



ESTADO DO PARANÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO  
Relatório de Comprovante de Abertura de Processos

Página 1 / 1  
Data: 29/09/2020

Filtros aplicados ao relatório

Número do processo: 0002116/2020

Número do processo: 0002116/2020

Solicitação: 291 - credenciamento

Número do documento:

Requerente: 103097 - GRACIELA FABIANE PRESTUPA HUTCHOK

Beneficiário:

Endereço:

Complemento:

Loteamento:

Telefone:

E-mail:

Local da protocolização: 001.001.001 - PROTOCOLO

Localização atual: 001.001.001 - PROTOCOLO

Org. de destino: 001.001.005 - COMPRAS

Protocolado por: PROTOCOLOPMCM

Situação: Não analisado

Protocolado em: 29/09/2020 13:55

Súmula: CREDENCIAMENTO 011.2020

Observação:

Número único: 319.F8H.B49-91

Número do protocolo: 13944 **000041**

CPF/CNPJ do requerente: 013.645.059-83

CPF/CNPJ do beneficiário:

Bairro:

Município:

Fax:

Notificado por: E-mail

Atualmente com: PROTOCOLOPMCM

Procedência: Interna

Prioridade: Normal

Em trâmite: Sim

Previsto para:

Concluído em:

PROTOCOLOPMCM  
(Protocolado por)

GRACIELA FABIANE PRESTUPA HUTCHOK  
(Requerente)

Hora: 13:55:19



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
Conselho Federal de Enfermagem  
Inscrição - COREN PR 001298.537  
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

000043

NOME CIVIL  
GRACIELA FABIANE PRESTUPA  
HUTCHOK  
NATURALIDADE / UF / NACIONALIDADE  
TITO FIRPO  
PARAGUAI  
PARAGUAIA



*M. Penazzi*

V 13618817

AFLIÇÃO  
AUGUSTO PRESTUPA  
ISABEL HUTCHOK



IDENTIDADE ORGÃO EXPEDIDOR  
143688875 SSP-PR

CPF DATA DE EMISSÃO  
013.645.059-83 03/05/2018

DATA DE NASCIMENTO DATA DE VALIDADE  
07/10/1994 03/05/2023



*Graciela Fabiane Hutchok Prestupa*

ASSINATURA PROFISSIONAL

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

CONFERE COM O ORIGINAL  
29/09/2020  
Nivaldo Budin  
Diretor Municipal de Serviços Urbanos  
Decreto nº 2017 de 03/04/2017



000044

CURSO: TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Curso Anterior: ENSINO MEDIO

Carga Horária: 2800 horas

Estabelecimento: HELENA KOLODY, C.E DO C-FFM

Estágio Supervisionado: (concluído em) 20/12/2017

Concluído em: 2015

Carga Horária: 760 horas

Município/Estado: CRUZ MACHADO/PR

Perfil Profissional:

O Técnico de Enfermagem atua nos diferentes níveis de atenção a saúde, pautado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, em equipe de enfermagem e multiprofissional com a supervisão do enfermeiro. Desenvolve atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos processos saúde-doença. Colabora com o atendimento das necessidades de saúde dos pacientes e comunidade, em todas as faixas etárias. Orienta e prepara o paciente para exames. Realiza cuidados de enfermagem, tais como: curativos, administração de medicamentos e vacinas, nebulizações, banho de leito, mensuração antropométrica e verificação dos sinais vitais, dentre outros. Presta assistência de enfermagem a pacientes clínicos e cirúrgicos.

CONFERE COM O ORIGINAL

08/10/2020

*[Handwritten Signature]*

**Graziela Braun**  
Auxiliar Administrativo  
CPF: 022.150.079-07

Certidão de Nascimento: 084160 01 55 2014 7 00010 107 0002637 89

União da Vitória, 10 de Janeiro de 2018

Secretária(a) (nome e assinatura, ato de designação, nº ano)  
GILNEY ABTINE MENDES  
PORT Nº 898/2016 DOE 11/05/2016

450029

Registro no Estabelecimento



ESTADO DO PARANÁ

Estab. LAURO M SOARES, C.F DR-FFM PROFIS

Município: UNIÃO DA VITÓRIA

Registro conforme Lei 9394/96 e normas complementares do Sistema Estadual de Ensino.

Diploma registrado sob nº 1014, Livro nº 28400010D002.

Folha nº 58

*[Handwritten Signature]*

GILNEY ABTINE MENDES  
R.G. 84336092PR 69872016

Secretaria

Aluna(a) GRACIELA FABIANE PRESTUFA HUTCHOK  
Curso: TÉCNICO EM ENFERMAGEM



ESTADO DO PARANÁ

Publicado no D.O.E. Nº 10133 de dia 21/02/2018

UNIÃO DA VITÓRIA, 25 de fevereiro de 2018.

*[Handwritten Signature]*

JOÃO MARIA MACIEL FIDEL  
R.G. 60131768PR 74102016

Secretaria

R.G. 143651 Expediente  
Código Validador SISTECMEC: 1759266516

ÓRGÃO DE FISCALIZAÇÃO PROFISSIONAL

SEED/CDE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

COLEGIO ESTADUAL DR LAURO MULLER SOARES-ENSINO FUNDAMENTAL, MEDIO E PROFISSIONAL  
Estabelecimento de Ensino

RUA JOAQUIM TAVORA 841 - SAO BERNARDO - UNIAO DA VITORIA / PARANÁ

Endereço

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

Entidade Mantenedora

RES 1602/2013 DOE 23/04/2013

Credenciamento do Estabelecimento - Ato (nº/ano, DOE data)

RES 6352/2014 DOE 09/12/2014

Reconhecimento do Curso - Ato (nº/ano, DOE data)

O Diretor do COLEGIO ESTADUAL DR LAURO MULLER SOARES-ENSINO FUNDAMENTAL, MEDIO E PROFISSIONAL confere a GRACIELA FABIANE PRESTUPA HUTCHOK, natural de NASCIDO NO EXTERIOR, Unidade da Federação PARANA, nacionalidade BRASILEIRA, nascido(a) em 7 de outubro de 1994, Carteira de Identidade nº 143689875, Estado expedidor Parana, o presente Diploma, por haver concluído em 20 de dezembro de 2017 o Curso TECNICO EM ENFERMAGEM, Eixo Tecnológico Ambiente e Saúde, Educação Profissional Técnica de nível médio.

Título Profissional: TECNICO EM ENFERMAGEM

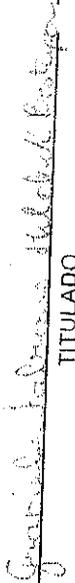
Fundamentação Legal: Lei nº 9394/96, Decreto Federal nº 5154/04, Resolução 06/12-CNE, Parecer nº 11/12-CNE e Deliberação 05/13-CEE.  
O presente Diploma outorga os direitos e prerrogativas estabelecidos pelas leis do País

CONFERE COM O ORIGINAL

08/10/2020

  
Diretor(a) (nome e assinatura, ato de designação, nº, ano)  
JOAO MARIA MACIEL FIDEL

Uniao da Vitoria, 23 de fevereiro de 2018

  
TITULADO

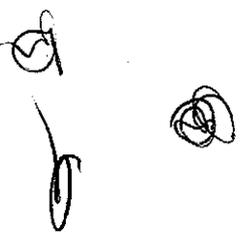
GRACIELA FABIANE PRESTUPA HUTCHOK

  
Graziela Braun  
Auxiliar Administrativo  
CPF: 022.150.079-07

Secretário(a) (nome e assinatura, ato de designação, nº, ano)  
GILNEY ABTINE MENDES

PORT Nº 698/2016 DOE 11/05/2016

000045



000046



Certificamos que

**Graciela Fabiane Prestupa**

participou do curso online "**Transformações em Saúde: tecnologia, carreira e vida**"  
no período de 23/03/2020 a 30/03/2020 com carga horária de 4h.

30 de março de 2020

Data

**Geraldo Huff**

Coordenador-geral do SECAD

000047



Companhia de Saneamento do Paraná  
 Endereço: Rua Engenheiros Rebouças nº 1376 - CEP 80215-900  
 Curitiba - PR  
 CNPJ/MF 76.484.013/0001-45 - Inscrição Estadual 101.80080-64  
 Internet: www.sanepar.com.br

## CONTA DE SERVIÇO

Nº 80883129

NOME DO CLIENTE		CPF/CNPJ
ASS DAS IRMAS UCRAN DE SAO JOS		694751000155
ENDEREÇO	NÚMERO	Nº LADO Nº FRENTE
R PE NIVALDO KOSLINSKI	84	
FONE/SANEPAR	LOCAL	MATRÍCULA SANEPAR
0	CRUZ MACHADO	
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS LANÇADOS		VALORES
AMPLIACAO DE REDE		204,85

FAT MÁCIA VANDOUGLAS  
 CNPJ: 30.207.202/0001-48  
 13 JUL. 2020

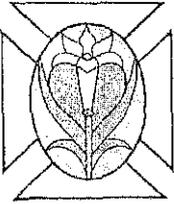
REFERÊNCIA	DATA EMISSÃO	TOTAL
07/2020	13/07/2020	204,85

OBS.: - A EXECUÇÃO DO(S) SERVIÇO(S) SOLICITADO(S) ESTÁ  
 CONDICIONADO(S) AO PAGAMENTO DESTA CONTA.

- PAGÁVEL EM QUALQUER ESTABELECIMENTO CREDENCIADO
- NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO: 14/07/2020

S017444 POP0178

COMPROVANTE CLIENTE



# Згромадження Сестер Св. Йосифа, Обр. П.Д.М.

Congregação das Irmãs Ucranianas de São José  
Rua Padre Nivaldo Nº 84 – Centro- Cep: 84620-000  
Cruz Machado – PR - Brasil - Telefone: (42)3554 2239

000048

## DECLARAÇÃO

Declaramos para devidos fins que GRACIELA FABIANE PRESTUPA HUTCHOK, portadora do RG nº: 14.368.987-5 e CPF nº: 013.645.059-83, membro da Congregação das Irmãs Ucranianas de São José, reside a Rua Padre Nivaldo Koslinski - 84 – CEP: 84.620.000 - Centro – Cruz Machado – Pr.

Cruz Machado 28 de setembro de 2020.



*Lucia Veres*  
Lucia Veres (Provincial)



**PR** SERVIÇO DISTRITAL DE CRUZ MACHADO - PR Rolf Konell Tabelião FONE/FAX: (42)3554-1532 PRAÇA RUA BARBOSA, 9 - CENTRO - CEP: 84620-000 E-mail: caforniczo@bol.com.br

Reconheço por Semelhança a(s) firma(s) de:  
**LUCIA VERES**

Em test<sup>o</sup> *[Handwritten Signature]* da verdade.  
Cruz Machado, PR

28/09/2020 11:34:22 *Mirian Cristiane Wrublewski Sabat*  
Selo Digital Nº: 5QoqT.MRL9Q.IVA5t - a9Hhs.0U1yJ  
consulte esse selo em <http://funarpr.com.br>



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARANÁ

## CERTIDÃO DE REGULARIDADE CADASTRAL

Impresso em 24/09/2020 às 15:19:15

De ordem da Presidência, ressalvado o direito do Conselho Regional de Enfermagem do Paraná de inscrever e cobrar quaisquer dívidas de responsabilidade do(a):

A Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Paraná, Coren-PR, no uso de suas atribuições e atendendo ao que foi requerido por **GRACIELA FABIANE PRESTUPA HUTCHOK**, inscrito(a) no CPF sob nº **013.645.059-83**, **CERTIFICA** que o(a) profissional é **TÉCNICO DE ENFERMAGEM**, registrado sob o nº **1298537**, cuja situação da inscrição é **Ativo**, estando apto(a) ao exercício da profissão, nos termos do art. 2º da Lei nº 7.498 de 25 de Junho de 1986;

**CERTIFICA** que **NÃO CONSTA**, até a presente data, condenação transitada em julgado decorrente de processo ético.

O referido é verdade e dou fé.



Simone Aparecida Peruzzo  
Presidente Coren/PR  
presidente@corenpr.gov.br

Documento válido até **30 de setembro de 2020**.

Curitiba/PR, 24 de setembro de 2020

Nº da Certidão **2409202003191589248904**

A autenticidade desta certidão poderá ser confirmada no link abaixo com o número da certidão descrito acima.

<http://certidao.corenpr.gov.br/consulta>

# RELATÓRIO DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO

000050

(Instrumento de acompanhamento do Estágio, pela Instituição de Ensino, previsto no § 1º do art. 3º e inciso IV do art. 7º da Lei 11.788/08).

## I - RELATÓRIO DO ESTAGIÁRIO

Código Avaliação: 1341725

### 1. INFORMAÇÕES BÁSICAS

Nome do Estagiário: GRACIELA FABIANE PRESTUPA HUTCHOK

Código: 9931565496

Instituição de Ensino: COLÉGIO ESTADUAL DOUTOR LAURO MÜLLER SOARES - ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO

Cód. no CIEE/PR: 10121131

Curso: TÉCNICO EM ENFERMAGEM Ano: 2 Semestre: 4 Turno: N Matrícula: 63580805

TCE/PE: 9910852207 Rel. n.º: 1 Vigência do Estágio: 20/02/2017 à 20/12/2017 - UNIDADE OPERACIONAL DE UNIÃO DA VITÓRIA

Período Avaliativo: de 20/02/2017 a 20/08/2017

Professor Orientador: PROFESSORA ROSMARI FATIMA MOCELLIN

### 2. LOCAL DO ESTÁGIO

Parte Concedente: SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO

Cód. no CIEE/PR: 9988923720

Lotação: SDCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO

Endereço: RODOVIA BR 476, KM 03 S/N

Setor do Estágio: ENFERMAGEM

Supervisor(a) do Estágio: CLARICE DE LOURDES SOARES OSZUST

### 3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO (descreva-as nas linhas abaixo)

*Desenvolver, através de visitas, a prática de enfermagem, monitorar os aspectos físicos, psicológicos, sociais e econômicos, aplicar técnicas de enfermagem, cuidar de exames, fazer o trabalho de pesquisa para a saúde, organização de material, controle e conservação de materiais.*

### 4. RESULTADOS PRÁTICOS DO ESTÁGIO (Assinale com X - Quando a resposta for NEGATIVA, justifique-a no campo 5):

	SIM	NÃO
Quanto as atividades	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Estão de acordo com o Termo de Compromisso de Estágio e Plano de Estágio ou Plano de Estágio Aditivo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) São compatíveis com o curso e o período que frequenta?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Quanto à preparação para o trabalho produtivo e para a vida cidadã		
a) Proporciona o desenvolvimento de competências próprias da atividade profissional?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Contribui para o desenvolvimento de habilidades e valores para o exercício da vida cidadã?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Quanto a aprendizagem social e cultural		
a) Contribui para o aprendizado das relações, a convivência e integração com outras pessoas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Contribui para o conhecimento e o entendimento da cultura da organização?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 5. JUSTIFICATIVA DE RESPOSTAS NEGATIVAS DO CAMPO 4:

### 6. AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO:

Avalie a importância do Estágio para a sua formação e como experiência de trabalho e vida, atribuindo-lhe um dos seguintes conceitos:

Insuficiente  Regular  Bom  Muito Bom  Excelente

Data 31/10/17

*Graciela F. M. Prestupa*  
GRACIELA FABIANE PRESTUPA HUTCHOK

### AVALIAÇÃO DO PROFESSOR ORIENTADOR

a) Situação escolar do aluno:  
 Estágio Obrigatório  Matriculado e frequente  Infraquente  Matrícula Trancada  
 Abandono de curso  Formado  Transferência de Curso ou Instituição de Ensino

b) Desempenho acadêmico no semestre:  Suficiente  Insuficiente

c) Avaliação - As atividades desenvolvidas pelo Estagiário:  adequadas  inadequadas

d) Orientações pedagógicas ao educando:

e) Com base nas informações anteriores, o estagiário em avaliação está Apto a continuar o seu Estágio? SIM  NAO

*Rosmari Fatima MoCELLIN*  
COLÉGIO ESTADUAL DOUTOR LAURO MÜLLER SOARES - ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO  
Prof. Orientador do Estágio / Assinatura e Carimbo

*Graciela F. M. Prestupa*  
GRACIELA FABIANE PRESTUPA HUTCHOK

Data 31/10/17

# RELATÓRIO DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO

(Instrumento de acompanhamento do Estágio, pela Instituição de Ensino e Parte Concedente, previsto no § 1º do art. 3º e inciso VII do art. 9º da Lei nº 11.803/2008)

000051

## II - RELATÓRIO DO SUPERVISOR DE ESTÁGIO

Código Avaliação: 1341726

### 1. INFORMAÇÕES BÁSICAS

Parte Concedente: SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO

Cód. no CIEE/PR: 9988923720

Supervisor(a) do Estágio: CLARICE DE LOURDES SOARES OSZUST

Nome: do Estagiário: GRACIELA FABIANE PRÉSTUPA HUTCHOK

Código: 9931565496

Instituição de Ensino: COLÉGIO ESTADUAL DOUTOR LAURO MULLER SOARES - ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO

Cód. no CIEE/PR: 10121131

Curso: TÉCNICO EM ENFERMAGEM Ano: 2 Semestre: 4 Turno: N Matrícula: 63580805

TCE/PE: 9910852207 Ref. nº: 1 Vigência do Estágio: 20/02/2017 a 20/12/2017 - UNIDADE OPERACIONAL DE UNIÃO DA VITÓRIA

Período Avaliativo: de 20/02/2017 a 20/08/2017

Professor Orientador: PROFESSORA ROSMARI FATIMA MOCELLIN

### 2. RESULTADOS DO ACOMPANHAMENTO DO ESTÁGIO (Assinale com X - Quando a resposta for NEGATIVA, justifique-a no campo 5):

2.1 Quanto as atividades	SIM	NÃO
a) Estão de acordo com o Termo de Compromisso (de Estágio e Plano de Estágio ou Plano de Estágio Aditivo)?	<input checked="" type="checkbox"/>	( )
b) São compatíveis com o curso e o período que frequenta?	<input checked="" type="checkbox"/>	( )
<b>2.2 Quanto à preparação para o trabalho produtivo e para a vida cidadã</b>		
a) Proporciona o desenvolvimento de competências próprias da atividade profissional?	<input checked="" type="checkbox"/>	( )
b) Contribui para o desenvolvimento de habilidades e valores para o exercício da vida cidadã?	<input checked="" type="checkbox"/>	( )
<b>2.3 Quanto a aprendizagem social e cultural</b>		
a) Contribui para o aprendizado das relações, a convivência e integração com outras pessoas?	<input checked="" type="checkbox"/>	( )
b) Contribui para o conhecimento e o entendimento da cultura da organização?	<input checked="" type="checkbox"/>	( )

### 3. JUSTIFICATIVA DE RESPOSTAS NEGATIVAS DO CAMPO 2:

### 4. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO ESTAGIÁRIO:

Avalie o desempenho do Estagiário utilizando a graduação proposta. Sugerimos que o resultado da avaliação seja apresentado e discutido com o Estagiário visando melhor execução do Plano de Estágio.

I - Insuficiente R - Regular B - Bom MB - Muito Bom E - Excelente

Elementos de avaliação	Conceito
a) Qualificação do educando para a execução das atividades integrantes do Plano de Estágio.	Bom
b) Conhecimento demonstrado na execução das atividades do Plano de Estágio, considerando o período em curso.	Regular
c) Facilidade de compreender e executar instruções verbais e escritas.	Bom
d) Pontualidade no cumprimento dos dias e horários de estágio.	Excelente
e) Responsabilidade demonstrada pelas atribuições, materiais e equipamentos que opera.	Bom

### 5. ORIENTAÇÕES QUE JULGAR NECESSÁRIAS:

Data: 31/10/17

Clarice de Lourdes Soares Oszust  
CLARICE DE LOURDES SOARES OSZUST

### AVALIAÇÃO DO PROFESSOR ORIENTADOR

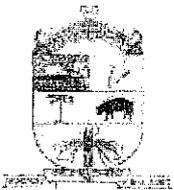
- a) Situação escolar do aluno:  
 ( ) Estágio Obrigatório (X) Matriculado e freqüente ( ) Infreqüente ( ) Matrícula Trancada  
 ( ) Abandono de curso ( ) Formado ( ) Transferência de Curso ou Instituição de Ensino
- b) Desempenho acadêmico no semestre: (X) Suficiente ( ) Insuficiente
- c) Avaliação - As atividades desenvolvidas pelo Estagiário: (X) adequadas ( ) inadequadas
- d) Orientações pedagógicas ao educando

e) Com base nas informações anteriores, o estagiário em avaliação está Apto a continuar o seu Estágio? SIM ( ) NÃO ( )

COLÉGIO ESTADUAL DOUTOR LAURO MULLER SOARES  
- ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO

Clarice de Lourdes Soares Oszust  
CLARICE DE LOURDES SOARES OSZUST

Data: 31/10/17



ANEXO III

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

À PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO - PR.

A Licitante **Graciela Fabiane Prestupa Hutchok** (qualificação) abaixo firmada, DECLARA para os devidos fins de direito, na qualidade de solicitante de cadastramento de, objetivando a **contratação de profissionais para prestar serviços junto ao Hospital Municipal e Secretaria de Saúde, sendo 03 (três) enfermeiros e 02 (dois) técnicos em enfermagem, conforme justificativa em anexo ao processo**, nos termos do Chamamento Público nº. 11/2020, que não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Cruz machado (PR), em 29 de Setembro de 2020.

Graciela F.P. Hutchok  
Graciela Fabiane Prestupa Hutchok



000053



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

**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

Nome: GRACIELA FABIANE PRESTUPA HUTCHOK  
CPF: 013.645.059-83

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

Esta certidão se refere à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

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

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

Emitida às 14:38:55 do dia 24/09/2020 <hora e data de Brasília>.

Válida até 23/03/2021.

Código de controle da certidão: **8C00.3AB7.A990.2F46**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

[Nova Consulta](#)



Preparar página  
para impressão



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

## Certidão Negativa

de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual  
Nº 022655615-55

000054

Certidão fornecida para o CPF/MF: 013.645.059-83

Nome: **CPF NÃO CONSTA NO CADASTRO DE CONTRIBUINTES DO ICMS/PR**

Ressalvado o direito da Fazenda Pública Estadual inscrever e cobrar débitos ainda não registrados ou que venham a ser apurados, certificamos que, verificando os registros da Secretaria de Estado da Fazenda, constatamos não existir pendências em nome do contribuinte acima identificado, nesta data.

Obs.: Esta certidão engloba pendências do próprio CPF ou pelas quais tenha sido responsabilizado e refere-se a débitos de natureza tributária e não tributária, bem como, ao descumprimento de obrigações tributárias acessórias.

**Válida até 22/01/2021 - Fornecimento Gratuito**

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via Internet  
[www.fazenda.pr.gov.br](http://www.fazenda.pr.gov.br)



### CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Nome / Razão Social

credenciamento CPF: 013.645.059-83

Aviso

CPF/CNPJ sem inscrição no cadastro de contribuintes.

Mensagem

Esta certidão é válida para o número do CPF ou CNPJ informado pelo solicitante, que NÃO CONSTA na base de dados da Secretaria Municipal de Finanças.

Ressalvado o direito Prefeitura Municipal de União da Vitória, de inscrever e cobrar as dívidas que vierem a ser apuradas.

É certificado que não constam, na presente data, pendências em nome do contribuinte acima identificado, relativas aos tributos e de mais débitos administrativos pela secretaria municipal de finanças.

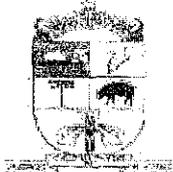
Fundamentação Legal

Código de Controle

CWR7E2WSGBH8PPT0

A validade do documento pode ser consultada no site da prefeitura por meio do código de controle informado.  
<http://uniaodavitoria.pr.gov.br/>

União da Vitória (PR), 28 de Setembro de 2020



000056

ANEXO II

Ficha de Credenciamento

12

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 11/2020

OBJETO: CHAMAMENTO PÚBLICO para Credenciamento objetivando a contratação de profissionais para prestar serviços junto ao Hospital Municipal e Secretaria de Saúde, sendo 03 (três) enfermeiros e 02 (dois) técnicos em enfermagem, conforme justificativa em anexo ao processo, obedecidas às especificações e normas constantes do presente Edital.

NOME: Graciela Fabríne Prestupa Hitchcock

CPF Nº 013.645.059-83

RG Nº 14.368.987-5 Data de nascimento: 07/19/1994

FILIAÇÃO:

Pai: Augusto Prestupa  
 Mãe: Isabel Hitchcock

ENDEREÇO:

(Rua, Praça, Avenida...) Rua Padre Nivaldo Kostinski  
 Nº 94 Complemento: Casa Bairro: Centro  
 CEP: 84620000 Cidade: Cruz Machado UF: PR  
 TELEFONES: Comercial: (42) 355402239 Celular: (42) 9973 6753  
 Email: graciela.prestupa@yalees.com

ESPECIALIDADE:

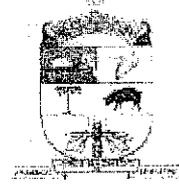
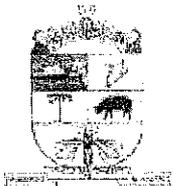
ITEM	FUNÇÃO	VALOR DO SERVIÇO
4 e 5	Técnica em Enfermagem.	1.100,00

DADOS BANCÁRIOS:

Banco: Itaú Agência: 3885 Conta  
 Corrente: 17451-0 LOCAL,

DATA: \_\_\_\_\_

Graciela F. H. Prestupa  
 ASSINATURA DO PROPONENTE



000057

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 11/2020



14

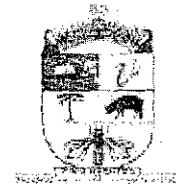
Eu Graciela Fabiane Prestupa Hutchok, portador da Cédula de Identidade RG nº14.368.987-5 e inscrito no CPF nº 013.645.059- 83 declaro que:

- Estou ciente de que o meu possível credenciamento não gera direito subjetivo à minha efetiva contratação pela Secretaria de Saúde de Cruz machado /PR;
- Conheço e aceito, incondicionalmente, as regras do presente edital, bem como me responsabilizo por todas as informações contidas no projeto, caso venha a ser contratado, após apresentar a documentação exigida neste edital.
- Estou ciente de que, caso venha ser contratado, os pagamentos sofrerão os descontos previstos em lei.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

CRUZ MACHADO (PR), em 29 de Setembro de 2020.

Graciela F. H. Prestupa  
Graciela Fabiane Prestupa Hutchok



ANEXO V

000058

DECLARAÇÃO

15

EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 11/2020.

Eu **Graciela Fabiane Prestupa Hutchok** portadora da Cédula de Identidade RG nº14.368.987-5 e inscrito no CPF nº 013.645.059-83 DECLARO, sob as penas da lei, que não sou servidor público municipal de Cruz Machado/PR e não possuo qualquer impedimento legal em contratar com o Município de Cruz machado.

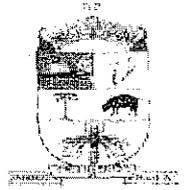
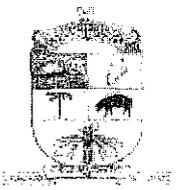
Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

CRUZ MACHADO (PR), em 29 de Setembro de 2020.

Graciela F.P. Hutchok  
Graciela Fabiane Prestupa Hutchok

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten initials]*

*[Handwritten mark]*



000059

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE PARENTESCO

16

Eu **Graciela Fabiane Prestupa Hutchok**, portador(a) da Carteira de Identidade nº14.368.987-5 e do CPF nº 013.645.059-83 DECLARA sob as penas da lei que não possui em seu quadro societário cônjuge, parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, de autoridades ou servidores comissionados da própria pessoa jurídica, conforme Acórdão 2745/2010 do Tribunal de Contas do Paraná e Súmula Vinculante 13, do STF.

Por ser verdade, firmo a presente declaração para que produza os efeitos legais, ciente de que a falsidade de seu conteúdo pode implicar na imputação de sanções civis, administrativas, bem como na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular.

Cruz Machado( PR), em 08 de Outubro de 2020.

Graciela Fabiane Prestupa Hutchok.

Graciela Fabiane Prestupa Hutchok.



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**CRUZ MACHADO PR**

Cruz Machado Semeando o Futuro!  
ADMINISTRAÇÃO 2017 - 2020



ANEXO VII

000060

PONTUAÇÃO PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO PELA CPL

No processo de credenciamento serão observados os seguintes critérios de pontuação para definição da classificação do interessado:

1

**Proponente:** Graciela Fabiane Prestupa Hutchok

ITEM	PARÂMETROS	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Certificado de conclusão de curso de graduação: Diploma devidamente registrado no órgão ou entidade competente;	01 Título	10	10 pontos
Certificado, devidamente registrado, de curso de pós-graduação, doutorado, mestrado, afim ao cargo pretendido.	02 Títulos	10	00 pontos
Experiência Profissional	Até 1 ano	10 pontos	00 pontos
	1 a 5 anos	30 pontos	
	Acima de 5 anos	50 pontos	
Curso de aperfeiçoamento relacionados à função pretendida	4 cursos	5 pontos	05 pontos
<b>TOTAL</b>			<b>15 pontos</b>

Presidente CPL

MEMBRO CPL

MEMBRO CPL