ASSIMS - **Associação Intermunicipal de Saúde**
Micro-Região de Pato Branco

Nº de Controle
Processo nº
019/2017

PROTOCOLO N.º 036/17
DIA 23/03/17
HORA 13:30
ASSINATURA

Interessado:

Licitação

Endereço:

Inexigibilidade de Licitação nº 007/2017
Chamamento Publico 001/2016

Assunto: Credenciamento de pessoas juridicas da área de saúde para prestação de serviços hospitalares e ambulatoriais eletivos.

Código SIA/SUS

Emissão em ____/____/____

Conclusão em ____/____/____

Observações:

Policlínica Chopinzinho Ltda - CONTRATO Nº 014/2017

ENCAMINHAMENTO

Data	Unidade	Rúbrica	Data	Unidade	Rúbrica

ESTADO DO PARANÁ
CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE 000002

CNPJ: 00.136.858/0001-88 Telefone/Fax: 46313-3550 / 46331-3555
AFONSO PENA, 1902, CEP 85501-530
C.E.P.: 85501-530 - Pato Branco - PR

Solicitação Nr.: 40/2017
Data: 22/03/2017
Nr. por Centro de Custo: 23

Folha: 1/3

[ ] Execução de Serviço
[ ] Execução de Obra
[ ] Compra

SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS E/OU EXECUÇÃO DE OBRAS/SERVIÇOS

SOLICITANTE:

Centro de Custo: 2 - ATENDIMENTO AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS
Órgão: 2 - DIVISÃO DE SAÚDE
Unidade: 1 - Atendimento aos Municípios Consorciados
Nome do Solicitante: Ivan Regis Ziem
Local de Entrega: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - RUA AFONSO PENA, N. º 1902
Destinação: Atender ao usuarios dos municipios consorciados ao CONIMS.
Código da Dotação :
Identificação:

Observações:

ITENS SOLICITADOS:

Item	Quantidade	Unid.	Especificação	Preço Unit. Previsto	Preço Total Previsto
1	10	UND	0702030031 - ARRUELA DENTEADA (12-01-9696)	41,0600	410,60
2	192	UND	0407030026 - COLECISTECTOMIA (12-01-9577)	1.391,5400	267.175,68
3	744	UND	0301010072 - CONSULTA PRÉ ANESTÉSICA (12-01-9564)	136,5300	101.578,32
4	150	UND	0203020022 - EXAME ANATOMO PATOLÓGICO DO COLO UTERINO PEÇA CIRÚRGICA (12-01-9697)	43,2100	6.481,50
5	150	UND	0203020030 - EXAME ANATOMO PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO/PARAFINA POR PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIÓPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA) (12-01-9698)	24,0000	3.600,00
6	10	UND	0702030449 - GRAMPO (12-01-9710)	24,6100	246,10
7	48	UND	0407020284 - HEMORROIDECTOMIA (12-01-9597)	631,8800	30.330,24
8	288	UND	0407040064 - HERNIOPALSTIA EPIGÁSTRICA (12-01-9598)	1.161,1500	334.411,20
9	288	UND	0407040080 - HERNIOPLASTIA INCISIONAL (12-01-9599)	1.079,8400	310.993,92
10	288	UND	0407040099 - HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) (12-01-9600)	852,0400	245.387,52
11	288	UND	0407040102 - HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) (12-01-9601)	891,0200	256.613,76
12	288	UND	0407040129 - HERNIOPLASTIA UMBILICAL (12-01-9603)	950,9400	273.870,72
13	24	UND	0409060119 - HISTERECTOMIA COM ANEXECTOMIA (12-01-9604)	1.670,2200	40.085,28
14	24	UND	0409060135- HISTERECTOMIA TOTAL (12-01-9606)	1.400,5500	33.613,20

Solicitante: Ivan Regis Ziem:.....

Pato Branco, 22 de Março de 2017.

Altair José Gasparetto

ESTADO DO PARANÁ
CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE 000003

CNPJ: 00.136.858/0001-88 Telefone/Fax: 46313-3550 / 46331-3555
AFONSO PENA, 1902, CEP 85501-530
C.E.P.: 85501-530 - Pato Branco - PR

Solicitação Nr.: 40/2017
Data: 22/03/2017
Nr. por Centro de Custo: 23

[ ] Execução de Serviço
[ ] Execução de Obra
[ ] Compra

SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS E/OU EXECUÇÃO DE OBRAS/SERVIÇOS

Item	Quantidade	Unid.	Especificação	Preço Unit. Previsto	Preço Total Previsto
15	48	UND	0409060186 - LAQUEADURA TUBÁRIA (12-01-9609)	711,0200	34.128,96
16	48	UND	0409060216 - OOFORECTOMIA/OOFOROPLASTIA (12-01-9617)	1.114,1200	53.477,76
17	10	UND	0408060190 - OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ (12-01-9620)	645,6800	6.456,80
18	10	UND	0702030694 - PARAFUSO CORTICAL 3,5 MM (12-01-9728)	15,3400	153,40
19	10	UND	0702030708 - PARAFUSO CORTICAL 4,5 MM (12-01-9729)	18,0600	180,60
20	10	UND	0702030716 - PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA DE TITÂNEO (12-01-9730)	486,2900	4.862,90
1	10	UND	0702030759 - PARAFUSO METALICO DE INTERFERÊNCIA (12-01-9734)	154,3800	1.543,80
22	744	UND	0301010072 - PÓS CONSULTA (12-01-9563)	34,1300	25.392,72
23	48	UND	0409050083 - POSTECTOMIA (12-01-9624)	438,2400	21.035,52
24	744	UND	0301010072 - PRÉ CONSULTA (12-01-9562)	34,1300	25.392,72
25	10	UND	0408050152 - RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA ARTICULAR DO JOELHO (12-01-9627)	578,8900	5.788,90
26	48	UND	0408050160 - RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR) (12-01-9628)	3.204,3600	153.809,28
27	10	UND	0408060379 - RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS (12-01-9638)	225,1600	2.251,60
28	192	UND	9001010260-TAXA DE VIDEO PARA COLECISTECTOMIA (12-01-9825)	300,0000	57.600,00
29	288	UND	9001010270-TAXA DE VIDEO PARA HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) (12-01-9826)	300,0000	86.400,00
0	288	UND	9001010280-TAXA DE VIDEO P/HERNIOPLASTIA INGUINAL/ CRURAL (UNILATERAL) (12-01-9827)	300,0000	86.400,00
31	48	UND	9001010290-TAXA DE VIDEO PARA LAQUEADURA TUBARIA (12-01-9828)	300,0000	14.400,00
32	150	UND	0702050555 - TELA INORGANICA DE POLIPROPILENO GRANDE (ACIMA DE 401 cm2) (12-01-9763)	150,0000	22.500,00
33	150	UND	0702050563 - TELA INORGANICAA DE POLIPROPILENO MÉDIA (101 A 400 cm2 (12-01-9764)	125,0000	18.750,00
34	150	UND	0702050571 - TELA INORGANICA DE POLIPROPILENO PEQUENA (ATÉ 100cm2) (12-01-9765)	102,0000	15.300,00
35	10	UND	0408050390- TRANSFERENCIA MUSCULAR/TENDINOSA NO	498,1600	4.981,60

Solicitante: Ivan Regis Ziem:.....

Pato Branco, 22 de Março de 2017.

Altair José Gasparetto

ESTADO DO PARANÁ
CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE 000004

CNPJ: 00.136.858/0001-88 Telefone/Fax: 46313-3550 / 46331-3555
AFONSO PENA, 1902, CEP 85501-530
C.E.P.: 85501-530 - Pato Branco - PR

Solicitação Nr.: 40/2017

Data: 22/03/2017

Nr. por Centro de Custo: 23

[ ] Execução de Serviço
[ ] Execução de Obra
[ ] Compra

SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS E/OU EXECUÇÃO DE OBRAS/SERVIÇOS

Item	Quantidade	Unid.	Especificação	Preço Unit. Previsto	Preço Total Previsto
			MEMBRO (12-01-9821)		
36	10	UND	0408060530-TRANSPOSIÇÃO/TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA (12-01-9814)	346,5300	3.465,30
37	10	UND	0408060549 - TRANSPOSIÇÃO/TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA ÚNICA (12-01-9651)	214,2100	2.142,10
38	10	UND	0408050896 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL/TOTAL (12-01-9675)	332,2600	3.322,60
39	10	UND	0408050888 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RÓTULA DE MENISCO COM SUTURA MESICAL UNI/BICOMPATIMENTAL (12-01-9673)	578,8900	5.788,90
40	48	UND	0409040240 - VASECTOMIA (12-01-9687)	629,6500	30.223,20
41	48	UND	0408060719 - VIDEOARTROSCOPIA (12-01-9766)	300,0000	14.400,00
				Preço Total:	2.604.946,70

Solicitante: Ivan Regis Ziem:.....

Pato Branco, 22 de Março de 2017.

Altair José Gasparetto

ESTADO DO PARANÁ
CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE

000005

CNPJ: 00.136.858/0001-88
AFONSO PENA, 1902, CEP 85501-530
C.E.P.: 85501-530 - Pato Branco - PR

SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE LICITAÇÃO

Excelentíssimo(a) Presidente

No uso das atribuições de meu cargo, venho respeitosamente requerer que Vossa Excelência autorize a abertura de procedimento licitatório conforme especificações relacionadas abaixo. A existência de recursos orçamentários foi confirmada pelo parecer contábil expedido pelo setor de contabilidade, estando tudo de acordo com a legislação em vigor.

OBJETO DA LICITAÇÃO: CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DA SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS ELETIVOS.

cesso Adm. nº: 19/2017 **Modalidade:** Inexigibilidade de Licitação
Forma de Julgamento: Chamada Publica
Forma Pgto. / Reajuste: Até o dia 30 posterior a NF / NÃO HÁ
Prazo Entrega/Exec.: 365 DIAS
Local de Entrega: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - RUA AFONSO PENA, N. º 1902
Urgência: SIM
Vigência: 365 DIAS
Observações: CHAMAMENTO PUBLICO 001/2016

Convidados:

DOTAÇÕES QUE SERÃO UTILIZADAS:

1-CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE

Despesa	Código da Dotação	Descrição da Dotação	Compl. do Elemento	Valor Previsto
25	02.01.2.002.3.3.90.39.00.00.00.00	Atendimento aos Municípios Consorciados	3.3.90.39.50.30.00.00	1.000.000,00
	Fonte de Recurso : 1076 - Serviços de saúde de consórcio			
26	02.01.2.002.3.3.90.39.00.00.00.00	Atendimento aos Municípios Consorciados	3.3.90.39.50.30.00.00	604.946,70
	Fonte de Recurso : 1323 - Recursos Convênio Estadual - Cirúrgias Eletivas			
47	02.01.2.002.3.3.90.39.00.00.00.00	Atendimento aos Municípios Consorciados	3.3.90.39.50.30.00.00	1.000.000,00
	Fonte de Recurso : 3323 - Recursos Convênio Estadual - Cirúrgias Eletivas (E			
		Total previsto:		2.604.946,70

ITENS:

Item	Quantidade	Unid.	Descrição	Preço Unit. Máximo	Total Previsto
1	10,000	UND	0702030031 - ARRUELA DENTEADA (12-01-9696)	41,0600	410,60
2	192,000	UND	0407030026 - COLECISTECTOMIA (12-01-9577)	1.391,5400	267.175,68
3	744,000	UND	0301010072 - CONSULTA PRÉ ANESTÉSICA (12-01-9564)	136,5300	101.578,32
4	150,000	UND	0203020022 - EXAME ANATOMO PATOLÓGICO DO COLO UTERINO PEÇA CIRÚRGICA (12-01-9697)	43,2100	6.481,50

Pato Branco, 22 de Março de 2017.

Rafael de Souza Telpizov

ESTADO DO PARANÁ
CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE

000006

CNPJ: 00.136.858/0001-88
AFONSO PENA, 1902, CEP 85501-530
C.E.P.: 85501-530 - Pato Branco - PR

SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE LICITAÇÃO

Item	Quantidade	Unid.	Descrição	Preço Unit. Máximo	Total Previsto
5	150,000	UND	0203020030 - EXAME ANATOMO PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO/PARAFINA POR PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIÓPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA) (12-01-9698)	24,0000	3.600,00
6	10,000	UND	0702030449 - GRAMPO (12-01-9710)	24,6100	246,10
7	48,000	UND	0407020284 - HEMORROIDECTOMIA (12-01-9597)	631,8800	30.330,24
8	288,000	UND	0407040064 - HERNIOPALSTIA EPIGÁSTRICA (12-01-9598)	1.161,1500	334.411,20
9	288,000	UND	0407040080 - HERNIOPLASTIA INCISIONAL (12-01-9599)	1.079,8400	310.993,92
10	288,000	UND	0407040099 - HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) (12-01-9600)	852,0400	245.387,52
11	288,000	UND	0407040102 - HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) (12-01-9601)	891,0200	256.613,76
12	288,000	UND	0407040129 - HERNIOPLASTIA UMBILICAL (12-01-9603)	950,9400	273.870,72
13	24,000	UND	0409060119 - HISTERECTOMIA COM ANEXECTOMIA (12-01-9604)	1.670,2200	40.085,28
14	24,000	UND	0409060135- HISTERECTOMIA TOTAL (12-01-9606)	1.400,5500	33.613,20
15	48,000	UND	0409060186 - LAQUEADURA TUBÁRIA (12-01-9609)	711,0200	34.128,96
16	48,000	UND	0409060216 - OOFORECTOMIA/OOFOROPLASTIA (12-01-9617)	1.114,1200	53.477,76
17	10,000	UND	0408060190 - OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ (12-01-9620)	645,6800	6.456,80
18	10,000	UND	0702030694 - PARAFUSO CORTICAL 3,5 MM (12-01-9728)	15,3400	153,40
19	10,000	UND	0702030708 - PARAFUSO CORTICAL 4,5 MM (12-01-9729)	18,0600	180,60
20	10,000	UND	0702030716 - PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA DE TITÂNEO (12-01-9730)	486,2900	4.862,90
21	10,000	UND	0702030759 - PARAFUSO METALICO DE INTERFERÊNCIA (12-01-9734)	154,3800	1.543,80
22	744,000	UND	0301010072 - PÓS CONSULTA (12-01-9563)	34,1300	25.392,72
23	48,000	UND	0409050083 - POSTECTOMIA (12-01-9624)	438,2400	21.035,52
24	744,000	UND	0301010072 - PRÉ CONSULTA (12-01-9562)	34,1300	25.392,72
25	10,000	UND	0408050152 - RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA ARTICULAR DO JOELHO (12-01-9627)	578,8900	5.788,90
26	48,000	UND	0408050160 - RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR) (12-01-9628)	3.204,3600	153.809,28
27	10,000	UND	0408060379 - RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS (12-01-9638)	225,1600	2.251,60
28	192,000	UND	9001010260-TAXA DE VIDEO PARA COLECISTECTOMIA (12-01-9825)	300,0000	57.600,00
29	288,000	UND	9001010270-TAXA DE VIDEO PARA HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) (12-01-9826)	300,0000	86.400,00
30	288,000	UND	9001010280-TAXA DE VIDEO P/HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL (UNILATERAL) (12-01-9827)	300,0000	86.400,00
31	48,000	UND	9001010290-TAXA DE VIDEO PARA LAQUEADURA TUBARIA (12-01-9828)	300,0000	14.400,00
32	150,000	UND	0702050555 - TELA INORGANICA DE POLIPROPILENO GRANDE (ACIMA DE 401 cm2) (12-01-9763)	150,0000	22.500,00
33	150,000	UND	0702050563 - TELA INORGANICAA DE POLIPROPILENO MÉDIA (101 A 400 cm2 (12-01-9764)	125,0000	18.750,00
34	150,000	UND	0702050571 - TELA INORGANICA DE POLIPROPILENO PEQUENA (ATÉ 100cm2) (12-01-9765)	102,0000	15.300,00
35	10,000	UND	0408050390- TRANSFERENCIA MUSCULAR/TENDINOSA NO MEMBRO (12-01-9821)	498,1600	4.981,60
36	10,000	UND	0408060530-TRANSPOSIÇÃO/TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA (12-01-9814)	346,5300	3.465,30
37	10,000	UND	0408060549 - TRANSPOSIÇÃO/TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA ÚNICA (12-01-9651)	214,2100	2.142,10
38	10,000	UND	0408050896 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL/TOTAL (12-01-9675)	332,2600	3.322,60
39	10,000	UND	0408050888 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RÓTULA DE MENISCO COM SUTURA MESICAL UNI/BICOMPATIMENTAL (12-01-9673)	578,8900	5.788,90

Pato Branco, 22 de Março de 2017.

Rafael de Souza Telpizov

SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE LICITAÇÃO

Item	Quantidade	Unid.	Descrição	Preço Unit. Máximo	Total Previsto
40	48,000	UND	0409040240 - VASECTOMIA (12-01-9687)	629,6500	30.223,20
41	48,000	UND	0408060719 - VIDEOARTROSCOPIA (12-01-9766)	300,0000	14.400,00
			Total Geral ------>	22.435,0900	2.604.946,70

Pato Branco, 22 de Março de 2017.

Rafael de Souza Telpizov

ESTADO DO PARANÁ
CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE

CNPJ: 00.136.858/0001-88
AFONSO PENA, 1902, CEP 85501-530
C.E.P.: 85501-530 - Pato Branco - PR

000008

AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO DE LICITAÇÃO

O(a) Presidente, Altair José Gasparetto, no uso das atribuições que lhe confere a legislação em vigor, especialmente a Lei Nr. 8.666/93 e suas alterações legais, resolve:

01 - Autorizar a abertura do presente processo administrativo de licitação, assim identificado:

A - Processo Nr.: 19/2017
B - Modalidade: Inexigibilidade de Licitação
C - Forma de Julgamento: Chamada Publica
D - Forma Pgto./ Reajuste: Até o dia 30 posterior a NF / NÃO HÁ
E - Prazo Entrega/Exec.: 365 DIAS
F - Local de Entrega: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE
G - Urgência: SIM
H - Vigência: 365 DIAS
I - Objeto da Licitação: CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DA SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS ELETIVOS.

J - Observações: CHAMAMENTO PUBLICO 001/2016

K - Convidados:

02 - Indicação de Recursos - Dotação Orçamentária:

1-CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE

Despesa	Código da Dotação	Descrição da Dotação	Compl. do Elemento	Valor Previsto
25	02.01.2.002.3.3.90.39.00.00.00.00	Atendimento aos Municípios Consorciados	3.3.90.39.50.30.00.00	1.000.000,00
	Fonte de Recurso : 1076 - Serviços de saúde de consórcio			
26	02.01.2.002.3.3.90.39.00.00.00.00	Atendimento aos Municípios Consorciados	3.3.90.39.50.30.00.00	604.946,70
	Fonte de Recurso : 1323 - Recursos Convênio Estadual - Cirúrgias Eletivas			
47	02.01.2.002.3.3.90.39.00.00.00.00	Atendimento aos Municípios Consorciados	3.3.90.39.50.30.00.00	1.000.000,00
	Fonte de Recurso : 3323 - Recursos Convênio Estadual - Cirúrgias Eletivas (E			
			Total Previsto :	2.604.946,70

Pato Branco, 22 de Março de 2017.

Altair José Gasparetto

CONIMS
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

000009

ATO DO GESTOR

Resolução N.º 042 de 06 de março de 2017

Súmula: Indicar Comissão Permanente de Licitações do CONIMS.

O Presidente da Assembleia do CONIMS – Consórcio Intermunicipal de Saúde, Senhor Altair José Gasparetto, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Protocolo de Intenções, Estatuto Social e Contrato de Consórcio Público:

Considerando que a investidura dos membros da Comissão Permanente de Licitação não deve exceder um ano, conforme art. 51, §4º, da Lei n.8.666/93;

Resolve:

Art. 1.º Indicar a Comissão Permanente de Licitação do CONIMS, constituindo-a das pessoas abaixo relacionadas:

Membro	Nº. do CPF	Cargo
Cacilda Aparecida Santos	033.437.559 (...)	Presidente
Sandra Fim	903.809.599 (...)	Vice-Presidente
Marlusa Picinin Morais	840.053.869 (...)	Secretária
Sibele Maria Piazza Inocencio	554.008.849 (...)	Membro

Art. 2.ºA Comissão designada poderá convocar a qualquer momento outros profissionais para compor a Comissão ou servirem de apoio/auxiliar a esta, em qualquer processo licitatório, desde que o objeto licitado exija.

Art. 3.º Revoga-se a formação da Comissão nomeada pela Resolução N.º 136/2016.

Art. 4º. Esta resolução entra em vigor a partir de sua publicação.

Pato Branco/PR, 06 de março de 2017.

ALTAIR JOSÉ GASPARETTO
Presidente

ESTADO DO PARANÁ
CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE

000010

CNPJ: 00.136.858/0001-88
AFONSO PENA, 1902, CEP 85501-530
C.E.P.: 85501-530 - Pato Branco - PR

PARECER CONTÁBIL

Em atenção a solicitação do setor de compras e licitações para verificar a existência de recursos orçamentários para assegurar o pagamento das obrigações decorrentes do objeto especificado abaixo, certifico que:

[ ] - HÁ recursos orçamentários para pagamento das obrigações conforme dotação(ões) especificada(s) abaixo;
[ ] - NÃO HÁ recursos orçamentários para pagamento das obrigações;
[ ] - Despesas Extra Orçamentárias.

DADOS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO:

Nr. Processo Adm. / Ano: 19/2017
Data do Processo Adm.: 22/03/2017
Modalidade: Inexigibilidade de Licitação

Objeto do Processo Adm.: CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DA SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS ELETIVOS.

RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS: CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE

Cod.Red.	Un.Orç.	Proj./Ativ.	Elemento Despesa	Compl.do Elemento	Saldo Disponível	Valor Previsto
25	02.01	2.002	3.3.90.39.00.00.00.00	3.3.90.39.50.30.00.00	11.349.101,46	1.000.000,00
26	02.01	2.002	3.3.90.39.00.00.00.00	3.3.90.39.50.30.00.00	-705.720,10	604.946,70
47	02.01	2.002	3.3.90.39.00.00.00.00	3.3.90.39.50.30.00.00	1.066.611,22	1.000.000,00
					Total Previsto:	**2.604.946,70**

					Total Geral:	**2.604.946,70**

Pato Branco, Em 22/03/2017

Geneci Rodrigues Chaves

ESTADO DO PARANÁ
CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE

000011

CNPJ: 00.136.858/0001-88
AFONSO PENA, 1902, CEP 85501-530
C.E.P.: 85501-530 - Pato Branco - PR

PARECER CONTÁBIL

Em atenção a solicitação do setor de compras e licitações para verificar a existência de recursos orçamentários para assegurar o pagamento das obrigações decorrentes do objeto especificado abaixo, certifico que:

[ ] - HÁ recursos orçamentários para pagamento das obrigações conforme dotação(ões) especificada(s) abaixo;
[ ] - NÃO HÁ recursos orçamentários para pagamento das obrigações;
[ ] - Despesas Extra Orçamentárias.

DADOS DO PROCESSO DE COMPRA:

Processo Administrativo: 19/2017
Número Processo / Ano: 19/2017
Data do Processo: 22/03/2017
Modalidade: Inexigibilidade de Licitação

Objeto do Processo: CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DA SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS ELETIVOS.

RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS: CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE

Cod.Red.	Un.Orç.	Proj./Ativ.	Elemento Despesa	Compl.do Elemento	Saldo Dotação	Valor Previsto
25	02.01	2.002	3.3.90.39.00.00.00.00	3.3.90.39.50.30.00.00	11.349.101,46	1.000.000,00
26	02.01	2.002	3.3.90.39.00.00.00.00	3.3.90.39.50.30.00.00	-705.720,10	604.946,70
47	02.01	2.002	3.3.90.39.00.00.00.00	3.3.90.39.50.30.00.00	1.066.611,22	1.000.000,00
					Total Previsto:	**2.604.946,70**

					Total Geral:	**2.604.946,70**

Pato Branco, Em 22/03/2017

Geneci Rodrigues Chaves

ESTADO DO PARANÁ
CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE

000012

CERTIFICADO DE REGISTRO CADASTRAL Nr. 625

Data da Inscrição: 16/03/2017 **Data da Renovação:** **Válido Até:** 16/03/2018

DADOS GERAIS:

Razão Social: Policlinica Chopinzinho Ltda. EPP
Código: 1132 **Ativ.Econ.:** **Tipo de Empresa:** **Data do Cadastro:** 22/01/2014
Endereço: Rua João Inacio Thomas, 4262
Bairro: Centro **e-mail:** policlinicachopinzinho@gmail.com
Cidade: Chopinzinho **Estado:** PR **País:** Brasil
C.E.P.: 85560-000 **Telefone:** 463242-8181 **Fax:** 463242-8150
CNPJ: 78.734.282/0001-48 **Inscr. Estadual:** **Inscr. Municipal:**
Responsável: VALMIR CARLOS BIESEK **Identificação:**
Outras Informações:

RAMO DE ATIVIDADE:

Código do Ramo	Descrição do Ramo de Atividade

DOCUMENTAÇÃO:

Descrição do Documento	Nr. do documento	Data Emissão	Data Validade
ALVARA DE LICENCA SANITARIA	1428	01/08/2016	01/08/2017
ALVARA DE LOCALIZACAO E FUNCIONAMENTO	039/85	17/05/2012	
BALANÇO PATRIMONIAL	S/N	31/12/2015	30/04/2017
C.N.P.J.	78.734.282/0001-48	21/03/1985	
CERTIDAO NEGATIVA DE DEBITOS DE TRIBUTOS E CONTRIBUICOES FEDERAIS	AF90.8AD3.2C53.7807	24/10/2016	22/04/2017
CERTIDAO NEGATIVA DE DEBITOS DE TRIBUTOS ESTADUAIS	015969425-75	23/02/2017	23/06/2017
CERTIDAO NEGATIVA DE DEBITOS MUNICIPAIS	00529/2017	09/03/2017	09/05/2017
ertidão Negativa de Débitos Trabalhistas	125122740/2017	23/02/2017	21/08/2017
CERTIFICADO NEGATIVA DE FALENCIA OU CONCORDATA	20170309125100770l019	09/03/2017	09/09/2017
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	7039344	14/07/2012	
CONTRATO SOCIAL	41204371892	06/07/2000	
DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE	S/N	13/03/2017	13/03/2018
DECLARAÇÃO SITUAÇÃO DE REGULARIDADE	S/N	13/03/2017	13/03/2018
F.G.T.S	2017022802404614765211	28/02/2017	20/03/2017
RECUPERAÇÃO JUDICIAL E EXTRAJUDICIAL	20170309125100770l019	09/03/2017	09/09/2017
Requerimento Credenciamento	S/N	13/03/2017	13/03/2018

Este Certificado obedece o estipulado na Lei 8.666 de 21/06/1993 e atualizações e normas da CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE, e poderá necessitar de documentação complementar conforme solicitado no edital.

Pato Branco, 16 de Março de 2017

Ivan Regis Ziem

POLICLINICA
CHOPINZINHO

ANEXO I
REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde
Setor de Licitações e Contratos
Pato Branco – PR

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS ELETIVOS divulgado pelo **Consórcio Intermunicipal de Saúde – CONIMS,** nos termos do presente Edital.

Nome: POLICLÍNICA CHOPINZINHO LTDA
Telefone: (46)3242-8181 / 3242-8150 e-mail: policlinicachopinzinho@gmail.com
Endereço Comercial: RUA JOÃO IGNÁCIO THOMAS, 4262, CENTRO, CEP: 85560-000
Cidade: CHOPINZINHO Estado: PARANÁ
C.N.P.J: 78.734.282/0001-48 Inscr. Estadual: ISENTO
Inscrição Municipal : 110825
Banco: 001 – Banco do Brasil Ag:0842-7 Conta Corrente nº: 9748-9

Profissional que executará os serviços:
- Dr. João Carlos Guarienti CRM 10538-PR
- Dra. Ana Paula Lyczacovski Riesemberg CRM 14735-PR
- Dr. Guilherme Gonçalves dos Santos Júnior CRM 20611-PR
- Dr. Marcelo Augusto Riesemberg CRM 13230-PR
- Dr. Fabio Alan Cavali CRM 28739-PR

N° do conselho da categoria do profissional que executará os serviços: descrito acima

Procedimentos *(relacionar os itens de acordo com a Tabela-código e descrição)*

Código	Descrição
0301010072	Pré Consulta
0301010072	Pós Consulta
0301010072	Consulta Pré Anestésica
0407030026	Colicistectomia
0407020284	Hemorroidectomia
0407040064	Hernioplastia Epigástrica
0407040080	Hernioplastia Incisional
0407040099	Hernioplastia Inguinal (bilateral)
0407040102	Hernioplastia Inguinal/Crural (unilateral)
0407040129	Hernioplastia Umbilical
0409060119	Histerectomia com anexectomia
0409060135	Histerectomia Total
0409060186	Laqueadura Tubária
0409060216	Ooforectomia/Ooforoplastia
0409050083	Postectomia
0408050160	Reconstrução ligamentar intra-articular do joelho (cruzado anterior)
0409040240	Vasectomia

POLICLINICA
CHOPINZINHO

Horários e dias que o prestador disponibilizará para o atendimento aos serviços credenciados

0407030026 Colicistectomia
04 cirurgias por semana – 16 por mês 192 c
- Dr. Marcelo Augusto Riesemberg: terças-feiras as 10:00h e quartas-feiras as 15:00h
- Dr. João Carlos Guarienti: terças-feiras as 8:00h e quartas-feiras as 13:00h

0407040064 Hernioplastia Epigástrica
0407040080 Hernioplastia Incisional
0407040099 Hernioplastia Inguinal (bilateral)
0407040102 Hernioplastia Inguinal/Crural (unilateral)
0407040129 Hernioplastia Umbilical
06 cirurgias de Hérnias por semana – 24 por mês 288
- Dr. Marcelo Augusto Riesemberg: terças-feiras as 8:00h e quartas-feiras as 13:00h
- Dra. Ana Paula Lyczacovski Riesemberg: terças-feiras as 8:00h e quartas-feiras as 13:00h
- Dr. João Carlos Guarienti: terças-feiras as 8:00h e quartas-feiras as 13:00h

0409050083 Postectomia
0409040240 Vasectomia
01 cirurgia de Postectomia/Vasectomia por semana – 04 por mês
- Dra. Ana Paula Lyczacovski Riesemberg: quartas-feiras as 13:00h 48

0409060119 Histerectomia com anexectomia
0409060135 Histerectomia Total
02 cirurgias de Histerectomia por mês 24
- Dr. João Carlos Guarienti: segundas-feiras as 13:00h

0407020284 Hemorroidectomia
01 cirurgia por semana – 04 por mês 48
- Dr. Marcelo Augusto Riesemberg: quartas-feiras as 13:00h

0409060186 Laqueadura Tubária
01 cirurgia por semana - 04 por mês 48
- Dr. João Carlos Guarienti: quintas-feiras as 13:00h

0409060216 Ooforectomia/Ooforoplastia
01 cirurgia por semana - 04 por mês 48
- Dr. João Carlos Guarienti: segundas-feiras as 13:00h

0408050160 Reconstrução ligamentar intra-articular do joelho (cruzado anterior)
01 cirurgia por semana - 04 por mês
- Dr Fábio Alan Cavali: terças-feiras as 13:00h 48

- Dr. Guilherme Gonçalves dos Santos Júnior
Anestesiologista: terças e quartas-feiras período integral

POLICLINICA
CHOPINZINHO

000015

4

Local onde serão executados os serviços:
Policlínica Chopinzinho na Rua João Ignácio Thomas, 4262, Centro, CEP: 85560-000 , Chopinzinho – Paraná.

Chopinzinho – PR, 13 de março de 2017.

Valmir Carlos Biesek
Administrador
CPF: 648.750.910-87
RG: 1039690043 – SSP -RS

78.734.282/0001-48
POLICLÍNICA CHOPINZINHO LTDA
Rua João Ignácio Thomas, 4262 - Centro
85.560-000 - Chopinzinho - Paraná

000016

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETÁRIA DE ATENCÃO À SAÚDE

8/3/2017
DATASUS

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

IMPRESSÃO DA FICHA REDUZIDA

Identificação

CADASTRADO NO CNES EM: 14/7/2012 ULTIMA ATUALIZAÇÃO EM: 24/2/2017

Nome:			CNES:	CNPJ:
POLICLINICA CHOPINZINHO			7039344	78734282000148
Nome Empresarial:			**CPF:**	**Personalidade:**
POLICLINICA CHOPINZINHO LTDA EPP			--	JURÍDICA
Logradouro:			**Número:**	
RUA JOAO IGNACIO THOMAS			4262	
Complemento:	**Bairro:**	**CEP:**	**Município:**	**UF:**
	CENTRO	85560000	CHOPINZINHO	PR
Tipo Unidade:	**Sub Tipo Unidade:**	**Gestão:**	**Dependência:**	
HOSPITAL GERAL		MUNICIPAL	INDIVIDUAL	

PROFISSIONAIS SUS	
Médicos	**27**
Outros	**43**

PROFISSIONAIS NÃO SUS	
Total	**0**

Atendimento Prestado

Tipo de Atendimento:	Convênio:
AMBULATORIAL	PARTICULAR
AMBULATORIAL	SUS
AMBULATORIAL	PLANO DE SAUDE PRIVADO
INTERNACAO	SUS
INTERNACAO	PARTICULAR
INTERNACAO	PLANO DE SAUDE PRIVADO
SADT	PLANO DE SAUDE PRIVADO
SADT	SUS
SADT	PARTICULAR
URGENCIA	SUS
URGENCIA	PLANO DE SAUDE PRIVADO
URGENCIA	PARTICULAR
Fluxo de Clientela:	
ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA	

Leitos

CIRÚRGICO		
Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
GINECOLOGIA	2	2
CIRURGIA GERAL	5	4
CLÍNICO		
Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
SAUDE MENTAL	7	7
GERIATRIA	1	1
CLINICA GERAL	39	38
OBSTETRÍCIA		
Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**

OBSTETRICIA CIRURGICA	2	2
OBSTETRICIA CLINICA	7	6

PEDIÁTRICOS

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
PEDIATRIA CLINICA	11	11
PEDIATRIA CIRURGICA	3	3

Equipamentos

EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
GRUPO GERADOR	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
CANETA DE ALTA ROTACAO	1	1	SIM
CANETA DE BAIXA ROTACAO	1	1	SIM
COMPRESSOR ODONTOLOGICO	1	1	SIM
EQUIPO ODONTOLOGICO	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
BERÇO AQUECIDO	3	3	SIM
BOMBA DE INFUSAO	2	2	SIM
DESFIBRILADOR	1	1	SIM
EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	4	4	SIM
INCUBADORA	3	3	SIM
MONITOR DE ECG	1	1	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	6	6	SIM
RESPIRADOR/VENTILADOR	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ELETROCARDIOGRAFO	2	2	SIM

EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ENDOSCOPIO DAS VIAS URINARIAS	1	1	SIM
MICROSCOPIO CIRURGICO	2	2	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito:

RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS QUIMICOS
RESIDUOS COMUNS

Instalações Físicas para Assistência

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CONSULTORIOS MEDICOS	1	0
SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	2
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	2

AMBULATORIAL

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CLINICAS INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE NEBULIZACAO	1	0
SALA DE REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	2

HOSPITALAR

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
SALA DE CIRURGIA	4	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE RECUPERACAO	1	2

SALA DE CIRURGIA	1	0
SALA DE CURETAGEM	1	0
SALA DE PARTO NORMAL	1	1
SALA DE PRE-PARTO	1	1
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	6	0

Serviços de Apoio

Serviço:	Característica:
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO

Serviços Especializados

			Ambulatorial:		Hospitalar:	
Cod.:	Serviço:	Característica:	Amb.:	SUS:	Hosp.:	SUS:
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
115	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
135	SERVICO DE REABILITACAO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM

Serviços e Classificação

Codigo:	Serviço:	Classificação:	Terceiro:	CNES:
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 003	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 005	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	CENTRO DE PARTO NORMAL	NÃO	NAO INFORMADO
115 - 003	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	SERVICO HOSPITALAR PARA ATENCAO A SAUDE MENTAL	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	5205905
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	5664675
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	5664675
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	5205905
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	SIM	6289282
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	SIM	6289282
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	SIM	6289282
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	3128016

145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	2738678
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	2738678
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	3128016
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	2738678
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	3128016
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	2738678
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	3128016
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	2738678
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	3128016
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	2738678
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	3128016
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	2738678
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	3128016
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	2738678
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	3128016
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	2738678
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	SIM	6810527
131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 005	SERVICO DE REABILITACAO	REABILITACAO AUDITIVA	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 008	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 007	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 005	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 009	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO PSIQUIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 010	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OFTALMOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 012	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 013	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 014	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO CARDIOVASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 019	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 016	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO TRAUMATO ORTOPEDICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 018	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OFTALMOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO

000020

IMPRIMIR VOLTAR

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 78734282/0001-48
Razão Social: POLICLINICA CHOPINZINHO LTDA
Nome Fantasia: POLICLINICA CHOPINZINHO
Endereço: RUA SETE DE SETEMBRO 3925 SALA 4 / CENTRO / CHOPINZINHO / PR / 85560-000

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: 19/03/2017 a 17/04/2017

Certificação Número: 2017031902522806945240

Informação obtida em 22/03/2017, às 13:25:33.

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

000021

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO

Nome: POLICLINICA CHOPINZINHO LTDA - EPP
CNPJ: 78.734.282/0001-48

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB), com a exigibilidade suspensa, nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal; e

2. não constam inscrições em Dívida Ativa da União na Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

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

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

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 02/10/2014.
Emitida às 13:36:06 do dia 24/10/2016 <hora e data de Brasília>.
Válida até 22/04/2017.
Código de controle da certidão: **AF90.8AD3.2C53.7807**
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: POLICLINICA CHOPINZINHO LTDA - EPP (MATRIZ E FILIAIS)
CNPJ: 78.734.282/0001-48
Certidão nº: 125122740/2017
Expedição: 23/02/2017, às 15:05:40
Validade: 21/08/2017 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **POLICLINICA CHOPINZINHO LTDA - EPP (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **78.734.282/0001-48, 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.

POLICLINICA
CHOPINZINHO

ANEXO II
DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde
Setor de Licitações e Contratos
Pato Branco – PR

O interessado abaixo qualificado DECLARA para os devidos fins de direito, na qualidade de representante legal e solicitante de cadastramento na área de saúde, que a POLICLÍNICA CHOPINZINHO LTDA não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com o Poder Público em qualquer de suas esferas.

Chopinzinho–PR, 13 de março de 2017.

Valmir Carlos Biesek
Administrador
CPF: 648.750.910-87
RG: 1039690043 – SSP -RS

POLICLINICA
CHOPINZINHO

000024

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO DE REGULARIDADE
POLICLÍNICA CHOPINZINHO LTDA

Declaramos, para fins de participação no Chamamento Público:
1. A inexistência de fato impeditivo à habilitação nos termos do Art. 32 § 2.º da Lei n. º 8.666/93 e que não fomos declarados inidôneos para licitar ou contratar com o Poder Público em qualquer de suas esferas. Comprometemo-nos, sob as penas da Lei, a levar ao conhecimento do CONIMS qualquer fato superveniente que venha impossibilitar a habilitação;
2. Aceitar expressamente todas as condições fixadas nos documentos de licitação, e, eventualmente, em seus anexos e suplementos, no que não conflitarem com a legislação em vigor;
3. Termos cumpridos com o disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal;
4. Nos submetemos a qualquer decisão que o CONIMS venha a tomar na escolha da proposta vencedora, obedecidos os critérios estabelecidos na licitação em curso, reconhecendo ainda que não teremos direitos a nenhuma indenização em virtude de anulação ou cancelamento do presente Pregão.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.
Chopinzinho, 13 de março de 2017.

Valmir Carlos Biesek
Administrador
CPF: 648.750.910-87
RG: 1039690043 – SSP -RS

78.734.282/0001-48
POLICLÍNICA CHOPINZINHO LTDA
Rua João Ignácio Thomas, 4262 - Centro
85.560-000 - Chopinzinho - Paraná

POLICLINICA
CHOPINZINHO

000025

ANEXO IV
DECLARAÇÃO DE EMPREGO

Eu, JOÃO CARLOS GUARIENTI, apresento essa declaração de emprego, cargos ou funções, remuneradas sob qualquer forma, ou serviços federais, estaduais, municipais, paraestatais, sociedades de economia mista, forças armadas, entidades privadas, etc...

1. Nome das entidades empregadoras: (empresas onde o profissional trabalha)
a) Policlínica Chopinzinho Ltda
b) Hospital Dr. Julio Zavala Barrientos

2. Natureza das atividades que exerce: (funções desempenhadas nas empresas citadas nos itens acima)
a) Médico Cirurgião Geral
b) Diretor de Serviços de Saúde
c) Médico Clínico
d) Médico Anestesiologista

3. Horários ou compromissos de trabalho: (horário de trabalho nas empresas citadas nos itens acima)
a) Policlínica Chopinzinho Ltda 20 horas semanais
b) Hospital Dr. Julio Zavala Barrientos 2 horas semanais

4. Locais de trabalho: (local de trabalho nas empresas citadas nos itens acima)
a) Chopinzinho - PR
b) São Jorge D'Oeste - PR

Declaro não exercer nenhum emprego, cargo ou função, além dos acima enumerados, bem como aceitar as normas vigentes como locador de serviços.

Chopinzinho – PR, 13 de março de 2017.

João Carlos Guarienti
CPF: 462.321.509-10
CRM: 10538-PR

*Obs. Os horários em que serão realizados os atendimento para o CONIMS não devem ser relacionados nos itens acima, pois já encontra-se no requerimento. Anexo I

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.412.406-3 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/11/1995

NOME
JOÃO CARLOS GUARIENTI

FILIAÇÃO
CARLOS ANGELO GUARIENTI
ROSA DALL´AGNOL GUARIENTI

NATURALIDADE
PATO BRANCO/PR

DATA DE NASCIMENTO
29/10/1961

DOC. ORIGEM COMARCA=CHOPINZINHO/PR,DA SEDE
C.CAS 193,LIVRO=B1,FOLHA=97

CPF 462.321.509-10

CURITIBA - PR

JOÃO RICARDO KÉPES NORONHA
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

000026

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

TÍTULO ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

NOME DO ELEITOR
JOÃO CARLOS GUARIENTI

DATA DE NASCIMENTO	Nº INSCRIÇÃO	D.V.	ZONA	SEÇÃO
29/10/1961	4152061/71		103	0009

MUNICÍPIO / UF: CHOPINZINHO / PR

DATA DE EMISSÃO: 11/04/95

JUIZ ELEITORAL

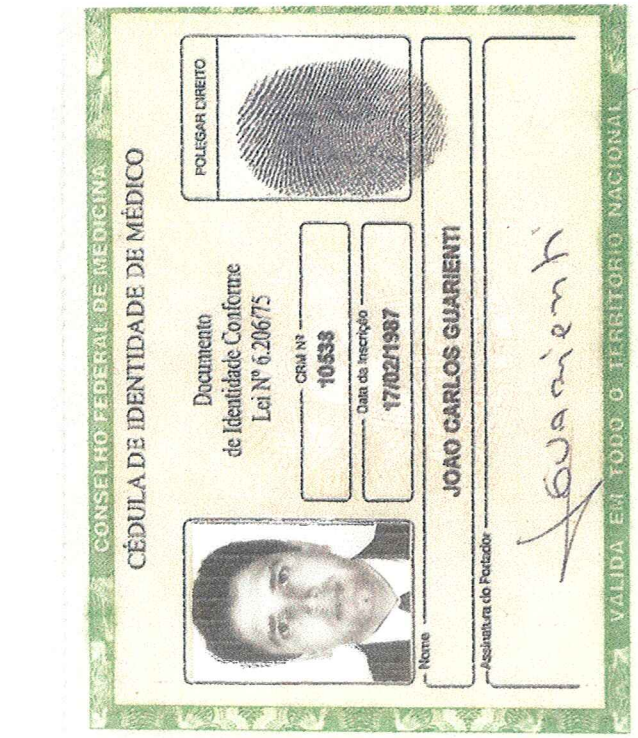
SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL

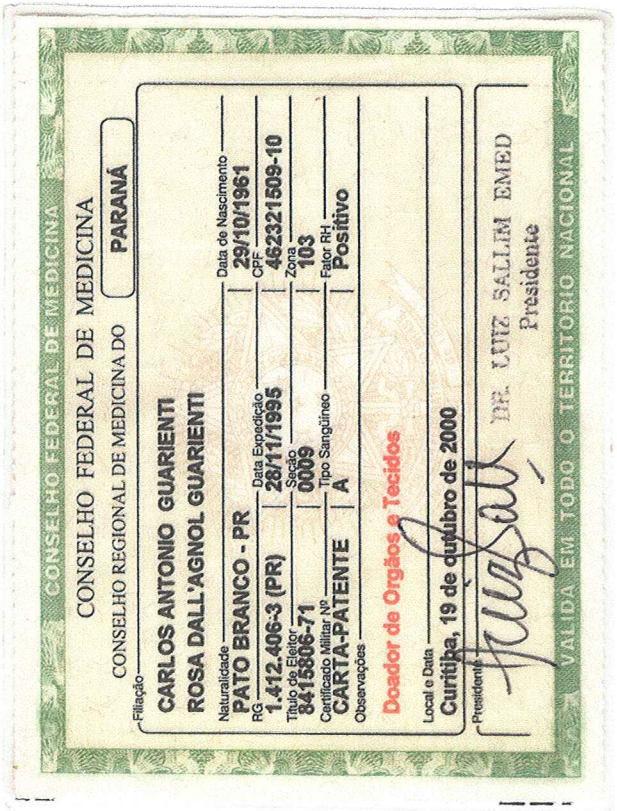
CPF
462 321 509 10

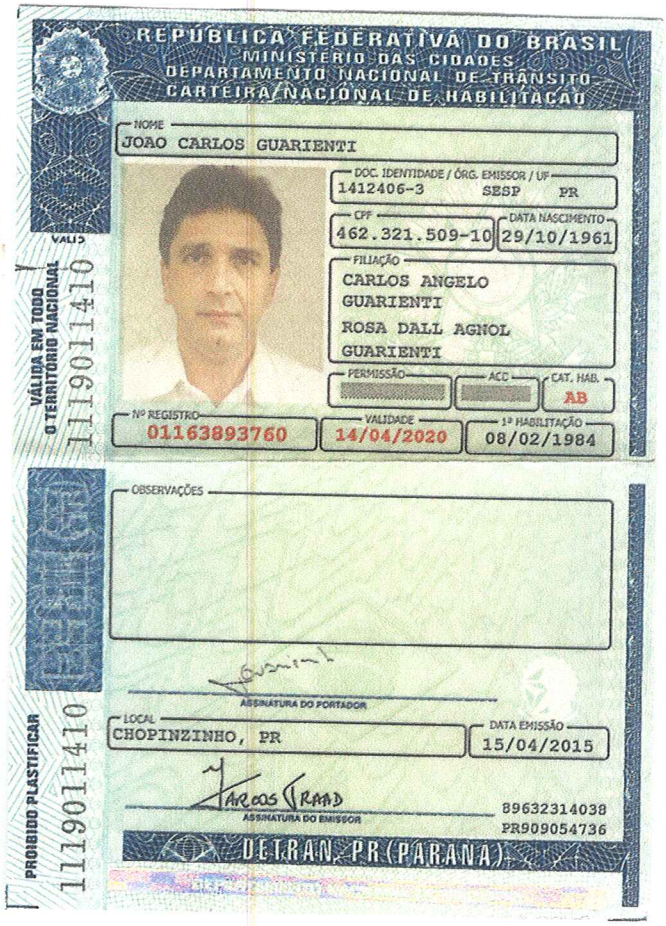
INSCRIÇÃO NO. CPF

NOME
JOÃO CARLOS GUARIENTI

NASCIMENTO
29/10/61


CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO
Documento de Identidade Conforme Lei Nº 6.206/75
POLEGAR DIREITO
CRM Nº 10533
Data da Inscrição 17/02/1987
Nome JOAO CARLOS GUARIENTI
Assinatura do Portador
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL


CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
Filiação
CARLOS ANTONIO GUARIENTI
ROSA DALL'AGNOL GUARIENTI
Naturalidade PATO BRANCO - PR
Data de Nascimento 29/10/1961
RG 1.412.406-3 (PR)
Data Expedição 28/11/1995
CPF 462321509-10
Título de Eleitor 8415806-71
Seção 0009
Zona 103
Certificado Militar Nº CARTA-PATENTE
Tipo Sanguíneo A
Fator RH Positivo
Observações
Doador de Orgãos e Tecidos
Local e Data Curitiba, 19 de outubro de 2000
Presidente DR. LUIZ SALLIM EMED Presidente
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO
NOME JOAO CARLOS GUARIENTI
DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF 1412406-3 SESP PR
CPF 462.321.509-10
DATA NASCIMENTO 29/10/1961
FILIAÇÃO CARLOS ANGELO GUARIENTI
ROSA DALL AGNOL GUARIENTI
PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB. AB
Nº REGISTRO 01163893760
VALIDADE 14/04/2020
1ª HABILITAÇÃO 08/02/1984
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
111901141O
OBSERVAÇÕES
ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL CHOPINZINHO, PR
DATA EMISSÃO 15/04/2015
ASSINATURA DO EMISSOR
89632314038
PR909054736
PROIBIDO PLASTIFICAR
DETRAN-PR (PARANÁ)

000028

COPEL

Copel Distribuição S.A.
Rua José Izidoro Blazetto, 158
81200-240 Curitiba - PR
CNPJ 04.368.898/0001-06
IE 90.233.073-99 IM 423.992-4

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO

www.copel.com
0800 51 00 116

JOAO CARLOS GUARIENTI
R PADRE ANCHIETA, 3949 - 81920 01001 241600

CEP: 86560000 CHOPINZINHO - PR
CPF: 46232150910

Unidade Consumidora
29517273

Vencimento
02/03/2017

Valor a Pagar
R$ 586,61

Responsavel pela manutencao da Iluminacao Publica: Municipio 4632428600

Reaviso de Vencimento

Informações Técnicas

No. Medidor 02 [illegible] - TRIFASICO

Mes Referencia: 02/2017

Leitura Anterior	Leitura Atual	Medido	Constante de Multiplicacao	Total Faturado	Consumo Medio/Dia	Data Apresentacao
11/01/2017 362	09/02/2017 1239	29 dias 877 kWh	1,00	877 kWh	30,24 kWh	09/02/2017

Proxima Leitura Prevista: 13/03/2017

RESIDE/RESIDENCIAL

Indicadores de Qualidade

FS [1.7.74.0]

Conjunto: PATO BRANCO Mes 12/2016

	DIC	FIC	DMIC	EUSD (R$)
Realizado Mensal:	0,00 h	0,00	0,00 h	207,00
Limite Mensal:	5,31 h	3,30	3,03 h	
Limite Trimestral:	10,62 h	6,60		
Limite Anual:	21,25 h	13,20		

Tensao Contratada:
127 / 220 volts

Limite faixa adequada de Tensao:
117 - 133 / 202 - 231 volts

MES	01/17	12/16	11/16	10/16	09/16	08/16	07/16	06/16	05/16	04/16	03/16	02/16
CONS	1357	1089	879	812	1251	1028	1137	940	1157	1155	836	1258
PGTO	02/02	02/01	02/12	03/11	03/10	02/09	02/08	04/07	02/06	02/05	04/04	02/03

Valores Faturados

NOTA FISCAL CONTA DE ENERGIA ELETRICA no. 1588996 Serie B
Emitida em 09/02/2017

Produto Descricao	Un.	Consumo	Valor Unitario	Valor Total	Base de Calculo	Aliq. ICMS
01 ENERGIA ELETRICA CONSUMO	kWh	877	0,631163	553,63	553,63	29,00%
02 CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPI				33,08		

Base de Calculo do ICMS: 553,63	Valor ICMS: 160,53	Valor Total da Nota Fiscal: 586,61

Composicao dos Valores	
Energia	202,93
Distribuicao	115,74
Transmissao	8,59
Tributos	183,91
Encargos	42,36
TOTAL	553,53

Reservado ao Fisco

C822.FF2B.FA8D.8D08.210E.C2CA.B0AD.162B

INCLUSO NA FATURA PIS R$ 4,16 E COFINS R$ 19,22 CONFORME RES. ANEEL 130/2006.
FATURA DO MES 01/2017 ARRECADADA POR DEBITO AUTOMATICO
A PARTIR DE 01/02/2017 - PIS/PASEP 0,80% e COFINS 3,70%.
O nao pagamento da fatura 15 dias apos o vencimento acarretara inclusao no cadastro de inadimplentes CADIN/PR
A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores nao relacionados a prestacao do servico de energia eletrica, como convenios e doacoes.
Periodos Band.Tarif.: Verde:12/01-09/02

Vencimento: 02/03/2017 Valor a pagar: R$ 586,61

Controle
01-2017[illegible]431726-2

Numero de identificacao
29517273

Mes
02/2017

FS [1.7.74.0]

NAO RECEBER - DEBITO AUTOMATICO - BANCO - 001 - AGENCIA - 0842
CASO NAO OCORRA O DEBITO, UTILIZE O CODIGO ABAIXO PARA PAGAMENTO

83610000005 5 86610111000 9 00101020174 5 473431726024

000029

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Especialidades

Declaramos que o DR. **JOÃO CARLOS GUARIENTI** - CRM-PR **10538**, possui neste **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ** o(s) seguinte(s) **REGISTRO(S) DE ESPECIALIDADE**:

ESPECIALIDADE	ÁREA DE ATUAÇÃO	NÚMERO DE RQE	LIVRO	FOLHA	DATA
ANESTESIOLOGIA		9744	20	9744	08/12/1999

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Declaração Internet n.º **bd6bf91644f9b7b19f92cd8b9fb8ce7749429ca1**

Emitida eletronicamente via internet em 09/03/2017.

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:
http://www.crmpr.org.br/Autenticacao+certidoes+10+43713.shtml

000030

5

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o DR. JOÃO CARLOS GUARIENTI, é médico inscrito perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o **n.º 10538** desde **17/02/1987**, estando habilitado a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 09/06/2017. Fornecimento gratuito.

Declaração Internet n.º **8f0610e026a3b163ccf09d77cc3187f79cba1b3e**

Emitida eletronicamente via internet em 09/03/2017.

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:
http://www.crmpr.org.br/Autenticacao+certidoes+10+43713.shtml

JOAO CARLOS GUARIENTI 180870699300018 708605548878586 01/06/2007

Dados Profissional

CBO	CNES	Estabelecimento	Esfera Adm.	UF	Situação	CH Outros	CH Amb.	CH Hosp.	Total	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Residente	Preceptor	Solicitação de Desligamento
Total																

000031

Ficha Detalhada

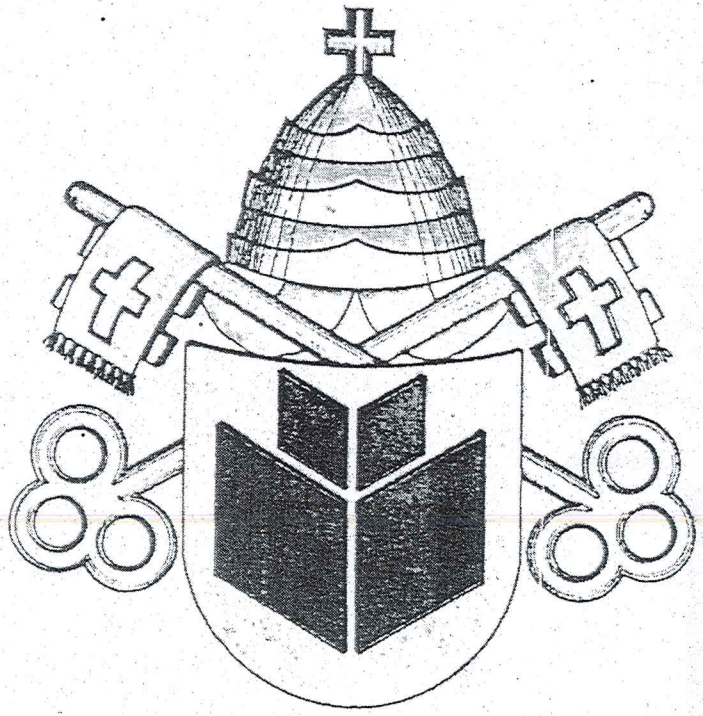
Exportar histórico XLS

Voltar

Histórico profissional

Comp.	Cbo	Especialidade	Cnes	Municipio	Estabelecimento	CH Outros	CH Amb.	CH Hosp.	Vinculação	SUS	Tipo	Subtipo
01/2017	225225	MEDICO CIRURGIAO GERAL	7039344	CHOPINZINHO	POLICLINICA CHOPINZINHO	0	3	5	AUTONOMO	SIM	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA
01/2017	131205	DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE	7039344	CHOPINZINHO	POLICLINICA CHOPINZINHO	2	0	0	AUTONOMO	SIM	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA
01/2017	225125	MEDICO CLINICO	7039344	CHOPINZINHO	POLICLINICA CHOPINZINHO	0	3	7	AUTONOMO	SIM	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA
01/2017	225151	MEDICO ANESTESIOLOGISTA	2585030	SAO JORGE D'OESTE	HOSPITAL DR JULIO ZAVALA BARRIENTOS	0	1	1	AUTONOMO	SIM	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA
Comp.	**Cbo**	**Especialidade**	**Cnes**	**Municipio**	**Estabelecimento**	**CH Outros**	**CH Amb.**	**CH Hosp.**	**Vinculação**	**SUS**	**Tipo**	**Subtipo**

Pontifícia Universidade Católica do Paraná



O Reitor da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de MEDICINA, em 2 de janeiro de 1987, confere o título de MÉDICO a

João Carlos Guarienti

brasileiro, natural do Estado do Paraná, nascido em 29 de outubro de 1961, portador da Cédula de Identidade nº 1.412.406, expedida pelo Instituto de Identificação do Paraná, outorgando-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Curitiba, 2 de janeiro de 1987.

Reitor

Vice-Reitor Acadêmico

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Diplomado

000032

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CERTIFICADO

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná
de acordo com as RESOLUÇÕES CFM nº 1286/89 e nº 1288/89,
certifica que registrou no livro nº 20 sob nº 9744 a qualificação do médico

DR. JOAO CARLOS GUARIENTI

na especialidade de

ANESTESIOLOGIA

com validade em todo Território Nacional.

Curitiba, 08 de dezembro de 1999.

LUIZ SALLIM EMED
PRESIDENTE

DAEBES GALATI VIEIRA
1º SECRETÁRIO

000033

Certificado de Residência Médica

Hospital Evangélico de Curitiba

Programa Credenciado pela CNRM/MEC parecer n.º 21/82 de 28-04-82

Certificamos que o Doutor

João Carlos Guarienti

CRM 10.538, PR, concluiu Residência Médica na área básica de *.....*.....* no período de *.....*..... *.....*..... *.....*.....* e na área de concentração Anestesiologia no período de 10 de janeiro de 1989 a 10 de janeiro de 1991, a quem conferimos o título de Especialista, de acordo com a Lei 6.932, publicada no Diário Oficial em 09-07-81.

Curitiba, 10 de janeiro de 1991

Diretor | Coordenador do Programa | Médico Residente

000034

POLICLINICA
CHOPINZINHO

000035

ANEXO IV
DECLARAÇÃO DE EMPREGO

Eu, *FABIO ALAN CAVALI,* apresento essa declaração de emprego, cargos ou funções, remuneradas sob qualquer forma, ou serviços federais, estaduais, municipais, paraestatais, sociedades de economia mista, forças armadas, entidades privadas, etc...

1. Nome das entidades empregadoras: *(empresas onde o profissional trabalha)*
a) Clinica Ortopedia e Traumatologia Dr. Fabio Cavali Ltda.
b) Policlínica Pato Branco Ltda.
c) Policlínica Chopinzinho Ltda.
d) Fabio Alan Cavali
e) CONIMS
f) Instituto Nossa Vida de Coronel Vivida
g) Centro Municipal de Saúde Dr. Caldisse de Carli
h) Centro de Saúde de Saudade do Iguaçu
i) Clínica Betiol

2. Natureza das atividades que exerce: *(funções desempenhadas nas empresas citadas nos itens acima)*
a) Médico Ortopedista e Traumatologista

3. Horários ou compromissos de trabalho: *(horário de trabalho nas empresas citadas nos itens acima)*
a) Clinica Ortopedia e Traumatologia Dr. Fabio Cavali Ltda. – 1 hora semanal
b) Policlínica Pato Branco Ltda. – 15 horas semanais
c) Policlínica Chopinzinho Ltda. – 4 horas semanais
d) Fabio Alan Cavali – 10 horas semanais
e) CONIMS – 10 horas semanais
f) Instituto Nossa Vida de Coronel Vivida – 4 horas semanais
g) Centro Municipal de Saúde Dr. Caldisse de Carli – 4 horas semanais
h) Centro de Saúde de Saudade do Iguaçu – 4 horas semanais
i) Clínica Betiol – 10 horas semanais

4. Locais de trabalho: *(local de trabalho nas empresas citadas nos itens acima)*
a) Pato Branco – PR
b) Chopinzinho – PR
c) Coronel Vivida – PR
d) Saudade do Iguaçu - PR

Declaro não exercer nenhum emprego, cargo ou função, além dos acima enumerados, bem como aceitar as normas vigentes como locador de serviços.

Chopinzinho – PR, 13 de março de 2017.

Fábio Alan Cavali
CPF: 006.245.599-04
CRM: 28739- PR

*Obs. Os horários em que serão realizados os atendimento para o CONIMS não devem ser relacionados nos itens acima, pois já encontra-se no requerimento. Anexo I

000036

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: FABIO ALAN CAVALI

CRM Nº: 28739 | DATA DE INSCRIÇÃO: 12/04/2011

VIA: 1 | DATA DE NASCIMENTO: 30/06/1980

ASSINATURA DO PORTADOR

FILIAÇÃO: EUGENIO PAULINO CAVALI

NANCI CAVALI

NATURALIDADE: RIO DE JANEIRO-RJ

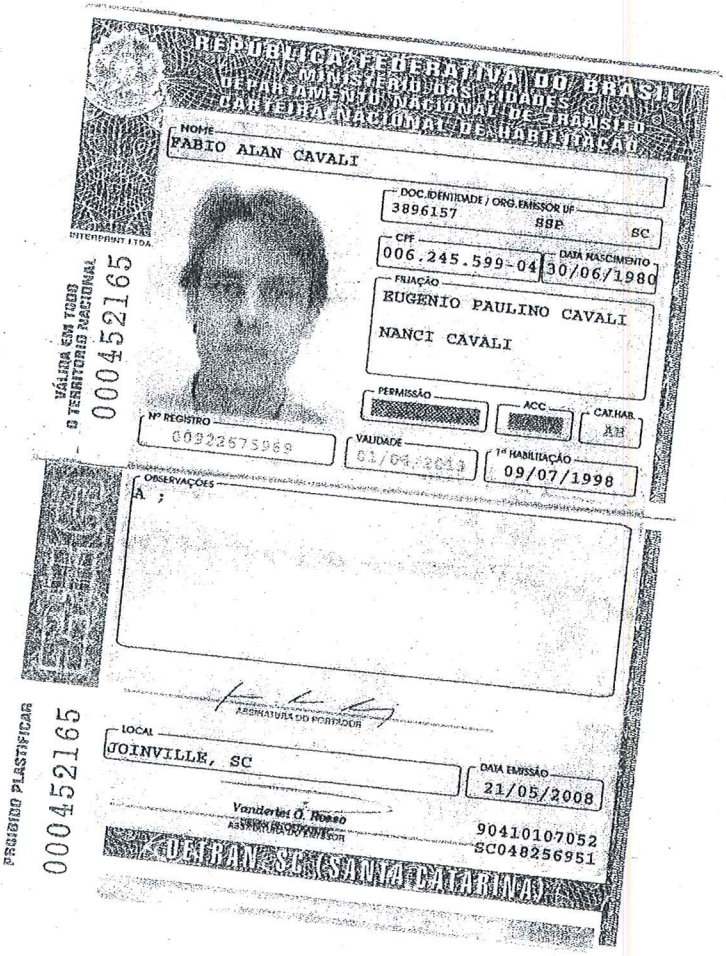
RG: 3.896.157/SESP-SC

DATA DE EXPEDIÇÃO: 23/10/1995 | TÍTULO DE ELEITOR: 39665630914 | SEÇÃO: 0137 | ZONA: 0011

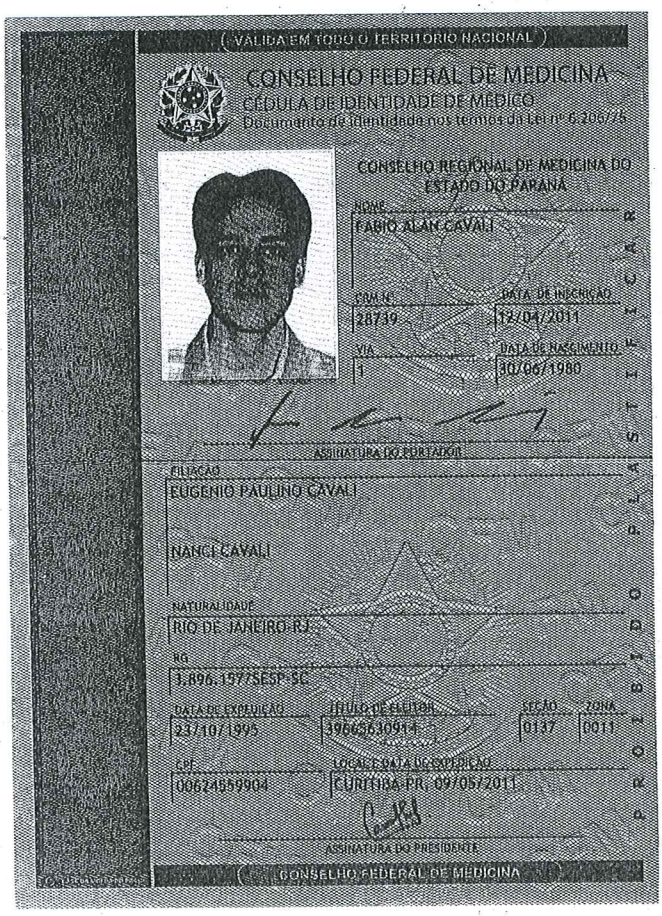
CPF: 00624559904 | LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO: CURITIBA-PR, 09/05/2011

ASSINATURA DO PRESIDENTE

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA



000037



(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
FABIO ALAN CAVALI

INSCRIÇÃO Nº
28739

DATA DE INSCRIÇÃO
12/04/2011

VIA
1

DATA DE NASCIMENTO
30/06/1980

ASSINATURA DO PORTADOR

FILIAÇÃO
EUGENIO PAULINO CAVALI

NANCI CAVALI

NATURALIDADE
RIO DE JANEIRO-RJ

RG
3.896.197/SESP-SC

DATA DE EXPEDIÇÃO
23/10/1995

TÍTULO DE ELEITOR
3906563.0914

SEÇÃO
0147

ZONA
0011

CPF
00674659904

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
CURITIBA-PR, 09/05/2011

ASSINATURA DO PRESIDENTE

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

FABIO ALAN CAVALI

NANCI CAVALI

AB

00922675969

01/04/2013

DETRAN - SC (SANTA CATARINA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

000038

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o DR. FABIO ALAN CAVALI, é médico inscrito perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o **n.º 28739** desde **19/09/2012**, estando habilitado a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 09/06/2017. Fornecimento gratuito.

Declaração Internet n.º **39a2a4b2e28883dd584aff9b794e8f104f99592d**

Emitida eletronicamente via internet em 09/03/2017.

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:
http://www.crmpr.org.br/Autenticacao+certidoes+10+43713.shtml

000039

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Especialidades

Declaramos que o DR. **FABIO ALAN CAVALI** - CRM-PR **28739**, possui neste **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ** o(s) seguinte(s) **REGISTRO(S) DE ESPECIALIDADE**:

ESPECIALIDADE	ÁREA DE ATUAÇÃO	NÚMERO DE RQE	LIVRO	FOLHA	DATA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		1304	1	261	09/05/2011

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Declaração Internet n.º **3a7c9f672a0e4bdcb2a1b1109067e9f49328c087**

Emitida eletronicamente via internet em 09/03/2017.

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:
http://www.crmpr.org.br/Autenticacao+certidoes+10+43713.shtml

FABIO ALAN CAVALI 980016282804901 702802682960662 12/09/2008

Dados Profissional

CBO	CNES	Estabelecimento	Esfera Adm.	UF	Situação	CH Outros	CH Amb.	CH Hosp.	Total	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Residente	Preceptor	Solicitação de Desligamento
Total																

Ficha Detalhada

Exportar histórico XLS

Voltar

Histórico profissional

Comp.	Cbo	Especialidade	Cnes	Municipio	Estabelecimento	CH Outros	CH Amb.	CH Hosp.	Vinculação	SUS	Tipo	Subtipo
01/2017	225270	MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	7866720	PATO BRANCO	CLINICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DR FABIO CAVALI LTDA	0	1	0	AUTONOMO	NÃO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA
01/2017	225270	MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	0017868	PATO BRANCO	POLICLINICA PATO BRANCO	0	5	10	AUTONOMO	SIM	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA
01/2017	225270	MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	7039344	CHOPINZINHO	POLICLINICA CHOPINZINHO	0	1	3	AUTONOMO	SIM	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA
01/2017	225270	MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	6790399	PATO BRANCO	FABIO ALAN CAVALI	0	10	0	AUTONOMO	NÃO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA
01/2017	225270	MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	0017876	PATO BRANCO	CONIMS	0	10	0	VINCULO EMPREGATICIO	SIM	EMPREGO PUBLICO	PROPRIO
01/2017	225270	MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	2595125	CORONEL VIVIDA	INSTITUTO MEDICO NOSSA VIDA DE CORONEL VIVIDA	0	0	4	AUTONOMO	SIM	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA
01/2017	225270	MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	2595117	CORONEL VIVIDA	CENTRO MUNICIPAL DE SAUDE DR CALDISSE DE CARLI	0	4	0	AUTONOMO	SIM	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA
01/2017	225270	MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	2594773	SAUDADE DO IGUACU	CENTRO DE SAUDE DE SAUDADE DO IGUACU	0	4	0	VINCULO EMPREGATICIO	SIM	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PUBLICO
01/2017	225270	MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	3309096	PATO BRANCO	CLINICA BETIOL	0	10	0	AUTONOMO	NÃO	PESSOA FISICA	NAO SE APLICA
Comp.	**Cbo**	**Especialidade**	**Cnes**	**Municipio**	**Estabelecimento**	**CH Outros**	**CH Amb.**	**CH Hosp.**	**Vinculação**	**SUS**	**Tipo**	**Subtipo**

000040

Universidade do Vale do Itajaí

Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 051/89, publicada no D.O.U., em 17.02.1989
Itajaí - Santa Catarina

UNIVALI

Diploma de Médico

O Reitor da Universidade do Vale do Itajaí, no uso de suas atribuições, tendo em vista que

Fábio Alan Cavali,

brasileiro, natural do Estado do Rio de Janeiro, nascido no dia 30 de junho de 1980,
portador de Cédula de Identidade nº 3.896.157/SC,

concluiu o curso de Medicina reconhecido pelo Decreto Estadual nº 1.048/03, publicado no Diário Oficial do Estado de Santa Catarina em 20 de novembro de 2003, e considerando o Termo de Colação de Grau em 13 de julho de 2007, outorga-lhe o presente Diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Itajaí, 13 de julho de 2007

Prof. José Roberto Provesi, PhD.
Reitor

Prof. Marcio Vieira Angelo, MSc.
Coordenador do Curso

Diplomado

Profª. Arlete Terezinha Besen Soprano, MSc.
Diretor do Centro

000041

CÓPIA CÓPIA CÓPIA

CRM PR

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certificado

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, de acordo com a resolução vigente, certifica que registrou, em 09/05/2011, no livro nº 1, sob nº 1304, folha nº 261, a qualificação do médico,
FABIO ALAN CAVALI , CRM nº 28739,

na especialidade de
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Com validade em todo o território nacional.

Curitiba - PR, 11 de maio de 2011.

CARLOS ROBERTO GOYTACAZ ROCHA
PRESIDENTE

HÉLCIO BERTOLOZZI SOARES
SECRETÁRIO-GERAL

Nº 003862

INFORMATIVO

000043

SICREDI | 748-X

Recibo do Sacado

Local de pagamento
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOP. DE CRÉDITO DO SICREDI

Vencimento: 16/11/2012

Cedente
CONDOMÍNIO SAN MARINO

Agência / Código Cedente: 0737.07.27941

Data Documento	Nº do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento
12/11/2012	2870111112	DI	NÃO	12/11/2012

Nosso Número: 12/200610-6

Espécie Moeda	Quantidade Moeda	Valor Moeda
REAL		

(=) Valor do documento: 270,52

Instruções
- APÓS VENCIMENTO COBRAR MORA DIÁRIA DE R$ 0,08
- APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2,00%

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Sacado
FABIO ALAN CAVALI - 000.000.000-00
RUA: XINGU, 233 APTO 701-I
PATO BRANCO PR 85501-230

Sacador/Avalista:

Código de Baixa:

Recebimento através do cheque Nº
Do banco
Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco sacado.
Até o vencimento pagável em qualquer agência bancária.

Autenticação Mecânica

SICREDI | 748-X | 74893.11220 00610.607376 07279.410067 9 55190000027052

Local de pagamento
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOP. DE CRÉDITO DO SICREDI

Vencimento: 16/11/2012

Cedente
CONDOMÍNIO SAN MARINO

Agência / Código Cedente: 0737.07.27941

Data Documento	Nº do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento
12/11/2012	2870111112	DI	NÃO	12/11/2012

Nosso Número: 12/200610-6

Espécie Moeda	Quantidade Moeda	Valor Moeda
REAL		

(=) Valor do documento: 270,52

Instruções
- APÓS VENCIMENTO COBRAR MORA DIÁRIA DE R$ 0,08
- APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2,00%

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Sacado
FABIO ALAN CAVALI - 000.000.000-00
RUA: XINGU, 233 APTO 701-I
PATO BRANCO PR 85501-230

Sacador/Avalista:

Código de Baixa:

Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO

POLICLINICA
CHOPINZINHO

000044

ANEXO IV
DECLARAÇÃO DE EMPREGO

Eu, GUILHERME GONÇALVES DOS SANTOS JÚNIOR, apresento essa declaração de emprego, cargos ou funções, remuneradas sob qualquer forma, ou serviços federais, estaduais, municipais, paraestatais, sociedades de economia mista, forças armadas, entidades privadas, etc...

1. Nome das entidades empregadoras: (empresas onde o profissional trabalha)
a) Policlínica Chopinzinho Ltda
b) Centro de Imagem Para Diagnóstico Chopinzinho

2. Natureza das atividades que exerce: (funções desempenhadas nas empresas citadas nos itens acima)
a) Médico Anestesiologista
b) Médico Clínico

3. Horários ou compromissos de trabalho: (horário de trabalho nas empresas citadas nos itens acima)
a) Policlínica Chopinzinho Ltda. - 22 horas semanais
b) Centro de Imagem Para Diagnóstico Chopinzinho. - 2 horas semanais

4. Locais de trabalho: (local de trabalho nas empresas citadas nos itens acima)
a) Chopinzinho - PR

Declaro não exercer nenhum emprego, cargo ou função, além dos acima enumerados, bem como aceitar as normas vigentes como locador de serviços.

Chopinzinho – PR, 13 de março de 2017.

Guilherme Gonçalves dos Santos Junior
CPF: 126.134.298-44
CRM: 20611-PR

*Obs. Os horários em que serão realizados os atendimento para o CONIMS não devem ser relacionados nos itens acima, pois já encontra-se no requerimento. Anexo I



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS PII 830

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Guilherme Gonçalves dos S. Junior

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL M-4.783.682 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/10/87

NOME GUILHERME GONCALVES DOS SANTOS JUNIOR

FILIAÇÃO

GUILHERME GONCALVES DOS SANTOS

ZILDA OLIVEIRA SANTOS

NATURALIDADE

ITUIUTABA-MG

DATA DE NASCIMENTO 08/03/71

DOC ORIGEM

NAS.LV-21A FL-140V SANTA VITORIA-MG

CPF

BELO HORIZONTE MG

PII-830

POLEGAR DIREITO

000045



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

126.134.298-44

GUILHERME GONCALVES DOS SANTOS JUNIOR

08/03/1971



Schlumberger - ERDC11283

Cartão de uso pessoal e intransferível.

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

ABR/2001

CORREIOS

www.correios.com.br



MINISTÉRIO DO EXÉRCITO

DIRETORIA DE SERVIÇO MILITAR

CERTIFICADO DE DISPENSA DE INCORPORAÇÃO

14ª CSM

RA 14033272685-4

NOME

GUILHERME GONÇALVES DOS SANTOS JUNIOR

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE

FILIAÇÃO

PAI: GUILHERME GONÇALVES DOS SANTOS

MÃE: ZILDA OLIVEIRA SANTOS

DATA NASC. 08MAR71

NATURALIDADE ITUIUTABA - MG

1989

DISPENSADO DO SERVIÇO MILITAR INICIAL EM

POR TER SIDO INCLUÍDO NO EXCESSO DO CONTINGENTE

COMANDANTE OU CHEFE

GERALDO A. DONADON - 2.º TEN DEL SM/04

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO



Documento de Identidade Conforme Lei Nº 6.206/75

POLEGAR DIREITO



CRM Nº **20611**

Data da Inscrição **25/11/2003**

Nome **GUILHERME GONCALVES DOS SANTOS JUNIOR**

Assinatura do Portador

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO **PARANÁ**

Filiação
GUILHERME GONCALVES DOS SANTOS
ZILDA OLIVEIRA SANTOS

Naturalidade **ITUIUTABA - MG**
Data de Nascimento **08/03/1971**
RG **M-4.703.682 (MG)**
Data Expedição **19/10/1987**
CPF **126134298-44**
Título de Eleitor **1184334302/13**
Seção **0006**
Zona **308**
Certificado Militar Nº **14033272685-4**
Tipo Sangüíneo **A**
Fator RH **Positivo**
Observações **Doador de Orgãos e Tecidos**

Local e Data **Curitiba, 11 de janeiro de 2006**

Presidente
Dr. Hélcio Bertolozzi Soares
Presidente

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

000046

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR
GUILHERME GONCALVES DOS SANTOS JUNIOR

DATA DE NASCIMENTO	Nº INSCRIÇÃO	DV	ZONA	SEÇÃO
08/03/1971	1184334302/13		308	0006

MUNICÍPIO / UF: SANTA VITORIA
DATA DE EMISSÃO: 30/12/96

JUIZ ELEITORAL
Dr. Paulo Roberto Caixeta

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

JUIZ ELEITORAL - 308 Z.E.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

PARA USO DOS CORREIOS 000047 DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA – CEDO

☐ MUDOU-SE ☐ NÃO PROCURADO
☐ DESCONHECIDO ☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE
☐ RECUSADO ☐ CEP INCORRETO
☐ FALECIDO ☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO
☐ AUSENTE ☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO OU SÍNDICO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM: ___/___/___ RESPONSÁVEL: ___

MUDE PARA A CONTA ONLINE. VOCÊ ACESSA SUA CONTA DE ONDE ESTIVER.

SAIBA MAIS EM OI.COM.BR/MINHAOI.

FAC 9912341037/2013-DR/RJ/SPM Oi Correios

97202355

0221 - CTC CURITIBA PR PL7
GUILHERME GONCALVES DOS SANTOS JUNIOR
R RUI BARBOSA 00118
CENTRO
85560-000 CHOPINZINHO - PR

72135128200067500000019897301002 17

e Devoluçã- Eletrôni Correios

FALE COM A GENTE – GRÁTIS
DO CELULAR.....1053 DO FIXO.....103 14
INTERNET.....OI.COM.BR
AUXÍLIO À LISTA.....102*
*Serviço sujeito a cobrança. Consulte sua operadora.

INFORMAÇÕES

ANATEL – 1331

CAIXA POSTAL OI: 711
CEP 50050-480, RECIFE – PE

PARA CONFIRMAR O CÓDIGO DE SELEÇÃO DE PRESTADORA DE LONGA DISTÂNCIA (CSP) DISPONÍVEL NA SUA LOCALIDADE, LIGUE PARA 102.
12 CTBC • 14 OI • 15 TELEFÔNICA • 17 TRANSIT • 21 EMBRATEL • 23 INTELIG • 25 GVT • 41 TIM • 43 SERCOMTEL • 91 IPCORP

COLOQUE SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO E GANHE R$ 10 DE DESCONTO POR 3 MESES.

Com o Débito Automático, você evita fila e não corre o risco de perder a data do vencimento.

LIGUE 103 14 OU ACESSE OI.COM.BR/MINHAOI E SAIBA MAIS.

Oferta válida apenas para clientes que ainda não possuem débito automático em conta corrente.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PREENCHA ESTE CUPOM, DESTAQUE E ENTREGUE EM UMA AGÊNCIA CREDENCIADA. VOCÊ SÓ TEM A GANHAR.

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

Autorizo o débito mensal, em minha conta corrente, do valor total da minha conta.

NOME ___ CPF / CNPJ ___
BANCO ___ AGÊNCIA ___ CONTA CORRENTE Nº ___
ASSINATURA ___ DATA ___

SERVIÇO GRATUITO

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

815.281.925-3

000048

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Inscrição

Declaramos, a pedido da parte interessada, que o DR. GUILHERME GONCALVES DOS SANTOS JUNIOR, é médico inscrito perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o **n.º 20611** desde **25/11/2003**, estando habilitado a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Declaração tem validade até o dia 09/06/2017. Fornecimento gratuito.

Declaração Internet n.º **96352d7389cd5cafa96eaf55427b81e6e069e739**

Emitida eletronicamente via internet em 09/03/2017.

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:
http://www.crmpr.org.br/Autenticacao+certidoes+10+43713.shtml

000049

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Declaração de Especialidades

Declaramos que o DR. **GUILHERME GONCALVES DOS SANTOS JUNIOR** - CRM-PR **20611**, possui neste **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ** o(s) seguinte(s) **REGISTRO(S) DE ESPECIALIDADE**:

ESPECIALIDADE	ÁREA DE ATUAÇÃO	NÚMERO DE RQE	LIVRO	FOLHA	DATA
ANESTESIOLOGIA		15679	32	15679	28/07/2008

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Declaração Internet n.º **a86ad4dd1a096967245e962b782c44220e7df8ad**

Emitida eletronicamente via internet em 09/03/2017.

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:
http://www.crmpr.org.br/Autenticacao+certidoes+10+43713.shtml

GUILHERME GONCALVES DOS SANTOS JUNIOR 210142742670008 700201479678921 01/06/2007

Dados Profissional

CBO	CNES	Estabelecimento	Esfera Adm.	UF	Situação	CH Outros	CH Amb.	CH Hosp.	Total	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Residente	Preceptor	Solicitação de Desligamento
Total																

600050

Ficha Detalhada

Exportar histórico XLS

Voltar

Histórico profissional

Comp.	Cbo	Especialidade	Cnes	Municipio	Estabelecimento	CH Outros	CH Amb.	CH Hosp.	Vinculação	SUS	Tipo	Subtipo
01/2017	225151	MEDICO ANESTESIOLOGISTA	7039344	CHOPINZINHO	POLICLINICA CHOPINZINHO	0	0	20	AUTONOMO	SIM	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA
01/2017	225151	MEDICO ANESTESIOLOGISTA	6289282	CHOPINZINHO	CENTRO DE IMAGEM PARA DIAGNOSTICO CHOPINZINHO	0	2	0	VINCULO EMPREGATICIO	SIM	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	PRIVADO
01/2017	225125	MEDICO CLINICO	6627153	CHOPINZINHO	GUILHERME GONCALVES DOS SANTOS JUNIOR CIA LTDA	0	2	0	AUTONOMO	NÃO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA
Comp.	**Cbo**	**Especialidade**	**Cnes**	**Municipio**	**Estabelecimento**	**CH Outros**	**CH Amb.**	**CH Hosp.**	**Vinculação**	**SUS**	**Tipo**	**Subtipo**

Sociedade Brasileira
de Anestesiologia

Certificado de Curso de Especialização

A Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Confere ao Dr. Guilherme Gonçalves dos Santos Junior

o Presente Certificado de Conclusão do Curso de Especialização,

Realizado 01/05/2000 a 30/04/2002

no Centro de Ensino e Treinamento CET INTEGRADO DE CAMPINAS

Sob a responsabilidade do Dr. Amaury Sanchez Oliveira

Rio de Janeiro, 09 / 05 / 2002

Dr. Carlos Alberto Pereira de Moura
Presidente da Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Dr. [illegible] Turazzi
Presidente da Comissão de Ensino e Treinamento

Departamento de Anestesiologia
da Associação Médica Brasileira

000051

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ORDEM E PROGRESSO

Universidade de Alfenas

O Reitor da Universidade de Alfenas,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina,
confere o título de **Médico** em 18 de abril de 2000, a

Guilherme Gonçalves dos Santos Junior

brasileiro, natural de Ituiutaba, Estado de Minas Gerais,
nascido a 08 de março de 1971, RG M-4.783.682-SSP-MG

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

Alfenas, 18 de abril de 2000

Pró Reitor de Graduação

Secretária Acadêmica

Diplomado

Reitor

Diretor

350001

MATERNIDADE DE CAMPINAS

Programa Credenciado pela CNRM/MEC Parecer Nº 73 **de** 1.982

Renovado pelo Parecer 01/98 de 29 de abril de 1.999

Certificado

Certificamos que o Dr. (a) GUILHERME GONÇALVES SANTOS JUNIOR **,CRM** 100.061 **,UF** SP **,**

CPF 126.134.298 - 44 **, concluiu Residência Médica na área básica de** ----------,

no período de --------- **à** ---------- **e na área de concentração de** Anestesiologia **,**

no período de 31/01/2000 **à** 31/01/2002 **, a quem conferimos o Título de Especialista, de acordo com a lei 6.932, publicada no Diário Oficial da União em 09/07/81.**

Campinas, 01 **de** Fevereiro **de** 2.002.

Diretor Presidente da Maternidade de Campinas
(COREME)
DR MARCO ANTONIO T SPIROPULOS

Cordenador do Departamento
DR CARLOS ALBERTO DE F. CORTES

Médico Residente
DR GUILHERME G SANTOS JUNIOR

000053

POLICLINICA
CHOPINZINHO

000054

ANEXO IV
DECLARAÇÃO DE EMPREGO

Eu, ANA PAULA LYCZACOVSKI RIESEMBERG, apresento essa declaração de emprego, cargos ou funções, remuneradas sob qualquer forma, ou serviços federais, estaduais, municipais, paraestatais, sociedades de economia mista, forças armadas, entidades privadas, etc...

1. Nome das entidades empregadoras: (empresas onde o profissional trabalha)
a) Policlínica Chopinzinho Ltda.
b) Centro de Saúde de Saudade do Iguaçu
c) Unidade Básica de Saúde Urutu

2. Natureza das atividades que exerce: (funções desempenhadas nas empresas citadas nos itens acima)
a) Médica Cirurgiã Geral
b) Médica Clínica

3. Horários ou compromissos de trabalho: (horário de trabalho nas empresas citadas nos itens acima)
a) Policlínica Chopinzinho Ltda. - 13 horas semanais
b) Centro de Saúde de Saudade do Iguaçu. - 32 horas semanais
c) Unidade Básica de Saúde Urutu – 4 horas semanais

4. Locais de trabalho: (local de trabalho nas empresas citadas nos itens acima)
a) Chopinzinho – PR
b) Saudade do Iguaçu – PR
c) Linha Urutu – Saudade do Iguaçu - PR

Declaro não exercer nenhum emprego, cargo ou função, além dos acima enumerados, bem como aceitar as normas vigentes como locador de serviços.

Chopinzinho – PR, 13 de março de 2017.

Ana Paula L. Riesemberg
Ana Paula Lyczacovski Riesemberg
CPF: 961.644.929-04
CRM: 14735-PR

*Obs. Os horários em que serão realizados os atendimento para o CONIMS não devem ser relacionados nos itens acima, pois já encontra-se no requerimento. Anexo I

000055

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 LYCZACOVSKI RIESEMBERG

CRM Nº	DATA DE INSCRIÇÃO
14735	06/03/1995
VIA	DATA DE NASCIMENTO
1	14/07/1971

Ana Paula L. Riesemberg
ASSINATURA DO PORTADOR

FILIAÇÃO
WILSON LYCZACOVSKI

TERESINHA APARECIDA LYCZACOVSK

NATURALIDADE
CURITIBA-PR

RG
4519238-5/SSP-PR

DATA DE EXPEDIÇÃO	TÍTULO DE ELEITOR	SEÇÃO	ZONA
08/01/1986	51172030680	182	103

CPF	LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
96164492904	CURITIBA-PR, 27/08/2009

Miguel Antonio Sabbá Gameiro
ASSINATURA DO PRESIDENTE

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

000056

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ
POLEGAR DIREITO
ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO
CATEGORIA AB
PRIMEIRA HABILITAÇÃO
08/01/1988
CURITIBA/PR
14/07/1977
ASSINATURA DO PORTADOR

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CÉDULA DE IDENTIDADE MÉDICO
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA