



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

**CERTIDÃO POSITIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS  
COM EFEITO DE NEGATIVA**

Nome: SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO

(MATRIZ E FILIAIS) CNPJ: 60.975.737/0062-73

Certidão nº: 145327334/2018

Expedição: 28/02/2018, às 09:15:27

Validade: 26/08/2018 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **60.975.737/0062-73**, CONSTA do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas em face do inadimplemento de obrigações estabelecidas no(s) processo(s) abaixo, com débito garantido ou exigibilidade suspensa:

0320500-64.2007.5.02.0203 - TRT 02ª Região \*

0210300-10.2001.5.15.0018 - TRT 15ª Região \*\*

\* Débito garantido por depósito, bloqueio de numerário ou penhora de bens suficientes.

\*\* Débito com exigibilidade suspensa.

**Total de processos: 2.**

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**

A Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas, com os mesmos efeitos da negativa (art. 642-A, § 2º, da Consolidação das Leis do Trabalho), atesta a existência de registro do CPF ou do CNPJ da pessoa sobre quem versa a certidão no Banco Nacional de Devedores



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

Trabalhistas, cujos débitos estejam com exigibilidade suspensa ou garantidos por depósito, bloqueio de numerário ou penhora de bens suficientes.

0

ha



Nº Inscrição  
**09969-0**

Código Atividade

## ALVARÁ DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO

Fundamentação legal: Lei Municipal nº 2628/98, Art. 273 a 275.

CPF/CNPJ  
**60.975.737/0062-73**

Razão Social: **SOCIEDADE BENEFICIENTE SÃO CAMILO**  
Nome Fantasia: **HOSPITAL REGIONAL DE CARIDADE N.ª SR.ª. DA APARECIDA**  
Endereço: **ROD BR-476 Nº 0000 Comp. KM 03**  
Bairro: **SÃO JOAQUIM**

Inscrição Imobiliária: **0000000000000000**  
Número Imobiliário: **0000000**

COM A ATIVIDADE DE:  
**0000000 - HOSPITAL**

Início das Atividades: **02/01/2006**  
Contador Responsável:

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO  
**SEM RESTRIÇÕES**

PELO PRESENTE ALVARÁ FICA O CONTRIBUINTE AUTORIZADO

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
UNião DA VITÓRIA (PR)

União da Vitória, 14/02/2006

*Vilmar Abrão Ferreira*  
**Vilmar Abrão Ferreira**  
**SECRETÁRIO DE RECEITA**  
**C.P. 135.000-2018307-PR**

*Handwritten marks and signatures*



Prefeitura Municipal de União da Vitória  
Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento Municipal de Vigilância Sanitária 000065  
Vigilância em Saúde  
**LICENÇA SANITÁRIA**

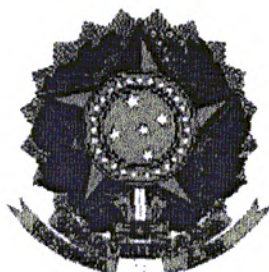
Ramo de atividade <b>HOSPITAIS</b>				Data da vistoria <u>12/01/18</u>	
CNPJ / MF ou CPF / MF 60.975.737/0062-73	Inscrição na VISA 4087	Inscrição Municipal 9969	Exercício <b>2017</b>		
Área construída (m²) 7000,00	Código ramo de atividade 25.10	Data de expedição 12/04/2017	Responsáveis pela inspeção <i>Alan Muller Nizio</i> <b>Alan Muller Nizio</b> Enfermeiro Vigilância Sanitária COREN/PR 364.941 <i>Claudete Constante</i> <b>CLAUDETE CONSTANTE</b> Ag. Vigilância Sanitária		
CONTRIBUINTE <b>SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO</b> <b>HOSPITAL REG.DE CARIDADE N.SRA.APARECIDA</b> ROD BR 476S/Nº, KM 3 SÃO JOAQUIM CEP: 84600-000      UNIÃO DA VITÓRIA      UF: PR					
Responsável pelo departamento <i>Antelmo Schmickler</i> <b>ANTELMO SCHMICKLER</b> RESPONSÁVEL PELO DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA					

Nome	Responsáveis Técnicos Setor	Conselho Regional

Observações	RECLAMAÇÕES <b>3903-1606</b>
-------------	---------------------------------

<b>A afixação desta licença em local visível ao consumidor/usuário é obrigatória</b>	Validade <b>30/04/2018</b>
--	-------------------------------

900  
ka



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### Declaração de Responsabilidade Técnica para Serviço

Declaramos que o(a) médico(a) Dr.(a) **TIAGO COURTES LUTZKY**, inscrito(a) no Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **22487**, é o(a) Responsável Técnico pelo **Radiologia Clínica** da empresa **SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO [FILIAL 3]**, CNPJ **60.975.737/0062-73**, CRM **3208**, inscrita neste Conselho Regional de Medicina desde **17/06/2008**.

Ressalvadas as alterações nos dados cadastrais da empresa, esta declaração é válida até **17/06/2018**.

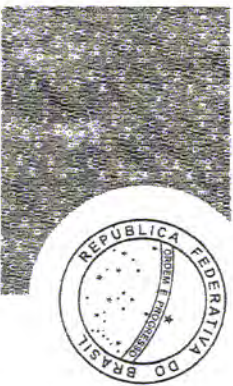
Chave de validação **54abd0618e9179d2528cb2255c971bc9183c01ef**

Emitida eletronicamente via internet em **20/06/2017**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do

[www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br)

*[Assinatura manuscrita]*



# Universidade de Marília **Unumar**

## Diploma

O Reitor da Universidade de Marília - Unumar, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do curso MEDICINA

em 14 de Novembro de 2005, confere o título de Médico a

**TIAGO COLLETES LUTZKY**

nacionalidade Brasileira R.G. nº 1039030612-RS

nascida(a) a 23 de Setembro de 1978, natural do Estado do Rio Grande do Sul

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

Marília, 17 de Novembro de 2005.

Faculdade de Medicina e Enfermagem  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Buano  
Diretor - RG. 12.710.312

Diplomanda

Dr. Marcelo Misogólia Szym  
Reitor - RG. 2.827.784-7



1ª TABELETA DE NOTAS  
UNIVERSIDADE DE MARÍLIA - PR  
A PRESENÇA DO ALUNO É REPRODUÇÃO  
FIEL DO ORIGINAL APRESENTADO  
NESTE TABELETA DATA: 00/FEV/2018  
662-2525 (2)



8900000

**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

**CERTIFICADO**

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, de acordo com a Resolução vigente, certifica que registrou, em 11/09/2014, no livro nº 32, sob o nº 12043, folha nº 188, a qualificação do médico **TIAGO COURTES LUTZKY** (CRM/SC nº 19358), na especialidade de:

**RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM**

**RQE 12043**

Florianópolis, 12 de Setembro de 2014.

*Rachel Duarte Moritz*

RACHEL DUARTE MORITZ

1ª Secretária do CREMESC

*Tanaro Pereira Bez*

TANARO PEREIRA BEZ

Presidente do CREMESC

5 TABELA: ONAT@ DE NOTAS  
UNIAO DA VITORIA - PR  
A PRESENTE FOTOCOPIA E REPRODUÇÃO  
FIDEL DO DOCUMENTO APRESENTADO  
NÃO TEM VALOR JURIDICO  
NÃO SE TABELONATO, NESTA DATA, DO  
01 MAR. 2018

MAURICIO RODRIGUES DE LIMA  
ESCREVENTE  
04 VITORIA - V - PR

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA  
TABELA: ONAT@ DE NOTAS  
UNIAO DA VITORIA - PR  
A PRESENTE FOTOCOPIA E REPRODUÇÃO  
FIDEL DO DOCUMENTO APRESENTADO  
NÃO TEM VALOR JURIDICO  
NÃO SE TABELONATO, NESTA DATA, DO  
01 MAR. 2018

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA  
TABELA: ONAT@ DE NOTAS  
UNIAO DA VITORIA - PR  
A PRESENTE FOTOCOPIA E REPRODUÇÃO  
FIDEL DO DOCUMENTO APRESENTADO  
NÃO TEM VALOR JURIDICO  
NÃO SE TABELONATO, NESTA DATA, DO  
01 MAR. 2018

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA  
TABELA: ONAT@ DE NOTAS  
UNIAO DA VITORIA - PR  
A PRESENTE FOTOCOPIA E REPRODUÇÃO  
FIDEL DO DOCUMENTO APRESENTADO  
NÃO TEM VALOR JURIDICO  
NÃO SE TABELONATO, NESTA DATA, DO  
01 MAR. 2018

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA  
TABELA: ONAT@ DE NOTAS  
UNIAO DA VITORIA - PR  
A PRESENTE FOTOCOPIA E REPRODUÇÃO  
FIDEL DO DOCUMENTO APRESENTADO  
NÃO TEM VALOR JURIDICO  
NÃO SE TABELONATO, NESTA DATA, DO  
01 MAR. 2018

# Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa

Programa Credenciado pela CNRM/MEC - Parecer n.º 115/08 de 25/09/2008.

## CERTIFICADO

Certificamos que o **DR. TIAGO COURTES LUTZKY**, CRM N.º 22.487-PR, CPF 930111300-78 concluiu Residência na área de **RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM** no período de 01 de fevereiro de 2008 a 31 de janeiro de 2011 a quem conferimos o título de especialista, de acordo com a Lei 6.932 publicada no Diário Oficial da União em 09/07/81.

Ponta Grossa, 31 de janeiro de 2011.

# SANTA CASA

PONTA GROSSA

# 100 ANOS

Provedor da SCMPG

Coordenador da COREME

Médico Residente

3º TABELIONATO DE NOTARIAS  
UNIAO DA VITORIA - ES

MAURICIO DE J. B. DE LIMA ADAM  
RODRIGUES GIL  
DE LIMA DANIEL SEBEN  
ESCREVENTE LUIZ VITEK  
 MAURICIO RODRIGUES DA LIMA

1018 (42) 3522-2299



000070



# Universidade de Marília **Unimar** Diploma

O Rector da Universidade de Marília - Unimar, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do curso **MEDICINA** em **14 de Novembro de 2005**, confere o título de **Médica** a

**SILMARA MEDEIROS DIAS**

R.G. nº **6.189.987-1-PR**

nacionalidade **Brasileira** nascida(a) a **13 de Junho de 1978**, natural do Estado do **Paraná** outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todas as direitos e prerrogativas legais. Marília, **17 de Novembro de 2005**.

Faculdade de Medicina e Enfermagem  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Bueno  
Diretor - Rd. 12710/312

*Silmara Medeiros Dias*  
Diplomada

*Marcelo Mafaglia Serra*  
Dr. Marcelo Mafaglia Serra  
Rector - R.G. 2.727.184-7

Código de Controle: 21329396

3º TABELIONATO  
UNIAO DA VITO  
A PRESENTE FOTOCOPIA  
FIEL DO DOCUMENTO APRESENTADO  
NESTE TABELIONATO, NESTA DATA DOU FE

0 1 MAR. 2018

- GISELE J. B. DE LIMA ADAMI
- DANIEL SEBEN
- ELVIO VITEK
- MAURICIO RODRIGUES DE LIMA



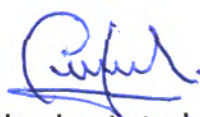
*(Handwritten mark)*

## DECLARAÇÃO

A Sociedade Beneficente São Camilo/ Hospital Regional de Caridade Nossa Senhora Aparecida de União da Vitória, Estado do Paraná, inscrita no CNPJ de nº. 60.975.737/0062-73, declara para devidos fins, que tem capacidade para realizar 300(trezentos) exames mensais de ultrassonografia e 100(cem) exames mensais de tomografia computadorizada. O número de profissionais que disponibilizamos para realização dos exames são 2(dois) médicos radiologistas e mais 5 (cinco) técnicos de imagem. Os exames serão agendados e realizados no Centro de Saúde São Camilo, sito: Benjamim Constant, número 580, Centro, União da Vitória-Paraná, e no Hospital São Camilo, sito: BR 476, sn, Bairro: São Joaquim, União da Vitória-Paraná.

Por ser verdade, firmo o presente.

União da Vitória - PR, 01 de fevereiro de 2018.



Claudemir Andrichi

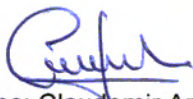
Diretor Administrativo



## DECLARAÇÃO

A SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO – HOSPITAL REGIONAL DE CARIDADE NOSSA SENHORA APARECIDA, estabelecida à BR 346, Km 03 Bairro São Joaquim, na cidade de União da Vitória, Estado do Paraná, CNPJ nº60.975.7370062/73 neste ato por seus representantes legais Sr. Claudemir Andrighi CPF nº563.578.269-87, Adriana Ribeiro CPF nº702.080.429-20, para fins de credenciamento junto a Secretaria Municipal da Saúde do Município de Cruz Machado, Estado do Paraná que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações.

Município de União da Vitória, 01 de março de 2018.



Nome: Claudemir Andrighi  
CPF: 563.578.269-87

**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – PESSOA JURÍDICA**

À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cruz Machado

O interessado, abaixo qualificado, requer sua inscrição como credenciado para prestação de serviços laboratoriais de análises clínicas, conforme estabelecido pelo Edital de Credenciamento nº. 001/2018, anexando a este requerimento os seguintes documentos:

- Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico;
- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- Certificado de Regularidade emitido pelo Conselho Regional de Farmácia;
- Declaração firmada pelo Responsável Técnico, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;
- Contrato social devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e Documentos, onde conste, dentro dos seus objetivos, a prestação dos serviços acima indicados;
- Cartão do CNPJ;
- Certidão Negativa de débito Municipal, Estadual e Federal;
- Certidão Negativa de débito com o INSS;
- Certidão Negativa de débito com o FGTS;
- Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto Lei n.º 5452, de 1º de maio de 1943. (CNDT).
- Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica e do Responsável Técnico;
- Licença Sanitária do estabelecimento;
- Capacidade máxima de atendimento e número de profissionais;
- Registro no Conselho Regional de Farmácia
- Diploma do Curso e certificado de especialização de acordo com a área de serviços laboratoriais a serem prestados.

Nome/Razão Social:

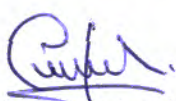
Sociedade Beneficente São Camilo-Hospital Regional de Caridade Nossa Senhora Aparecida

Endereço Comercial: Rua: BR 476, KM 03, SN, bairro: São Joaquim.

CEP 84.600-000 Cidade: União da Vitória Estado: Paraná

CNPJ: 60.975.737.0062/73

Município de União da Vitória, 01 de março de 2018.



Claudemir Andrighi

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

28/2/2018  
DATASUS

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

IMPRESSÃO DA FICHA REDUZIDA

Identificação				
CADASTRADO NO CNES EM: 24/6/2003 ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO EM: 21/2/2018				
<b>Nome:</b>		<b>CNES:</b>	<b>CNPJ:</b>	
HOSPITAL REGIONAL DE CARIDADE NOSSA SRA APARECIDA		2568349	60975737006273	
<b>Nome Empresarial:</b>		<b>CPF:</b>	<b>Personalidade:</b>	
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO		--	JURÍDICA	
<b>Logradouro:</b>		<b>Número:</b>		
BR 476 KM 3		S/N		
<b>Complemento:</b>	<b>Bairro:</b>	<b>CEP:</b>	<b>Município:</b>	<b>UF:</b>
	SAO JOAQUIM	84600000	UNIAO DA VITORIA	PR
<b>Tipo Unidade:</b>	<b>Sub Tipo Unidade:</b>	<b>Gestão:</b>	<b>Dependência:</b>	
HOSPITAL GERAL		ESTADUAL	INDIVIDUAL	

PROFISSIONAIS SUS	
<b>Médicos</b>	<b>60</b>
<b>Outros</b>	<b>100</b>

PROFISSIONAIS NÃO SUS	
<b>Total</b>	<b>5</b>

Atendimento Prestado	
<b>Tipo de Atendimento:</b>	<b>Convênio:</b>
AMBULATORIAL	PLANO DE SAUDE PUBLICO
AMBULATORIAL	PLANO DE SAUDE PRIVADO
AMBULATORIAL	PARTICULAR
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
INTERNACAO	PLANO DE SAUDE PUBLICO
INTERNACAO	PARTICULAR
INTERNACAO	PLANO DE SAUDE PRIVADO
SADT	PLANO DE SAUDE PUBLICO
SADT	PARTICULAR
SADT	SUS
SADT	PLANO DE SAUDE PRIVADO
URGENCIA	PARTICULAR
URGENCIA	SUS
URGENCIA	PLANO DE SAUDE PRIVADO
URGENCIA	PLANO DE SAUDE PUBLICO
<b>Fluxo de Clientela:</b>	
ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA	

Leitos		
CIRÚRGICO		
<b>Nome Leitos</b>	<b>Leitos Existentes</b>	<b>Leitos SUS</b>
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	6	3
OTORRINOLARINGOLOGIA	1	1
CIRURGIA GERAL	7	3
NEFROLOGIAUROLOGIA	1	1
GINECOLOGIA	2	1

NEUROCIRURGIA		
	1	1
CLÍNICO		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
NEUROLOGIA	1	1
CARDIOLOGIA	7	5
CLINICA GERAL	19	14
PNEUMOLOGIA	2	1
NEFROUROLOGIA	2	1
COMPLEMENTAR		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
UTI ADULTO - TIPO II	7	6
UNIDADE ISOLAMENTO	1	1
LEITOS HABILITADOS (Os totais de leitos SUS com sinalização (*), são totais recuperados dos leitos Habilitados pela SAS. Vide consulta Habilitações)		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
UTI II ADULTO	-	6(*)
		6

00075

Equipamentos			
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
MAMOGRAFO COM COMANDO SIMPLES	1	1	NÃO
RAIO X ATE 100 MA	2	2	SIM
RAIO X DE 100 A 500 MA	1	1	SIM
RAIO X MAIS DE 500MA	1	1	NÃO
RAIO X PARA DENSITOMETRIA OSSEA	1	1	NÃO
TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO	1	1	SIM
ULTRASSOM DOPPLER COLORIDO	2	2	SIM
ULTRASSOM ECOGRAFO	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
GRUPO GERADOR	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
BERÇO AQUECIDO	3	3	SIM
BOMBA DE INFUSAO	25	25	SIM
DEFIBRILADOR	5	5	SIM
EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	2	2	SIM
INCUBADORA	1	1	SIM
MARCAPASSO TEMPORARIO	3	3	SIM
MONITOR DE ECG	9	9	SIM
MONITOR DE PRESSAO INVASIVO	1	1	SIM
MONITOR DE PRESSAO NAO-INVASIVO	16	16	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	23	23	SIM
RESPIRADOR/VENTILADOR	10	10	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ELETROCARDIOGRAFO	4	3	SIM
ELETROENCEFALOGRAFO	1	1	NÃO
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ENDOSCOPIO DAS VIAS RESPIRATORIAS	1	1	SIM
ENDOSCOPIO DAS VIAS URINARIAS	1	0	SIM
ENDOSCOPIO DIGESTIVO	1	1	NÃO
LAPAROSCOPIO/VÍDEO	1	1	SIM
MICROSCOPIO CIRURGICO	2	0	NÃO
OUTROS EQUIPAMENTOS			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
APARELHO DE DIATERMIA POR ULTRASSOM/ONDAS CURTAS	1	1	SIM
APARELHO DE ELETROESTIMULACAO	1	1	SIM
EQUIPAMENTO DE CIRCULACAO	1	1	SIM

EXTRACORPOREA			
FORNO DE BIER	1	1	SIM
<b>Resíduos/Rejeitos</b>			
<b>Coleta Seletiva de Rejeito:</b>			
RESÍDUOS BIOLÓGICOS			
RESÍDUOS QUÍMICOS			
RESÍDUOS COMUNS			

000076

<b>Instalações Físicas para Assistência</b>		
<b>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>		
<b>Instalação:</b>	<b>Qtde./Consultório:</b>	<b>Leitos/Equipos:</b>
CONSULTÓRIOS MÉDICOS	2	0
SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRÍTICO/SALA DE ESTABILIZAÇÃO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	2	0
SALA DE ATENDIMENTO MASCULINO	1	0
SALA DE CURATIVO	2	0
SALA DE GESSO	2	0
SALA DE HIGIENIZAÇÃO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - FEMININO	2	3
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - MASCULINO	2	3
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - PEDIÁTRICA	1	1
<b>AMBULATORIAL</b>		
<b>Instalação:</b>	<b>Qtde./Consultório:</b>	<b>Leitos/Equipos:</b>
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS	4	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVIÇOS)	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE NEBULIZAÇÃO	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	2	0
<b>HOSPITALAR</b>		
<b>Instalação:</b>	<b>Qtde./Consultório:</b>	<b>Leitos/Equipos:</b>
SALA DE CIRURGIA	3	0
SALA DE CURETAGEM	1	0
SALA DE PRE-PARTO	1	1
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	0	4
<b>Serviços de Apoio</b>		
<b>Serviço:</b>	<b>Característica:</b>	
CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	PRÓPRIO	
FARMÁCIA	PRÓPRIO	
LACTÁRIO	PRÓPRIO	
LAVANDERIA	PRÓPRIO	
NECRÓTERIO	PRÓPRIO	
NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (S.N.D.)	PRÓPRIO	
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DE PACIENTE)	PRÓPRIO	
SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	PRÓPRIO	

**Serviços Especializados**

<b>Cod.:</b>	<b>Serviço:</b>	<b>Característica:</b>	<b>Ambulatorial:</b>		<b>Hospitalar:</b>	
			<b>Amb.:</b>	<b>SUS:</b>	<b>Hosp.:</b>	<b>SUS:</b>
130	ATENÇÃO A DOENÇA RENAL CRÔNICA	PRÓPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
150	CIRURGIA VASCULAR	PRÓPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
170	COMISSÕES E COMITÊS	PRÓPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
110	SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE REPRODUTIVA	PRÓPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
116	SERVIÇO DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
117	SERVIÇO DE CIRURGIA REPARADORA	PRÓPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
120	SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E/OU CITOPATO	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM

120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	SIM	NÃO	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	SIM
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
162	SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
155	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
155	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
146	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
149	TRANSPLANTE	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM

## Serviços e Classificação

Código:	Serviço:	Classificação:	Terceiro:	CNES:
130 - 004	ATENCAO A DOENÇA RENAL CRONICA	TRATAMENTO EM NEFROLOGIA EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
150 - 002	CIRURGIA VASCULAR	FISTULA ARTERIOVENOSA COM ENXERTO	NÃO	NAO INFORMADO
170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	VASECTOMIA	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 003	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	LAQUEADURA	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 005	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (HEMODINAMICA)	SIM	0015245
117 - 002	SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA	TRATAMENTO EM QUEIMADOS	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	2303892
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	3554309
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	2557819
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	2303892
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	2557819
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA	SIM	2568322
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	MAMOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	5986524
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIIS	SIM	5986524



145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	5986524
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	5986524
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	5986524
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	5986524
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	5986524
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	5986524
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	5986524
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	5986524
122 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROENCEFALOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TESTE ERGOMETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 002	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	NÃO	NAO INFORMADO
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 003	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA	SIM	2568764
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	2568764
131 - 003	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO	NÃO	NAO INFORMADO
162 - 001	SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA	ADULTO	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 001	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 003	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE URGENCIA	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
146 - 002	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	CIRURGICA	NÃO	NAO INFORMADO
149 - 015	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS	NÃO	NAO INFORMADO

000078

## Requerimento para Credenciamento – Pessoa Jurídica

A

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cruz Machado

O interessado, abaixo qualificado, requer sua inscrição como Credenciado para prestação de serviços laboratoriais de análises clínicas, conforme estabelecido pelo edital de Credenciamento nº 002/2018 anexando a estes os seguinte documentos:

- Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico;
- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- Certificado de Regularidade emitido pelo Conselho Regional de Farmácia;
- Declaração firmada pelo Responsável Técnico, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;
  - Contrato social devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e Documentos, onde conste, dentro dos seus objetivos, a prestação dos serviços acima indicados;
  - Cartão do CNPJ;
- Certidão Negativa de débito Municipal, Estadual e Federal;
- Certidão Negativa de débito com o INSS;
- Certidão Negativa de débito com o FGTS;
  - Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto Lei n.º 5452, de 1º de maio de 1943. (CNDT).
- Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica e do Responsável Técnico;
- Licença Sanitária do estabelecimento;
- Capacidade máxima de atendimento e número de profissionais;
- Registro no Conselho Regional de Farmácia
- Diploma do Curso e certificado de especialização de acordo com a área de serviços laboratoriais a serem prestados.

**Nome/Razão Social:** Laboratório de Análises Clínicas Pauluk Ltda – ME

**Endereço Comercial:** Av. Pres. Getúlio Vargas, s/n

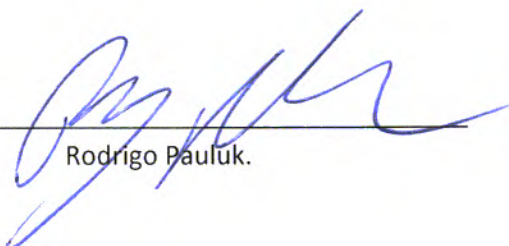
**CEP:** 84620-000

**cidade:** Cruz Machado - Pr.

**RG nº** 8.359.852-2

**CPF nº** 046.035.619-46

Cruz Machado, 21 de fevereiro de 2018.

  
Rodrigo Pauluk.



## Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 21/02/2018

CNES: 2549433 Nome Fantasia: LABORCLIM CNPJ: 02.044.018/0001-10  
 Nome Empresarial: LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS PAULUK Natureza jurídica: ENTIDADES EMPRESARIAIS  
 Logradouro: AVENIDA PRESIDENTE GETULIO VARGAS Número: S/N Complemento: --  
 Bairro: CENTRO Município: 410680 - CRUZ MACHADO UF: PR  
 CEP: 84620-000 Telefone: 425541650 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 06  
 Tipo de Estabelecimento: UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E Subtipo: -- Gestão: ESTADUAL  
 Cadastrado em: 24/06/2003 Atualização na base local: 25/09/2015 Última atualização Nacional: 09/02/2018  
 Horário de Funcionamento:

Dia semana	Horário
SEGUNDA-FEIRA	07:30 às 18:00
TERÇA-FEIRA	07:30 às 18:00
QUARTA-FEIRA	07:30 às 18:00
QUINTA-FEIRA	07:30 às 18:00
SEXTA-FEIRA	07:30 às 18:00

Data desativação: --

Motivo desativação: --

