



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO

Página: 1 / 1
Data: 21/11/2024

Comprovante de abertura

000390

Parâmetros: Numero_processo: 000003221/2024

Número do processo: 000003221/2024

Assunto: CREDENCIAMENTO

Requerente: ALINE SAMARA ARNDT

CPF/CNPJ do requerente: 08599846990

Local de protocolização: 001001001 - PROTOCOLO

Data de protocolização: 21/11/2024

Observação: Credenciamento N° 06/2024
Processo N° 130/2024

PR



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
2196646239

NOME
ALINE SAMARA ARNDT



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
SESP PR

DATA NASCIMENTO
19/10/1991

PILICACAO
OSMAR ARNDT

IVANIR MARTINAZZO
ARNDT

PERMISSAO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITACAO
05256093607 25/03/2026 21/07/2011



PROIBIDO PLASTIFICAR
2196646239

OBSERVAÇÕES

Aline Samara Arndt
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CRUZ MACHADO, PR

DATA EMISSAO
25/03/2021

[Signature]
ASSINATURA DO EMISSOR

31626188522
PR919167868

PARANÁ

[Handwritten signature]

[Handwritten scribble]



0800 51 00 116 - www.copel.com

EDITO, UTILIZE O CODIGO ABAIXO PARA PAGAMENTO
7310111000 B 00101020247 0 75587570800 A
ANF3E - Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletronica de Energia Eletrica
OPEL DISTRIBUICAO S A
UA R JOSE IZIDORO BIAZETTO, 168
EP 81200240 - CURITIBA/PR
NPJ 0436899000106 - I.E. 9023307398

000392

Responsavel pela Iluminacao: ca: Municipio 04235541222

Classificacao:
RESIDE/RESIDENCIAL

Tipo de Fornecimento:
BIFASICO / 50A

IVANIR MARTINAZZO P OT

R PRFA ALEXANDRA HUN

CEP: 84620000
Cidade: CRUZ MACHADO
CPF: ***.***.19-79

UNIDADE CONSUMIDORA

40078531

▲ CODIGO DEBITO AUTOMATICO ▲



GUE COM PIX

AM [1.6.29.0]

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11/2024	04/12/2024	R\$ 213,81



TA FISCAL No 132704087 - SERIE 3 / DATA EMISSAO: 11/11/2024

resulte Chave de Acesso em:
ps://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/NF3eConsulta?wsdl
ave de acesso:
41104368898000106660031327040871058758258
protocolo de Autorizacao: 1412400065644926 - 11/11/2024 as 04:08:58

DATAS DE LEITURAS	Leitura Anterior	Leitura Atual	N. Dias	Proxima Leitura
	14/10/24	12/11/2024	29	12/12/2024

Itens da Fatura	Unidade	Quantidade	Preco unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS / COFINS	ICMS	Tarifa unit. (R\$)
(01) CONSUMO	kWh	228	0,381316	86,94	4,26	16,52	0,290190
(02) USO SISTEMA	kWh	228	0,446491	101,80	4,99	19,34	0,339820
(03) B. VERME P2	kWh			13,62	0,68	2,62	0,078770
(04) B. AMARELA	kWh			2,32	0,11	0,44	0,018860
(06) CONT ILUMIN				8,93			
TOTAL				213,81			

Legenda: (01) ENERGIA EL. CONSUMO | (02) ENERGIA ELET USO SISTEMA | (03) ENERGIA CON S. B.VERMELHA P2 | (04) ENERGIA CONS. B. AMARELA | (06) CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPIO

CONSUMO FATURAI			No DIAS FAT	Tributo	Base Calc (R\$)	Aliquota (%)	Valor R\$
OUT. 24	72	32		ICMS	204,88	19,00	38,92
SET. 24	110	30		COFINS	166,96	4,97	8,26
AGO. 24	163	32		PIS	166,96	1,08	1,79
JUL. 24	142	30					
JUN. 24	194	30					
MAI. 24	126	32					
ABR. 24	161	29					
MAR. 24	174	32					
FEV. 24	164	29					
JAN. 24	166	30					
DEZ. 23	179	30					
NOV. 23	197	30					

Reservado ao Fisco

2BA6.EEB9.931D.3373.7DAE.8DD7.1667.FD66

Medidor	Gran. s	Postos Horarios	Leitura Anterior	Leitura Atual	Const Medidor	Consumo kWh
0042308118	kv	-	4425	4653	1,00	228

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Conselho Federal de Enfermagem

Inscrição - COREN PR 000.611.345
ENFERMEIRA

NOME CIVIL
ALINE SAMARA ARNDT

NATURALIDADE / UF / NACIONALIDADE
UNIÃO DA VITÓRIA
PR
BRASILEIRA

Aline S. Arndt

PRESENTE



FILIAÇÃO
OSMAR ARNDT

IVANIR MARTINAZZO ARNDT

CPF
[REDACTED]

DATA DE EMISSÃO
21/06/2022

DATA DE NASCIMENTO
19/10/1991

DATA DE VALIDADE
21/06/2027

IDENTIDADE
[REDACTED]

ORGÃO EXPEDIDOR
DNT-PR

Aline S. Arndt

ASSINATURA PROFISSIONAL





VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

VALE COMO DOCUMENTO DE IDENTIDADE
 (ART. 15 INCISO VII, LEI 5.305)
 E LEI 6.206 DE 07/05/75
 DE 12/07

PROIBIDO PLASTIFICAR

X 31133695

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

000394



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARANÁ
CERTIDÃO DE REGULARIDADE CADASTRAL

Impresso em 12/11/2024 às 01:23:56

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 **ALINE SAMARA ARNDT**, inscrito(a) no CPF sob nº [REDACTED] CERTIFICA que o(a) profissional é **ENFERMEIRO**, registrado sob o nº **611345**, 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.

Ethelly Feitosa Rodrigues Santos
Presidente Coren/PR

Válida por **30 dias após a emissão**.

Curitiba/PR, 12 de novembro de 2024

Nº da Certidão **1211202401235666956078**

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

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



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: **ALINE SAMARA ARNDT**

CPF: [REDACTED]

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 21:05:43 do dia 11/11/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 10/05/2025.

Código de controle da certidão: **F8D3.41A8.9CCC.D65F**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



Certidão Negativa

de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual
Nº 035239708-32

Certidão fornecida para o CPF/MF: [REDACTED]

Nome: **ALINE SAMARA ARNDT**

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 11/03/2025 - Fornecimento Gratuito

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada via Internet
www.fazenda.pr.gov.br



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO
SECRETARIA DE FINANÇAS

000397

Data: 11/11/2024 21h13min

Número	Validade
3551	09/02/2025

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Nome / Razão Social

ALINE SAMARA ARNDT

CPF:



Aviso

Sem débitos pendentes até a presente data.

Comprovação Junto à

Finalidade

Mensagem

Certificamos que até a presente data não constam débitos tributários relativos à inscrição abaixo caracterizada.

A Fazenda Municipal se reserva o direito de cobrar débitos que venham a ser constatados, mesmo se referentes a períodos compreendidos nesta certidão.

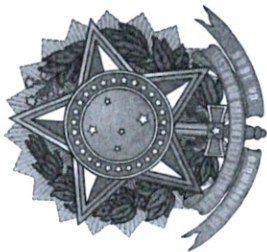
Código de Controle

CWAXME8HN1RYBHI1

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

Cruz Machado (PR), 11 de Novembro de 2024

Avenida Vitória, 251 - Centro
Cruz Machado (PR) - CEP: 84620000 - Fone: 4235541222



CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO IGUAÇU - UNIGUAÇU



O Reitor(a) do Centro Universitário Vale do Iguaçu - Uniguauçu, no uso de suas atribuições legais e tendo em vista a conclusão do curso de Enfermagem, em 12 de dezembro de 2019 e colação de grau em 17 de janeiro de 2020, confere o título de:

BACHARELA EM ENFERMAGEM ALINE SAMARA ARNDT

Brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida aos 19 dias do mês de outubro do ano de 1991, portadora da carteira de identidade nº [REDACTED] IPR, e outorga-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

União da Vitória, 17 de janeiro de 2020.

Edson Aires da Silva
Reitor(a)

Aline S. Arndt

Diplomada

000398

000000

CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO IGUAÇU - UNIGUAÇU

(Instituição Expedidora e Registradora)

Unidade de Ensino Superior do Vale do Iguaçu S/A
CNPJ 03.564.489/0001-12

Credenciado pela Portaria Ministerial, nº 660, de 22 de março de 2019, publicado no Diário Oficial da União nº 57, Seção 1, de 25 de março de 2019, pág. 58.

CURSO DE ENFERMAGEM

Reconhecido pela Portaria Ministerial, nº 821, de 22 de novembro de 2018, publicado no Diário Oficial da União nº 226, Seção 1, de 26 de novembro de 2018, pág. 18.

CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO IGUAÇU - UNIGUAÇU

Credenciado pela Portaria Ministerial, nº 660, de 22 de março de 2019, publicado no Diário Oficial da União nº 57, Seção 1, de 25 de março de 2019, pág. 58, tendo como Reitor o Edson Aires da Silva.

Diploma registrado sob nº 4, Livro 01, Fls. 4, Processo 104992, de 20/12/2019, por delegação de competência do Ministério da Educação, nos termos da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e do Decreto nº 9.235, de 15 de dezembro de 2017 e do Artigo 5º da Portaria nº 1.095, de 25 de outubro de 2018.

União da Vitória, 17 de junho de 2020.


Mônica Wronzek de Souza
Registrador(a) de Diplomas

Por delegação de competência, nos termos do Ato de Nomeação nº 006/2019, da Reitoria, de 02 de abril de 2019.





000399



Secretaria
Municipal de
SAÚDE
CRUZ MACHADO

Secretaria Municipal de Saúde

Avenida Presidente Getúlio Vargas – Centro – Cruz Machado – PR
CEP: 84620-000 - CNPJ: 76.339.688/0001-09
Fone 0800 642 3326 - E-mail: saude@pmcm.pr.gov.br
www.pmcm.pr.gov.br

DECLARAÇÃO DE SERVIÇOS PRESTADOS

Eu, **Graziela Braun**, Secretária de Saúde, atesto por meio desta declaração o tempo de serviço prestado por **ALINE SAMARA ARDNT**, C [REDACTED] que é membro dedicado e valioso da nossa equipe. Abaixo estão os detalhes do seu tempo de serviço:

Cargo: ENFERMEIRA

Períodos:

Contrato sob o número 048/2021, assinado na data de 30/04/2021 com efeitos até 03/05/2022.

Contrato sob o número 013/2020, assinado na data de 02/03/2020 com efeitos até 03/10/2022-02a 07m 03d- 946 dias

Obs: para tempo de serviço considerar que houveram contratos concomitantes, ou seja, considerar apenas o tempo de serviço do contrato 013/2020-02a 07m 03d- 946 dias, que já contempla ambos os contratos acima mencionados.

PSS 01/2022 Prefeitura de Cruz Machado- 03/10/2022 até 30/11/2022-00a 01m 28d-59 dias.

PSS 02/2022-Prefeitura de Cruz Machado- 01/12/2022 com efeitos até 01/12/2024. (em vigência);

Durante o seu tempo aqui, demonstrou profissionalismo, competência e comprometimento com suas responsabilidades enfim nada que desabone seu labor. Seu desempenho foi consistente e contribuiu positivamente para o nosso ambiente de trabalho.

Caso necessite de mais informações ou esclarecimentos, por favor, não hesite em entrar em contato conosco.

Atenciosamente,

Cruz Machado, 13 de novembro de 2024

GRAZIELA BRAUN
SEC MUN DE SAÚDE
DECRETO Nº 387/2024



GRAZIELA BRAUN-SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE





CERTIFICADO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

Certificamos que **Aline Samara Arndt** concluiu o Curso de Extensão **Atenção à Pessoa Amputada** da Universidade Aberta do SUS da Universidade Federal do Maranhão (UNASUS/UFMA), na modalidade a distância com carga horária total de **30 horas**.

[Handwritten signature]

São Luís, 23 de Março de 2023.

Número de autenticação do documento: 5806391TISDASZGNNJHH. Gerado em 23/03/2023.
Acesse o endereço <https://sigu.unasus.ufma.br/certificacao>, para a validação do certificado.

[Handwritten signature]

Ana Emilia F. de Oliveira
DIRETORA DA DTED/UFMA
DIRETORIA DE TECNOLOGIAS NA EDUCAÇÃO
COORDENADORA - GERAL DA UNA-SUS/UFMA

[Handwritten signature]
Josefa Melo e Sousa Bentivi Andrade
PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO E CULTURA
PROEC/UFMA

000401



HISTÓRICO ESCOLAR

MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

[Handwritten signature]

Aluno: ALINE SAMARA ARNDT

Curso: Atenção à Pessoa Amputada
Período da Oferta: 23/03/2021 a 27/04/2023
CH Total: 30horas

CONTEUDO	MÉDIA FINAL	DATA DE INÍCIO	DATA DE TÉRMINO
<p> Marcos históricos da evolução da amputação; Etiologia e epidemiologia das amputações de membros no SUS; Classificação para amputações (CID-10 e Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde-CIF); Fases pré-cirúrgica, cirúrgica e pós cirúrgica imediata nas amputações; Fase pré-protética e protetiva; Atendimento e acompanhamento de pessoas com amputações de membros na Atenção Primária à Saúde.</p>	70	23/03/2023	23/03/2023
Situação Final:			APROVADO

[Handwritten signature]

Ana Emilia F. de Oliveira
Ana Emilia Figueiredo de Oliveira
DIRETORA DA DTED/UFMA
DIRETORIA DE TECNOLOGIAS NA EDUCAÇÃO
COORDENADORA - GERAL DA UNA-SUS/UFMA

Josefa Melo e Sousa Bentivi Andrade
Josefa Melo e Sousa Bentivi Andrade
PRO-REITORA DE EXTENSÃO E CULTURA
PROEC/UFMA

DISQUE
SAÚDE
136



CERTIFICADO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

Certificamos que **Aline Samara Arndt** concluiu o Curso de Extensão **Atenção à Pessoa com Síndrome de Down** da Universidade Aberta do SUS da Universidade Federal do Maranhão (UNASUS/UFMA), na modalidade a distância com carga horária total de **30** horas.

São Luís, 22 de Março de 2023.

Número de autenticação do documento: 5804741BTTEPIETGZUH. Gerado em 22/03/2023.
Acesse o endereço <https://sigu.unasus.ufma.br/certificacao>, para a validação do certificado.


Ana Emilia Figueiredo de Oliveira
DIRETORA DA DTED/UFMA
DIRETORIA DE TECNOLOGIAS NA EDUCAÇÃO
COORDENADORA - GERAL DA UNA-SUS/UFMA


Josefa Melo e Sousa Bentivi Andrade
PRO-REITORA DE EXTENSÃO E CULTURA
PROEC/UFMA

000403

MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

HISTÓRICO ESCOLAR

Aluno: ALINE SAMARA ARNDT

Curso: Atenção à Pessoa com Síndrome de Down
Período da Oferta: 16/03/2021 a 27/04/2023
CH Total: 30horas

CONTEÚDO	MÉDIA FINAL	DATA DE INÍCIO	DATA DE TÉRMINO
Definição e aspectos históricos da Síndrome de Down (SD). Classificação para a SD (CID e CIF). Diagnóstico clínico da SD. Momento da notícia de suspeita ou do diagnóstico de SD. Atenção à saúde da pessoa com SD: zero a 2 anos; 2 a 10 anos; 10 a 19 anos; adulto e idoso. Processo de reabilitação da pessoa com Síndrome de Down.	80	22/03/2023	22/03/2023
Situação Final: APROVADO			

Ana Emilia F. de Oliveira

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira
DIRETORA DA DTED/UFMA
DIRETORIA DE TECNOLOGIAS NA EDUCAÇÃO
COORDENADORA - GERAL DA UNA-SUS/UFMA

Josefa Melo e Sousa Bentivi Andrade

Josefa Melo e Sousa Bentivi Andrade
PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO E CULTURA
PROEC/UFMA



CERTIFICADO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

Certificamos que **Aline Samara Arndt** concluiu o Curso de Extensão **Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção** da Universidade Aberta do SUS da Universidade Federal do Maranhão (UNASUS/UFMA), na modalidade a distância com carga horária total de **45 horas**.

SA *LD*

São Luís, 23 de Março de 2023.

Número de autenticação do documento: 5805511HZTQJVVQALVI. Gerado em 23/03/2023.
Acesse o endereço <https://sigu.unasus.ufma.br/certificacao>, para a validação do certificado.

SA

Ana Emilia F. de Oliveira
Ana Emilia Figueiredo de Oliveira
DIRETORA DA DTED/UFMA
DIRETORIA DE TECNOLOGIAS NA EDUCAÇÃO
COORDENADORA - GERAL DA UNA-SUS/UFMA

Josefa Melo e Sousa Bentivi Andrade
Josefa Melo e Sousa Bentivi Andrade
PRO-REITORA DE EXTENSÃO E CULTURA
PROEC/UFMA

0000405

HISTÓRICO ESCOLAR



MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

Aluno: ALINE SAMARA ARNDT

Curso: Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção

Período da Oferta: 01/06/2021 a 27/04/2023

CH Total: 45horas

CONTEÚDO	MÉDIA FINAL	DATA DE INÍCIO	DATA DE TÉRMINO
Definição de deficiência, reabilitação e tecnologia assistiva; Histórico e etapas no processo de concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM); Integralidade e intersetorialidade no processo de concessão de OPM; Tipos, definições, classificações e considerações quanto à prescrição, confecção e ao uso de OPMS; Órteses de Membros Inferiores; Órteses para Coluna vertebral; Órteses de Membros Superiores; Próteses de Membros Inferiores; Próteses de Membros Superiores; Meios Auxiliares de Locomoção.	70	23/03/2023	23/03/2023
Situação Final: APROVADO			

Ana Emilia F. de Oliveira

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira
DIRETORA DA DTED/UFMA
DIRETORIA DE TECNOLOGIAS NA EDUCAÇÃO
COORDENADORA - GERAL DA UNA-SUS/UFMA

Josefa Melo e Sousa Bentivi Andrade

Josefa Melo e Sousa Bentivi Andrade
PRO-REITORA DE EXTENSÃO E CULTURA
PROEC/UFMA

000406

CERTIFICAMOS QUE
ALINE SAMARA ARNDT

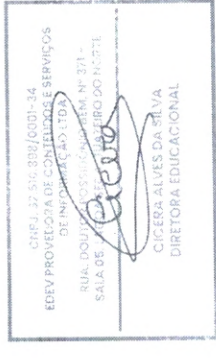
Concluiu com 100% de aproveitamento o curso de
Enfermagem Obstétrica

Com carga horária de 130 horas, no mês de
novembro de 2024, promovido(a) pelo portal de
cursos **EDUHOT** e certificado pela **EDEV**.

ALINE SAMARA ARNDT
CPF: 085.998.469-90
ALUNO(A)

Izabel Regina Ferreira Barros

IZABEL REGINA FERREIRA BARROS
COORDENADORA PEDAGÓGICA



PROMOVIDO POR:



ASSOCIADO:



ENTIDADE MANTENEDORA:



DOCUMENTO REGISTRADO SOB O Nº 1732080092_357756 EM FOLHA Nº 5, CONFORME LISTAGEM PUBLICADA NO DIÁRIO ELETRÔNICO DESTA INSTITUIÇÃO.

CÓDIGO DE AUTENTICIDADE

U700905MT1218284A30

LEIA O QR CODE ACIMA OU UTILIZE O CÓDIGO DE AUTENTICAÇÃO PARA VERIFICAR O SEU CERTIFICADO
WWW.EDUHOT.COM.BR/CERTIFICADO/VALIDAR



000407

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Conteúdo programático

- Fisiologia do Sistema Reprodutor Feminino
- Instalação da Prenhez
- Diagnóstico de Gravidez
- Modificações Maternas
- Critérios de Avaliação para Risco Gestacional
- Consulta Pré-natal
- Fluxograma para Diagnóstico da Gravidez
- Idade Gestacional e Data Provável do Parto
- Exames Laboratoriais de Rotina
- Exame Físico da Gestante Mobilograma Fetal
- Queixas Frequentes Durante a Gravidez
- Alimentação da Gestante
- Crescimento e Desenvolvimento Fetal
- Relações Útero-fetais: Nomenclaturas Obstétricas
- Cardiocografia
- Complicações Durante a Gravidez
- Gravidez Múltipla ou Prenhez Gemelar
- Assistência de Enfermagem Ao Trabalho de Parto
- Partograma
- Mecanismos de Parto
- Trabalho de Parto Prematuro
- Parto Operatório
- Puerpério Normal
- Puerpério Patológico
- Sintomas da Mastite da Lactação

SUA NOTA: 7.00
ATUALIZAÇÃO | CAPACITAÇÃO |
APERFEIÇOAMENTO

CERTIFICADO EMITIDO EM CONFORMIDADE COM AS LEIS E DIRETRIZES BRASILEIRAS DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA, DECRETO FEDERAL Nº 5.154/2004 E RESOLUÇÃO CNE Nº 04/99 - MEC (ART. 7.3º)

CERTIFICADO VÁLIDO EM
TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ENTIDADE MANTENEDORA

DeV

CNPJ: 32.510.898/0001-34
R. DR. POSSIDÔNIO BEM, 371 - LAGOA SECA,
JUAZEIRO DO NORTE - CE. 63040-300

Número de registro do certificado: **1732080092_357756**

Nota da avaliação: **7.00**

CPF: **085.998.469-90**

Frequência: **100%**

Coordenadora do curso: **IZABEL REGINA FERREIRA BARROS**

Consultar Autenticidade em: eduhot.com.br/certificado/validar

CÓDIGO DE AUTENTICIDADE

U700905MT1218284A30



LEIA O QR CODE E UTILIZE O CÓDIGO DE
AUTENTICAÇÃO PARA VERIFICAR O SEU
CERTIFICADO

Juazeiro do Norte - Ce,
20 de novembro de 2024

000408



MODELO DE DECLARAÇÃO UNIFICADO

Á agente de contratação e equipe de apoio

Prefeitura Municipal de Cruz Machado, Estado do Paraná CREDENCIAMENTO Nº06/2024
número do processo 130/2024

Pelo presente instrumento, o proponente **Aline Samara Arndt**, Cpf [REDACTED] com
endereço Rua Professora Alexandra Hunik declara que:

*Marcar este item caso se enquadre na situação de microempresa, empresa de pequeno porte
ou cooperativa

- 1) Declara que CUMPRE todos os requisitos para a habilitação definidos no Edital e que a proposta apresentada está em conformidade com as exigências editalícias do Credenciamento nº 06/2024 do Município de Cruz Machado-PR.
- 2) Declara que está plenamente capacitado a efetuar o serviço, referente ao CREDENCIAMENTO Nº 06/2024, nos prazos previstos e que está ciente e concorda com as condições contidas no Edital e seus anexos
- 3) Declara que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no Credenciamento nº 06/2024 do Município de Cruz Machado-PR, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências supervenientes.
- 4) Declara atende aos requisitos de habilitação, e o que responderá pela veracidade das informações prestadas, na forma da lei (art. 63, I, da Lei nº 14.133/2021)
- 5) Declara que inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no certame, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores
- 06) Declara que suas propostas econômicas compreendem a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega das propostas
- 07) Declara conhecer as normas de prevenção à corrupção previstas na legislação brasileira, dentre elas, a Lei de Improbidade Administrativa (Lei Federal nº 8.429/1992), a Lei Federal nº 12.846/2013 e seus regulamentos, se comprometem que para a execução deste contrato nenhuma das partes



poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar, a quem quer que seja, aceitar ou se comprometer a aceitar, de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou benefícios indevidos de qualquer espécie, de modo fraudulento que constituam prática ilegal ou de corrupção, bem como de manipular ou fraudar o equilíbrio econômico financeiro do presente contrato, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste contrato, devendo garantir, ainda que seus prepostos, administradores e colaboradores ajam da mesma forma.

08) Declara, para os devidos fins que em caso de qualquer comunicação futura referente a este processo licitatório, bem como em caso de eventual contratação, concordo que o Contrato seja encaminhado para o seguinte endereço:

E-mail: enf-alinearndt@ugv.edu.br

Telefone: 42-99841-1413

(atenção, informar e-mail e telefone corretos, válidos e atualizados, caso não seja possível o contato com o credenciado será considerado como recusa na assinatura do contrato) 08) Caso altere o citado e-mail ou telefone comprometo-me em protocolizar pedido de alteração

a) 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.

09) Comprometo-me a manter durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

Aline Samara Arndt
Enfermeira
Coren-PR 611345

CRUZ MACHADO 21 DE NOVEMBRO DE 2024

.....
Assinatura, qualificação e carimbo

(Representante legal)



ANEXO III-A

PONTUAÇÃO PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO

Eu ALINE SAMARA ARNDT, solicito o credenciamento no processo nº 130/2024, credenciamento nº 06/2024 conforme pontuação disposta no quadro abaixo, e documentação comprobatória em anexo:

ITEM	PARÂMETROS	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Certificado de conclusão de curso de graduação: Diploma devidamente registrado no órgão ou entidade competente;	Bacharel em enfermagem	10 pontos	10 pontos
Experiência Profissional na área	1 a 5 anos	30 pontos	30 pontos
Curso de aperfeiçoamento relacionado à função pretendida (cursos com carga horária de no mínimo 25 horas, vedado somatório de certificados).	<p>01- "Prescrição, concessão, Adaptação e Manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (UNASUS/UFMA), na modalidade a distância com carga horaria total de 45 horas</p> <p>02- "Atenção à Pessoa com Síndrome de Down (UNASUS/UFMA), na modalidade a distancia com carga horaria total de 30 horas.</p> <p>03- "Enfermagem Obstétrica, com carga horária de 130 horas, promovido pelo portal de cursos (EDUHOT), certificado pela (EDEV).</p> <p>04- "Atenção à pessoa Amputada (UNASUS/UFMA), na modalidade a distancia com carga horaria total de 30 horas.</p>	<p>05 pontos</p> <p>05 pontos</p> <p>05 pontos</p> <p>05 pontos</p>	20 pontos
TOTAL		60 PONTOS	

Aline Samara Arndt

PROPONENTE





CRUZ MACHADO
 Prefeitura Municipal



Departamento de
**COMPRAS E
 LICITAÇÕES**

Av. Vitória, 251 – Centro – Cruz Machado, PR
 84620-000 – CNPJ: 76.339.688/0001-09
 0800 642 3326 – www.pmcmm.pr.gov.br

ANEXO III
 REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO
 À AGENTE DE CONTRATAÇÃO DE EQUIPE DE APOIO

Nome/Razão Social: ALINE SAMARA ARNDT
Endereço: Rua Professora Alexandra Hunik, 20
CEP: 84620-000
Cidade: CRUZ MACHADO
Estado: PARANA
CNPJ/CPF: [REDACTED]

Venho requerer, através deste o **CREDENCIAMENTO** para o cargo de enfermeiro do item 19, 940402392 ENFERMEIRO 36 H - 12X36 NOTURNO HOSPITAL - ENFERMEIRO 36H - 12X36 NOTURNO HOSPITAL - 1 para o qual anexamos os documentos solicitados no referido edital:

NOME ALINE SAMARA ARNDT **COREN:** 611345 **CPF** [REDACTED]

Requer sua inscrição no credenciamento 06/2024, objetivando a prestação de serviços conforme abaixo:

Nº	Quantidade	Especificação		Preço Unitário	Preço Total
19	3,00	940402392	ENFERMEIRO 36 H - 12X36 NOTURNO HOSPITAL - ENFERMEIRO 36 H - 12X36 NOTURNO HOSPITAL - 1	4.583,32	13.749,96

Assumo inteira responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-nos a eventuais averiguações que se façam necessárias; Comprometemo-nos a manter, durante todo o período de vigência do contrato, compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no referido edital; Declaramos que estamos de pleno acordo com todas as cláusulas estabelecidas no referido Edital.

CRUZ MACHADO 21 NOVEMBRO DE 2024

Aline Samara Arndt

ASSINATURA



ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

1 – OBJETO

Constitui objeto do presente edital, chamamento público para fins de CREDENCIAMENTO objetivando a contratação de pessoas físicas, sendo profissionais autônomos para prestação de serviços junto ao Hospital Municipal e Secretaria de Saúde, sendo 08 (oito) enfermeiros e 12 (doze) técnicos de enfermagem, conforme especificações constantes no edital.

2. CONDIÇÕES GERAIS E OBJETIVO

2.1. Contratação de serviço de técnico de enfermagem enfermeiro, de acordo com as especificações dos itens, constante na solicitação nº 789/2024 do Beta e conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas neste instrumento.

Nº	Quantidade	Especificação		Preço Unitário	Preço Total
19	3,00	940402392	ENFERMEIRO 36 H - 12X36 NOTURNO HOSPITAL - ENFERMEIRO 36 H - 12X36 NOTURNO HOSPITAL - 1	4.583,32	13.749,96

Celina Somara Amalt