

ATA DE 14/07/2022

**ANÁLISE DE HABILITAÇÃO TÉCNICA PARA O
CHAMAMENTO PÚBLICO E CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PRESTADORAS
DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE PARA ATUAR NO HOSPITAL REGIONAL
DO LITORAL – HRL EDITAL Nº 003/2020
COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO
HRL**

Aos quatorze dias do mês de julho de dois mil e vinte e dois, às dez horas, nas dependências do Hospital Regional do Litoral, reuniu-se a Comissão de Credenciamento, designados pela Portaria nº 019/2021, estando presente os membros Hemerson Saqueta Barbosa e Edi Warison Alves Pinto para os trabalhos de conferência da documentação para Habilitação Técnica de profissionais para as empresas habilitadas no **CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE PARA ATUAR NO HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL - HRL, oriundo do protocolo original nº 16.483.399-2, conforme Edital de Credenciamento publicado no Diário Oficial do Estado 10653 de 25/03/2020 e no site: www.funeas.pr.gov.br**, objetivando a qualificação técnica de profissionais a comissão de credenciamento realiza a análise documental de 06 (seis) envelopes lacrados, conforme protocolo, cujo seu conteúdo será anexado em protocolo apenso a este processo de credenciamento. A documentação apresentada pelo interessado foi analisada conforme segue:

- 1 MEDPRIME CLINICA GESTAO EM SAUDE SA – CNPJ:24.481.981/0001-31
- 2 PRO ATIVO GESTÃO DA SAUDE E CLÍNICA MÉDICA S A – CNPJ: 20.921.343/0001-04
- 3 REGIONAL SAUDE ASSESSORIA E GESTAO S A – CNPJ: 24.615.179/0001-50

EMPRESA 01

1ªFASE

| | | |
|---|---|--------------------------|
| e-PROTOCOLO: 16.537.313-8 / 17.709.131-6 | | CNPJ: 24.481.981/0001-31 |
| Empresa: MEDPRIME CLINICA GESTAO EM SAUDE SA | | |
| LOTE: 02, 04, 05, 06, 09, 10 | | ITEM: 01 |
| OBS: ASSISTENTE SOCIAL, ENFERMEIRO, FARMACÊUTICO, PSICÓLOGO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM HABILITAÇÃO JURÍDICA (10.1) | | |
| ITEM | DESCRIÇÃO | STATUS |
| 10.1.1 | Ato Constitutivo | S |
| QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA (10.1.2) | | |
| ITEM | DESCRIÇÃO | STATUS |
| 10.1.2.1 | Certidão Negativa de Falência e Concordata e Recuperação Judicial | S |
| 10.1.2.2 | Dados Bancários – Banco do Brasil | S |
| REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA (10.1.3) | | |
| ITEM | DESCRIÇÃO | STATUS |
| 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 |
| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA JURÍDICA (10.1.4) | | |
| 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 |
| 10.1.4.4 | Declaração de Regularidade (ANEXO II) | S |
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO |

2ªFASE

| | | |
|---|---|-------------------|
| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA JURÍDICA (10.1.4) | | |
| 10.1.4.6 | Atestado de Responsabilidade Técnica da pessoa jurídica junto ao Conselho para categorias conforme preconizado nas legislações Vigentes pessoa jurídica | S |
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO |

* A empresa apresentou certidões atualizadas na data da ATA.




| LOTE 04 – ENFERMEIRO | | | |
|---|---|-------------------|------|
| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) | | | |
| NOME | CONSELHO | LOTE | ITEM |
| DIEGO PEREIRA DA VEIGA | 000.718.906 | 04 | 1 |
| 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 | |
| 10.2.5 | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber | - | |
| 10.2.6 | Comprovante de endereço atualizado do profissional | S | |
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO | |

EMPRESA 02

1ªFASE

| e-PROTOCOLO: 16.537.304-9 / 17.709.183-9 | | CNPJ: 20.921.343/0001-04 | |
|--|---|--------------------------|--|
| Empresa: PRO-ATIVO GESTÃO DA SAÚDE E CLÍNICA MÉDICA SA | | | |
| LOTE: 04 e 10 | | ITEM: 01 | |
| OBS: ENFERMEIRO ASSISTENCIAL E TÉCNICO EM ENFERMAGEM | | | |
| HABILITAÇÃO JURÍDICA (10.1) | | | |
| ITEM | DESCRIÇÃO | STATUS | |
| 10.1.1 | Ato Constitutivo | S | |
| QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA (10.1.2) | | | |
| ITEM | DESCRIÇÃO | STATUS | |
| 10.1.2.1 | Certidão Negativa de Falência e Concordata e Recuperação Judicial | S | |
| 10.1.2.2 | Dados Bancários – Banco do Brasil | S | |
| REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA (10.1.3) | | | |
| ITEM | DESCRIÇÃO | STATUS | |
| 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 | |
| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA JURÍDICA (10.1.4) | | | |
| 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) | N/A | |
| 10.1.4.4 | Declaração de Regularidade (ANEXO II) | S | |
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO | |

2ªFASE

| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA JURÍDICA (10.1.4) | | |
|--|---|-------------------|
| 10.1.4.6 | Atestado de Responsabilidade Técnica da pessoa jurídica junto ao Conselho para categorias conforme preconizado nas legislações Vigentes pessoa jurídica | S |
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO |

* A empresa apresentou certidões atualizadas na data da ATA.

| LOTE 04 – ENFERMEIRO | | | |
|---|---|--------|------|
| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) | | | |
| NOME | CONSELHO | LOTE | ITEM |
| ALINE FRANCISCA SANTANA | 000.536.652 | 04 | 1 |
| 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 | |
| 10.2.5 | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber | - | |
| 10.2.6 | Comprovante de endereço atualizado do profissional | S | |

| | | |
|---------|---------------------------|------------|
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO |
|---------|---------------------------|------------|

| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) | | | | |
|---|---|-------------|------|------|
| NOME | | CONSELHO | LOTE | ITEM |
| ANGELICA DE FREITAS MARTINS | | 000.273.780 | 04 | 1 |
| 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 | | |
| 10.2.5 | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber | - | | |
| 10.2.6 | Comprovante de endereço atualizado do profissional | S | | |
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO | | |

| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) | | | | |
|---|---|-------------|------|------|
| NOME | | CONSELHO | LOTE | ITEM |
| FLAVIA SOUZA DO AMARANTE | | 000.536.652 | 04 | 1 |
| 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 | | |
| 10.2.5 | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber | - | | |
| 10.2.6 | Comprovante de endereço atualizado do profissional | S | | |
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO | | |

* Apresentou certidão de conclusão de curso. Fica desta forma pendente de apresentação da cópia do Diploma, que deverá ocorrer em até 180 dias, a qual ficará sob responsabilidade da Direção da Unidade e RT da empresa a fiscalização e atualização dos documentos.

| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) | | | | |
|---|---|-------------|------|------|
| NOME | | CONSELHO | LOTE | ITEM |
| FRANCIELE DE OLIVEIRA DA SILVA | | 000.714.480 | 04 | 1 |
| 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 | | |
| 10.2.5 | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber | - | | |
| 10.2.6 | Comprovante de endereço atualizado do profissional | S | | |
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO | | |

* Apresentou certidão de conclusão de curso. Fica desta forma pendente de apresentação da cópia do Diploma, que deverá ocorrer em até 180 dias, a qual ficará sob responsabilidade da Direção da Unidade e RT da empresa a fiscalização e atualização dos documentos.

| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) | | | | |
|---|---|-------------|------|------|
| NOME | | CONSELHO | LOTE | ITEM |
| GIAN PEREIRA CORRÊA | | 000.475.308 | 04 | 1 |
| 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 | | |
| 10.2.5 | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber | - | | |
| 10.2.6 | Comprovante de endereço atualizado do profissional | S | | |
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO | | |

| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) | | | | |
|---|---|-------------|------|------|
| NOME | | CONSELHO | LOTE | ITEM |
| GISELLE JANKE | | 000.712.185 | 04 | 1 |
| 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 | | |
| 10.2.5 | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber | - | | |



| | | |
|----------------|--|-------------------|
| 10.2.6 | Comprovante de endereço atualizado do profissional | S |
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO |

** Apresentou certidão de conclusão de curso. Fica desta forma pendente de apresentação da cópia do Diploma, que deverá ocorrer em até 180 dias, a qual ficará sob responsabilidade da Direção da Unidade e RT da empresa a fiscalização e atualização dos documentos.*

LOTE 10 – TÉCNICO EM ENFERMAGEM


| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) | | | |
|--|---|-------------------|-------------|
| NOME | | CONSELHO | LOTE |
| ANA CLARA MIRANDA PONTES | | 001.103.676 | 10 |
| 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 | |
| 10.2.5 | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber | - | |
| 10.2.6 | Comprovante de endereço atualizado do profissional | S | |
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO | |

| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) | | | |
|--|---|-------------------|-------------|
| NOME | | CONSELHO | LOTE |
| ARYANE CAROLINE DE OLIVEIRA CARVALHO | | 001.763.583 | 10 |
| 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 | |
| 10.2.5 | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber | - | |
| 10.2.6 | Comprovante de endereço atualizado do profissional | S | |
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO | |

| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) | | | |
|--|---|-------------------|-------------|
| NOME | | CONSELHO | LOTE |
| GISELE DE SOUZA DINA CAMPOS | | 001.802.119 | 10 |
| 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 | |
| 10.2.5 | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber | - | |
| 10.2.6 | Comprovante de endereço atualizado do profissional | S | |
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO | |

| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) | | | |
|--|---|-------------------|-------------|
| NOME | | CONSELHO | LOTE |
| RAFAELA FABINE CHIQUETTO | | 001.608.047 | 10 |
| 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 | |
| 10.2.5 | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber | - | |
| 10.2.6 | Comprovante de endereço atualizado do profissional | S | |
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO | |

| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) | | | |
|--|---|-----------------|-------------|
| NOME | | CONSELHO | LOTE |
| ROSEMAR GOMES DE OLIVEIRA | | 001.148.037 | 10 |
| 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 | |
| 10.2.5 | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber | - | |
| 10.2.6 | Comprovante de endereço atualizado do profissional | S | |



| | | |
|---------|---------------------------|------------|
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO |
|---------|---------------------------|------------|

| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) | | | | |
|---|---|-------------|------|------|
| NOME | | CONSELHO | LOTE | ITEM |
| SIMONE DA SILVA DE LIMA | | 001.728.671 | 10 | 1 |
| 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 | | |
| 10.2.5 | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber | - | | |
| 10.2.6 | Comprovante de endereço atualizado do profissional | S | | |
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO | | |

EMPRESA 03

1ªFASE

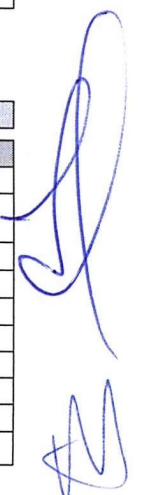
| e-PROTOCOLO: 16.537.296-4 / 17.709.207-0 | | CNPJ: 24.615.179/0001-50 | |
|--|---|--------------------------|--|
| Empresa: REGIONAL SAUDE ASSESSORIA E GESTAO SA | | | |
| LOTE: 04 | | ITEM: 01 | |
| OBS: ENFERMEIRO ASSISTENCIAL | | | |
| HABILITAÇÃO JURÍDICA (10.1) | | | |
| ITEM | DESCRIÇÃO | STATUS | |
| 10.1.1 | Ato Constitutivo | S | |
| QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA (10.1.2) | | | |
| ITEM | DESCRIÇÃO | STATUS | |
| 10.1.2.1 | Certidão Negativa de Falência e Concordata e Recuperação Judicial | S | |
| 10.1.2.2 | Dados Bancários – Banco do Brasil | S | |
| REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA (10.1.3) | | | |
| ITEM | DESCRIÇÃO | STATUS | |
| 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 | |
| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA JURÍDICA (10.1.4) | | | |
| 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) | N/A | |
| 10.1.4.4 | Declaração de Regularidade (ANEXO II) | S | |
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO | |

2ªFASE

| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA JURÍDICA (10.1.4) | | |
|--|---|------------|
| 10.1.4.6 | Atestado de Responsabilidade Técnica da pessoa jurídica junto ao Conselho para categorias conforme preconizado nas legislações Vigentes pessoa jurídica | S |
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO |

* A empresa apresentou certidões atualizadas na data da ATA.

| LOTE 04 – ENFERMEIRO | | | | |
|---|---|-------------|------|------|
| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) | | | | |
| NOME | | CONSELHO | LOTE | ITEM |
| ALINE FRANCISCA SANTANA | | 000.536.652 | 04 | 1 |
| 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 | | |
| 10.2.5 | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber | - | | |
| 10.2.6 | Comprovante de endereço atualizado do profissional | S | | |
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO | | |



| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) | | | | |
|---|---|-------------|------|------|
| NOME | | CONSELHO | LOTE | ITEM |
| ANGELICA DE FREITAS MARTINS | | 000.273.780 | 04 | 1 |
| 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 | | |
| 10.2.5 | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber | - | | |
| 10.2.6 | Comprovante de endereço atualizado do profissional | S | | |
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO | | |

| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) | | | | |
|---|---|-------------|------|------|
| NOME | | CONSELHO | LOTE | ITEM |
| FLAVIA SOUZA DO AMARANTE | | 000.536.652 | 04 | 1 |
| 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 | | |
| 10.2.5 | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber | - | | |
| 10.2.6 | Comprovante de endereço atualizado do profissional | S | | |
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO | | |

** Apresentou certidão de conclusão de curso. Fica desta forma pendente de apresentação da cópia do Diploma, que deverá ocorrer em até 180 dias, a qual ficará sob responsabilidade da Direção da Unidade e RT da empresa a fiscalização e atualização dos documentos*

| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) | | | | |
|---|---|-------------|------|------|
| NOME | | CONSELHO | LOTE | ITEM |
| FRANCIELE DE OLIVEIRA DA SILVA | | 000.714.480 | 04 | 1 |
| 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 | | |
| 10.2.5 | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber | - | | |
| 10.2.6 | Comprovante de endereço atualizado do profissional | S | | |
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO | | |

** Apresentou certidão de conclusão de curso. Fica desta forma pendente de apresentação da cópia do Diploma, que deverá ocorrer em até 180 dias, a qual ficará sob responsabilidade da Direção da Unidade e RT da empresa a fiscalização e atualização dos documentos.*

| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) | | | | |
|---|---|-------------|------|------|
| NOME | | CONSELHO | LOTE | ITEM |
| GIAN PEREIRA CORRÊA | | 000.475.308 | 04 | 1 |
| 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 | | |
| 10.2.5 | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber | - | | |
| 10.2.6 | Comprovante de endereço atualizado do profissional | S | | |
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO | | |

| QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DO PROFISSIONAL (10.2) | | | | |
|---|---|-------------|------|------|
| NOME | | CONSELHO | LOTE | ITEM |
| GISELLE JANKE | | 000.712.185 | 04 | 1 |
| 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 | | |
| 10.2.5 | Certificado de Especialidade ou Experiência de 01 ano quando couber | - | | |
| 10.2.6 | Comprovante de endereço atualizado do profissional | S | | |



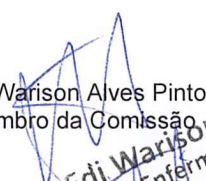
| RESULT. | HABILITADO/NAO HABILITADO | HABILITADO |
|---------|---------------------------|------------|
|---------|---------------------------|------------|

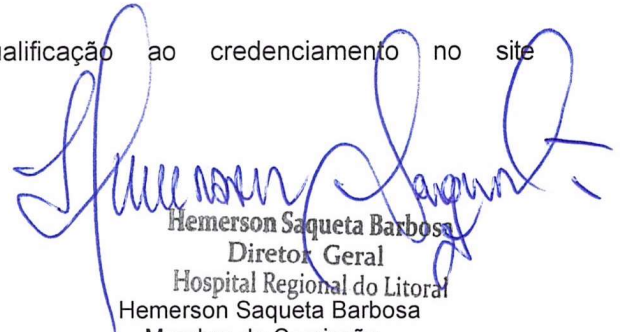
** Apresentou certidão de conclusão de curso. Fica desta forma pendente de apresentação da cópia do Diploma, que deverá ocorrer em até 180 dias, a qual ficará sob responsabilidade da Direção da Unidade e RT da empresa a fiscalização e atualização dos documentos.*

Nada mais havendo a tratar, a Comissão de Credenciamento deu por encerrado o presente ato público e eu, Edi Warison Alves Pinto, na qualidade de membro da 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.funed.pr.gov.br.

Pela comissão de credenciamento:


Edi Warison Alves Pinto
Membro da Comissão
Edi Warison
Direção de Enfermagem
COREN/PR 218490


Hemerson Saqueta Barbosa
Diretor Geral
Hospital Regional do Litoral
Hemerson Saqueta Barbosa
Membro da Comissão