

ATA01/05/2021

**ANÁLISE DE HABILITAÇÃO TÉCNICA DE PROFISSIONAL PARA O CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS, PRESTADORAS DE SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE SAÚDE, CONFORME TERMO DE REFERÊNCIA, PARA ATENDER À DEMANDA EM RAZÃO DA PANDEMIA COVID-19, CONFORME LEI FEDERAL Nº 14.035/2020, NAS UNIDADES HOSPITALARES GERENCIADAS PELA FUNDAÇÃO ESTATAL DE ATENÇÃO EM SAÚDE DO PARANÁ - FUNEDS Nº 006/2020**  
**HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL - HRL**  
**COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO**

Ao primeiro dia de abril de dois mil e vinte e um, às treze horas, nas dependências da Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Estado do Paraná - FUNEDS reuniu-se a Comissão de Credenciamento, designados pela Portaria nº 019/2021, estando presente os membros Josilene Fernandes e Gisele Santos para os trabalhos de análise técnica da documentação para habilitação de profissionais para a empresa WG CRITICAL CARE LTDA referente ao CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS MÉDICOS EM SAÚDE, NAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS, CONFORME TERMO DE REFERÊNCIA, PARA ATENDER A DEMANDA EM RAZÃO DA PANDEMIA COVID-19, CONFORME LEI FEDERAL Nº 14.035/2020, NAS UNIDADES HOSPITALARES GERENCIADAS PELA FUNDAÇÃO ESTATAL DE ATENÇÃO EM SAÚDE DO PARANÁ - FUNEDS Nº 006/2020, oriundo do protocolo original 16.872.018-1, conforme Edital de Credenciamento publicado no Diário Oficial do Estado 10841 de 04/01/2021 e no site: [www.funeds.pr.gov.br](http://www.funeds.pr.gov.br), Aberta a sessão da fase de qualificação a Comissão observou que havia 01 envelope lacrado, conforme protocolo, que foi aberto nesta sessão, cujo seu conteúdo será anexado em protocolo apenas a este processo de credenciamento.

**1. WG CRITICAL CARE LTDA – CNPJ 10.960.259/0001-38**

EMPRESA 01

|   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| <b>e-PROTOCOLO: 16.950.693-0</b>  |  | <b>CNPJ: 10.960.259/0001-38</b> |
| <b>Empresa: WG CRITICAL CARE LTDA</b>   |  |                                 |
| <b>LOTE: 01</b>   |  | <b>ITEM: 01</b>                 |
| <b>OBS: 01/01 MÉDICO PARA ATENDER A UNIDADE DE ENFERMARIA RETAGUARDA COVID-19</b> |  |                                 |
| <b>HABILITAÇÃO JURÍDICA (10.1)</b>  |  |                                 |
| <b>ITEM</b>   | <b>DESCRIÇÃO</b>   | <b>STATUS</b>                   |
| 10.1.1  | Ato Constitutivo   | S                               |
| <b>QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA (10.1.2)</b>                                 |  |                                 |
| <b>ITEM</b>   | <b>DESCRIÇÃO</b>   | <b>STATUS</b>                   |
| 10.1.2.1  | Certidão Negativa de Falência e Concordata e Recuperação Judicial                          | S                               |
| 10.1.2.2  | Dados Bancários – Banco do Brasil  | S                               |
| <b>REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA (10.1.3)</b>                                 |  |                                 |
| <b>ITEM</b>   | <b>DESCRIÇÃO</b>   | <b>STATUS</b>                   |
| 10.1.3.1  | Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ                          | S                               |
| 10.1.3.2  | CND Tributos Federais e Contribuições Federais, emitida pela Receita Federal               | S                               |
| 10.1.3.3  | CND Dívida Ativa da União, emitida pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional             | S                               |
| 10.1.3.4  | CND Fazenda do Estado (Tributos Estaduais) onde for sediada a empresa.                     | S                               |
| 10.1.3.5  | CND Fazenda do Município onde for sediada a empresa.                                       | S                               |
| 10.1.3.6  | CND Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS)   | S                               |
| 10.1.3.7  | CND FGTS, emitido pela Caixa Econômica Federal   | S                               |
| 10.1.3.8  | Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT)   | S                               |
| 10.1.3.9  | GMS  | S                               |
| <b>QUALIFICAÇÃO TÉCNICA JURÍDICA (10.1.4)</b>                                     |  |                                 |
| 10.1.4.1  | Requerimento para Credenciamento (ANEXO I)   | S                               |
| 10.1.4.2  | Declaração, se houver, de suspensão de encargos fiscais (IRRF, CSLL, COFINS, PIS/PASEP)    | NA                              |
| 10.1.4.3  | Declaração de Regularidade (ANEXO II)  | S                               |
| 10.1.4.4  | Atestado de Responsabilidade Técnica junto ao CONSELHO de classe/PR pessoa jurídica CRM PR | S                               |
| <b>RESULT.</b>  | <b>HABILITADO/NÃO HABILITADO</b>   | <b>HABILITADO</b>               |

| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) |   |        |     |         |                   |
|---|---|--------|-----|---------|-------------------|
| NOME  |   | CRM PR | RQE | LOTE    | ITEM              |
| TATIANA GISLAINE JULIANELLI                 |   | 40627  | SEM | 01 e 02 | 01                |
| ITEM  | DESCRIÇÃO   |        |     |         | STATUS            |
| 10.2.1                                      | RG  |        |     |         | S                 |
| 10.2.2                                      | CPF   |        |     |         | S                 |
| 10.2.3                                      | Carteira de registro ou identidade profissional                             |        |     |         | S                 |
| 10.2.4                                      | Certificado / Diploma frente e verso do Profissional que prestará o serviço |        |     |         | S                 |
| 10.1.5                                      | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber         |        |     |         | NA                |
| 10.2.6                                      | Comprovante de endereço atualizado do profissional                          |        |     |         | S                 |
| <b>RESULT.</b>                              | <b>HABILITADO/NÃO HABILITADO</b>  |        |     |         | <b>HABILITADO</b> |

| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) |   |        |     |         |                   |
|---|---|--------|-----|---------|-------------------|
| NOME  |   | CRM PR | RQE | LOTE    | ITEM              |
| LUIS IRAJA NOGUEIRA DE SA NETO              |   | 39425  | SEM | 01 e 02 | 01                |
| ITEM  | DESCRIÇÃO   |        |     |         | STATUS            |
| 10.2.1                                      | RG  |        |     |         | S                 |
| 10.2.2                                      | CPF   |        |     |         | S                 |
| 10.2.3                                      | Carteira de registro ou identidade profissional                             |        |     |         | S                 |
| 10.2.4                                      | Certificado / Diploma frente e verso do Profissional que prestará o serviço |        |     |         | S                 |
| 10.1.5                                      | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber         |        |     |         | NA                |
| 10.2.6                                      | Comprovante de endereço atualizado do profissional                          |        |     |         | S                 |
| <b>RESULT.</b>                              | <b>HABILITADO/NÃO HABILITADO</b>  |        |     |         | <b>HABILITADO</b> |

| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) |   |        |     |         |                   |
|---|---|--------|-----|---------|-------------------|
| NOME  |   | CRM PR | RQE | LOTE    | ITEM              |
| MIRIAM TERESINHA GONZALEZ MINERVINI         |   | 14371  | SEM | 01 e 02 | 01                |
| ITEM  | DESCRIÇÃO   |        |     |         | STATUS            |
| 10.2.1                                      | RG  |        |     |         | S                 |
| 10.2.2                                      | CPF   |        |     |         | S                 |
| 10.2.3                                      | Carteira de registro ou identidade profissional                             |        |     |         | S                 |
| 10.2.4                                      | Certificado / Diploma frente e verso do Profissional que prestará o serviço |        |     |         | S                 |
| 10.1.5                                      | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber         |        |     |         | NA                |
| 10.2.6                                      | Comprovante de endereço atualizado do profissional                          |        |     |         | S                 |
| <b>RESULT.</b>                              | <b>HABILITADO/NÃO HABILITADO</b>  |        |     |         | <b>HABILITADO</b> |

| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) |   |        |   |         |                   |
|---|---|--------|---|---------|-------------------|
| NOME  |   | CRM PR | RQE                                       | LOTE    | ITEM              |
| EDUARDO EWERSON VAINÉ                       |   | 4053   | 1376 - Cardiologia<br>02 - Anestesiologia | 01 e 02 | 01                |
| ITEM  | DESCRIÇÃO   |        |   |         | STATUS            |
| 10.2.1                                      | RG  |        |   |         | S                 |
| 10.2.2                                      | CPF   |        |   |         | S                 |
| 10.2.3                                      | Carteira de registro ou identidade profissional                             |        |   |         | S                 |
| 10.2.4                                      | Certificado / Diploma frente e verso do Profissional que prestará o serviço |        |   |         | S                 |
| 10.1.5                                      | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber         |        |   |         | NA                |
| 10.2.6                                      | Comprovante de endereço atualizado do profissional                          |        |   |         | S                 |
| <b>RESULT.</b>                              | <b>HABILITADO/NÃO HABILITADO</b>  |        |   |         | <b>HABILITADO</b> |

| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) |   |        |     |         |                   |
|---|---|--------|-----|---------|-------------------|
| NOME  |   | CRM PR | RQE | LOTE    | ITEM              |
| ANNA GABRIELLE DE OLIVEIRA                  |   | 44446  | SEM | 01 e 02 | 01                |
| ITEM  | DESCRIÇÃO   |        |     |         | STATUS            |
| 10.2.1                                      | RG  |        |     |         | S                 |
| 10.2.2                                      | CPF   |        |     |         | S                 |
| 10.2.3                                      | Carteira de registro ou identidade profissional                             |        |     |         | S                 |
| 10.2.4                                      | Certificado / Diploma frente e verso do Profissional que prestará o serviço |        |     |         | S                 |
| 10.1.5                                      | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber         |        |     |         | S                 |
| 10.2.6                                      | Comprovante de endereço atualizado do profissional                          |        |     |         | S                 |
| <b>RESULT.</b>                              | <b>HABILITADO/NÃO HABILITADO</b>  |        |     |         | <b>HABILITADO</b> |

| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) |   |        |     |         |                   |
|---|---|--------|-----|---------|-------------------|
| NOME  |   | CRM PR | RQE | LOTE    | ITEM              |
| FELIPE GUILHERME PEREIRA PADILHA            |   | 42258  | SEM | 01 e 02 | 01                |
| ITEM  | DESCRIÇÃO   |        |     |         | STATUS            |
| 10.2.1                                      | RG  |        |     |         | S                 |
| 10.2.2                                      | CPF   |        |     |         | S                 |
| 10.2.3                                      | Carteira de registro ou identidade profissional                             |        |     |         | S                 |
| 10.2.4                                      | Certificado / Diploma frente e verso do Profissional que prestará o serviço |        |     |         | S                 |
| 10.1.5                                      | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber         |        |     |         | S                 |
| 10.2.6                                      | Comprovante de endereço atualizado do profissional                          |        |     |         | S                 |
| <b>RESULT.</b>                              | <b>HABILITADO/NÃO HABILITADO</b>  |        |     |         | <b>HABILITADO</b> |

Nada mais havendo a tratar, a Comissão de Credenciamento deu por encerrado o presente ato público e eu, Gisele dos Santos, na qualidade de membroda comissão, lavrei a presente ata que vai assinada pelos demais presentes.

Proceder-se-á à publicação do resultado de qualificação ao credenciamento no site [www.funeds.pr.gov.br](http://www.funeds.pr.gov.br).

Pela comissão de credenciamento:



Josilene Fernandes  
Membro da Comissão



Gisele Santos  
Membro de Apoio