

CLÁUSULA SEXTA: O contrato terá vigência de tempo indeterminado a partir da data de sua assinatura, caso não haja objeção de nenhuma das partes.

Parágrafo único – O presente contrato não é gravado com cláusula de exclusividade ficando livre o **CONTRATADO(a)** para atender em seu domicílio profissional, pacientes particulares, bem como beneficiários de operadoras de planos de saúde e outros convênios públicos ou privados, na forma que melhor lhe convier; desde que respeitados a escala de atendimento proveniente da presente contratação.

DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

CLÁUSULA SÉTIMA: O pagamento será realizado até o dia 15 do mês subsequente aos serviços realizados via transferência bancária.

DA RESCISÃO:

CLÁUSULA OITAVA - Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, constituem justos motivos para rescisão contratual:

- a) O não cumprimento das cláusulas contratuais;
- b) O cumprimento irregular das cláusulas contratuais;
- c) Infração às normas sanitárias em vigor;
- d) Alteração dos atos constitutivos do **CONTRATADO(a)** que prejudique a execução do objeto contratual;
- e) Concordata ou decretação da falência da **CONTRATANTE**;
- f) Fraude ou dolo praticado e devidamente comprovado;
- g) Impedimento, obstrução ou embaraço para fins de realização de qualquer exame ou diligência necessária ao resguardo dos direitos das partes;
- h) A paralisação temporária dos serviços sem prévia comunicação de 60 (sessenta) dias;
- i) O não cumprimento, por qualquer das partes, de cláusula ou condição estabelecida no presente contrato;
- j) A transferência total ou parcial deste instrumento, a subcontratação do objeto contratual, a associação com outrem, a cisão, fusão ou incorporação que afete a boa execução deste contrato, sem prévia anuência da **CONTRATANTE**; e

Glauco
S
mup

k) O cometimento reiterado de faltas na execução deste contrato.

CLÁUSULA NONA: O **CONTRATADO(a)** declara ter ciência que a **CONTRATANTE** presta serviços mediante contratação com a administração pública, logo, sujeita a fiscalização por parte dos órgãos contratantes, sendo que, eventual descumprimento deste contrato por parte do **CONTRATADO(a)** pode gerar consequências nos contratos com a administração pública, respondendo o **CONTRATADO(a)** por prejuízos que, pelos seus atos, venha a causar à **CONTRATANTE**, seja pela imposição de multas, penalidades administrativas ou rescisões contratuais.

Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do **CONTRATO** as partes elegem o foro da comarca de Curitiba, Estado do Paraná.

Curitiba,

CONTRATANTE

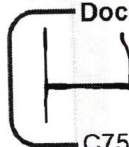
CONTRATADO

ALCIDES JOSE
BRANCO
FILHO:7631096597
2

Digitally signed by
ALCIDES JOSE BRANCO
FILHO:76310965972
Date: 2024.06.07
10:44:06 -03'00'

BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
ALCIDES JOSE BRANCO FILHO
Sócio Administrador
CPF/MF 763.109.659-72
22179586 SESP/PR

DocuSigned by:



C750990C431740E...

MÉDICO(A) ALANO DEBALD
CRM/UF 52034-PR
CPF 059.555.629-90
RG 109320382 SESP-PR

Alano
mo 4



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (s):

ALANO DEBALD, BRASILEIRA, natural de SANTA CRUZ DO SUL/RS, médico(a), nascido em 16/05/1995, residente e domiciliado(a) na rua R. DOS BANDEIRANTES, 801, bairro CENTRO, na cidade de CORNELIO PROCOPIO/UF PR CEP 86300-000, portador do RG nº 109320382 SESP PR, CPF sob nº 059.555.629-90, e CRM/ PR nº 52034;

OUTORGADO(s):

ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO, brasileiro, médico, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 763.109.659-72, residente e domiciliado na Rua Visconde de Guarapuava, 5000, apt 901, Batel, Curitiba/PR. CEP: 80.240-010. Curitiba Estado do Paraná.

Por este instrumento particular, o **OUTORGANTE** constitui procurador o **OUTORGADO**, a quem confere poderes específicos para assinar requerimentos/capa de processo e ato de alteração com transferência de quotas, ingresso, retirada nos quadros da empresa **BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA., "MEDBLANC"**, CNPJ n.º 42.488.597/0001-05, com sede na Rua Professor Doutor Altivir Bassetti, 23, 1º Andar, Seminário, Curitiba/PR. CEP: 80440-021. Representada neste ato por seu sócio administrador, Sr. **ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO**, inscrito no Registro Geral sob n.º 22179586 SESP/PR, e no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 763.109.659-72, e com o seu Contrato Social devidamente registrado na Junta Comercial do Paraná - JUCEPAR sob o NIRE nº 41209978434, subscrever quotas do aumento do capital social, não superiores a 0,2% (zero vírgula dois por cento) assinar a declaração do art. 1011 da Lei 10.406/2002 e outros documentos necessários à efetivação do ato empresarial em nome do outorgante, praticados com o uso de certificação digital, a serem apresentados para arquivamento perante a Junta Comercial do Estado do Paraná - JUCEPAR, vedado o substabelecimento a terceiros dos poderes ora conferidos.

Curitiba/PR, 2/14/2025

CRM/UF 52034/PR
RG 109320382 SESP PR
CPF 059.555.629-90

Alvaro
mm

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO

O **CONTRATADO** assume o compromisso em manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações a que tiver acesso no desempenho das atividades profissionais junto à **CONTRATANTE**, bem como de cumprir as normas de conduta da instituição, Resolução CFM 1.931/09 (Código de Ética Médica) e a escala de atendimento médico pactuada junto à empresa, sob sua total e absoluta responsabilidade ética e profissional.

Em referência aos Serviços e Escala de Atendimento acordados, o **CONTRATADO** se compromete:

1. A comparecer ao local de atendimento pactuado junto à **CONTRATANTE**, ou àquele definido em comum acordo entre as Partes e a administração do Município, nas datas e horários pactuados.
 - a. Na impossibilidade de comparecimento ao local de atendimento, se comprometo a comunicar a **CONTRATANTE** da sua ausência ou impossibilidade de comparecimento com no mínimo 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.
 - b. Na ocorrência de caso fortuito ou força maior na data do atendimento, o qual venha a impossibilitar a sua presença, comunicará imediatamente a **CONTRATANTE** acerca da ocorrência, comprovando a ocorrência do caso fortuito ou de força maior.
 - c. Na hipótese de ausência injustificada ou não comunicada, o **CONTRATADO** assume total responsabilidade pelo não comparecimento, inclusive para fins de representação ética e profissional perante os órgãos competentes ou Município contratante e adimplemento de eventuais responsabilidade e penalidades que venham a ser aplicadas à **CONTRATANTE**.
 - d. O ajuste das escalas que ficarão sob a responsabilidade do **CONTRATADO** poderá se dar, pela **CONTRATANTE**, a qualquer tempo e através de qualquer comunicação que identifique as partes, dentre as quais, mas não exclusivamente, através de aplicativos de mensagens (e.g. *Whats.App* ou afins), mensagens de texto (SMS/MMS), ligações telefônicas ou e-mails. Estes alinhamentos serão suficientes para fins de aplicação das disposições estabelecidas neste termo, desde que manifestado o comum acordo.
 - e. Sempre quando necessário e a exclusivo critério da contratante, esta formalizará por mensagem de texto (aplicativos ou SMS/MMS) ou e-mail eventuais alterações na escala ou local de atendimento que tenham sido realizadas e devidamente comunicadas ao contratado.
2. A observar os mais elevados padrões de conduta ética, moral e profissional no desempenho das atividades profissionais objeto do presente Termo, qual seja a execução de serviços médicos. Igualmente, assume e se compromete que:
 - a. Os serviços serão prestados na forma e modo ajustados, dentro das normas e especificações técnicas aplicáveis à espécie, dando plena e total garantia destes.
 - b. Deverá ser observado o cumprimento de todas as determinações impostas pelas autoridades públicas competentes relativas aos serviços ora acordados.
3. A observar o **CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA** em sua integralidade, reconhecendo desde já a impossibilidade de:
 - a. Isentar-se de responsabilidade sobre procedimento médico por si indicado ou do qual tenha

 DS



- participado, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.
- b. Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência
 - c. Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional por si praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.
 - d.
 - e. Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação legal ou contratual, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.
 - f. Afastar-se das atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave.
 - g.
 - h. Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.
 - i. Realizar qualquer tipo de divulgação de assuntos médicos envolvendo os serviços em que a CONTRATANTE estiver envolvida, e/ou quaisquer temas e situações atreladas, em mídias sociais sem que possua viés de educação e esclarecimento da sociedade.
 - j. Realizar qualquer divulgação ou publicação em mídias sociais envolvendo o ambiente de trabalho, bem como os pacientes atendidos, quando tais atendimentos envolverem a CONTRATANTE ainda que indiretamente.
4. A assumir a responsabilidade por todo e qualquer procedimento ou atendimento médico e laboratorial prestados aos pacientes, e autoriza desde logo a **CONTRATANTE** a inserir o **PROFISSIONAL** e seus representantes legais/responsáveis técnicos no polo passivo de demandas judiciais e administrativas que venham a ser movidas em face da **CONTRATANTE** em razão de condutas e danos causados pelo **CONTRATADO**.
5. A apresentar e manter atualizado os dados cadastrais bem como toda a documentação que envolve a atividade médica, tais como diploma, carteirinha do Conselho Regional de Medicina, título de especialização, cursos livres e outras certificações profissionais.

Declara ciência e estar de acordo que:

- 5. A **CONTRATANTE** espera de seu **CONTRATADO**, no exercício de suas atividades, conduta honesta, digna, em estrita observância às leis aplicáveis, respeito aos direitos humanos, ao meio ambiente e aos padrões éticos da sociedade.
- 6. No exercício das suas atividades o **CONTRATADO** deve cumprir todas as leis e regulamentos aplicáveis de cada País ou região em que atuam.
- 7. A **CONTRATANTE** está autorizada a apresentar documentação pessoal e de comprovação de aptidão técnica à órgãos que vierem a solicitar.
- 8. No exercício das suas atividades o **CONTRATADO** deverá zelar pela privacidade de seu ambiente de trabalho, não realizando a divulgação de seu local de trabalho em mídias sociais ou similares.

DS


Glória
amo
4

9. O Termo não é gravado com cláusula de exclusividade, ficando livre o **CONTRATADO** para continuar atender em seu domicílio profissional pacientes particulares, não vinculados à **CONTRATANTE**, desde que não conflite com o horário de atendimento estabelecido entre as partes. O exercício de tais atividades profissionais particulares não configura motivo suficiente para justificar o não comparecimento às escalas e locais estabelecidos junto à **CONTRATANTE**.

10. É fundamental que todos preservem o espírito das Leis e Regulamentos, observando os mais elevados padrões de honestidade e de integridade, prevenindo até mesmo a aparência de atos impróprios.

a. Esta responsabilidade envolve também a adoção das providências cabíveis, principalmente a comunicação à **CONTRATANTE**, quando tiver conhecimento de irregularidades praticadas por terceiros que possam comprometer o nome ou os interesses da **CONTRATANTE**.

11. A **CONTRATANTE** espera que todos os assuntos da empresa, sem exceção, sejam tratados pelo **CONTRATADO** com sigilo, confidencialidade e proteção dos direitos da **CONTRATANTE**.

12. A **CONTRATANTE** proíbe qualquer prática de corrupção, suborno, extorsão e fraude. O **CONTRATADO** não deve oferecer, prometer, conceder ou autorizar, quaisquer pagamentos ilegais, impróprios, duvidosos ou conferir benefícios a Integrantes da **CONTRATANTE**, funcionários públicos, equiparados ou qualquer indivíduo, seja diretamente ou através de terceiros a fim de influenciar de forma inadequada qualquer ato ou decisão para os fins de promover os interesses de qualquer natureza da **CONTRATANTE** ou individuais no exercício das atividades contratadas.

13. A **CONTRATANTE** se resguarda do direito de tomar as medidas que julgar necessárias quando o **CONTRATADO** violar qualquer aspecto deste Termo.

a. Caso o **CONTRATADO** tenha conhecimento ou suspeita de violação a qualquer aspecto deste Código, por parte de qualquer pessoa, a **CONTRATANTE** espera que ele informe tal fato ao seu gestor imediato ou ao Comitê de Ética.

b. Caso o **CONTRATADO** queira manter o anonimato no relato da violação ao Termo de Conduta e Responsabilidade, poderá utilizar o canal Linha de Ética para comunicação com o Comitê de Ética, tendo o apoio de ferramentas como correio eletrônico e linha de telefone. Esta comunicação poderá ser realizada mediante endereço eletrônico: ouvidoria@medecin.com.br.

Isto exposto, declara ter total conhecimento de que, a partir desta data, a inobservância do Código de Ética Médico e do presente Termo de Responsabilidade de Compromisso poderá implicar na responsabilização do **CONTRATADO**, esta graduada em função da gravidade e da reiteração, a partir da devida apuração pela **CONTRATANTE**. Sem prejuízo da aplicação de Multa Contratual em razão da inobservância de qualquer dos itens estabelecidos neste termo e de eventuais danos causados à **CONTRATANTE**, na hipótese do não comparecimento do **CONTRATADO** no local e horário estabelecidos em escala, este não fará jus a qualquer remuneração e ficará sujeito a ressarcir a **CONTRATANTE** dos gastos incorridos em razão do inadimplemento.

Curitiba/PR, 2/14/2025 _____.

Handwritten signature in blue ink.

CONTRATANTE

CONTRATADO

ALCIDES JOSE
BRANCO
FILHO:7631096597
2

Digitally signed by
ALCIDES JOSE BRANCO
FILHO:76310965972
Date: 2024.06.07
10:45:41 -03'00'

BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ALCIDES JOSE BRANCO FILHO

Sócio Administrador

CPF/MF 763.109.659-72

22179586 SESP/PR

DocuSigned by:



C750990C431740E...
MÉDICO(A) ALANO DEBALD

CRM/UF 52034/PR

CPF 059.555.629-90

RG 109320382 SESP PR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNO FEDERAL
Estado do Paraná
Secretaria do Estado da Segurança Pública

Nome / Name
ALANNO DEBALD

Nome Social / Social Name

Registro Geral - RG / Passport Number
059.555.439-00

Sexo / Sex
M

Data de Nascimento / Date of Birth
16/05/1995

Nacionalidade / Nationality
BRA

Matrícula / Place of Birth
SANTA CRUZ DO SUL/RS

Validade / Expiry
20/01/2024

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Nome / Name
ALANNO DEBALD

Nome Social / Social Name

Registro Geral - RG / Passport Number
059.555.439-00

Sexo / Sex
M

Data de Nascimento / Date of Birth
16/05/1995

Nacionalidade / Nationality
BRA

Matrícula / Place of Birth
SANTA CRUZ DO SUL/RS

Validade / Expiry
20/01/2024

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Nome / Name
ALANNO DEBALD

Nome Social / Social Name

Registro Geral - RG / Passport Number
059.555.439-00

Sexo / Sex
M

Data de Nascimento / Date of Birth
16/05/1995

Nacionalidade / Nationality
BRA

Matrícula / Place of Birth
SANTA CRUZ DO SUL/RS

Validade / Expiry
20/01/2024

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Elcio
me



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO





CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

3 NOME E SOBRENOME

ALCIDES JOSE BRANCO FILHO

11 HABILITAÇÃO

10/07/1984

3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO

08/05/1966 CURITIBA, PR

40 DATA VALIDADE

06/06/2022

44 COD ENTREGADOR / ORIG EMITENTE / UF

Z2179586 SESP PR

ACC

D

46 CN

763.109.659-72

9 Nº REGISTRO

03508359901

INSCRIÇÃO/USUÁRIO

BRASILEIRO

3 CDT FIAS

B

FILIAÇÃO

ALCIDES JOSE BRANCO

GLACY WOOD BRANCO



7 ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

9	10	11	12
ACE 			
A1 			
A2 			
B1 		06/06/2027	
B2 			
C1 			

13	14	15	16
B 			
B1 			
B2 			
CE 			
CLF 			
DE 			
DM 			

12 OBSERVAÇÕES

ASSINADO DIGITALMENTE _____

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

8154087690

PR22U96503

LOCAL _____

CURITIBA, PR

PARANÁ

[illegible]

I<BRA035083599<015<<<<<<<<<<
6605083M2706063BRA<<<<<<<<<<6
ALCIDES<<JOSE<BRANCO<FILHO<<<<

QR-CODE



Documento assinado com certificado digital em conformidade com a Medida Provisória nº 2200-2/2001. Sua validade poderá ser confirmada por meio do programa Assinador Serpro.

As orientações para instalar o Assinador Serpro e realizar a validação do documento digital estão disponíveis em: <https://www.serpro.gov.br/assinador-digital>.

SERPRO / SENATRAN

FLS. 303

Dear Mr. J.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **ALCIDES JOSE BRANCO FILHO**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **12035** desde **06/11/2002**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Certidão tem validade até o dia 27/06/2025.

Chave de validação **b14985325845c3870c779d11f312b6918ff4929a**

Emitida eletronicamente via internet em **27/03/2025**.

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>

Blom
mo
B



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão Negativa de Débitos

Certificamos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **ALCIDES JOSE BRANCO FILHO**, com situação Ativo, possui registro neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **12035** e encontra-se quite com esta tesouraria até 30/04/2025.

Finalidade: Simples verificação.

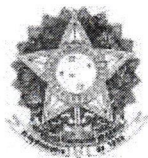
Chave de validação **c5e2ff8e2a2aec88ecb7585632cb7e86c98413de**

Emitida eletronicamente via internet em **01/04/2025**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>

Blow
mm



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

DECLARAÇÃO

Curitiba, 25 de março de 2025

Declaramos, a pedido da parte interessada, que junto aos arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, **nada consta**, na presente data, que desabone a conduta ética profissional do **Dr. ALCIDES JOSE BRANCO FILHO**, que está inscrito neste órgão sob nº **12.035** desde **15/03/1990**.

Por ser verdade, firmamos o presente.

Cons. RAMON CAVALCANTI CESCHIM

1º Corregedor do CRM-PR



Documento assinado eletronicamente por **Ramon Cavalcanti Ceschim, 1º Corregedor**, em 26/03/2025, às 09:26, com fundamento no art. 5º da **RESOLUÇÃO CFM nº 2.308/2022**, de 28 de março de 2022.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.cfm.org.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **2283890** e o código CRC **C401C16A**.



Rua Victório Viezzer, 84 - Bairro Vista Alegre | (41) 3240-4000
CEP 80810-340 | Curitiba/PR - <https://www.crmpr.org.br/>

Referência: Processo SEI nº 25.14.000004260-0 | data de inclusão: 25/03/2025



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certificado de Especialista

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, de acordo com a resolução vigente, certifica que registrou, em 06/01/1997, no livro nº. 14, RQE nº. 6766, folha nº. 6766, a qualificação do médico(a),

ALCIDES JOSE BRANCO FILHO, CRM nº. 12035,

na especialidade de

CIRURGIA GERAL

Chave de validação **27d0c31f4c44c7f2c9fe1b0495082dea428620da**

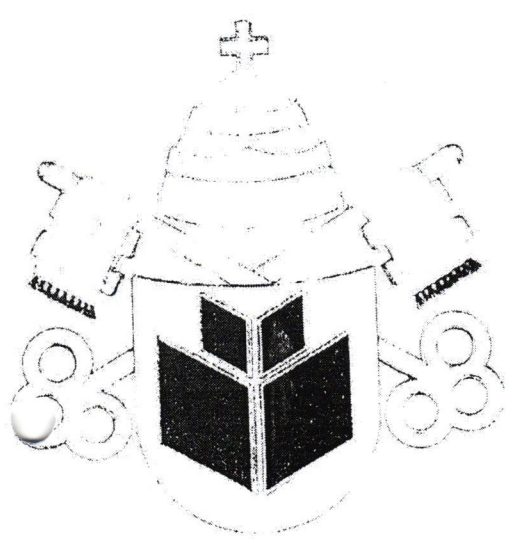
Emitida eletronicamente via internet em **05/04/2025**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>

Alcides
Amo 4

Pontifícia Universidade Católica do Paraná



O Reitor da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de MEDICINA, em 11 de janeiro de 1990, confere o título de MÉDICO a

Alcides José Branco Filho

brasileiro, natural do Estado do Paraná, nascido em 8 de maio de 1966, portador da Cédula de Identidade nº 2.217.958, expedida pelo Instituto de Identificação do Paraná, outorgando-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Curitiba, 11 de janeiro de 1990.

Emmanuel
Reitor
Alfred
Vice-Reitor Acadêmico



Alcides
Diplomado

Glória
me *D*

Curso de MEDICINA, reconhecido
pelo Decreto N.º 47.733/60 - Publicado
no D.O.U. de 06/02/1960.

REITOR: EURO BRANDÃO
VICE-REITOR ACADEMICO:
IVETE CARDOSO DE ALMEIDA

Registrado sob N.º 194 ns. 13
do Livro N.º 16 do S.E.R.D.
da PUC-PR em 11/01/1990

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DO PARANÁ
Médico inscrito sob nº 12035
Em 15 03 1990
DR. FÁBIO SABBAG
Presidente

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE SÃO PAULO
75649
Diploma registrado sob n.º
do fls. 10 do Livro n.º 10
de acordo com a Lei n.º 4.099 de 06/04/62
Número de 1.952
S.P. 24/05/93
Carta de Serviço de Registro
de Profissionais

CARTÓRIO DISTR. DO PORTÃO
Pedro Paulo de
Tobias
CTBAPR
05 JUN 1990
AUTENTICA ESTA CÓPIA
REPROGRAFICA DO DOCUMENTO
APRESENTADO NESTE CARTÓRIO.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
D.A.A. - DIVISÃO DE REGISTRO GERAL
Por delegação de competência do D.A.U., Portaria
n.º 71, de 21.10/77. Portaria da SESU, n.º 33, de
23/05/79, e nos termos da Portaria Ministerial
n.º 726, de 21/10/77.
Diploma registrado sob n.º 24925, no
Livro UC-51, ns. 240, Proc. 47590.
Curitiba, 19 de 02 de 1990
EMERSON CARLOS VIALLE MEDEIROS
Diretor da Divisão de Registro Geral
Por subdelegação de competência, de acordo com
o art. 6.º do Decreto n.º 83.937/79 e nos termos
da Portaria n.º 1.023/87, do Reitor da UFPR.

Ed. em
mno 4

CNH Digital

Departamento Nacional de Trânsito



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CAPTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
2109694117

NOME
CLAUDIA SAVARIS BRANCO

DOC. IDENTIDADE/ORG EMISSOR/UF
44543044 SESP PR

CPF
733.316.869-72

DATA NASCIMENTO
13/03/1969

FILIAÇÃO
LUDOVICO ALBINO SAVARIS
LAURA SAVARIS

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
03727273238

VALIDADE
19/08/2025

1ª HABILITAÇÃO
30/10/1987

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CURITIBA, PR

DATA EMISSÃO
20/08/2020

ASSINADO DIGITALMENTE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

01245491513
PR918122585

PARANÁ

DENATRAN CONTRAN

QR-CODE



Documento assinado com certificado digital em conformidade com a Medida Provisória nº 2200-2/2001. Sua validade poderá ser confirmada por meio do programa Assinador Serpro.

As orientações para instalar o Assinador Serpro e realizar a validação do documento digital estão disponíveis em:
< <http://www.serpro.gov.br/assinador-digital> >, opção Validar Assinatura.

SERPRO / DENATRAN

*Eleone
mo*

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO
Documento de identidade nos termos da Lei nº 6.206/75

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ



NOME
CLAUDIA SAVARIS

CRM Nº
14164

VIA
1

DATA DE INSCRIÇÃO
01/03/1994

DATA DE NASCIMENTO
13/03/1969

Claudia Savaris
ASSINATURA DO PORTADOR

FILIAÇÃO
LUDOVICO ALBINO SAVARIS

LAURA SAVARIS

NATURALIDADE
CURITIBA-PR

RG
4454304-4/SSP-PR

DATA DE EXPEDIÇÃO	TÍTULO DE ELEITOR	SEÇÃO	ZONA
14/09/1985	437656606	28	8

CPF
73331686972

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
CURITIBA-PR, 07/04/2009

Miguel Braine Viana
ASSINATURA DO PRESIDENTE

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Elisavete
me 4



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão Negativa de Conduta Ético-Profissional

Certificamos, a pedido da parte interessada, que junto aos arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, nada consta, na presente data, que desabone a conduta ética-profissional do DR.(A) **CLAUDIA SAVARIS BRANCO**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **14164** conforme períodos abaixo:

Períodos

01/03/1994 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. 328863ea7ed5b5584cea70d4b88b838bfe75cde8

Emitida eletronicamente via internet em **05/04/2025**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>

Elaine
mo



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão Negativa de Débitos

Certificamos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **CLAUDIA SAVARIS BRANCO**, com situação Ativo, possui registro neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **14164** e encontra-se quite com esta tesouraria até 30/04/2025.

Finalidade: Simples verificação.

Chave de validação **e040abbf36a713d3df40b44d2ed7a3702bd56498**

Emitida eletronicamente via internet em **05/04/2025**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>

*Elaine
MMS*



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **CLAUDIA SAVARIS BRANCO**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **14164** desde **01/03/1994**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Certidão tem validade até o dia 05/07/2025.

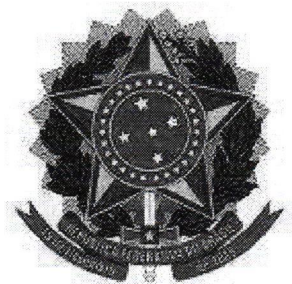
Chave de validação **83940ea4693e69fafe08ecef9db4668c8d169869**

Emitida eletronicamente via internet em **05/04/2025**.

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>

*Oliver
mm 4*



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certificado de Especialista

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, de acordo com a resolução vigente, certifica que registrou, em 02/04/1998, no livro nº. 16, RQE nº. 7895, folha nº. 7895, a qualificação do médico(a),

CLAUDIA SAVARIS BRANCO, CRM nº. 14164,

na especialidade de

CARDIOLOGIA

Chave de validação **b68c0cec5dbb52ed4a51a8d37e416706787d0890**

Emitida eletronicamente via internet em **05/04/2025**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>

Elaine
mm
4



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certificado de Especialista

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, de acordo com a resolução vigente, certifica que registrou, em 18/09/1997, no livro nº. 15, RQE nº. 7498, folha nº. 7498, a qualificação do médico(a),

CLAUDIA SAVARIS BRANCO, CRM nº. 14164,

na especialidade de

CLÍNICA MÉDICA

Chave de validação **b4ad93d14a11a062830e1cbc4588731002aefb48**

Emitida eletronicamente via internet em **05/04/2025**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>

Oliver

me

AMBIÇÃO E TAREFAS
SERVIDO E TAREFAS
SERVIDO E TAREFAS

20191 FRENTE COMPLETA
20191 FRENTE COMPLETA

República Federativa do Brasil
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Diploma de Médico

O Reitor da Universidade Federal do Paraná, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina, em 21 de janeiro de 1994, confere o título de Médico a **Claudia Savaris brasileira**, natural do Estado do Paraná, nascida a 13 de março de 1969, portadora da Carteira de Identidade n.º 4.454.804-4, expedida pelo Instituto de Identificação do Paraná, e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Curitiba, 21 de janeiro de 1994.

Claudia Savaris
Diplomada

Flavio
Reitor

mm
Bianca

CURSO DE MEDICINA
Reconhecido pelo D.O.U. nº 421/38,
publicado no D.O.U. de 12/5/1938.

RECONHECIDO POR Nº 10105...
DO L.N.º 09... DO S.C.S...
U.F. PR, EM 24.1.04.1994.

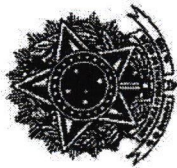
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DO PARANÁ**
Médico inscrito sob nº 4.104
Em 01.03/1994
Madi Pri.

DR. WADIR RIBOLLO

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**
REITORIA - D visao de Registro Geral
Por delegação de competência do D.A.U., Portaria
nº 71, de 21/10/77, Portaria da SESU, nº 30, de
23/05/79, e nos termos da Portaria Ministerial nº
726, de 21/10/77.
Diploma registrado sob nº 34141 no
Livro UF-89, Fls. 0255, Proc. 562/94-18
Curitiba, 01. de 02. de 1994.
Ced. 21/05/94
REITOR

Oliver
S
ma

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA



CERTIFICADO

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná de acordo com as Resoluções CFM nº 1286/89 e nº 1288/89, certifica que registrou no livro nº 16 sob o nº 7895 a qualificação da médica **DRª CLÁUDIA SAVARIS** na especialidade de **CARDIOLOGIA** com validade em todo o Território Nacional.

Curitiba, 02 de Abril de 1998

Luiz Sallim Emed

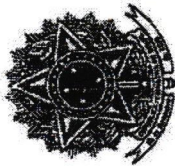
Presidente
Luiz Sallim Emed

Daebes Galati Vieira

1º Secretário
Daebes Galati Vieira

Eleonora

D. Maria



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CERTIFICADO

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná de acordo com as Resoluções CFM nº 1286/89 e nº 1288/89, certifica que registrou no livro nº 15 às folhas 7498 sob o nº 7498 a qualificação da médica **DRª CLÁUDIA SAVARIS** na especialidade de **MEDICINA INTERNA (CLÍNICA MÉDICA)** com validade em todo o Território Nacional.

Curitiba, 18 de Setembro de 1997

Luiz Salim Ermed

Presidente
Luiz Salim Ermed

Daebes Galati Vieira

1º Secretário
Daebes Galati Vieira

Daebes
D
m



MUNICÍPIO DE Balsa Nova

ATESTADO DE CAPACIDADE TECNICA

Pelo presente, a Prefeitura Municipal de Balsa Nova/PR, CNPJ n. 76.105.527/0005-76 Av. Brasil, 665 - Centro, Balsa Nova - PR, 83650-000, ATESTA, a quem possa interessar, que o médico **CLEBER CHRISTOVAM BEARARE**, devidamente inscrito no CRM sob o n. 36414/PR, RQE n. 20973 – **PSIQUIATRIA**, possui mais de 04 (quatro) anos de experiência nas áreas de **PSIQUIATRIA** em nossas unidades, tendo plena capacidade técnica para realizar todo e quaisquer serviços nessas especialidades.

Conforme solicitação de documento Público do protocolo nº 29358/2024.


Juliano Jean Silva

Secretário de Saúde

Balsa Nova, 26 de novembro de 2024.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certificado de Especialista

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, de acordo com a resolução vigente, certifica que registrou, em 11/07/2016, no livro nº. 3, RQE nº. 20973, folha nº. 451, a qualificação do médico(a),

CLEBER CHRISTOVAM BEARARE, CRM nº. 36414,

na especialidade de

PSIQUIATRIA

Chave de validação **962bda4b609456a65ca0697c2a406923603625da**

Emitida eletronicamente via internet em **04/04/2025**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>

Handwritten signature in blue ink.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão Negativa de Conduta Ético-Profissional

Certificamos, a pedido da parte interessada, que junto aos arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, nada consta, na presente data, que desabone a conduta ética-profissional do DR.(A) **CLEBER CHRISTOVAM BEARARE**, inscrito(a) neste órgão sob o n°. **36414** conforme períodos abaixo:

Períodos

05/07/2016 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação n°. e1ec5c3b08aa4279b2f38774059e3376e41a146a

Emitida eletronicamente via internet em **03/04/2025**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>

Cleber

[Assinatura]



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **CLEBER CHRISTOVAM BEARARE**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **36414** desde **05/07/2016**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Certidão tem validade até o dia 03/07/2025.

Chave de validação **82c6ae8c67195f6d604661bb12ab0041f6a782c9**

Emitida eletronicamente via internet em **03/04/2025**.

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>

*Cleber
Bearare*



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão Negativa de Débitos

Certificamos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **CLEBER CHRISTOVAM BEARARE**, com situação Ativo, possui registro neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **36414** e encontra-se quite com esta tesouraria até 31/03/2026.

Finalidade: Simples verificação.

Chave de validação **a669f8b526602e579064b5a91e558651f91d9349**

Emitida eletronicamente via internet em **03/04/2025**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>

*Oliver
mo*

Responsável pela Iluminação Pública: Município 156

Classificação:
B1 Residencial / Residencial

Tipo de Fornecedor:
Trifásico / 50A

**DATAS DE
LEITURAS**

Leitura anterior
26/04/2024

Leitura atual
01/06/2024

Nº de dias
36

Próxima Leitura
02/07/2024

Nome: CLEBER CHRISTOVAM BEARARE

Endereço: R Castro Alves, 621 - Ap 1502 Cm 4 -
Água Verde
CEP: 80240-270
Cidade: Curitiba - Estado: PR
CPF: ***.***.48-80

UNIDADE CONSUMIDORA

89142675

▲ CÓDIGO DEBTO AUTOMÁTICO ▲



NOTA FISCAL No. 104338256 - SÉRIE 3 / DATA DE EMISSÃO: 03/06/2024

Consulte Chave de Acesso em:
<https://nf3e.fazenda.pr.gov.br/nf3e/NF3eConsulta?wsdl>
Chave de Acesso
4124 0604 3688 9800 0106 6600 3104 3382 5610 6165 8266
Protocolo de Autorização: 1412400027083741 - 04/06/2024 às 05:46:30America/Sao_Paulo

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
06/2024	30/06/2024	R\$91,83

Items de fatura	Unid.	Quant.	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS/ COFINS	ICMS	Tarifa unit. (R\$)
ENERGIA ELET CONSUMO	kWh	104	0,394808	41,06	1,84	7,80	0,302140
ENERGIA ELET USO SISTEMA	kWh	104	0,429135	44,63	2,00	8,48	0,328370
CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPIO	UN	1	6,140000	6,14			
TOTAL				91,83	3,84	16,28	

Tributo	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	85,69	18%	16,28
COFINS	69,39	4,5275%	3,15
PIS	69,39	0,9836%	0,69

HISTÓRICO DE CONSUMO / kWh		
CONSUMO FATURADO	Nº DIAS FAT.	
JUN24	104	36
MAI24		
ABR24		
MAR24		
FEV24		
JAN24		
DEZ23		
NOV23		
OUT23		
SET23		
AGO23		
JUL23		
JUN23		

Medidor	Grandezas	Postos horários	Leitura Anterior	Leitura Atual	Const Medidor	Consumo kWh
0302440103	CONSUMO kWh	TP	21261	21365	1	104

Reservado ao Fisco

PERÍODO FISCAL: 03/06/2024

A55C.89B6.F7E5.9899.619A.366A.F7CA.D6ED

REAVISO DE VENCIMENTO

INCLUSO NA FATURA PIS R\$0,69 E COFINS R\$3,15 CONFORME RES. ANEEL 130/2005.
A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados à prestação do serviço de
energia elétrica, como convênios e doações.
Períodos Band.Tarif.: Verde:27/04-01/06

UNIDADE CONSUMIDORA	MÊS REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
89142675	06/2024	30/06/2024	R\$91,83



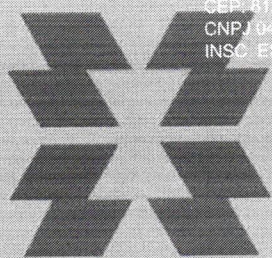
Número da fatura: FAT-01-20246496165826-68

836900000008 918301110006 001010202461 496165826686



DANFE - DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE ENERGIA ELÉTRICA
Copel Distribuição S.A.
R. José Izidoro Brazetto, 158 - Bloco C - Mossungua
CEP: 81200-240 - Curitiba - PR
CNPJ 04.368.898/0001-08
INSC. ESTADUAL 9023307399

FLS. 333



COPEL

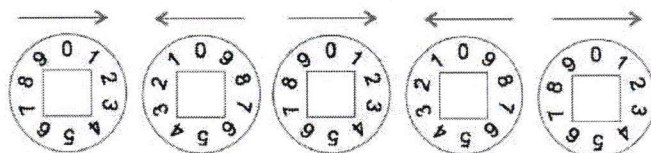
Pura Energia

Precisou da Copel? Manda um whats! 41 3013-8973

INFORMAÇÕES SUPLEMENTARES

As informações Suplementares referentes a Histórico de pagamentos, Medição e faturamento, Composição de valores de tarifa, Juros multas e acréscimos, Indicadores de continuidade e limites aplicáveis, estão disponíveis para emissão em www.copel.com e nos canais de atendimento.

EM CASO DE DÚVIDAS, ANOTE AQUI A LEITURA DO MEDIDOR



No medidor de ponteiros, inicia a leitura da direita para a esquerda

DATA DA LEITURA __/__/__



Acesse a
Agência Virtual
da COPEL

Baixe o
Aplicativo
da COPEL



ANDROID



iOS

Copel: 0800 51 00 116

Site: www.copel.com

Ouvidoria Copel: 0800 64 70 606

Site: www.copel.com/ouvidoria

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167

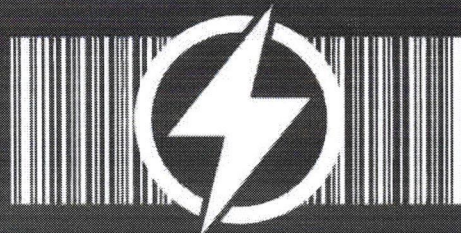
Ligação gratuita de telefones fixos e móveis



Cuide bem do seu melhor amigo!
Prenda seu cão no dia da leitura.
Isso garante a segurança do nosso
pessoal e a sua tranquilidade.
(Lei nº 12.111/1999 Lei da Posse Responsável)



CLEBER CHRISTOVAM BEARARE
R. Castro Alves, 621 - Ap 1502 Cm 4
Água Verde
CEP: 80240-270 - Curitiba - PR



DÉBITO AUTOMÁTICO

É SEGURO, FÁCIL E TRANSPARENTE.

Com o site copel.com, aplicativo, whatsapp e PIX Copel,
você vai ter tempo e energia sobra para curtir o seu dia.

DÉBITO AUTOMÁTICO: É MAIS PRÁTICO E SEGURO!

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DO PARANÁ
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO



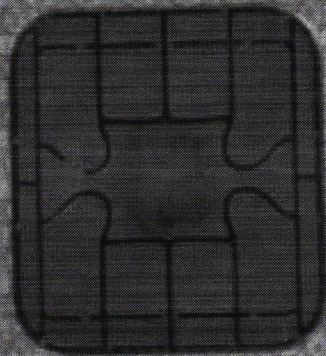
NOME
CLEBER CHRISTOVAM
BEARARE

CRM /UF
036414/PR

FILIAÇÃO
SIDNEI BEARARE SEGURA

ROSECLER CHRISTOVAM
BEARARE

DATA DE INSCRIÇÃO **VIA**
05/07/2016 **1**



ASSINATURA DO PORTADOR

CPF

136.980.848-80

TÍTULO DE ELEITOR

231091540116

DATA DE NASCIMENTO

12/11/1974

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO

CURITIBA, 15/07/2016

0214091

RG / ÓRGÃO EMISSOR

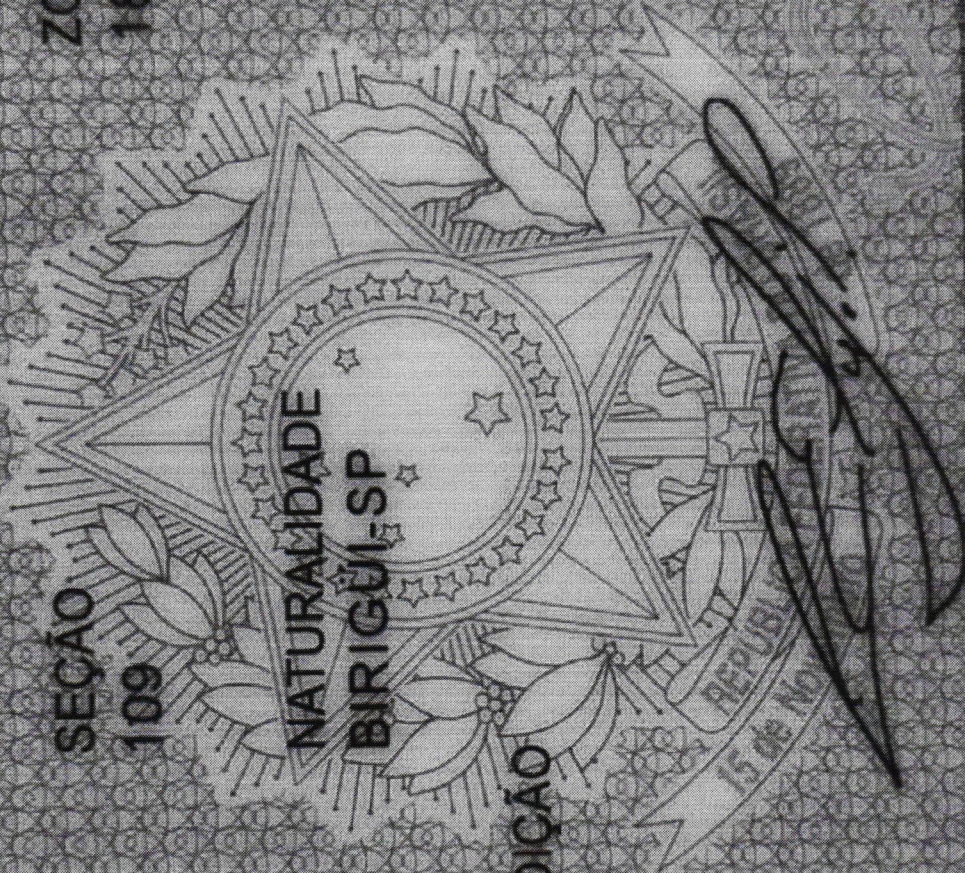
242679559/SSP-SP

SEÇÃO

109

ZONA

185



NATURALIDADE

BIRIGUI-SP

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

Elaine
Simão

VALIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER
EFEITO DE ACORDO COM A LEI 6.206/75

FLS. 335

**Universidade do Oeste Paulista**
Reconhecimento - Portaria n.º 83/87 - de 01.10/02/87

Faculdade de Medicina "Dr. Domingos Leonardo Cerábolo"
de Presidente Prudente
Presidente Prudente - São Paulo

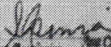
O Reitor da Universidade do Oeste Paulista, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina em 07 de novembro de 2001, confere o título de

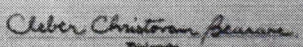
Médico

a **Cleber Christobam Bearare**
RG nº 24.267.955--9-SP nacionalidade: Brasileira
nascido a 12 de novembro de 1974, natural do Estado de São Paulo e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Presidente Prudente, 07 de novembro de 2001


Paulo Cesar de Oliveira Lima
REITOR - RG 10.208.404-SP


Paulo Cesar de Oliveira Lima
PRO-REITOR Acadêmico - RG 1.821.434


Cleber Christobam Bearare
Diplomado

Elione
Amo

Curso: Medicina
Reconhecimento: Portaria nº 1788/93
D.O.U. de 21/12/1993.

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA - UNOESTE
Faculdade de Medicina - Dr. Domingos Leonardo Ceravolo de Presidente Prudente - SP

Cleber Christovam Bearete

concluiu o curso de Medicina
e colou grau em 07/11/2001, tendo seu diploma registrado no Livro nº 003
fls. nº 088, desta Faculdade.

Em 09 de novembro de 2001
Assina
Prof. Rector Acadêmico

Ass. Carlos Malta de Oliveira Lima
Prof. Rector Acadêmico - RG 3.821.434

UNOESTE - UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA

Diploma Registrado sob nº 11.572
Livro R-10 Fls. 065
Processo nº 2892/2001 nos termos
da Lei nº 9394/96 - Art. 48 - § 1º.
Pres. Prudente, 20/ novembro / 2001.

Assina
Ass. Carlos Malta de Oliveira Lima
Prof. Rector Acadêmico - RG 3.821.434

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA

DO ESTADO DE RONDÔNIA
DIPLOMA REGISTRADO A FLs. 27
DO LIVRO Nº 01 DE ACORDO COM
A LEI Nº 3288/57. INSCRIÇÃO NO
CREMERO Nº 1733
POR O VELHO, 17/06/2002.

Assina
Dr. Floriano Riva Filho
Presidente CREMERO

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO
ESTADO DE SÃO PAULO
REGISTRO DE DIPLOMA
Nº 105205
Neste documento o presente diploma foi registrado
em livro próprio, sob o número 105205
conforme a Lei nº 12.068 de 20 de setembro de
1957.
São Paulo, 15/01/2002
Assina
Chefe do Setor de Registro de Diplomas

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Em 28/12/2001, o presente diploma foi registrado sob o nº 47023, de
ACORDO COM O ARTIGO 37 DA LEI Nº 3.288 DE 30 DE SETEMBRO DE
1957.
Belo Horizonte, 28/12/2001
Assina
Breno de Medeiros Barreto
Chefe do Registro de Diplomas

Cremer

O presente diploma de médico corresponde à inscrição nº 24.159
elevada em 31/01/2012
Salvador 31/01/2012

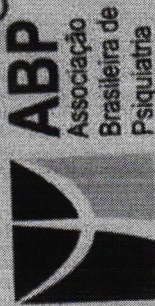
CRM-SC
Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina
O requerente foi inscrito sob o nº 28327 de página 225-V do livro nº 2.
Florianópolis - SC, 09/07/2000.
Assina
DANIEL KNABEN ORTELLADO
Presidente

CRM-PR
Conselho Regional de Medicina do Paraná
Em 15/01/2012 o presente diploma de CLEBER CHRISTOVAM BEARETE
foi registrado sob o nº 98414-PR de acordo com o artigo 17 da Lei 3.288 de 30
de setembro de 1957.
Curitiba-PR, 07/07/2016
003995
Assina
Dr. Luis Eduardo Pugh
Presidente

Assina
Assina



Associação Médica Brasileira



Associação Brasileira de Psiquiatria

conferem o

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PSQUIATRIA

ao



Dr. Cleber Christobam Bearare

por ter obtido aprovação em concurso realizado segundo as normas estabelecidas pela
Associação Médica Brasileira e a Associação Brasileira de Psiquiatria.

São Paulo, 31 de janeiro de 2012

Dr. e
Dr. Alexandre de Araujo Cardozo Filho
Presidente da AMB

Dr. Alceu Humberto Soares
Secretário Geral da AMB

Dr. Thiago Perillo da Silva
Presidente da ABP

Dr. Luiz Miguel Corradi
1º Secretário da ABP

AMB ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA	
ENTRADA OFÍCIO	22/05/16
SOLICITAÇÃO CONTEÚDO	22/05/16
SÁDIA P. SOCIEDADE	01/05/16
RETORNO DA SOCIEDADE	12/05/16
CADASTRAMENTO	13/05/16
SÁDIA P. FEDERADA	15/06/16
REGISTRO	
127583	
SECRETARIA DE REGISTRO DE ESPECIALISTA (ASSINARAM O PRESIDENTE E O SECRETÁRIO GERAL DA INSCRIÇÃO NA DATA DO REGISTRO)	

12 TABELÃO de NOTAS - CARTÃO DE REGISTRO DE NOTAS

Recebido por assinatura as firmas: **FLORENTINO DE ALBUQUERQUE FILHO, ROBERTO AUGUSTO SOARES** em qual esteve e com os patres presentes em 12/05/16, São Paulo, 12 de Maio de 2016.

Em Testemunha da Verdade

Cláudio Gomes Alves - Secretário Geral

120015101224 (Firmado)

FIRMA 2

10422AA362050

Cláudio



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (s):

CLEBER CHRISTOVAM BEARARE, BRASILEIRO, natural de
BIRIGUI/SP, médico(a), nascido em 12/11/1974,
residente e domiciliado(a) na rua R. CASTRO ALVES, Nº 621,
bairro ÁGUA VERDE, na cidade de CURITIBA/UF
PR CEP 80240-270, portador do RG nº 242679559 SSP SP,
CPF sob nº 136.980.848-80, e CRM/ PR nº 36414;

OUTORGADO(s):

ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO, brasileiro, médico, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 763.109.659-72, residente e domiciliado na Rua Visconde de Guarapuava, 5000, apt 901, Batel, Curitiba/PR. CEP: 80.240-010. Curitiba Estado do Paraná.

Por este instrumento particular, o **OUTORGANTE** constitui procurador o **OUTORGADO**, a quem confere poderes específicos para assinar requerimentos/capa de processo e ato de alteração com transferência de quotas, ingresso, retirada nos quadros da empresa **BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA., "MEDBLANC"**, CNPJ n.º 42.488.597/0001-05, com sede na Rua Professor Doutor Altívir Bassetti, 23, 1º Andar, Seminário, Curitiba/PR. CEP: 80440-021. Representada neste ato por seu sócio administrador, Sr. **ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO**, inscrito no Registro Geral sob n.º 22179586 SESP/PR, e no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 763.109.659-72, e com o seu Contrato Social devidamente registrado na Junta Comercial do Paraná - JUCEPAR sob o NIRE nº 41209978434, subscrever quotas do aumento do capital social, não superiores a 0,2% (zero vírgula dois por cento) assinar a declaração do art. 1011 da Lei 10.406/2002 e outros documentos necessários à efetivação do ato empresarial em nome do outorgante, praticados com o uso de certificação digital, a serem apresentados para arquivamento perante a Junta Comercial do Estado do Paraná - JUCEPAR, vedado o substabelecimento a terceiros dos poderes ora conferidos.

Curitiba/PR, 10/17/2024.

CRM/UF 36414/PR
RG 242679559 SSP SP
CPF 136.980.848-80

Blum
Am

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO

O **CONTRATADO** assume o compromisso em manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações a que tiver acesso no desempenhar das atividades profissionais junto à **CONTRATANTE**, bem como de cumprir as normas de conduta da instituição, Resolução CFM 1.931/09 (Código de Ética Médica) e a escala de atendimento médico pactuada junto à empresa, sob sua total e absoluta responsabilidade ética e profissional.

Em referência aos Serviços e Escala de Atendimento acordados, o **CONTRATADO** se compromete:

1. A comparecer ao local de atendimento pactuado junto à **CONTRATANTE**, ou àquele definido em comum acordo entre as Partes e a administração do Município, nas datas e horários pactuados.
 - a. Na impossibilidade de comparecimento ao local de atendimento, se comprometo a comunicar a **CONTRATANTE** da sua ausência ou impossibilidade de comparecimento com no mínimo 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.
 - b. Na ocorrência de caso fortuito ou força maior na data do atendimento, o qual venha a impossibilitar a sua presença, comunicará imediatamente a **CONTRATANTE** acerca da ocorrência, comprovando a ocorrência do caso fortuito ou de força maior.
 - c. Na hipótese de ausência injustificada ou não comunicada, o **CONTRATADO** assume total responsabilidade pelo não comparecimento, inclusive para fins de representação ética e profissional perante os órgãos competentes ou Município contratante e adimplemento de eventuais responsabilidade e penalidades que venham a ser aplicadas à **CONTRATANTE**.
 - d. O ajuste das escalas que ficarão sob a responsabilidade do **CONTRATADO** poderá se dar, pela **CONTRATANTE**, a qualquer tempo e através de qualquer comunicação que identifique as partes, dentre as quais, mas não exclusivamente, através de aplicativos de mensagens (e.g. *WhatsApp* ou afins), mensagens de texto (SMS/MMS), ligações telefônicas ou e-mails. Estes alinhamentos serão suficientes para fins de aplicação das disposições estabelecidas neste termo, desde que manifestado o comum acordo.
 - e. Sempre quando necessário e a exclusivo critério da contratante, esta formalizará por mensagem de texto (aplicativos ou SMS/MMS) ou e-mail eventuais alterações na escala ou local de atendimento que tenham sido realizadas e devidamente comunicadas ao contratado.
2. A observar os mais elevados padrões de conduta ética, moral e profissional no desempenhar das atividades profissionais objeto do presente Termo, qual seja a execução de serviços médicos. Igualmente, assume e se compromete que:
 - a. Os serviços serão prestados na forma e modo ajustados, dentro das normas e especificações técnicas aplicáveis à espécie, dando plena e total garantia destes.
 - b. Deverá ser observado o cumprimento de todas as determinações impostas pelas autoridades públicas competentes relativas aos serviços ora acordados.
3. A observar o **CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA** em sua integralidade, reconhecendo desde já a impossibilidade de:
 - a. Isentar-se de responsabilidade sobre procedimento médico por si indicado ou do qual tenha

DS



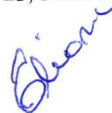



- participado, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.
- b. Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência
 - c. Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional por si praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.
 - d.
 - e. Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação legal ou contratual, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.
 - f. Afastar-se das atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave.
 - g.
 - h. Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.
 - i. Realizar qualquer tipo de divulgação de assuntos médicos envolvendo os serviços em que a CONTRATANTE estiver envolvida, e/ou quaisquer temas e situações atreladas, em mídias sociais sem que possua viés de educação e esclarecimento da sociedade.
 - j. Realizar qualquer divulgação ou publicação em mídias sociais envolvendo o ambiente de trabalho, bem como os pacientes atendidos, quando tais atendimentos envolverem a CONTRATANTE ainda que indiretamente.
4. A assumir a responsabilidade por todo e qualquer procedimento ou atendimento médico e laboratorial prestados aos pacientes, e autoriza desde logo a **CONTRATANTE** a inserir o **PROFISSIONAL** e seus representantes legais/responsáveis técnicos no polo passivo de demandas judiciais e administrativas que venham a ser movidas em face da **CONTRATANTE** em razão de condutas e danos causados pelo **CONTRATADO**.
 5. A apresentar e manter atualizado os dados cadastrais bem como toda a documentação que envolve a atividade médica, tais como diploma, carteirinha do Conselho Regional de Medicina, título de especialização, cursos livres e outras certificações profissionais.

Declara ciência e estar de acordo que:

5. A **CONTRATANTE** espera de seu **CONTRATADO**, no exercício de suas atividades, conduta honesta, digna, em estrita observância às leis aplicáveis, respeito aos direitos humanos, ao meio ambiente e aos padrões éticos da sociedade.
6. No exercício das suas atividades o **CONTRATADO** deve cumprir todas as leis e regulamentos aplicáveis de cada País ou região em que atuam.
7. A **CONTRATANTE** está autorizada a apresentar documentação pessoal e de comprovação de aptidão técnica à órgãos que vierem a solicitar.
8. No exercício das suas atividades o **CONTRATADO** deverá zelar pela privacidade de seu ambiente de trabalho, não realizando a divulgação de seu local de trabalho em mídias sociais ou similares.

DS



9. O Termo não é gravado com cláusula de exclusividade, ficando livre o **CONTRATADO** para continuar atender em seu domicílio profissional pacientes particulares, não vinculados à **CONTRATANTE**, desde que não conflite com o horário de atendimento estabelecido entre as partes. O exercício de tais atividades profissionais particulares não configura motivo suficiente para justificar o não comparecimento às escalas e locais estabelecidos junto à **CONTRATANTE**.

10. É fundamental que todos preservem o espírito das Leis e Regulamentos, observando os mais elevados padrões de honestidade e de integridade, prevenindo até mesmo a aparência de atos impróprios.

a. Esta responsabilidade envolve também a adoção das providências cabíveis, principalmente a comunicação à **CONTRATANTE**, quando tiver conhecimento de irregularidades praticadas por terceiros que possam comprometer o nome ou os interesses da **CONTRATANTE**.

11. A **CONTRATANTE** espera que todos os assuntos da empresa, sem exceção, sejam tratados pelo **CONTRATADO** com sigilo, confidencialidade e proteção dos direitos da **CONTRATANTE**.

12. A **CONTRATANTE** proíbe qualquer prática de corrupção, suborno, extorsão e fraude. O **CONTRATADO** não deve oferecer, prometer, conceder ou autorizar, quaisquer pagamentos ilegais, impróprios, duvidosos ou conferir benefícios a Integrantes da **CONTRATANTE**, funcionários públicos, equiparados ou qualquer indivíduo, seja diretamente ou através de terceiros a fim de influenciar de forma inadequada qualquer ato ou decisão para os fins de promover os interesses de qualquer natureza da **CONTRATANTE** ou individuais no exercício das atividades contratadas.

13. A **CONTRATANTE** se resguarda do direito de tomar as medidas que julgar necessárias quando o **CONTRATADO** violar qualquer aspecto deste Termo.

a. Caso o **CONTRATADO** tenha conhecimento ou suspeita de violação a qualquer aspecto deste Código, por parte de qualquer pessoa, a **CONTRATANTE** espera que ele informe tal fato ao seu gestor imediato ou ao Comitê de Ética.

b. Caso o **CONTRATADO** queira manter o anonimato no relato da violação ao Termo de Conduta e Responsabilidade, poderá utilizar o canal Linha de Ética para comunicação com o Comitê de Ética, tendo o apoio de ferramentas como correio eletrônico e linha de telefone. Esta comunicação poderá ser realizada mediante endereço eletrônico: ouvidoria@medecin.com.br.

Isto exposto, declara ter total conhecimento de que, a partir desta data, a inobservância do Código de Ética Médico e do presente Termo de Responsabilidade de Compromisso poderá implicar na responsabilização do **CONTRATADO**, esta graduada em função da gravidade e da reiteração, a partir da devida apuração pela **CONTRATANTE**.

Sem prejuízo da aplicação de Multa Contratual em razão da inobservância de qualquer dos itens estabelecidos neste termo e de eventuais danos causados à **CONTRATANTE**, na hipótese do não comparecimento do **CONTRATADO** no local e horário estabelecidos em escala, este não fará jus a qualquer remuneração e ficará sujeito a ressarcir a **CONTRATANTE** dos gastos incorridos em razão do inadimplemento.

Curitiba/PR, 10/17/2024.

Elaine mo

CONTRATANTE

CONTRATADO

ALCIDES JOSE
BRANCO
FILHO:7631096597
2

Digitally signed by
ALCIDES JOSE BRANCO
FILHO:76310965972
Date: 2024.06.07
10:45:41 -03'00'

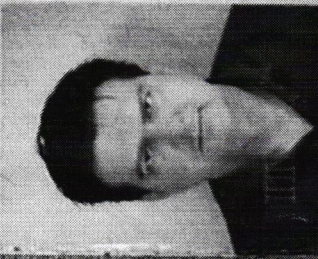
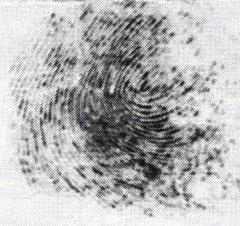
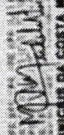
BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
ALCIDES JOSE BRANCO FILHO
Sócio Administrador
CPF/MF 763.109.659-72
22179586 SESP/PR

DocuSigned by:


79D0471F7E89488

MÉDICO(A) CLEBER CHRISTOVAM BEARARE
CRM/UF 36414/PR
CPF 136.980.848-80
RG 242679559 SSP SP

*Olivia
mo*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983	
			
ESTADO DO PARANÁ SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO DA POLÍCIA CIVIL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO			
NOME CLEBER CHRISTOVAM BEARARE			
FILIAÇÃO SIDNEI BEARARE SEGURA ROSECLER CHRISTOVAM BEARARE			
			
DATA NASCIMENTO 12/11/1974			
NATURALIDADE BIRIGUI/SP			
ÓRGÃO EXPEDIDOR IPR			
ASSINATURA DO TITULAR 			
		CPF 136.980.848-80	
		REGISTRO GERAL 15.042.921-8	
		DATA DE EXPEDIÇÃO 18/01/2022	
		REGISTRO CIVIL	
		COMARCA=RIBEIRÃO PRETO/SP, 1º SUB DSTO	
		C.CAS=31253, LIVRO=244B, FOLHA=194	
		NIS/PISEP 123.24149.94-1	
		POLEGAR DIREITO 	
		ASSINATURA DO DIRETOR  MARCUS VINÍCIUS DA COSTA BICHELETO	
		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	

Cleber
ma

CFM

CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO

Inscrição: 56888/PR em 10/07/2024

Nome:
CARLA ROSE DE FREITAS

Filiação:
JACIRA ROSE
CARLOS DE FREITAS

Nacionalidade: BRASIL Nascimento: 27/12/1999

Naturalidade: Apucarana-PR

Identidade: 111190003 Orgão Expedidor: SESP-PR

CPI: 076.823.229-50

Diplomado pela:
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ

Formado em:
28/06/2024

519812



DIGITAL



Assinatura do Portador

Oliver
ma

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - PARANÁ
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

 **NOME**
CARLA ROSE DE FREITAS

CRM/UF
56888/PR

 **FILIAÇÃO**
JACIRA ROSE
CARLOS DE FREITAS

DATA DE INSCRIÇÃO **VIA**
10/07/2024 01


ASSINATURA DO PORTADOR



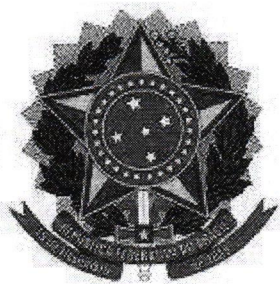
Exon
ma

CPF 076.823.229-50	IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR 111190003 / SESP-PR	
TÍTULO DE ELEITOR 115807300663	SEÇÃO 0392	
DATA DE NASCIMENTO 27/12/1999	NATURALIDADE APUCARANA-PR	
LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO CURITIBA-PR 12/07/2024		
820824		


ASSINATURA DO PRESIDENTE DO TSE

VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER EFEITO DE ACORDO COM A LEI 8.206/76

Eleitor
mo



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão Negativa de Conduta Ético-Profissional

Certificamos, a pedido da parte interessada, que junto aos arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, nada consta, na presente data, que desabone a conduta ética-profissional do DR.(A) **CARLA ROSE DE FREITAS**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **56888** conforme períodos abaixo:

Períodos

10/07/2024 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. 8ea573a88275014ebd18295a4c22986d081ef7e7

Emitida eletronicamente via internet em **07/04/2025**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>

Glória
mo



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão Negativa de Conduta Ético-Profissional

Certificamos, a pedido da parte interessada, que junto aos arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, nada consta, na presente data, que desabone a conduta ética-profissional do DR.(A) **CARLA ROSE DE FREITAS**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **56888** conforme períodos abaixo:

Períodos

10/07/2024 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

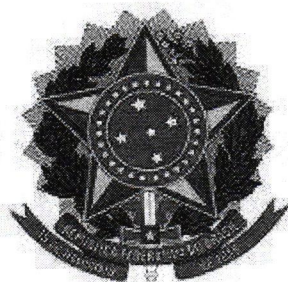
Chave de validação nº. fc620c7705d187b3c3da590d53b9e2c811d3f19f

Emitida eletronicamente via internet em **08/04/2025**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>

Glória
mo
D



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **CARLA ROSE DE FREITAS**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **56888** desde **10/07/2024**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Certidão tem validade até o dia 08/07/2025.

Chave de validação **0d04219ce208540ce86b1d005a4458aa33eb9619**

Emitida eletronicamente via internet em **08/04/2025**.

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>

Elaine mo



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão Negativa de Débitos

Certificamos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **CARLA ROSE DE FREITAS**, com situação Ativo, possui registro neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **56888** e encontra-se quite com esta tesouraria até 31/03/2026.

Finalidade: Simples verificação.

Chave de validação **1764214c01ad6029242641135800739508f7f0d3**

Emitida eletronicamente via internet em **08/04/2025**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>

*Glória
ma*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

SECRETARIA NACIONAL DE TRÁFEGO





3 e 4 NOMES E SOBRENOME

CARLA ROSE DE FREITAS

1ª HABILITAÇÃO

24/06/2019

3 DATA LOCAL E UF DE NASCIMENTO

27/12/1999, APUCARANA, PR

4a DATA EMISSÃO

11/03/2024

5a VALIDADE

11/03/2034

ACE

D

6a CDDC IDENTIFICADORA / ORIG EMISSOR / UF

11190003 SESF PR

7a CN

076.823.229-50

8 Nº REGISTRO

078282742223

9 Cód. Hab

8

NACIONALIDADE

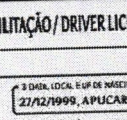
BRASILEIRO

10 NOME

CARLOS DE FREITAS

11 NOME

JACIRA ROSE



Carla Rose de Freitas

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

2784111853

7 ASSINATURA DO PORTADOR

9	10	11	12
ACC			
A			
A1			
B		15/03/2034	
B1			
C			
C1			

9	10	11	12
B			
D1			
DE			
EE			
CF			
CF1			
DE			
D1E			

12 OBSERVAÇÕES

ASSINADO DIGITALMENTE

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

76653670/071

P R252146056

LOCAL:

CURITIBA, PR

PARANÁ

[illegible]

I<BRA072827922<236<<<<<<<<<<<
9912278F3403118BRA<<<<<<<<<<<D
CARLA<<ROSE<DE<FREITAS<<<<<<<

QR-CODE



Documento assinado com certificado digital em conformidade com a Medida Provisória nº 2200-2/2001. Sua validade poderá ser confirmada por meio do programa Assinador Serpro.

As orientações para instalar o Assinador Serpro e realizar a validação do documento digital estão disponíveis em:
<https://www.serpro.gov.br/assinador-digital>.

SERPRO / SENATRAN

FLS 353

Blank



Universidade Cesumar - Unicesumar

Unicesumar

Estado do Paraná

A Reitora da Universidade Cesumar - Unicesumar,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão em 16 de junho de 2024, do
Curso de Graduação em Medicina e a colação de grau
em 28 de junho de 2024, confere o título de

Médica

a

Carla Rose De Freitas,

brasileira, natural do Estado do Paraná,
nascida a 27 de dezembro de 1999, RG 111190003/SESP-PR

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.
Maringá, 28 de junho de 2024.

Solange Munhoz Arroyo Lopes

Solange Munhoz Arroyo Lopes

Reitora

Assinatura realizada por meio de certificado ICP-Brasil

Carla Rose De Freitas

Diplomada

<https://www.unicesumar.edu.br/valida-diploma/>

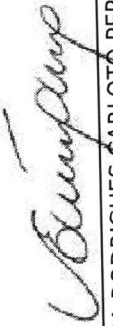
Código de validação: 1196.1196.8a673477c119c5d1712b5810733eb8e3fcbddda38faa1dfe9d649e09abc79e

Universidade Cesumar - Unicesumar
Mantenedora: CESUMAR - CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DE MARINGÁ LTDA
CNPJ: 79.265.617/0001-99
Credenciada pela Portaria MEC nº 367 de 27/03/2020, publicada no D.O.U nº 62, Seção 1, Pág. 51 de 31/03/2020

Curso de GRADUAÇÃO EM MEDICINA - BACHARELADO
Reconhecido pela Portaria nº 969 de 06/09/2017, publicada no D.O.U. nº 173, Seção 1, Pág. 676 de 08/09/2017

Universidade Cesumar - Unicesumar
Maringá-PR
Diretoria de Serviços Acadêmicos
Departamento Especial de Registro de Diplomas
Diploma registrado sob nº 263946.
Processo n.º 263946/2024 nos termos do art. 48 da Lei 9.394/96 e Decreto 9.235/2017.

Maringá, 28 de junho de 2024.


ÉRICA RODRIGUES CARLOTTO PEREIRA
Diretora de Serviços Acadêmicos
Delegação da Reitora nº018/2024



Glória
mo

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

CONTRATANTE: BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA., "MEDBLANC", CNPJ n.º 42.488.597/0001-05, com sede na Rua Professor Doutor Altivir Bassetti, 23, 1º Andar, Seminário, Curitiba/PR. CEP: 80440-021. Neste ato representado por seu Sócio Administrador Sr. **ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO**, brasileiro, médico, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 763.109.659-72, residente e domiciliado na Rua Visconde de Guarapuava, 5000, apt 901, Batel, Curitiba/PR. CEP: 80.240-010. Curitiba, Estado do Paraná, doravante denominado de **CONTRATANTE**.

CONTRATADO(a): CARLA ROSE DE FREITAS, brasileiro (a), médico (a), Inscrição (a) no CRM 56888/PR, e doravante denominado simplesmente **CONTRATADO(A)**.

As partes livremente e de comum acordo firmam o presente contrato de prestação de serviços médicos querereger-se-á pelas seguintes cláusulas e condições, atendendo ao que dispõe as Leis 9.656/98 e 13.003/14, bem como a Resolução C.F. M. 1.931/09 (Código de Ética Médica).

DO OBJETO DO CONTRATO

CLÁUSULA PRIMEIRA: O presente contrato tem como **OBJETO** à prestação, pelo **CONTRATADO(a)** de serviços médicos, de acordo com a demanda da **CONTRATANTE**, do seguinte **Objeto: Plantões de avaliações médicos, Atendimentos de avaliação médica**, conforme termos de contratação com o ente público.

CLÁUSULA SEGUNDA: O presente serviço acertado neste instrumento consistirá na realização de serviços médicos, de acordo com a necessidade da empresa contratante, mediante escala de horários que será ajustada através de instrumento próprio.

Parágrafo Primeiro: O **CONTRATADO(a)** se compromete a prestar os serviços com diligência, prudência e respeito aos beneficiários da **CONTRATANTE** assumindo toda responsabilidade técnica e civil pela execução. Compromete-se ainda, no exercício da função médica representar a **CONTRATANTE** de forma adequada, zelando pela imagem e bom nome da **CONTRATANTE**, respondendo civilmente caso atue com negligência, imperícia ou imprudência.

Rubrica




Parágrafo Segundo: As partes se obrigam a respeitar e cumprir o Código de Ética Médica e as Resoluções emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, amparados em lei.

Parágrafo Terceiro: Os serviços médicos serão executados a partir da formatação de escalas médicas, sendo que o **CONTRATADO(a)** se obriga a cumprir fielmente os horários que lhe forem designados, sem a ocorrência de atrasos ou quaisquer comportamentos que firam o instrumento de prestação de serviços ora celebrado.

DAS OBRIGAÇÕES:

CLÁUSULA TERCEIRA: A **CONTRATANTE** se obriga a dar todo o suporte para que o serviço seja feito com a máxima qualidade, durante o período de vigência do contrato.

CLÁUSULA QUARTA: O **CONTRATADO(a)** se obriga a apresentar a **CONTRATANTE** todos os documentos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente contrato, manter-se adimplente junto ao CRM e estar disponível para a realização dos trabalhos.

DO VALOR E PAGAMENTO:

CLÁUSULA QUINTA: a **CONTRATANTE**, realizará o pagamento referente aos atendimentos prestados durante o mês anterior, conforme valor acertado.

Parágrafo único: O **CONTRATADO(a)** não manterá qualquer tipo de vínculo empregatício com a **CONTRATANTE** e tampouco com seus representantes legais, haja vista a ausência dos elementos que condições ora pactuadas e demais exigências legais do Conselho Regional de Medicina quanto à responsabilidade técnica. O **CONTRATADO(a)** responde exclusivamente por eventual imprudência, negligência, imperícia ou dolo na execução de serviços que venham a causar qualquer dano à **CONTRATANTE** ou a terceiros, devendo responder regressivamente caso a **CONTRATANTE** seja responsabilizada judicialmente por tais fatos, desde que haja a denúncia da lide, salvo no caso de conduta da própria **CONTRATANTE** contrária à orientação dada pelo **CONTRATADO (A)**.

DA VIGÊNCIA

Rubrica




CLÁUSULA SEXTA: O contrato terá vigência de tempo indeterminado a partir da data de sua assinatura, caso não haja objeção de nenhuma das partes.

Parágrafo único – O presente contrato não é gravado com cláusula de exclusividade ficando livre o **CONTRATADO(a)** para atender em seu domicílio profissional, pacientes particulares, bem como beneficiários de operadoras de planos de saúde e outros convênios públicos ou privados, na forma que melhor lhe convier; desde que respeitados a escala de atendimento proveniente da presente contratação.

DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

CLÁUSULA SÉTIMA: O pagamento será realizado até o dia 20 do mês subsequente aos serviços realizados via transferência bancária.

DA RESCISÃO:

CLÁUSULA OITAVA - Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, constituem justos motivos para rescisão contratual:

- a) O não cumprimento das cláusulas contratuais;
- b) O cumprimento irregular das cláusulas contratuais;
- c) Infração às normas sanitárias em vigor;
- d) Alteração dos atos constitutivos do **CONTRATADO(a)** que prejudique a execução do objeto contratual;
- e) Concordata ou decretação da falência da **CONTRATANTE**;
- f) Fraude ou dolo praticado e devidamente comprovado;
- g) Impedimento, obstrução ou embaraço para fins de realização de qualquer exame ou diligência necessária ao resguardo dos direitos das partes;
- h) A paralisação temporária dos serviços sem prévia comunicação de 60 (sessenta) dias;
- i) O não cumprimento, por qualquer das partes, de cláusula ou condição estabelecida no presente contrato;
- j) A transferência total ou parcial deste instrumento, a subcontratação do objeto contratual, a associação com outrem, a cisão, fusão ou incorporação que afete a boa execução deste contrato, sem prévia anuência da **CONTRATANTE**; e

Rubrica




k) O cometimento reiterado de faltas na execução deste contrato.

CLÁUSULA NONA: O **CONTRATADO(a)** declara ter ciência que a **CONTRATANTE** presta serviços mediante contratação com a administração pública, logo, sujeita a fiscalização por parte dos órgãos contratantes, sendo que, eventual descumprimento deste contrato por parte do **CONTRATADO(a)** pode gerar consequências nos contratos com a administração pública, respondendo o **CONTRATADO(a)** por prejuízos que, pelos seus atos, venha a causar à **CONTRATANTE**, seja pela imposição de multas, penalidades administrativas ou rescisões contratuais.

Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do **CONTRATO** as partes elegem o foro da comarca de Curitiba, Estado do Paraná.

Curitiba, 2/26/2025

CONTRATANTE

CONTRATADO

ALCIDES JOSE
BRANCO
FILHO: 7631096597
2

Digitally signed by
ALCIDES JOSE BRANCO
FILHO: 76310965972
Date: 2024.06.07
10:44:06 -03'00'

BARIÁTRICA BRASIL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ALCIDES JOSE BRANCO FILHO

Sócio Administrador

CPF/MF 763.109.659-72

22179586 SESP/PR

Assinado por:



F9FF170278844F5...

MÉDICO(A) CARLA ROSE DE FREITAS

CRM/UF 56888/PR

CPF 076.823.229-50

RG 111190003 SESP PR





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão Negativa de Conduta Ético-Profissional

Certificamos, a pedido da parte interessada, que junto aos arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, **nada consta**, na presente data, que desabone a conduta ética-profissional do DR.(A) **CAROLINA CARMONA FREITAS**, inscrito(a) neste órgão sob o nº. **37019** conforme períodos abaixo:

Períodos

13/12/2016 a presente data

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Chave de validação nº. **937969446f258ea7c95945d7f3392a576c098760**

Emitida eletronicamente via internet em **13/03/2025**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>

Blanca
me



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **CAROLINA CARMONA FREITAS**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **37019** desde **13/12/2016**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Certidão tem validade até o dia 28/06/2025.

Chave de validação **736ed54c0c0b28558cd8122ad52ba9f1825eca0d**

Emitida eletronicamente via internet em **28/03/2025**.

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>

Olivia
ma



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão Negativa de Débitos

Certificamos para os devidos fins que o(a) Dr.(a) **CAROLINA CARMONA FREITAS**, com situação Ativo, possui registro neste Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o nº. **37019** e encontra-se quite com esta tesouraria até 31/03/2026.

Finalidade: Simples verificação.

Chave de validação **cc928a54692806bf7aca15d19ec9199eb8334a8e**

Emitida eletronicamente via internet em **13/03/2025**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR:

<https://www.crmpr.org.br/Autenticacao-certidoes-10-43713.shtml>

Glória
ma

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DO PARANÁ
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

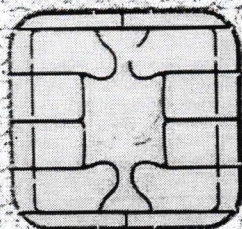


NOME

CAROLINA CARMONA FREITAS

CRM/UF

037019/PR



FILIAÇÃO

WILSON SILVA FREITAS

YARA CARMONA FREITAS

DATA DE INSCRIÇÃO VIA

13/12/2016

1

ASSINATURA DO PORTADOR



Eleine

me

CPF
063.546.629-59

RG / ÓRGÃO EMISSOR
109340294/SSP-PR

TÍTULO DE ELEITOR
00095265070647

SEÇÃO
0070

ZONA
0026

DATA DE NASCIMENTO
28/09/1990

NATURALIDADE
CORNÉLIO PROCÓPIO-PR

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
CURITIBA, 04/01/2017

0229677

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER
EFEITO DE ACORDO COM A LEI 6.206/75



Faculdade Evangélica do Paraná



A Diretora da Faculdade Evangélica do Paraná,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina,
em 12 de dezembro de 2016, confere o título de
Médica a

Carolina Carmona Freitas,

brasileira, natural do Estado do Paraná, nascida a 28 de setembro de 1990, portadora do
RG nº 10.934.029-4/PR,

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

Curitiba, 12 de dezembro de 2016.

Ana Cristina Tomazi
Ana Cristina Tomazi
Secretária - Geral

Carolina O. Freitas
Diplomada

Carmen Aurália Paredes Marcondes Ribas
Carmen Aurália Paredes Marcondes Ribas
Diretora - Geral

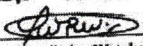
Oliver
ma

Curso de Medicina
Portaria nº 745, de 25/11/2016
Publicação: D.O.U. de 28/11/2016

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Pró-Reitoria de Graduação
NAA - Unidade de Diplomas

Por delegação de competência do D.A.U., Portaria nº 71, de 21/10/77, Portaria da SESU, nº 30, de 23/05/79, e nos termos da Portaria Ministerial nº 726, de 21/10/77.

Diploma registrado sob nº 251367, no Livro DIV 521, Fls 218, Proc 23075.157671/2017-20 Curitiba, 13, de março, de 2017


Moacir Ribeiro Watzko
Diretor da Unidade de Diplomas

Por delegação de competência, de acordo com o art. 6º do Decreto nº 83.937/79 e nos termos da Portaria nº 119, de 16/01/2017 do Reitor da UFPR.

CRM - PR
Conselho Regional de Medicina do Paraná

Em 13/12/2016, o presente diploma de CROCELINA FREITAS foi registrado sob o nº 37016-PR de acordo com o artigo 17 da Lei 3.268 de 30 de setembro de 1957.

Curitiba-PR, 29/04/2017
007521

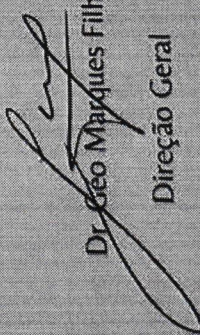

Dr. Vilmar Mendonça Guimarães
Presidente

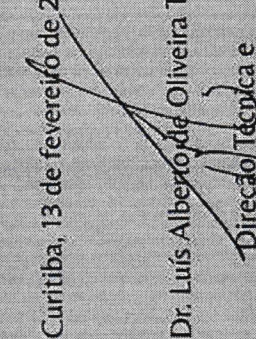
Elione mo

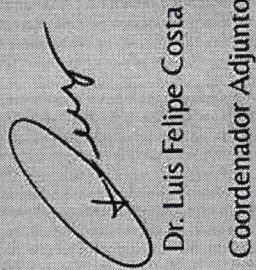
Certificado

Certificamos que a médica CAROLINA CARMONA FREITAS CRM: 37.019/PR, concluiu o Programa de Formação em Psiquiatria Acreditado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) do Hospital Psiquiátrico Porto Seguro, realizado no período de 03 de fevereiro de 2020 a 03 de fevereiro de 2023, com carga horária de 7.200 (sete mil e duzentas) horas.

Curitiba, 13 de fevereiro de 2023.


Dr. Geo Marques Filho
Direção Geral


Dr. Luis Alberto de Oliveira Tinti
Direção Técnica e
Coordenação de Ensino


Dr. Luis Felipe Costa
Coordenador Adjunto



Hospital Psiquiátrico
Porto Seguro
Desde 1983

Elaine
Amo