

Ficha de Estabelecimento Identificação

ES: 3134482 Nome Fantasia: CLINICA SANTA TEREZA CNPJ: 77.610.301/0001-61  
Natureza jurídica: ENTIDADES EMPRESARIAIS  
Número: 1857 Complemento: SALA  
Município: 410840 - FRANCISCO BELTRAO UF: PR  
Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: -  
Subtipo: CENTRO ESPECIALIZADO EM  
Gestão: MUNICIPAL  
Última atualização Nacional: 03/01/2023  
Atualização na base local: 05/06/2019

Caracterização

Atividade	Código/natureza jurídica
Atividade ensino/pesquisa	2062 - SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA
Atividade SEM ATIVIDADE DE ENSINO	

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade	Nível de atenção	Gestão
Atividade	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL
Atividade		

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Atendimento		Convênio
Tipo de atendimento		
AMBULATORIAL	SUS	
AMBULATORIAL	PARTICULAR	
SADT	SUS	
SADT	PARTICULAR	
<b>Fluxo de clientela</b>		
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA		

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal  
01 - ASSISTENCIA A SAUDE

002 - APOIO DIAGNOSTICO

Grupo > Atividade Secundária

00 - NAO SE APLICA > 000 - NAO SE APLICA

Classificação Estabelecimento Saúde

018 - UNIDADE DE APOIO DIAGNOSTICO



## Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

Instalação		Qtde./Consultório	Leitos/Equi
AMBULATORIAL			
CLINICAS BASICAS		1	0

Serviços de

Serviço	Característica
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO

Serviços especializados

Código	Serviço	Ambulatorial	
		SUS	Não SUS
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	SIM	SIM

Comissões e

Descrição

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro
121 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	MAMOGRAFIA	NÃO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).



121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO IN
-----------	-----------------------------------	-----------------	-----	--------

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	ATENDIMENTOS NOS TURNOS DA MANHA E A TARDE
Hospital avaliado segundo o NDAH do MS		
NÃO		

## Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM		
Mamografo com Comando Simples	2	1
PROCESSADORA DE FILME EXCLUSIVA PARA MAMOGRAFIA	1	1
Raio X ate 100 mA	1	1
Raio X com Fluoroscopia	1	0
Raio X de 100 a 500 mA	3	3
Ultrassom Ecografo	1	1

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS COMUNS
NENHUM



## Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Diálise

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Hemoterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Hospitalar - Leitos

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Mantenedora

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Profissionais

Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portari a 134	CH Outro	Cf Am
------	-----	-------------	-----	-----------	-----	------------	------	---------	------------------	-------------	----------

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).



### Contrato Gestão

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Nenhum resultado para a consulta realizada.

### Contrato Gestão - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

### Incentivos

Nenhum resultado para a consulta realizada.

### Incentivos - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

### Equipes

Nenhum resultado para a consulta realizada.

### Residência Terapêutica

Nenhum resultado para a consulta realizada.





## Organizações Parceiras

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Gerência/Administração Terceiro/Interveniente

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Base Descentralizada

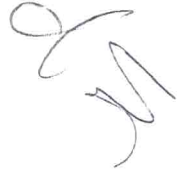
Nenhum resultado para a consulta realizada.

## SAMU 192

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: --

Motivo desativação: --



Nome	CNS	Dt. Entrada	CBO	Descrição	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CH Outro	Cf Am
ADELAIDE PEDROSO	980016004357311		411005	AUXILIAR DE ESCRITORIO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0
CLAUDIO RENATO MAGIEL ALENDE	700304904659033		225320	MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	SIM	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	NAO SE APLICA		0	10
ELENICE RODRIGUES FERREIRA	980016004200749		411005	AUXILIAR DE ESCRITORIO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0
IVETE TEREZINHA KUPPER	980016003757928		324115	TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	24
JOSIELE MACHADO DA SILVA	702506397391031		514320	FAXINEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0
TEREZINHA REJANESI MORAIS	980016004200773		411005	AUXILIAR DE ESCRITORIO	NÃO	VINCULO EMPREGATICO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0

## Habilitações

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Habilitações - Histórico

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Regras Contratuais

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Regras Contratuais - Histórico



**CLÍNICA DE RADIOLOGIA SANTA TEREZA LTDA-EPP**  
**CNPJ/MF: 77.610.301/0001-61**  
Rua Ponta Grossa, nº 1857, Centro, Francisco Beltrão - PR  
Telefone: (46)3524-2524 E-mail: clinicastateresa@hotmail.com

**RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS ATUANTES NA PRESTAÇÃO DOS**  
**SERVICOS**

Ao

Município de Francisco Beltrão

Comissão Especial para Credenciamento

Referente: Edital de Chamamento Público nº 23/2022.

Conforme o disposto no edital em epígrafe, relacionamos abaixo o(s) profissional(ais) à disposição para prestação dos serviços:

NOME	FUNÇÃO
CLÁUDIO RENATO MACIEL ALENDE	RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
TIAGO PEDRO LOPES DE SOUZA NETO	CLÍNICA MÉDICA E ESPECIALIDADE ULTRASSONOGRAFIA
CASSIO GONÇALVES MACEDO	RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Acompanha cópia autenticada de documento de habilitação, fornecido pelo órgão competente respectivo à categoria.

Francisco Beltrão-PR, 13 de janeiro de 2023.



**CLÍNICA DE RADIOLOGIA SANTA TEREZA LTDA - EPP**  
**CLÁUDIO RENATO MACIEL ALENDE**  
**RG Nº 4.148.050-5**  
**CPF: 243.468.290-15**  
**SÓCIO/ADMINISTRADOR**





2º TABELÃO DE NOTAS

AUTENTICAÇÃO

A presente fotocópia confere com o documento a mim apresentado.  
O referido é verdade e Dou Fé.

Francisco Beltrão - PR 03/10/2018

JEAN DE SOUZA SILVA - ESCRIVENTE - R\$5,11



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
(Criada pela Lei n.º 3.834-C, de 14/dezembro/1960)



O Reitor da Universidade Federal de Santa Maria, tendo presente o termo de colação de grau de MÉDICO, conferido no dia 2 de dezembro de 1977 a

**Claudio Renato Maciel Alende**

filho de Alfeu Moura Alende e de Alda Maciel Alende,

nascido a 5 de junho de 1951, em Alegrete, Estado do Rio Grande do Sul,

em virtude de conclusão, a 30 de novembro de 1977, do Curso de Medicina, criado pela Lei n.º 2.712, de 21 de janeiro de 1956, publicada no Diário Oficial da União da mesma data, integrante do Centro de Ciências Biomédicas, e, usando da autoridade que lhe confere a Lei e o Estatuto da Universidade, outorga-lhe o título de

**MÉDICO,**

mandando expedir o presente diploma para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas inerentes a este título concedidos pelas Leis da República.

Santa Maria, RS, 2 de dezembro de 1977.

*Prof. Helios Homero Bernardi*  
PROF. HELIOS HOMERO BERNARDI  
Reitor

*Prof. Fugued Calil*  
PROF. FUGUED CALIL  
Decano

*Prof. Oscar Martinho Schelp*  
PROF. OSCAR MARTINHO SHELPH  
Coordenador

Titulado

João de autenticações anexado  
a última folha do documento  
2º Tabelionato de Notas  
Ciro. Beltrão - PR





Associação Médica Brasileira



Colégio Brasileiro de Radiologia

Sede do Colégio Brasileiro de Radiologia  
na Rua da Fátima, nº 100  
Cariótipo Maria de Fátima  
Rio de Janeiro, RJ

conferem o

**TÍTULO DE ESPECIALISTA EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM**

**Dr. Claudio Renato Maciel Alende**

por ter obtido aprovação em concurso realizado segundo as normas estabelecidas pela  
Associação Médica Brasileira e o Colégio Brasileiro de Radiologia.

São Paulo, 11 de Setembro de 1981


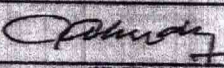

Dr. Cláudio Renato Maciel Alende  
Presidente da AMB

Dr. Alvaro Humberto Soares  
Secretário Geral da AMB

Dr. Alvaro Humberto Soares  
Presidente do CBR

Dr. Luiz Carlos Arpante  
1º Secretário do CBR

2º TABELA DE NOTAS  
AUTENTICADO  
A presente fotocópia contém o documento a mim apresentado  
O referido é verdade e Dou Fé  
Francisco Roberto - PR 12/05/2015  
CAROLINE MENDONÇA - ENFERMEIRA AUTORIZADA - R54 17

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		PR	
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO			
	NOME		
	CLAUDIO RENATO MACIEL ALENDE		
	DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF		
	41480505 SESE PR		
	CPF		
243.468.290-15		DATA NASCIMENTO	
		05/06/1951	
FILIAÇÃO			
ALFEU MOURA ALENDE			
ALDA MACIEL ALENDE			
PERMISSÃO		ACC	CAT. HAB.
D			
TP REGISTRO	VALIDADE	Nº HABILITAÇÃO	
01918991287	15/06/2023	14/06/1977	
OBSERVAÇÕES			
			
LOCAL		DATA EMISSÃO	
FRANCISCO BELTRÃO, PA		16/06/2020	
		20044451040	
ASSINATURA DO EMISSOR		PR918044397	
PARANÁ			

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
2095311965

PROIBIDO PLASTIFICAR  
2095311965


2



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO  
Documento de Identidade nos termos da Lei nº 6.205/75

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO  
ESTADO DO PARANÁ




Nome  
CLAUDIO RENATO MACIEL  
ALENDE

CRIAN  
6097

DATA DE ASSUNÇÃO  
08/12/1978

VIA  
1

DATA DE NASCIMENTO  
05/06/1951

  
ASSINATURA DO CRIADO

PLACAO  
ALFEN MORA ALENDE

ALDA MACIEL ALENDE

NATURALIDADE  
ALEGRETE-RS

RS  
1004584/011/SEP-RS

DATA DE EXERCÍCIO  
28/05/1978


TÍTULO DE REGISTRO  
01918620033

SEÇÃO  
32

EDUA  
69

CRI  
243468200-5

DATA E LUGAR DE EMISSÃO  
CURITIBA-PR, 22/06/2009

  
ASSINATURA DO PRESIDENTE



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA DO CONSUMIDOR**  
**CARTÃO NACIONAL DE IDENTIDADE**

**TIAGO PEDRO LOPES DE SOUZA NETO**  
 RG 77814-0  
 CPF 033.780.749-30  
 DATA DE NASCIMENTO 08/04/1978

**FILIAÇÃO**  
 MANOEL LOPES DE SOUZA NETO  
 CARMEN LUCIA CORRADO DE SOUZA NETO

DATA DE INSCRIÇÃO 21/11/2012  
 VALOR 06760556385

DATA DE EXPIRAÇÃO 18/07/1998

LOCAL FRANCISCO BELTRÃO, PR  
 DATA 21/11/2017

CPF 033.780.749-30  
 DATA DE NASCIMENTO 08/04/1978

**PARANA**

1530489676

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

**TIAGO PEDRO LOPES DE SOUZA NETO**  
 CRM 1530489676

**FILIAÇÃO**  
 MANOEL LOPES DE SOUZA NETO  
 CARMEN LUCIA CORRADO DE SOUZA NETO

DATA DE INSCRIÇÃO 27/01/2003

ASSINATURA DO PORTADOR

**RG EMISSOR**  
 6.077.814-0/SSP-PR

**SEÇÃO**  
 0228

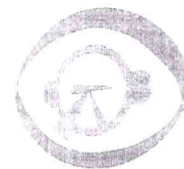
**NATURALIDADE**  
 CURITIBA-PR

**DATA DE NASCIMENTO**  
 08/04/1978

**LOCAL E DATA DE EMISSÃO**  
 CURITIBA, 14/06/2012

0038181





## DECLARAÇÃO

Eu **TIAGO PEDRO LOPES DE SOUZA NETO**, medico clinico geral com especialização em ULTRASSONOGRAFIA, inscrito no CPF sob o nº 033.780.749-30 e no RG nº 6077814-0, inscrito no CRM 020088/PR, residente e domiciliado na, rua PONTA GROSSA, 2294, apto 302, declaro para os devidos fins que sou trabalhador autônomo, desenvolvendo atividade em ULTRASSONOGRAFIA, na empresa **CLINICA DE RADIOLOGIA SANTA TEREZA LTDA- EPP**, sob o CNPJ 77.610.301/0001-61, situada na Rua Ponta Grossa, 1857, centro, Francisco Beltrão- Pr.

Francisco Beltrão, 18 de janeiro de 2023

  
DR TIAGO PEDRO LOPES DE SOUZA NETO

CPF 033.780.749-30

RG 6077814-0



Clinica de Radiologia

**SANTA TEREZA** (46) 3524-2524 / (46) 99918-2525

Rua Ponta Grossa, 1857 - 85601-600 - Francisco Beltrão - PARANÁ

• Raio-X Digital • Mamografia Digital • Ultra-Sonografia  
• Doppler Colorido • Tomografia Computadorizada

A Faculdade Unyleya, com base na legislação em vigor, no seu Estatuto e no seu Regimento, certifica que

**TIAGO PEDRO LOPES DE SOUZA NETO**

Identificação: 00760566365 - DETRAN/PR

concluiu com aproveitamento o Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*,  
Especialização, com **360 horas**, em

**ULTRASSONOGRAFIA**

Rio de Janeiro, 19 de dezembro de 2022

  
\_\_\_\_\_  
MARCOS IZIDRO GONÇALVES  
Diretor Acadêmico





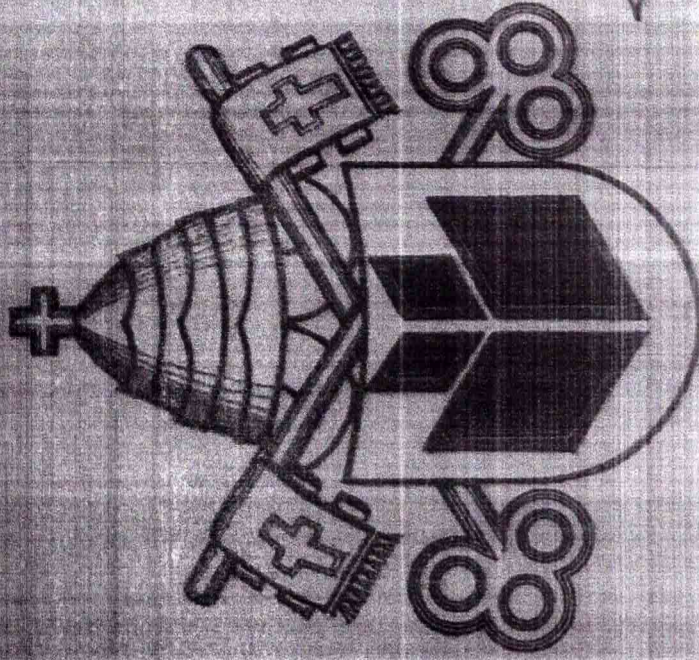
# Pontifícia Universidade Católica do Paraná

O Reitor da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de **MEDICINA**, em 10 de janeiro de 2003, confere o título de **MÉDICO** a

*Diogo Pedro Lopes de Souza Neto*

brasileiro, natural do Estado do Paraná, nascido em 08 de abril de 1978, portador da Carteira de Identidade nº 6.077.814-0, 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, 10 de janeiro de 2003.



Reitor *Luiz Antônio de Fátima*  
Proreitor Acadêmica *[Signature]*



*[Signature]*  
Diplomado

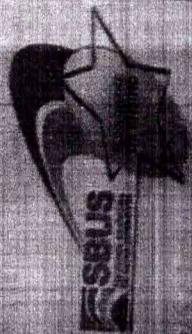
*[Signature]*



**FATESA** **EURP**

FACULDADE DE TECNOLOGIA EM SAÚDE

Credenciada pela Portaria MEC Nº 740/2013 - D.O.U de 12/08/2013



*Certificamos que o*

**Dr. *Tiago Pedro Lopes de Sousa Neto***

*Concluiu com sucesso o Curso de Extensão, Capacitação*

*Teórica, a "Distância em Musculoesquelético",*

*Ministrado "on-line" em 03 meses, com carga horária de 60 horas.*

*Ribeirão Preto, 21 de janeiro de 2014.*

**Prof. Dr. Francisco Manoel Filho**  
Diretor da FATESA

**Prof. Dr. Wellington de Paula Martins**  
Coordenador do Curso FATESA

[www.fatesa.edu.br](http://www.fatesa.edu.br)





*Certificado*

*Certificamos que o*

***Dr. Tiago Pedro Lopes de Souza Neto***

*concluiu o Curso Básico de Ultra-Sonografia Geral*

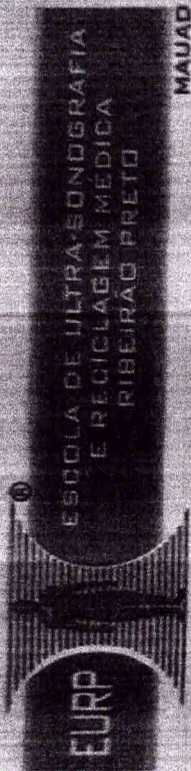
*ministrado no período de 4 a 29 de abril de 2005,*

*com carga horária de 240 horas.*

*Ribeirão Preto, 29 de abril de 2005.*

*Prof. Dr. Francisco Mauad Filho*  
*Diretor da EURP*





*Certificado*

*Certificamos que o*

**Dr. *Tiago Pedro Lopes de Souza Neto***

*concluiu o Curso de Ultra-Sonografia Mamária*

*ministrado no período de 29 de abril a 1 de maio de 2005,*

*com carga horária de 25 horas.*

*Ribeirão Preto, 1 de maio de 2005.*

Prof. Dr. Francisco Mauad Filho  
Diretor da EURP

Prof. Dr. Adilson Cunha Figueira  
Coordenador do Curso





Conferimos o presente certificado, à

**TIAGO PEDRO LOPES DE SOUZA NETO**

**Dr. Raul Moreira Neto**, através de vídeo-aulas, totalizando 05 horas de capacitação profissional.

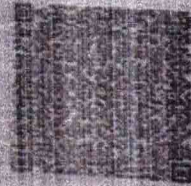
James Caird

20th

Medico Atualização e Multimídia Ltda.

Dr. Raul Moreira Neto

Porto Alegre, 07 de Dezembro de 2020





# CERTIFICADO

**meddco**  
atualizando sempre

Conferimos o presente certificado, à

**TIAGO PEDRO LOPES DE SOUZA NETO**

pela conclusão do curso de Doppler Medicina Interna, ministrado pelo  
**Dr. Carlos Stéfano Hoffmann Brito**, através de vídeo-aulas, totalizando 10 horas de  
capacitação profissional.

*Ademir Cavali*

Meddco Atualização e Multimídia Ltda.

*Carlos Stéfano Hoffmann Brito*

Dr. Carlos Stéfano Hoffmann Brito

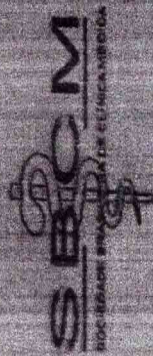
Porto Alegre, 08 de Setembro de 2020

*[Handwritten signature]*





Associação Médica Brasileira



Sociedade Brasileira de Clínica Médica

conferem o

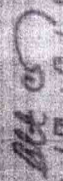
TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CLÍNICA MÉDICA

do


Dr. Tiago Pedro Lopes de Souza Neto


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

São Paulo, 28 de outubro de 2006

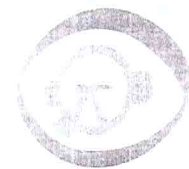
  
Dr. Herculano de Trays Cardozo Filho  
Presidente da AMB

  
Dr. Alceu Humberto Soares  
Secretário Geral da AMB

  
Dr. Antônio Carlos Espino  
Presidente da SBCM

  
Dr. João Paulo Costa Cardozo Filho  
Presidente da SBCM






## DECLARAÇÃO

Eu **CASSIO GONÇALVES MACEDO**, casado, medico Radiologista, inscrito no CPF sob o nº 004.437.310-47 e no RG nº 14.852.694-0, inscrito no CRM 27292, residente e domiciliado na Av. Dambros e Piva, 810, Centro, Marmeleiro-PR, declaro para os devidos fins que sou trabalhador autônomo, desenvolvendo atividade de Medico Radiologista desde o dia 06 de julho de 2022, na empresa **CLINICA DE RADIOLOGIA SANTA TEREZA LTDA- EPP**, sob o CNPJ 77.610.301/0001-61, situada na Rua Ponta Grossa, 1857, centro, Francisco Beltrão- Pr.

Francisco Beltrão, 19 de janeiro de 2023.

  
DR CASSIO GONÇALVES MACEDO  
CPF 004.437.310-47  
RG 14.852.694-0





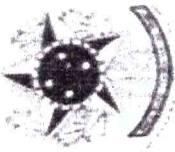
Clínica de Radiologia

**SANTA TEREZA**

(41) 3524-2524 / (41) 99918-2525

Rua Ponta Grossa, 1857 - 85601-600 - Francisco Beltrão - PARANÁ

• Raio-X Digital • Mamografia Digital • Ultra-Sonografia  
• Doppler Colorido • Tomografia Computadorizada



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
(Criada pela Lei n. 3.834-C, de 14 de dezembro de 1960)

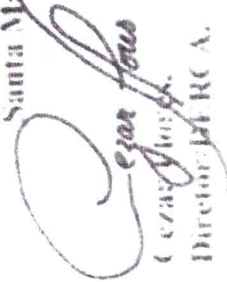


O REITOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (RS), no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de MEDICINA (Reconhecido nos termos do Parecer n. 2.056/75/CFE, por ter sido criado pela Lei n. 2.712/56), em 12 de dezembro de 2007 e colação de grau em 14 de dezembro de 2007, confere o grau de MÉDICO a

### CÁSSIO GONÇALVES MACEDO

nacionalidade brasileira, natural de São Gabriel (RS), nascido a 12 de março de 1983, portador da Cédula de Identidade n. 6669640339, expedida pelo(a) Secretária da Justiça e da Segurança (RS), e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Santa Maria (RS), 18 de dezembro de 2007

  
César Fouz  
Diretor de RCA.

  
Lúcio Góes Horta

Diplomado

  
Felipe Martins Müller,  
Vice-Reitor no exercício da  
Reitoria/UFSM.







**Conselho Regional de Medicina  
do Estado do Rio Grande do Sul**

Inscrição n.º 32019 em 16/01/2008

Nome: CASSIO GONCALVES MACEDO

Filiação: ALCIDES TILISMAR BARBOSA  
MACEDO e LOVEDINE GONÇALVES  
MACEDO

Nacionalidade: BRASILEIRA

Naturalidade: SAO GABRIEL-RS

Data de Nascimento: 12/03/1983

Diplomado pela: UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SANTA MARIA em  
14/12/2007

Carteira de Identidade: 6069640339

C.I.C. 00443731047



POLEGAR DIREITO



*Cassio Gonçalves Macedo*  
Assinatura do Médico

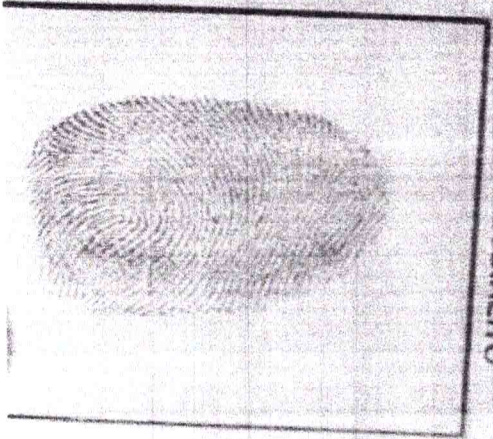
MEDICO



SS



POLEGAR DIREITO



Assinatura do Médico

Carlos Gonçalves Macedo







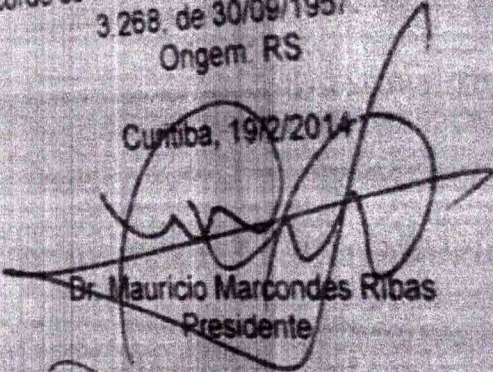
CRM-PR

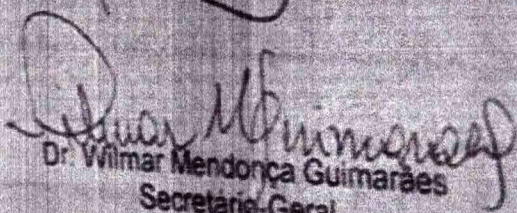
Conselho Regional de Medicina do Paraná

INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA

Registrado neste Conselho sob o nº 32667,  
de  
acordo com o Artigo 18 Parágrafo 2º da Lei  
3.268 de 30/09/1957  
Origem: RS

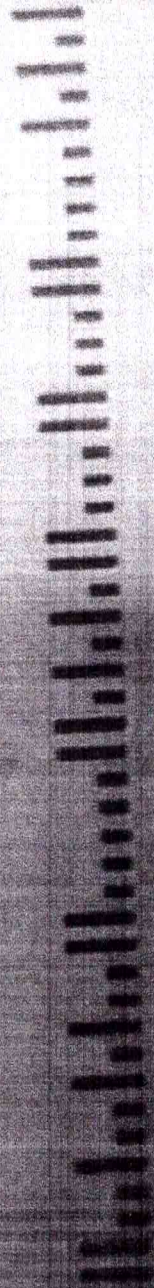
Curitiba, 19/2/2014

  
Dr. Mauricio Marcondes Ribas  
Presidente

  
Dr. Wilmar Mendonça Guimarães  
Secretário-Geral

00001502





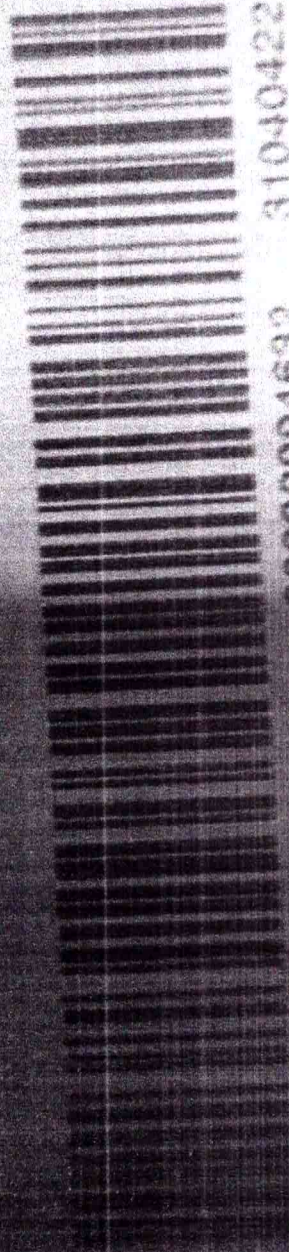
OTCE CURITIBA PR PL5

CASSIO GONCALVES MACEDO

CAMEROS E PIVA 810 CASA

CENTRO

02615-000 MARMELEIRO - PR



00000000

0155403

000000004632

31040422

28





# HOSPITAL POMPÉIA

Programa Credenciado pela CNRAM/MEC  
Parecer nº 302 de 22/11/2006

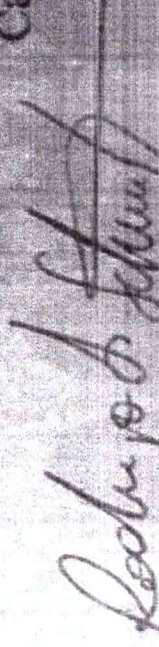
Endereço: Rua

## CERTIFICADO

Certificamos que **CÁSSIO GONÇALVES MACEDO**, CRM 32.019-RS, CPF 004.437.310-47, concluiu **Residência Médica** na especialidade de **RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM**, no período de 1/2/2011 a 31/1/2014, a quem conferimos o título de **Especialista**, de acordo com a Lei nº 932, publicada no Diário Oficial da União em 9/7/1981.

Caxias do Sul, 31 de janeiro de 2014

Francisco Soares Ferrer  
Diretor

  
Dr. Rodrigo Fernandes Schmitz  
Coordenador do Programa

  
Médico Residente

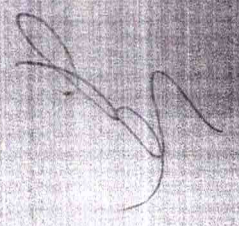


ESTE CERTIFICADO FOI REGISTRADO PELA COMISSÃO  
NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CONRME-SUS/MEC)

EM 31 / 1 / 2014

Nº REGISTRO: 349.499

DIRETOR DA INSTITUIÇÃO





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

O Presente Diploma é expedido nos termos da Portaria do MEC n. 1.470, de 16 de agosto de 2006, que renova o reconhecimento do curso de Medicina, ministrado pela Universidade Federal de Santa Maria.

*Handwritten signature*

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Universidade Federal de Santa Maria  
Dep. de Registro e Controle Acadêmico

REITORIA

DIPLOMA Registrado sob n.º 3921  
Fls. 107 do Livro n.º 4  
de acordo com o parágrafo 1º do artigo 48 da Lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996.

Processo n.º 23081.019769/2007-20  
Em 19 de dezembro de 2007

*Handwritten signature*

Dir. Div. Reg. Gerais

Visão: *Handwritten signature*  
PDERCA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO R. G. DO S.U.A.

INSCRIÇÃO N.º 11111  
EM 16/10/2007

SECRETÁRIO

CRM-SC

Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina  
O requerente foi inscrito sob o n.º 27292, às páginas 194-v do livro n.º 02  
Florianópolis - SC, 05/04/2019.

*Handwritten signature*

MARCELO NEVES LINHARES

Presidente

Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina  
Registro de Diploma

Nesta data, o(a) requerente foi inscrito(a) no Livro de Registro de Médicos do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, sob o n.º 27292, às páginas 194-v do livro n.º 02.

*Handwritten signature*


De Médica Marjorie Ribeiro

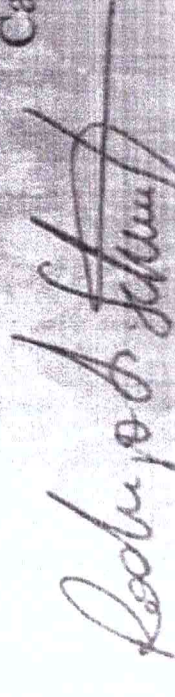
Presidente




## CERTIFICADO

Certificamos que **CÁSSIO GONÇALVES MACEDO**, CRM 32.019-RS, CPF 004.437.310-47, concluiu **Residência Médica** na especialidade de **RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM**, no período de 1/2/2011 a 31/1/2014, a quem conferimos o título de **Especialista**, de acordo com a Lei nº932, publicada no Diário Oficial da União em 9/7/1981.

  
Francisco Soares Ferrer  
Diretor

  
Dr. Rodrigo Fernandes Schmitz  
Coordenador do Programa

  
Caxias do Sul, 31 de janeiro de 2014.  
Médico Residente



**CLÍNICA DE RADIOLOGIA SANTA TEREZA LTDA**  
**CNPJ/MF: 77.610.301/0001-61**  
**Rua Ponta Grossa, nº 1857, Centro, Francisco Beltrão - PR**  
**Telefone: (46)3524-2524 - E-mail: clinicastateresa@hotmail.com**

empresa é o Sr. CLÁUDIO RENATO MACIEL ALENDE, Portador do RG sob nº 4.148.050-5 e CPFº 243.468.290-15, cuja função é sócio administrador, responsável pela assinatura do Contrato.

5 - DECLARA para os devidos fins que em caso de qualquer comunicação futura referente e este processo licitatório, bem como em caso de eventual contratação, seja encaminhado para o seguinte endereço:

**E-mail: clinicastateresa@hotmail.com**  
**Telefone: (46)3524-2524**

Francisco Beltrão-PR, 13 de Janeiro de 2023



---

**CLÍNICA DE RADIOLOGIA SANTA TEREZA LTDA - EPP**  
**CLÁUDIO RENATO MACIEL ALENDE**  
**RG Nº 4.148.050-5**  
**CPF: 243.468.290-15**  
**SÓCIO/ADMINISTRADOR**

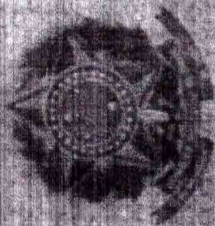




CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DO PARANÁ

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO



NOME

CASSIO GONCALVES MACEDO

CRM /UF

032667/PR

FILIAÇÃO

ALCIDES TILSMAR BARBOSA  
MACEDO  
LOVEDINE GONCALVES  
MACEDO

DATA DE INSCRIÇÃO VIA

05/02/2014 1



*Cassio Gonçalves Macedo*

ASSINATURA DO PORTADOR

*GP*