

# Prefeitura Municipal de Marmealeiro

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ 76.205.665/0001-01

Av. Macali, 255 - Cx. Postal 24 - Fone / Fax (46) 3525-8100 - CEP 85615-000 - MARMELEIRO - PR

**Memorando nº125/2024****Marmealeiro, 03 de outubro de 2024****Ao Setor de Licitações e Contratos****Assunto: Inclusão de Profissional**

Venho por meio deste, manifestar a concordância com o pedido de **Inclusão De Profissional** atuante, solicitado pela **EMPRESA MULLER SERVIÇOS MÉDICOS LTDA** por meio de sua administradora Sra. Hevelyn Thais Muller, portadora da cédula de identidade (RG) nº 13.528.679-6 SESP/PR, e inscrita no CPF sob o nº 102.523.929-65, referente ao CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS nº 006/2023, oriundo da inexigibilidade nº 02/2023, a partir da presente data citada nos documentos em anexo, mediante tal motivação relatada a este Departamento, o serviço será assumido pela médica MAYRA MARCIA VAZ CRM nº13.295/RN

Sendo o que tínhamos para o momento, nos colocamos à disposição para maiores informações e esclarecimentos.

Respeitosamente,

**Wagner Luiz Barella**  
**Diretor do Departamento**  
**Municipal de Saúde**

Wagner Luiz Barella  
Diretor do Departamento  
de Saúde  
Portaria nº 6.667

## ANEXO V

## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Conforme o disposto no Edital em epígrafe e de acordo com a legislação vigente declaramos que o(s) responsável(is) técnico(s) pelos serviços, é (são):

Nº	Nome	Especialidade	Nº do Registro Órgão de Classe	Data do Registro	Assinatura
	MAYRA MARCIA VAZ FINKLER	Médico Clínico Geral	13.295	17/06/2024	<i>MAYRA VAZ FINKLER</i>

Declaramos, outrossim, que o(s) profissional(ais) acima relacionado(s) pertence(m) ao nosso quadro técnico de profissionais, com relacionamento junto à empresa, dentro das Leis Trabalhistas vigentes.

Marmeleiro, 16 de setembro de 2024.

Local e Data

*Paulyn Müller* *CRM PR 65019*  
 (carimbo, nome, RG nº e assinatura do responsável legal)

CNPJ: 76.205.665/0001-01

Avenida Macali, nº 255, Centro – Cx. Postal 24 – CEP 85.615-000

E-mail: [licitacao@marmeleiro.pr.gov.br](mailto:licitacao@marmeleiro.pr.gov.br) / [licitacao02@marmeleiro.pr.gov.br](mailto:licitacao02@marmeleiro.pr.gov.br) – Telefone: (46) 3525-8107 / 8105

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MÉDICO

**CONTRATANTE:** HEVELYN THAIS MULLER, brasileira, solteira, médica, portadora da Cédula de Identidade Civil RG nº 13.528.679-6 expedida por IIPR e inscrita no CPF/MF sob nº 102.523.929-65, residente e domiciliada na Rua José Ivanir Pilatti, nº 873, Centro, Marmeleiro-PR, CEP 85.614-009.

**CONTRATADA:** MAYRA MARCIA VAZ FINKLER, brasileira, solteira, médica, portadora da Cédula de Identidade Civil RG nº 4.847.582 expedida pelo SSP-GO e inscrita no CPF/MF sob nº 017.325.691-00, residente e domiciliada na Rua Francisco Marques Vaz, nº 325, Bairro Coophamar, Marmeleiro -PR, CEP 85.615-680.

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Prestação de Serviços Médicos, que se regerá pelas cláusulas e condições a seguir expostas:

### CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços médicos pela **CONTRATADA**, consistentes no atendimento em regime de plantões na Unidade de Pronto Atendimento de Marmeleiro-PR, onde a **CONTRATANTE** possui contrato de prestação de serviços.

### CLÁUSULA SEGUNDA – VIGÊNCIA

O presente contrato é celebrado por prazo determinado, com vigência de 90 (noventa) dias, a contar da assinatura deste instrumento, em 16/09/2024, podendo ser prorrogado por acordo entre as partes.

### CLÁUSULA TERCEIRA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

A **CONTRATADA** obriga-se a prestar serviços médicos, realizando atendimentos clínicos, emergenciais e de urgência no Pronto Atendimento – Marmeleiro -Pr.

### CLÁUSULA QUARTA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

A **CONTRATADA**, não possuirá vínculo empregatício com a **CONTRATANTE**. Assim sendo a **Contratada** fica responsável por responder civil e criminalmente a quaisquer fator ocorridos, bem como inss, ou quaisquer outros regimes constantes na CLT.

**CLÁUSULA QUINTA – REMUNERAÇÃO, FORMA DE PAGAMENTO E REAJUSTAMENTO**

A **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** o valor mensal, referente aos horários executados no pronto atendimento, descontados os impostos vigentes na legislação brasileira e municipal.

**CLÁUSULA SEXTA – EXCLUSIVIDADE**

Este contrato não confere exclusividade à **CONTRATANTE**, e a **CONTRATADA** poderá prestar serviços médicos para outros tomadores, desde que tais atividades não prejudiquem os plantões ou os interesses da **CONTRATANTE**.

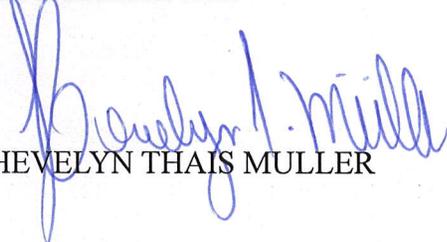
**CLÁUSULA SÉTIMA – RESCISÃO**

O presente contrato poderá ser rescindido por qualquer uma das partes, a qualquer momento, mediante notificação escrita com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem necessidade de interposição judicial.

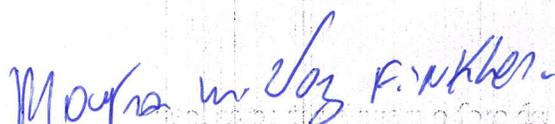
**CLÁUSULA OITAVA – FORO**

Para dirimir quaisquer dúvidas ou questões oriundas deste contrato, as partes elegem o foro da Comarca de Marmeleiro-PR, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja. E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente contrato em 02 (duas) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo assinadas, para que produza os efeitos legais.

Marmeleiro-PR, 16/09/2024 de Setembro de 2024.

**CONTRATANTE:**

HEVELYN THAIS MULLER

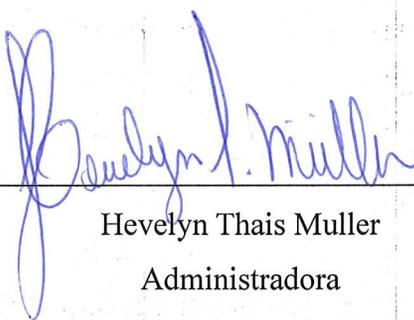
**CONTRATADA:**

MAYRA MARCIA VAZ FINKLER

**REQUERIMENTO**

Eu, **HEVELYN THAIS MULLER**, brasileira, solteira, médica, portadora da Cédula de Identidade Civil RG nº 13.528.679-6 expedida por IIPR e inscrita no CPF/MF sob nº 102.523.929-65, residente e domiciliada na Rua José Ivanir Pilatti, nº 873, Centro, Marmealeiro-PR, CEP 85.614-009, venho através deste solicitar a manifestação de INCLUSÃO DA PROFISSIONAL MAYRA MARCIA VAZ FINKLER, no quadro funcional durante o período de xxx para realizar plantões médicos conforme contratualizado.

Marmealeiro, 26 de Setembro de 2024



---

Hevelyn Thais Muller

Administradora

Muller Serviços Médicos - LTDA

Marmealeiro, 26 de Setembro de 2024



**MUNICÍPIO DE MARMELEIRO**

ESTADO DO PARANÁ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PR

NOME: MAYRA MARCIA VAI FINKLER

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/UF: SP/SP/SP

CPI: 017.495.491-49 DATA NASCIMENTO: 18/04/1999

FILIAÇÃO: SIM FINKLER  
ADEL VAI DA SILVA VELO

PERMISSÃO: ACC: CAT. HAB:

Nº REGISTRO: VALIDADE: 1ª HABILITAÇÃO: 19/01/2010

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR: *Mayra Marcia Vai Finkler*

LOCAL: SÃO JOÃO DO CAJURU, PR DATA EMISSÃO: 04/01/2019

ASSINADO DIGITALMENTE  
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

PARANÁ

DENATRAN CONTRAN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1937672624

ENG

1937672624

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

CNS. 709 806 096 819 290

(45) 99344-6613

Rua Francisco Marques Bz, 315, Capitães, marmeleiro PR  
ap: 85.615-680

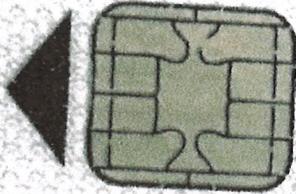
Plantão Pronto atendimento, a partir de 16/09/24.

Selo Empresa:



# CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - RIO GRANDE DO NORTE  
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO



**NOME**  
MAYRA MARCIA VAZ FINKLER

**CRM/UF**  
13295/RN

**FILIAÇÃO**  
ADEI VAZ DA SILVA MELO

PIUS FINKLER

**DATA DE INSCRIÇÃO**  
17/06/2024

**VIA**  
01



*Mayra M Vaz Finkler*

ASSINATURA DO PORTADOR



## DECLARAÇÃO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Certificamos para os devidos fins que o(a) aluno(a) **MAYRA MARCIA VAZ FINKLER**, portador(a) da cedula de identidade nº **4847582 SSP/GO**, inscrito(a) no cadastro de Pessoas Físicas - C.P.F. sob nº **017.325.691-00**, regularmente matriculado(a) no curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Olinda, sob o nº **1588020253**, concluiu o curso de graduação em Medicina nesta Instituição de Ensino Superior do Sistema Federal de Ensino no 1º semestre de 2024, conforme Colação de Grau realizada em 10 de junho de 2024.

O curso de Medicina ofertado pela Faculdade de Medicina de Olinda foi autorizado por meio da Portaria MEC nº 770, de 19 de outubro de 2015, publicada no Diário Oficial da União do dia 21 de outubro de 2015, publicada no Diário Oficial da União do dia 21 de outubro de 2015; Recredenciado pela Portaria MEC nº. 744, publicada no Diário Oficial da União de 17 de abril de 2023 e Reconhecido pela portaria SERES-MEC nº 1.152 de 28 de dezembro de 2022.

Declaração de Conclusão de curso expedida pela Direção Acadêmica, conforme previsto no Portaria nº 02/2024 - FMO - DG.

Olinda/PE, 10 de junho de 2024.

---

**Paulo Sávio Angeiras de Goes**  
**Diretor Acadêmico da Faculdade de Medicina de Olinda - FMO**



Código de Autenticidade: **b1b0174d-825f-4976-b2c0-be722b0786fe**

O presente documento não contém emendas ou rasuras. Ficam para todos os efeitos invalidados os espaços inutilizados.

Assinado digitalmente por:  
PAULO SAVIO  
ANGEIRAS DE  
GOES 64162516472  
Data: 10/06/2024  
18:30:06 -03:00



BARROS MELO ENSINO SUPERIOR S/A CNPJ 13.671.759/0001-48  
Rua Dr. Manoel de Almeida Belo 1333, Bairro Novo, Olinda - PE  
CEP: 53.030-030 Tel: (81) 3788-7777 | ouvidoria@fmo.edu.br  
[www.fmo.edu.br](http://www.fmo.edu.br)



# Faculdade de Medicina de Olinda

## DIPLOMA

Faculdade de Medicina de Olinda



O Diretor da Faculdade de Medicina de Olinda, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do curso de Medicina em 27 de maio de 2024 e a colação de grau em 10 de junho de 2024, confere o título de

*Médica a*

MAYRA MARCIA VAZ FINKLER

nacionalidade Brasileira, natural de Goiás,

nascida em 18 de abril de 1989, RG 4847582, SSP/GO e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Pernambuco, 20 de setembro de 2024.

Paulo Sávio Angeiras de Goes

Diretor Acadêmico

Inácio de Barros Melo Neto

Diretor Geral