:

24/09/2018

Secretaria Origem:

SMSA

Andamento Atual:

SIM

Despacho:

Segue para empenho

Trâmite:

Encaminhamento

Secretaria Destino:

SMFI - DFC

Nro de Folhas

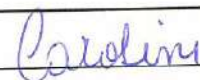
198

Araucária - PR, 24 de Setembro de 2018.



Gilson Nogueira

Recebido por



em

24.09.18

11:00 hrs

Assinatura do Recebedor



Prefeitura do Município de Araucária

Tramitação do processo: 015739/2018

Data:

24/09/2018

Secretaria Origem:

SMFI - DFC

Andamento Atual:

SIM

Despacho:

Emitido nota de empenho. Segue para demais providências.

Trâmite:

Encaminhamento

Secretaria Destino:

SMSA

Nro de Folhas

199

no DFC

Emitida nota de empenho nº 10359/18 no valor de R\$ 194.040,00 à favor de Exalife Serviços Médicos LTDA, conforme SE nº 6042/18 fl. 195.

Araucária - PR, 24 de Setembro de 2018.

Caroline Silva de Deus

Recebido por _____

em ____/____/____

Assinatura do Recebedor

**A****PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAUCARIA - PARANÁ**

Direção Médica

A/C Dr. Alberto Filipak Junior

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS

EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.ME, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n. 12.304.053/0001-85, inscrição estadual isento, com sede na Avenida São Pedro, n. 157, sala 23, Bairro Centro, na cidade de Itaperuçu – Paraná – CEP 83.560-000, fone: (41) 3402-0973, e-mail: exallife@exallife.net.br, neste ato representada por seu Diretor Sócio Sr. *Dairi Ramos De Oliveira Neto*, brasileiro, portador da Cédula de Identidade RG n. 8.317.486-2/PR, inscrito no CPF/MF sob o n. 030.300.209-32, DECLARAR e COMPROVAR, nos termos do item 2.1 e 2.2, do Edital de Credenciamento n. 004/2018, a formação dos profissionais médicos constantes no quadro clínico desta empresa com experiência em Pronto Atendimento e/ou Pronto Socorro e, inclusive, inscrição regular perante o Conselho Regional de Medicina do Paraná, cujos documentos do rol abaixo seguem anexos a presente declaração, a saber:

NOME	N. CRM/PR	CÉDULA DE IDENTIDADE REGISTRO GERAL N.	DATA INSCRIÇÃO CRM/PR	DATA DE NASCIMENTO	INSCRIÇÃO CPF/MF
ROBERTO COELHO	20.283	4.975.196-6/PR	24.03.2003	04.04.1973	875.451.609-91
VINICIUS MIRANDA CORRÊA	30.208	9.392.121-6/PR	25.07.2012	02.02.1989	010.192.249-32
MAGALY ANTONIETA CLAROS CANECCO	15.906	V0.685.08	24.02.1997	26.11.1965	006.407.857-43
RICARDO APPEL LAFFITTE	8.330	1.178.629-4/PR	05.01.1983	14.02.1957	233.937.699-87
SERGIO ANTONIO WALBACH	6.712	823.209/PR	10.01.1980	13.01.1953	254.962.049-68
PAULO FRANCISCO COELHO SOARES	12.372	20.220.919-34/RS	29.10.1990	06.04.1963	411.813.440-34
JOSE FREDERICO TOZZI DE AZEVEDO COSTA	5.167	563.051/PR	12.01.1977	31.10.1947	601.682.698-72
CAROLINA BEGA FERREIRA	30.216	8.673.197-5/PR	25.07.2012	26.09.1983	048.622.049-45
LUIS FELIPE DE LA CERDA ZENTENO	15.526	VO75297-6/PR	17.05.1996	24.06.1961	804.518.619-49
ALEXANDRE BENINI ANTUNES	19.632	26.773.332-X/SP	30.07.2002	22.11.1977	170.655.888-07
CLAUDIA PINHO SCHULLER	34.881	xxxxxx	29.07.2015	xxxxxx	052.542.939-50
DIEGO SILVA COELHO	34.038	xxxxxx	16.01.2015	xxxxxx	xxxxxx

Por ser expressão de verdade, firmamos a presente.
Itaperuçu, 18 de Setembro de 2.018.

DAIRI RAMOS DE OLIVEIRA NETO

Diretor Sócio

EXALIFE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA. ME

RG 8.317.486-2/PR

CPF/MF 030.300.209-32

Exalife Serviços Médicos Ltda.

Av. São Pedro, 157 - Sala 23 - Centro - Fone (41) 4107-0333
CEP 83 560-000 - Itaperuçu - PR - exallife@exallife.com.br



Profissional



CRM: 36437

Nome: GUSTAVO ENRIQUE TORRES FLORES

Data de Inscrição: 12/07/2016 **Situação:** Ativo

Sexo: Masculino

Tipo de Inscrição: Principal

Cidade: Curitiba

Não existe especialidade registrada para este CRM.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

202

NOME
GUSTAVO ENRIQUE TORRES FLORES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
V5467963 PF

CPF
011.278.259-09

DATA NASCIMENTO
18/02/1977

FUNÇÃO
CARLOS ENRIQUE TORRES
TERESA FLORES

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
05446373075

VALIDADE
25/01/2022

1ª HABILITAÇÃO
21/07/2009

OBSERVAÇÕES

LOCAL
CURITIBA, PR

DATA EMISSÃO
25/01/2017

ASSINATURA DO PORTADOR

ASSINATURA DO EMISSOR

07014811586
PR912054471

PARANÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1387973135

PROIBIDO PLASTIFICAR 1387973135

Karine Zorak Borges
Escrevente

Tabellionato de Notas
Exclusivo para
Autenticação de Cópia
FOR18849

SERVIÇO DISTRITAL
DO BOQUEIRÃO

Av. Marechal Floriano Peixoto, 8155
81630-000 - Boqueirão - Curitiba - PR

DATA 02 AGO. 2018 Paraná

A PRESENTE FOTOCOPIA É REPRODUÇÃO FIEL DO DOCUMENTO APRESENTADO NESTE CARTÓRIO NESTA DATA.

Mônica Mª G. de Macedo Dalia Vecchia

OFÍCIO QUE O SELO DE AUTENTICAÇÃO DE ATOS TEM ATRIBUÍDO NA ÚLTIMA FOLHA DO DOCUMENTO E PREENCHE PARA A PARTE.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **GUSTAVO ENRIQUE TORRES FLORES**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **36437** desde **12/07/2016**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 09/10/2018.

Chave de validação **1a11eb8e9b293d8d3b4b7506751c5af3d35abcb2**

Emitida eletronicamente via internet em **09/07/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Conduta Ético-Profissional

Declaramos, 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 ENRIQUE TORRES FLORES**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **36437** conforme períodos abaixo:

Períodos

12/07/2016 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. **511aae96e350887bd3005787da439be4ce747c18**

Emitida eletronicamente via internet em **09/07/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **GUSTAVO ENRIQUE TORRES FLORES**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **36437**, encontra-se quite com esta Tesouraria até **31/03/2019**.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/03/2019.

Chave de validação **e371f97c9d6183a233528726775bb4f51bf8e85e**

Emitida eletronicamente via internet em **09/07/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



Profissional



CRM: 20283

Nome: ROBERTO COELHO

Data de Inscrição: 24/03/2003 **Situação:** Ativo

Sexo: Masculino

Tipo de Inscrição: Principal

Cidade: Curitiba

Especialidade

Área de Atuação

RQE

CIRURGIA PLÁSTICA

12391



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CEDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO
Documento de identidade nos termos da Lei nº 6.206/75



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

NOME
ROBERTO COELHO

CRM Nº
20283

DATA DE INSCRIÇÃO
24/03/2003

VIA
1

DATA DE NASCIMENTO
04/04/1973

Roberto Coelho
ASSINATURA DO PORTADOR

FILIAÇÃO
AFONSO CELSO COELHO

OTILIA DESTRO

NATURALIDADE
IBAITI-PR

RG
4.975.196-6/SSP-PR

DATA DE EXPEDIÇÃO
01/04/1987

TÍTULO DE ELEITOR
00051972100698

SEÇÃO
0095

ZONA
001

CPE
87545160991

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
CURITIBA-PR, 18/11/2010

Carla
ASSINATURA DO PRESIDENTE

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

PROIBIDO PLASTICAR



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **ROBERTO COELHO**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **20283**, encontra-se quite com esta Tesouraria até **31/03/2019**.

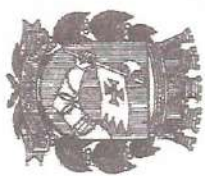
Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/03/2019.

Chave de validação **3bbb7e5cba5d6fc179af9c21fc57ba0664558378**

Emitida eletronicamente via internet em **20/09/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL DR. CARMINO CARICCHIO

PROGRAMA CREDENCIADO PELA CNRM/MEC PARECER Nº 25/95 DE 11.12.1997

CERTIFICADO

Certificamos que o

DR. ROBERTO COELHO

CRM: 92.748 - SP , concluiu Residência médica, na área básica de **CIRURGIA GERAL** no período de 01/02/1998 a 31/01/2000 , a quem conferimos o título de especialista, de acordo com a Lei, nº. 6932 publicada no Diário Oficial da União em 09/07/81.

São Paulo, 30 de Junho de 2000


DR. SÉRGIO CONSOLE
Diretor Clínico


Dr. BELMIRO JOSÉ MATOS
Coordenador da COREME


DR. ROBERTO COELHO
Médico Residente



Profissional



CRM: 30208

Nome: VINICIUS MIRANDA CORRÊA

Data de Inscrição: 25/07/2012 **Situação:** Ativo

Sexo: Masculino

Tipo de Inscrição: Principal

Cidade: Curitiba

Não existe especialidade registrada para este CRM.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DO PARANÁ
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

 **NOME**
VINÍCIUS MIRANDA CORRÊA

CRM / UF
030208/PR

FILIAÇÃO
JULIO BATISTA CORRÊA

SANDRA MARIA MORENO MIRANDA CORRÊA

DATA DE INSCRIÇÃO
25/07/2012



Vinícius Miranda Corrêa
ASSINATURA DO PORTADOR

CPF
010.192.249-32

RG / ÓRGÃO EMISSOR
93921216/SESP-PR

TÍTULO DE ELEITOR
093922780871

SEÇÃO
0242

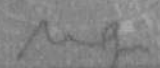
ZONA
178

DATA DE NASCIMENTO
02/02/1989

NATURALIDADE
MARECHAL CANDIDO RONDON-PR

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
CURITIBA, 01/09/2012

0041754


ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VALIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER EFEITO DE ACORDO COM A LEI Nº 206/75



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **VINICIUS MIRANDA CORRÊA**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. 30208, encontra-se quite com esta Tesouraria até 31/03/2019.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/03/2019.

Chave de validação **33da5afbeab4e5b316a4a59611b8d1130130a52d**

Emitida eletronicamente via internet em 20/09/2018

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Conduta Ético-Profissional

Declaramos, 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) **VINICIUS MIRANDA CORRÊA**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **30208** conforme períodos abaixo:

Períodos

25/07/2012 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. 0a66f76471470119c4d5c8846ad0622e7e6949aa

Emitida eletronicamente via internet em 20/09/2018

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **VINICIUS MIRANDA CORRÊA**, é médico(a) inscrito(a) perante o Conselho Regional de Medicina do Paraná, sob o nº. 30208 desde 25/07/2012, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 20/12/2018.

Chave de validação **68a225320c97c60d8224ac55e8e145b62c423412**

Emitida eletronicamente via Internet em 20/09/2018

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



Profissional



CRM: 15906

Nome: MAGALY ANTONIETA CLAROS CANCECO

Data de Inscrição: 24/02/1997 **Situação:** Ativo

Sexo: Feminino

Tipo de Inscrição: Principal

Cidade: Curitiba

Não existe especialidade registrada para este CRM.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
 CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO
 Documento de identificação dos serviços de saúde nº 6.276.813

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO
 ESTADO DO PARANÁ



NOME: PAULO CLÁUDIO BETA
 CLÁUDIO CANEJO

DATA DE INSCRIÇÃO: 24/02/1997

DATA DE NASCIMENTO: 22/11/1969



ASSINATURA DO PORTADOR

PAULO CLÁUDIO CAMACHO

ERTHA CANEJO ALMEIDA

NATURALIDADE: BOLIQUIA

RG: V068599-7

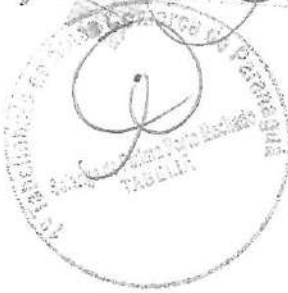
DATA DE EMISSÃO: 25/02/1997

LOCAL DE EMISSÃO: CURITIBA - PR

DATA DE VALIDADE: 25/02/2016

ASSINATURA DO PRESIDENTE

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **MAGALY ANTONIETA CLAROS CANCECO**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **15906** desde **01/12/2015**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 20/10/2018.

Chave de validação **7c7cb6893eca4764bef5ef6f4e29f4ae555a349c**

Emitida eletronicamente via internet em **20/07/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Conduta Ético-Profissional

Declaramos, 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) **MAGALY ANTONIETA CLAROS CANCECO**, inscrito(a) neste órgão sob o n.º. **15906** conforme períodos abaixo:

Períodos

24/02/1997	a	01/12/2015
01/12/2015	a	presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação n.º. **6694d5d8131ee9646fa745b23f6ba18dbe2d9f16**

Emitida eletronicamente via internet em **20/07/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



Profissional



CRM: 8330

Nome: RICARDO APPEL LAFFITTE

Data de Inscrição: 05/01/1983 **Situação:** Ativo

Sexo: Masculino

Tipo de Inscrição: Principal

Cidade: Guaraqueçaba

Não existe especialidade registrada para este CRM.



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 1.178.629-4 DATA DE EXPEDIÇÃO: 08/05/2008

NOME: RICARDO APPEL LAFFITTE

FILIAÇÃO: ACRYR CAVANHA LAFFITTE
MARIA ANTONIA APPEL LAFFITTE

NATURALIDADE: CURITIBA/PR DATA DE NASCIMENTO: 14/02/1987

DOC. ORIGEM: COMARCA=CURITIBA/PR, 1º OFÍCIO
C. CAS=2189, LIVRO=68AUX, FOLHA=58

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 20/08/03





Cartão 19 01 1983 Nome: <i>JOSE CARLOS PEREIRA</i> Assinatura: <i>JOSE CARLOS PEREIRA</i> <i>JOSE CARLOS PEREIRA</i>	Cartão de Identidade N.º <i>178629-Pr</i>
	Certificado de Matrícula N.º <i>644856-52 Z</i>
	Título de Eleitor N.º <i>106130-48Z</i>
	Inscrição no CIC N.º <i>233937699-87</i>
	POLEGAR DIREITO 
	

Conselho Regional de Medicina do Estado de Paraná
CARTÃO DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

Ordem Nº 8330

Em 05 de 01 de 1987

Alfredo Appel Laffitte

Arzo - Cavanha Laffitte e Maria Antonia Appel
Laffitte

Cursou na Universidade Federal do Paraná

em 17 de 12 de 1982

Brasileira

Data de 14 de 02 de 1987

1.178629

em 16 de 11 de 1977 - Pr

Este Cartão de Identidade é válido em todo o
Estado do Paraná, conforme Lei nº 3.207/77, art. 1º.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **RICARDO APPEL LAFFITTE**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **8330** desde **05/01/1983**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 30/08/2018.

Chave de validação **d255b36d9e6986d89c5fe0384f38d3684d6a98b5**

Emitida eletronicamente via internet em **30/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: **www.crmpr.org.br**



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Conduta Ético-Profissional

Declaramos, 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) **RICARDO APPEL LAFFITTE**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **8330** conforme períodos abaixo:

Períodos

05/01/1983 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. **48b914167eb353dd4f47b26cbd7da74093b8930a**

Emitida eletronicamente via internet em **30/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



Profissional



CRM: 6712

Nome: SERGIO ANTONIO WALLBACH RIBEIRO

Data de Inscrição: 10/01/1980 **Situação:** Ativo

Sexo: Masculino

Tipo de Inscrição: Principal

Cidade: Curitiba

Especialidade

Área de Atuação

RQE

CIRURGIA GERAL

301

Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná
CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

Cim-Pr. 6712 Em 10 / 01 / 1980
 Postador: SERGIO ANTONIO WALLBACH RIBEIRO
 Filiação: Antonio Ribeiro e Leoni Wallbach Ribeiro
 Médico pela: Universidade Católica do Paraná
 em 15 / 12 / 1976
 Nacionalidade: Brasileira Data Nasc. 13 / 01 / 53
 Reg. Geral n.º 823.209 - PR em Curitiba 24.4.76
 (Vale como Documento de Identidade e tem fé pública em todo o Território Nacional. Lei n.º 3.268/57 - 59).

Cédula Identificadora
 N.º 823.209 - PR
 Certificado Militar
 N.º 446.709-5ARN
 Título do Eleitor PR
 N.º 93.964-34Z
 Inscrição no CIE
 N.º 254962049/88
 POLEGAR DIREITO

Curitiba, 22 / 01 / 1980

PRESIDENTE
 SECRETARIO
 POSTADOR



LEI Nº 11.228 DE 18/07/2010
 SELO DE AUTENTICAÇÃO
 FUNARPEN
 CLÁUDIA G. B. ESCREVENHA
 FNC29145

03 JAN. 2018
 Pontal do PR.
 Cláudio Roberto de Camargo - AGENTE DELEGADO
 Dimas Medeiros - AGENTE SUBSTITUTO

FRANCO



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Conduta Ético-Profissional

Declaramos, 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) **SERGIO ANTONIO WALLBACH RIBEIRO**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. 6712 conforme períodos abaixo:

Períodos

10/01/1980 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. 10c44820c9759c74d0e85b2dd1f504c267a86a64

Emitida eletronicamente via internet em 15/06

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crimpr.org



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **SERGIO ANTONIO WALLBACH RIBEIRO**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. 6712, encontra-se quile com esta Tesouraria até 29/07/2018.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 29/07/2018.

Chave de validação **0b9d9882885bd96c0e4c5ca4ee01d47e9c6b432f**

Emitida eletronicamente via internet em 15/06/201

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crimpr.org.br



Profissional



CRM: 12372

Nome: PAULO FRANCISCO COELHO SOARES

Data de Inscrição: 29/10/1990 **Situação:** Ativo

Sexo: Masculino

Tipo de Inscrição: Principal

Cidade: Curitiba

Especialidade

Área de Atuação

RQE

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

3975

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO



Documento
de Identidade Conforme
Lei Nº 6.206/75

C.R.M. Nº

12372

Data de Inscrição

29/10/1990

Foto 3x4 (colar)

Nome

PAULO FRANCISCO COELHO SOARES

Assinatura do Portador

[Handwritten signature]

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO
PARANÁ

EUCLIDES PAMI SOARES
MOZARINA COELHO SOARES

Nome

SANTA MARIA - RS

Data de Nascimento

08/04/1963

Nº

2822091934 (RS)

Data de Inscrição

18/10/1980

C.R.M.

411813448-34

Título de Autor

00654306408/83

Sexo

M

Idade

177

Carteira de Trabalho

CARTA PATENTE

Fls. de Análise

A

Positivo

Observações

Doador de Órgãos e Tecidos

Local e Data

Curitiba, 30 de janeiro de 2006

Assinatura

Dr. Hélio Bertolozzi Soares

Presidente

[Handwritten signature: Helio Bertolozzi Soares]

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1º TABELIONATO DE NOTAS DE CURITIBA-PR
R. MARCHELLO DIAS, 2278 - BARRIO REBOQUE
CURITIBA, PR - 81.220-110 - FONE: (41) 233-4444

ATTESTAÇÃO

DE ACORDO COM O ART. 17 DA LEI Nº 8.935 DE 18/11/1994, A
PRESENTE AUTOCÓPIA É CONFERIDA POR MME. E É REPRO
DUÇÃO DO ORIGINAL APRESENTADO. DOU PÊ.

ANDRESSA CRISTINA BREGINSKI - ES. 19.999.999
Curitiba, 30 de Dezembro de 2017

Tabelião: Martin Souto Jentzsch

VALIDA O SELO ORIGINAL EM QUALQUER LOCAL DO BRASIL - VALIDA EM TODOS OS ESTADOS DO BRASIL

FNC85496





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **PAULO FRANCISCO COELHO SOARES**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **12372**, encontra-se quite com esta Tesouraria até **31/05/2018**.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/05/2018.

Chave de validação **2f60293b3ca602d281988509ffdc6a893d105d8a**

Emitida eletronicamente via internet em **27/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Vlezzler, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

Declaração nº 041/2018 – DEPOSIN

Curitiba, 30 de maio de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaramos, 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. PAULO FRANCISCO COELHO SOARES**, que está inscrito neste órgão sob nº **12.372**, desde **29/10/1990**.

Declaramos ainda, que o referido profissional encontra-se quite com a Tesouraria deste Conselho até **31/12/2018**.

Por ser verdade, firmamos o presente.

CARLOS ROBERTO NAUFEL JÚNIOR

1ª Secretário



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **PAULO FRANCISCO COELHO SOARES**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **12372** desde **29/10/1990**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 27/08/2018.

Chave de validação **2049ee1a1e5213342ef7074b9a9829620a9068d6**

Emitida eletronicamente via internet em **27/05/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



Profissional



CRM: 5167

Nome: JOSE FREDERICO TOZZI DE AZEVEDO COSTA

Data de Inscrição: 12/01/1977 **Situação:** Ativo

Sexo: Masculino

Tipo de Inscrição: Principal

Cidade: Curitiba

Especialidade	Área de Atuação	RQE
ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR		10186
CIRURGIA GERAL		890
MEDICINA DO TRABALHO		888

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

Documento de Identidade Conforme Lei Nº 6.206/75

POLEGAR DIREITO

CRM Nº 5.167

Data de Inscrição 12.01.1977

Nome JOSÉ FREDERICO TOZZI DE AZEVEDO COSTA

Assinatura do Portador

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Filiação José Andrade de Azevedo Costa
Ida Tozzi de Azevedo Costa

Naturalização Salto Grande - SP Data de Nascimento 31.10.1947

RG 563.051/PR Data Expedição 21.03.1977 CPF 601.682.698-72

Título de Especialista 52901706-12/PR 0181 177

Categoria Profissional 956619 "A" Pálido RH positivo

"Não Doador de Órgãos e Tecidos"

Local e Data Curitiba-PR, 17 de maio de 2000.

Presidente DR. LUIZ SALLIM EMED

Marliene Colaco Batista

Escritor

Tabellionato de Notas Exclusivo para Autenticação de Cópia

FOU50832

SERVIÇO REGISTRAL E DO SOQUEIRO

Av. Marechal Floriano Peixoto, 8155
81650-000 - Goqueirão - Curitiba - PR

Curitiba 2 0 A60, 2018 Paraná

A PRESENTAR FOTOCOPIA E REPRODUÇÃO FIEL DO DOCUMENTO AUTENTICADO NESTE CARTÃO NESTA DATA.

Mônica M. G. de Macedo Oalla Vecchia

CLATIFICADO BUE O SÉLDO DE AUTENTICIDADE DE ATOS

F44 AFIXADO NA ÚLTIMA FOLHA DO DOCUMENTO E ENTREGUE PARA A PARTE.





Profissional



CRM: 30216

Nome: CAROLINA BEGA FERREIRA

Data de Inscrição: 25/07/2012 **Situação:** Ativo

Sexo: Feminino

Tipo de Inscrição: Principal

Cidade: Curitiba

Não existe especialidade registrada para este CRM.



2

Assinatura do Portador
Caroline Bega Ferreira



POLEGAR DIREITO



VISTOS E ANOTAÇÕES

3

CRM-PR
Conselho Regional de Medicina
do Estado do Paraná

CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO

Inscrição : 30216 em 25/07/2012

Nome : CAROLINA BEGA FERREIRA

Filiação : SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS
e EDILENE BEGA FERREIRA

Nacionalidade : Brasileira

Naturalidade : UMUARAMA-PR

Data Nascimento : 26/09/1983

Diplomado pela PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO PARANÁ em 20/07/2012

Identidade : 86731975 SESP-PR
CPF : 04862204945

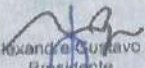
MÉDICO

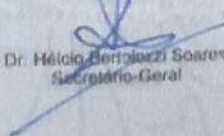
CRM/PR**Conselho Regional de Medicina
do Estado do Paraná**

A presente Carteira Profissional de Médico habilita
o (a) portador (a) qualificado(a) no anverso a
exercer legalmente a Medicina na jurisdição do
Estado do Paraná.

Essa carteira é para uso exclusivo dos Conselhos
Regionais de Medicina.
Transferência de Estado ou outras inscrições
deverão constar nas folhas seguintes.

Curitiba, 31/07/2012.


Dr. Alexandre Gustavo Bley
Presidente


Dr. Hélio Bertolucci Soares
Secretário-Geral

MEDICO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.673.197-5

DATA DE EMISSÃO 11/03/1999

NOME CAROLINA BEGA FERREIRA

ENDEREÇO SEBASTIÃO FERREIRA DOS SANTOS
EDILENE BEGA FERREIRA

NATURALIDADE UNUAUARA/PR

DATA DE NASCIMENTO 26/09/1983

END. ORIGEM COMARCA=UNUAUARA/PR, DA SCDR
C.NASC. 19509, LIVRO=17A, FOLHA=17B

CPF 000000000-0

ASSINATURA DO DETENTOR *Carolina B. Ferreira*

LEI Nº 116 DE 28/09/83

UNUAUARA - PR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

Carolina B. Ferreira

ASSINATURA DO DETENTOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE





Profissional



CRM: 15526

Nome: LUIS FELIPE DE LA CERDA ZENTENO

Data de Inscrição: 17/05/1996 **Situação:** Ativo

Sexo: Masculino

Tipo de Inscrição: Principal

Cidade: Curitiba

Não existe especialidade registrada para este CRM.



IDENTIDADE Nº
RNE/V075297-6/PR

CPF Nº
804.518.619-49

CERTIFICADO MILITAR Nº
:*:*:*:*:*:*:

TÍTULO ELEITORAL Nº
:*:*:*:*:*:*:

ZONA
:

SEÇÃO
:

LOCAL E DATA
Curitiba, 27 de maio de 1996.

ASSINATURA DO PORTADOR

DOCUMENTO DE IDENTIDADE CONFORME LEI Nº 6.206/76

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

POLEGAR DIREITO

CONSTITUIÇÃO DO BRASIL DE 1988 - Artigo 196

P A R A N Á

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME
LUIS FELIPE DE LA CERDA ZENTENO

CRM Nº
15.526

NACIONALIDADE
chilena

DATA DE NASCIMENTO
17.05.1996

DATA DE ASSINATURA
24.06.1996

RELACIONES
Luis Eduardo de la Cerda Varas
Maria Ema Zenteno de la Cerda Carvalho

ASSINATURA DO PORTADOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



Profissional



CRM: 19632

Nome: ALEXANDRE BENINI ANTUNES

Data de Inscrição: 30/07/2002 **Situação:** Ativo

Sexo: Masculino

Tipo de Inscrição: Principal

Cidade: Campo Largo

Especialidade	Área de Atuação	RQE
ANESTESIOLOGIA		15255
MEDICINA INTENSIVA		18109



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO
Documento de Identidade expedido de acordo com a Lei nº 3.268/66



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

NOME
ALEXANDRE BENINI ANTUNES

CON Nº
19632

DATA DE INDICAÇÃO
30/07/2002

VIA
1

DATA DE NASCIMENTO
22/11/1977


ASSINATURA DO PORTADOR

FILIAÇÃO
MARIO ANTUNES DOS SANTOS

CECILIA MARIA BENINI ANTUNES

NATURALIDADE
AVARE-SP

RG
26.773.332-X/SESP-SP

DATA DE EXPEDIÇÃO
08/03/2010

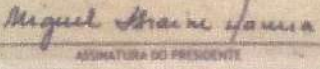
TÍTULO DE ELEITOR
00191566520175

SÉCÃO
038

ZONA
236

CPF
17065588807

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
CURITIBA-PR, 08/03/2010


ASSINATURA DO PRESIDENTE

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA



Profissional



CRM: 34881

Nome: CLAUDIA PINHO SCHULLER

Data de Inscrição: 29/07/2015 **Situação:** Ativo

Sexo: Feminino

Tipo de Inscrição: Principal

Cidade: Curitiba

Não existe especialidade registrada para este CRM.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DO PARANÁ
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME
CLAUDIA PINHO SCHULLER

CRM/UF
034881/PR

FILIAÇÃO
ANTONIO GERMANO DAS
NEVES SCHULLER
CELIA REGINA PINHO
SCHULLER

DATA DE INSCRIÇÃO
29/07/2015

ASSINATURA DO PORTADOR
Claudia Pinho Schuller





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **CLAUDIA PINHO SCHULLER**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **34881** desde **29/07/2015**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 20/12/2018.

Chave de validação **a636f97bc453bf1b3cb02c654448454ec5955f91**

Emitida eletronicamente via internet em **20/09/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Débitos

Declaramos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **CLAUDIA PINHO SCHULLER**, inscrito(a) neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **34881**, encontra-se quite com esta Tesouraria até **31/03/2019**.

Finalidade: Simples verificação.

Esta Declaração tem validade até o dia 31/03/2019.

Chave de validação **d4bfa6e153c874f0b96cf55f0a18d5158f945ce0**

Emitida eletronicamente via internet em **20/09/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração Negativa de Conduta Ético-Profissional

Declaramos, 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) **CLAUDIA PINHO SCHULLER**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **34881** conforme períodos abaixo:

Períodos

29/07/2015 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. **e6e6e2c26dcc47c3b939eb879ed4d30588dabba6**

Emitida eletronicamente via internet em **20/09/2018**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br



Profissional



CRM: 34038

Nome: DIEGO SILVA COELHO

Data de Inscrição: 16/01/2015 **Situação:** Ativo

Sexo: Masculino

Tipo de Inscrição: Principal

Cidade: Campo Grande

Especialidade

Área de Atuação

RQE

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

23449