



**MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO**  
Procuradoria do Trabalho no Município de - FOZ DO IGUAÇU  
Av. Paraná, 3610 - Jd. Polo Centro - FOZ DO IGUAÇU/PR CEP 85863-720 - Fone (45)3132-3600

## **PEDIDO DE MEDIAÇÃO 000150.2018.09.006/3**

### **1 Informações Básicas**

#### **1.1 Narração dos fatos**

##### **Resumo dos conflitos (direitos reivindicados):**

as empresas estão atrasando o fechamento da convenção coletiva de trabalho 2018/2019, pois desejam retirar direitos conquistados pelo sindicato obreiro, e recusaram as propostas enviadas pela início das tratativas da nova CCT.

##### **Período da ocorrência dos fatos (se for o caso, indique também a data-base):**

05/2018

##### **Abrangência territorial do conflito:**

Foz do Iguaçu e Região (área de atuação do sindicato obreiro)

##### **Número estimado de trabalhadores envolvidos:**

1001 a 5000

##### **Indique se o conflito ocorre em uma das atividades essenciais abaixo indicadas:**

assistência médica e hospitalar

##### **Se houve tentativa de negociação sobre a matéria, indique o local, a data e a síntese das discussões:**

Houve tentativa entre os sindicatos que representam a categoria

##### **Descreva aqui, sob a forma de tópicos, a pauta de reivindicações (1..., 2..., 3...):**

Pauta em anexo

## **1.2 Informações complementares**

**Data do Pedido de Mediação:**

02/08/2018 17:47:39

**Há ação judicial (individual, coletiva ou Dissídio Coletivo) em curso sobre o conflito?**

Não.

**Houve ocorrência de violência ou uso de força de qualquer tipo desde que se iniciou o conflito?**

Não.

**Houve dispensas de trabalhadores?**

Não.

**Município da origem ou da ocorrência atual do conflito:**

Foz do Iguaçu - PR

**A matéria envolve informações sigilosas (sobre pessoas ou fatos)?:**

Não.

## **1.3 Arquivos anexos (total: 2)**

<b>N°</b>	<b>Título</b>	<b>Nome</b>
1	pauta reinvindicat&cedil;&otilde;es 2018.2019.pdf	de Pauta Laborat&ocute;rios
2	resposta pauta	Contra Proposta - CCT 18-19 - Foz do Igua&cedil;u (003).pdf

## 2 Requeridos

### 2.1 Dados do Requerido

**Tipo de Pessoa:** Jurídica

**Nome:** LABORATÓRIO SÃO CAMILO LTDA,

**CNPJ:** 00.840.467/0001-40

**Abreviatura do**

**nome (ex.:**

**SINDXXX):**

**Endereço:** RUA FARROUPILHA

**Número:** 40

**Complemento:** CONJUTO 1

**Bairro:** CENTRO

**Cidade:** São Miguel do Iguaçu

**UF:** PR

**CEP:** 85.877-000

**Ponto de referência:** são miguel

**Como chegar:** pela avenida principal

**DDD:**

**Telefone:**

**E-mail:**

**O requerido/interessado é:** Empregador privado

**Âmbito de atuação:** Municipal

**Ramo ou setor de atividade :** Q SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS

### 2.2 Dados do Requerido

**Tipo de Pessoa:** Jurídica

**Nome:** LABORATÓRIO CASAGRANDE LTDA.

**CNPJ:** 01.685.034/0001-20

**Abreviatura do**

**nome (ex.:**

**SINDXXX):**

**Endereço:** RUA FARROUPILHA

**Número:** 20

**Complemento:**

**Bairro:** CENTRO

**Cidade:** São Miguel do Iguaçu

**UF:** PR

**CEP:** 85.877-000

**Ponto de referência:** são miguel do iguaçu

**Como chegar:** pela avenida principal

**DDD:** (45)

**Telefone:** 3565-1207

**E-mail:**

**O requerido/interessado é:** Empregador privado

**Âmbito de atuação:** Municipal

**Ramo ou setor de atividade :** Q SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS

### ***2.3 Dados do Requerido***

**Tipo de Pessoa:** Jurídica

**Nome:** LABORATÓRIO MARCON LTDA.

**CNPJ:** 77.105.534/0001-07

**Abreviatura do**

**nome (ex.:**

**SINDXXX):**

**Endereço:** RUA ALFREDO CHAVES

**Número:** 180

**Complemento:** 1 ANDAR - SALA 2

**Bairro:** CENTRO

**Cidade:** São Miguel do Iguaçu

**UF:** PR

**CEP:** 85.877-000

**Ponto de referência:** são miguel do iguaçu

**Como chegar:** pela avenida principal

**DDD:** (45)

**Telefone:** 3565-1541

**E-mail:**

**O requerido/  
interessado é:** Empregador privado

**Âmbito de  
atuação:** Municipal

**Ramo ou setor de  
atividade :** Q SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS

#### ***2.4 Dados do Requerido***

**Tipo de Pessoa:** Jurídica

**Nome:** LABORATÓRIO MISSAL LTDA.

**CNPJ:** 00.978.857/0001-80

**Abreviatura do**

**nome (ex.:**

**SINDXXX):**

**Endereço:** RUA SETE DE SETEMBRO

**Número:** 714

**Complemento:**

**Bairro:** CENTRO

**Cidade:** Missal

**UF:** PR

**CEP:** 85.890-000

**Ponto de  
referência:** missal

**Como chegar:** pela avenida principal

**DDD:**

**Telefone:**

**E-mail:**

**O requerido/  
interessado é:** Empregador privado

**Âmbito de  
atuação:** Municipal

**Ramo ou setor de  
atividade :** Q SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS

## ***2.5 Dados do Requerido***

**Tipo de Pessoa:** Jurídica

**Nome:** LABORATÓRIO YANTEN LTDA.

**CNPJ:** 84.830.074/0001-45

**Abreviatura do**

**nome (ex.:**

**SINDXXX):**

**Endereço:** RUA MARANHÃO

**Número:** 1300

**Complemento:**

**Bairro:** SÃO CRISTOVÃO

**Cidade:** Medianeira

**UF:** PR

**CEP:** 85.884-000

**Ponto de  
referência:** medianeira

**Como chegar:**

**DDD:** (45)

**Telefone:** 3524-2806

**E-mail:**

**O requerido/  
interessado é:** Empregador privado

**Âmbito de  
atuação:** Municipal

**Ramo ou setor de  
atividade :** Q SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS

## ***2.6 Dados do Requerido***

**Tipo de Pessoa:** Jurídica

**Nome:** LABORATÓRIO SÃO CAMILO LTDA.

**CNPJ:** 00.840.467/0003-01

**Abreviatura do**

**nome (ex.:**

**SINDXXX):**

**Endereço:** RUA ALFREDO CHAVES

**Número:** 216

**Complemento:** SALA 1

**Bairro:**

**Cidade:** Matelândia

**UF:** PR

**CEP:** 85.887-000

**Ponto de referência:** matelândia

**Como chegar:** pela avenida principal

**DDD:** (45)

**Telefone:** 3565-1528

**E-mail:**

**O requerido/interessado é:** Empregador privado

**Âmbito de atuação:** Municipal

**Ramo ou setor de atividade :** Q SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS

### ***2.7 Dados do Requerido***

**Tipo de Pessoa:** Jurídica

**Nome:** LABORATÓRIO BAZZO E LARA LTDA.

**CNPJ:** 10.758.923/0001-60

**Abreviatura do**

**nome (ex.:**

**SINDXXX):**

**Endereço:** RUA PERNAMBUCO

**Número:** 1761

**Complemento:**

**Bairro:** CENTRO

**Cidade:** Medianeira

**UF:** PR

**CEP:** 85.884-000

**Ponto de referência:** medianeira

**Como chegar:** pela avenida principal

**DDD:** (45)

**Telefone:** 3264-1016

**E-mail:**  
**O requerido/interessado é:** Empregador privado  
**Âmbito de atuação:** Municipal  
**Ramo ou setor de atividade :** Q SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS

### ***2.8 Dados do Requerido***

**Tipo de Pessoa:** Jurídica

**Nome:** LABORATÓRIO VITAGEN LTDA.

**CNPJ:**

**Abreviatura do**

**nome (ex.:**

**SINDXXX):**

**Endereço:** RUA DO MAGISTÉRIO

**Número:** 483

**Complemento:**

**Bairro:** CENTRO

**Cidade:** Santa Terezinha de Itaipu

**UF:** PR

**CEP:** 85.875-000

**Ponto de referência:** sta. terezinha de itaipu

**Como chegar:** pela avenida principal

**DDD:** (45)

**Telefone:** 3541-0088

**E-mail:**

**O requerido/interessado é:** Empregador privado

**Âmbito de atuação:** Municipal

**Ramo ou setor de atividade :** Q SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS

### ***2.9 Dados do Requerido***

**Tipo de Pessoa:** Jurídica



**Nome:** LABORATÓRIO BIOCLEAN LTDA.

**CNPJ:** 04.363.822/0001-98

**Abreviatura do**

**nome (ex.:**

**SINDXXX):**

**Endereço:** RUA SÃO MIGUEL DO IGUACU

**Número:** 2143

**Complemento:**

**Bairro:** CENTRO

**Cidade:** Itaipulândia

**UF:** PR

**CEP:** 85.880-000

**Ponto de referência:** itaipulândia

**Como chegar:** pela avenida principal

**DDD:**

**Telefone:**

**E-mail:**

**O requerido/interessado é:** Empregador privado

**Âmbito de atuação:** Municipal

**Ramo ou setor de atividade :** Q SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS

***2.10 Dados do Requerido***

**Tipo de Pessoa:** Jurídica

**Nome:** NUCLEO DE ANALISES FISICO-QUIMICO LTDA.

**CNPJ:** 09.007.426/0001-41

**Abreviatura do**

**nome (ex.:**

**SINDXXX):**

**Endereço:** RUA MONTE CASTELO

**Número:** 204

**Complemento:**

**Bairro:** JARDIM ITAMARATY

**Cidade:** Foz do Iguaçu

**UF:** PR  
**CEP:** 85.863-080

**Ponto de referência:** jardim itamaraty

**Como chegar:** acesso pelo bairro

**DDD:** (45)

**Telefone:** 3522-2951

**E-mail:**

**O requerido/interessado é:** Empregador privado

**Âmbito de atuação:** Municipal

**Ramo ou setor de atividade :** Q SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS

### ***2.11 Dados do Requerido***

**Tipo de Pessoa:** Jurídica

**Nome:** ADRIANA M BONATTO - LABORATÓRIO

**CNPJ:** 22.094.417/0003-65

**Abreviatura do**

**nome (ex.:**

**SINDXXX):**

**Endereço:** RUA BENJAMIN CONSTANT

**Número:** 354

**Complemento:**

**Bairro:** CENTRO

**Cidade:** Foz do Iguaçu

**UF:** PR

**CEP:** 85.851-380

**Ponto de referência:** centro

**Como chegar:**

**DDD:**

**Telefone:**

**E-mail:**

**O requerido/interessado é:** Empregador privado

**Âmbito de atuação:** Municipal  
**Ramo ou setor de atividade :** Q SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS

### ***2.12 Dados do Requerido***

**Tipo de Pessoa:** Jurídica

**Nome:** EDNA SANCHES E CIA. LTDA.

**CNPJ:** 00.305.884/0001-92

**Abreviatura do**

**nome (ex.:**

**SINDXXX):**

**Endereço:** RUA BENJAMIN CONSTANT

**Número:** 314

**Complemento:**

**Bairro:** CENTRO

**Cidade:** Foz do Iguaçu

**UF:** PR

**CEP:** 85.851-970

**Ponto de referência:** centro

**Como chegar:**

**DDD:**

**Telefone:**

**E-mail:**

**O requerido/interessado é:** Empregador privado

**Âmbito de atuação:** Municipal

**Ramo ou setor de atividade :** Q SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS

### ***2.13 Dados do Requerido***

**Tipo de Pessoa:** Jurídica

**Nome:** LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS IGUAÇU

**CNPJ:** 77.811.685/0001-80

**Abreviatura do**

**nome (ex.:**

**SINDXXX):** RUA BELARMINO DE MENDONÇA

**Número:** 1236

**Complemento:**

**Bairro:** CENTRO

**Cidade:** Foz do Iguaçu

**UF:** PR

**CEP:** 85.851-100

**Ponto de referência:** centro

**Como chegar:**

**DDD:** (45)

**Telefone:** 3574-1741

**E-mail:**

**O requerido/interessado é:** Empregador privado

**Âmbito de atuação:** Municipal

**Ramo ou setor de atividade :** Q SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS

### ***2.14 Dados do Requerido***

**Tipo de Pessoa:** Jurídica

**Nome:** BIOVEL LABORATORIO DE ANALISES E PESQUISAS CLINICAS LTDA.

**CNPJ:** 04.328.880/0013-14

**Abreviatura do**

**nome (ex.:**

**SINDXXX):**

**Endereço:** AVENIDA BRASIL

**Número:** 1825

**Complemento:**

**Bairro:** CENTRO

**Cidade:** Foz do Iguaçu

**UF:** PR

**CEP:** 85.851-000

**Ponto de referência:** centro  
**Como chegar:**

**DDD:** (45)

**Telefone:** 3574-2547

**E-mail:**

**O requerido/interessado é:** Empregador privado

**Âmbito de atuação:** Municipal

**Ramo ou setor de atividade :** Q SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS

### ***2.15 Dados do Requerido***

**Tipo de Pessoa:** Jurídica

**Nome:** LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS RIBEIRO

**CNPJ:** 78.094.224/0001-05

**Abreviatura do**

**nome (ex.:**

**SINDXXX):**

**Endereço:** RUA BENJAMIN CONSTANT

**Número:** 268

**Complemento:**

**Bairro:** CENTRO

**Cidade:** Foz do Iguaçu

**UF:** PR

**CEP:** 85.853-310

**Ponto de referência:** centro

**Como chegar:**

**DDD:** (45)

**Telefone:** 3523-1210

**E-mail:**

**O requerido/interessado é:** Empregador privado

**Âmbito de atuação:** Municipal

**Ramo ou setor de** Q SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS  
**atividade :**

**2.16 Dados do Requerido**

**Tipo de Pessoa:** Jurídica

**Nome:** FREIRE, LOPP E CIA. LTDA.

**CNPJ:** 20.063.463/0003-71

**Abreviatura do**

**nome (ex.:**

**SINDXXX):**

**Endereço:** RUA MARTINS PENA

**Número:** 345

**Complemento:**

**Bairro:** JARDIM FESTUGATO

**Cidade:** Foz do Iguaçu

**UF:** PR

**CEP:** 85.864-020

**Ponto de**  
**referência:** JARDIM FESTUGATO

**Como chegar:**

**DDD:** (45)

**Telefone:** 3225-2191

**E-mail:**

**O requerido/**  
**interessado é:** Empregador privado

**Âmbito de**  
**atuação:** Municipal

**Ramo ou setor de** Q SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS  
**atividade :**

**2.17 Dados do Requerido**

**Tipo de Pessoa:** Jurídica

**Nome:** LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS FOZ LTDA.

**CNPJ:** 77.814.010/0001-95

**Abreviatura do**

**nome (ex.:**

**SINDXXX):**

**Endereço:** RUA BELARMINO DE MENDONÇA

**Número:** 825

**Complemento:**

**Bairro:** CENTRO

**Cidade:** Foz do Iguaçu

**UF:** PR

**CEP:** 85.851-000

**Ponto de referência:** centro

**Como chegar:**

**DDD:** (45)

**Telefone:** 3028-2947

**E-mail:**

**O requerido/interessado é:** Empregador privado

**Âmbito de atuação:** Municipal

**Ramo ou setor de atividade :** Q SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS

**2.18 Dados do Requerido**

**Tipo de Pessoa:** Jurídica

**Nome:** FREIRE, LOPP E CIA. LTDA.

**CNPJ:** 20.063.463/0001-00

**Abreviatura do**

**nome (ex.:**

**SINDXXX):**

**Endereço:** RUA BELARMINO DE MENDONÇA

**Número:** 20

**Complemento:**

**Bairro:** CENTRO

**Cidade:** Foz do Iguaçu

**UF:** PR

**CEP:** 85.851-100

**Ponto de referência:** centro

**Como chegar:**

**DDD:** (45)  
**Telefone:** 9991-15511

**E-mail:**

**O requerido/  
interessado é:** Empregador privado

**Âmbito de  
atuação:** Municipal

**Ramo ou setor de  
atividade :** Q SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS

### ***2.19 Dados do Requerido***

**Tipo de Pessoa:** Jurídica

**Nome:** LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS DAS NAÇÕES

**CNPJ:** 82.658.840/0045-21

**Abreviatura do  
nome (ex.:  
SINDXXX):**

**Endereço:** RUA PADRE BERNARDO PLATE

**Número:** 900

**Complemento:**

**Bairro:** POLO CENTRO

**Cidade:** Foz do Iguaçu

**UF:** PR

**CEP:** 85.863-719

**Ponto de  
referência:** polo centro

**Como chegar:**

**DDD:** (45)

**Telefone:** 3028-8000

**E-mail:**

**O requerido/  
interessado é:** Empregador privado

**Âmbito de  
atuação:** Municipal

**Ramo ou setor de  
atividade :** Q SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS



## ***2.20 Dados do Requerido***

**Tipo de Pessoa:** Jurídica

**Nome:** FREIRE, LOPP E CIA. LTDA.

**CNPJ:** 20.063.463/0004-52

**Abreviatura do**

**nome (ex.:**

**SINDXXX):**

**Endereço:** AVENIDA ADOLPHO LOLLATO

**Número:** 1662

**Complemento:**

**Bairro:** CENTRO

**Cidade:** Santa Terezinha de Itaipu

**UF:** PR

**CEP:** 85.875-000

**Ponto de referência:** sta. terezinha de itaipu

**Como chegar:**

**DDD:** (45)

**Telefone:** 9910-63952

**E-mail:**

**O requerido/interessado é:** Empregador privado

**Âmbito de atuação:** Municipal

**Ramo ou setor de atividade :** Q SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS

## ***2.21 Dados do Requerido***

**Tipo de Pessoa:** Jurídica

**Nome:** LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS CARAVAGGIO

**CNPJ:** 78.373.248/0001-95

**Abreviatura do**

**nome (ex.:**

**SINDXXX):**

**Endereço:** AVENIDA PARANÁ

**Número:** 1451  
**Complemento:** SALA 8 - EDIFICIO SANTO ANTÔNIO

**Bairro:** CENTRO

**Cidade:** Matelândia

**UF:** PR

**CEP:** 85.887-000

**Ponto de referência:** matelandia

**Como chegar:**

**DDD:** (45)

**Telefone:** 3262-1148

**E-mail:**

**O requerido/interessado é:** Empregador privado

**Âmbito de atuação:** Municipal

**Ramo ou setor de atividade :** Q SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS

### 3 Requerentes

#### 3.1 Dados do Requerente

**Tipo de Pessoa:** Jurídica

SINDICATO DOS EMPREGADOS EM  
**Nome:** ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE DE FOZ  
DO IGUAÇU E REGIÃO

**CNPJ:** 77.814.093/0001-12

**Abreviatura do**

**nome (ex.: SEESSFIR**

**SINDXXX):**

**Endereço:** RUA ENGENHEIRO REBOUÇAS

**Número:** 1170

**Complemento:**

**Bairro:** CENTRO

**Cidade:** Foz do Iguaçu

**UF:** PR

**CEP:** 85.851-190

**DDD:** (45)

**Telefone:** 3028-4831

**E-mail:** sinsaudefoz@hotmail.com

**O requerente/  
interessado é:** Sindicato

**Âmbito de  
atuação:** Municipal

**Ramo ou setor de  
atividade :** S OUTRAS ATIVIDADES DE SERVIÇOS