

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

(Aracruz, Ibiraçu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa,

São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama e Rio Bananal)



TERMO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE Nº 014/2015

Contrato Administrativo da Empresa, **CLÍNICA RADIOLÓGICA HÉLIO RIBEIRO SANTOS LTDA**, para prestação de serviços complementares de saúde ao **CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE – CIM POLINORTE**.

O **CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE** adiante denominado “**CIM POLINORTE**”, inscrito no CNPJ sob nº 02.618.132.0001-07, com sede à Rua Quintino Loureiro, nº 100, Centro, Aracruz/ES, Cep: 29.190-014, representado legalmente pelo seu Presidente o Sr. **MARCELO DE SOUZA COELHO**, brasileiro, casado, comerciante, portador do CPF nº 982.123.897-15, residente no município de Aracruz/ES, doravante denominado simplesmente **CIM POLINORTE**, e a empresa denominada, **CLÍNICA RADIOLÓGICA HÉLIO RIBEIRO SANTOS LTDA**, com sede à Avenida Marechal Campos, nº 526, Bairro de Lourdes, Vitória/ES, Cep: 29.045-450, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº 27.374.412/0001-48, CNES nº 0011940, neste ato representado pelo sua sócia, o Sra. **IVETE MARIA HOFFMANN NUNES**, brasileira, casada, técnica em edificações, portador do CPF de nº. 576.260.817-49, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, têm entre si certo e ajustado a contratação de prestação do(s) serviço(s), cujo(s) objeto(s) encontra(m)-se delineado(s) no Requerimento de Credenciamento, tudo nos termos da Inexigibilidade de Licitação nº 002/2015 - Processo nº. 034/2015, regendo-se pelo disposto na Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993, pelo Edital de Chamamento Público, pelo Requerimento de Credenciamento da **CONTRATADA** e, em especial, pelas cláusulas e condições adiante enunciadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - OBJETO

1.1 - O objeto do presente é a prestação de serviços complementares na área da saúde, consubstanciados na realização de consultas médicas e exames especializados, por profissionais habilitados nas respectivas áreas delineadas no Apêndice I que integra este instrumento, pela **CONTRATADA** à população dos municípios consorciados do **CIM POLINORTE**, observados os requisitos, valores e especificações descritos na forma e condições das Cláusulas seguintes.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 - Compete a **CONTRATADA**:

2.1.1 – Prestar os serviços descritos na cláusula primeira em local apropriado, devidamente equipado;

2.1.2 - Nenhum serviço poderá ser prestado pela **CONTRATADA** aos municípios consorciados sem prévia autorização de suas Secretarias Municipais de Saúde;

2.1.3 - São competentes para assinarem as autorizações de que trata o item 2.1.2 acima, os Secretários Municipais de Saúde ou servidor municipal devidamente autorizado, desde que notificado à **CONTRATADA**;



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

(Aracruz, Ibiraçu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa,

São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama e Rio Bananal)



- 2.1.4 – Deverá ser fornecido aos usuários ou seu responsável, relatório do atendimento, laudo médico, atestado médico ou outro documento necessário para atender as necessidades do usuário;
- 2.1.5 – Não considerar como nova consulta a entrega e avaliação de exames, se esta ocorrer dentro de 25 (vinte e cinco) dias da consulta;
- 2.1.6 – Preencher todos os campos dos formulários oriundos das Secretarias Municipais de Saúde, com os respectivos dados, códigos de CID, mapas de produção, e demais formulários exigidos pelo ministério da saúde;
- 2.1.7 – A **CONTRATADA** deverá dispensar aos usuários, sem qualquer diferenciação, os mesmos tratamentos realizados com padrões técnicos e de conforto material dispensado aos seus demais clientes, sempre observados os princípios que regem o Sistema Único de Saúde;
- 2.1.8 - Comunicar a **Central de Regulação** os casos de suspensão do horário do atendimento de usuário, com antecedência suficiente para ser avisado aos respectivos usuários, salvo os casos de urgência, que não poderão ser repetitivos;
- 2.1.9 – A CONTRATADA se compromete a não efetivar, sob qualquer hipótese, cobranças de quaisquer valores relacionadas aos serviços objeto deste instrumento diretamente dos usuários e/ou de seus responsáveis, durante a sua vigência;
- 2.1.10 - Prestar ao **CIM POLINORTE**, sempre que solicitado, informações e relatórios necessários a permitir a realização do acompanhamento e fiscalização do presente instrumento.
- 2.1.11 – Observar no momento do atendimento, que a autorização para realização dos serviços médicos terá validade de no máximo 60 (sessenta) dias;
- 2.1.12 – Informar diariamente os atendimentos realizados, por meio do sistema de gestão em saúde, disponibilizado pelo CIM POLINORTE sem ônus para a CONTRATADA;
- 2.1.13 – Enviar mensalmente ao **CIM POLINORTE** relatório com as autorizações de atendimentos, devidamente assinadas, com nome do paciente, atendimento realizado e respectivos valores, visando à conferência de faturamento e fiscalização da Equipe de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO PREÇO E REAJUSTAMENTO

3.1 - Para os serviços a serem contratados através deste Edital, os valores a serem pagos pelo CIM POLINORTE constarão no Apêndice II do Edital que lhe deu origem, parte integrante deste instrumento.

3.2 - Os preços constantes no Apêndice II, após publicado o mesmo, poderão ser alterados pelo Consórcio de maneira a serem promovidos ajustes e adequações eventualmente necessárias, sempre preservando os ajustes contratuais celebrados.

CLÁUSULA QUARTA- DA FORMA E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

4.1 Os fechamentos das produções deverão compor períodos entre o vigésimo primeiro dia do mês anterior até o vigésimo dia do mês posterior, podendo ter variações, conforme os dias úteis do mês.

4.2 – A **CONTRATADA** deverá apresentar a Nota Fiscal até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, sempre acompanhada de relatório de atendimento individualizado por município (onde conste nome completo do paciente, data do atendimento, município referente, tipo de consulta realizada e valor cobrado) e das guias de autorização/requisição que autorizaram os serviços.

4.3 - O pagamento será feito até o dia 10 (dez) do mês subsequente, desde que aceite pelo CIM POLINORTE e que a Nota Fiscal e Relatório estejam conforme as especificações aqui contidas.



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

(Aracruz, Ibiraçu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa,

São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama e Rio Bananal)



4.4 - As notas fiscais/faturas que apresentarem incorreções serão devolvidas à Empresa e seu vencimento ocorrerá em 10 (dez) dias após a data de sua reapresentação válida.

4.5 – Os valores de cada procedimento/exame devem ser estritamente aqueles apresentados no Apêndice II, sem qualquer majoração, sob pena de rejeição da Nota Fiscal.

CLÁUSULA QUINTA – DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

5.1 - Os recursos para cobrir as despesas do objeto desta contratação correrão a conta da dotação Orçamentária, do orçamento deste consórcio para o exercício financeiro de 2015, a saber: CIM POLINORTE: Projeto/Atividade: 01101.1012200012.001 - Manutenção dos Serviços Médicos e serviços de Apoio Diagnóstico.

Elemento de despesa: 333.90.39.000 – Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.

CLÁUSULA SEXTA – DO AMPARO LEGAL

6.1 - O presente termo de credenciamento encontra-se amparado no disposto no caput do artigo 25 da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA

7.1 - O presente **Instrumento** terá vigência da data de sua assinatura até 31/12/2015.

7.2 - Os contratos poderão ser prorrogados por iguais e sucessivos períodos até o máximo de 60 (sessenta) meses, caso haja interesse da administração, com anuência da credenciada, nos termos do inciso II, do art. 57, da Lei Federal 8.666/93.

CLÁUSULA OITAVA – DO DESCREDENCIAMENTO

8.1 - Ocorrerá o descredenciamento quando:

8.1.1 - Por algum motivo a empresa credenciada deixar de atender as condições estabelecidas neste Edital e no contrato administrativo de prestação de serviços;

8.1.2 – Houver interesse do Consórcio no encerramento do Credenciamento, ficando-lhe assegurado o direito de revogar ou anular o presente processo de credenciamento, sem que caibam aos licitantes quaisquer direitos a reclamações ou indenizações;

8.1.3 - Por qualquer outro motivo o contrato entre a credenciada e o Consórcio for rescindido.

8.1.4 – Encerrar-se o prazo estabelecido contratualmente, quando a rescisão será automática.

CLÁUSULA NONA – DAS RESPONSABILIDADES

9.1 – Compete a **CONTRATADA**:

- a) Utilizar na execução dos serviços credenciados, pessoal devidamente qualificado/habilitado, e sob a sua supervisão direta;
- b) Providenciar a imediata correção das deficiências apresentadas pelo **CIM POLINORTE**, quando do atendimento e prestação dos serviços;
- c) Responsabilizar-se diretamente por todas as despesas diretas e indiretas tais como: salário, encargos sociais, fiscais, trabalhistas, previdenciários, indenizações e quaisquer outros que forem devidas a seus empregados, do desempenho do serviço descrito na cláusula primeira, isentando o **CIM POLINORTE** de qualquer vínculo empregatício com os mesmos;
- d) Responsabilizar-se por danos e/ou prejuízos pessoais, morais e ou materiais verificados nos atendimentos e nas prestações dos serviços aos usuários do **CIM POLINORTE**, sejam eles causados pela **CONTRATADA** ou por seus empregados;



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

(Aracruz, Ibiraçu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa,

São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama e Rio Bananal)



- e) Atualizar seus dados cadastrais junto ao **CIM POLINORTE**, comprometendo-se a comunicar por escrito, eventuais mudanças de número de telefone/fax, endereço, e-mail e horário de atendimento, em até 30 (trinta) dias após a alteração dos mesmos;
- f) Enviar mensalmente ao **CIM POLINORTE**, os documentos abaixo relacionados:
 - I. Documentos pessoais do representante legal do prestador;
 - II. Certidões negativas de débitos com o INSS e FGTS;
 - III. Certidão negativa de tributos e contribuições federais, inclusive quanto à dívida ativa da União;
 - IV. Certidão negativa de Tributos Estaduais;
 - V. Certidão negativa de Tributos Municipais, emitida pelo município da sede da empresa;
- g) Responsabilizar-se por toda e qualquer informação fornecida ao **CIM POLINORTE**, em razão dos serviços prestados aos seus usuários, respondendo, deste modo, pela inobservância de normas legais, bem como pela inexatidão das referidas informações;
- h) Disponibilizar para o **CIM POLINORTE** os dados assistenciais dos atendimentos prestados, observadas as questões éticas e o sigilo profissional, na forma prescrita pela legislação do SUS.

9.2 - Compete ao **CIM POLINORTE**:

- a) Avaliar, por intermédio dos municípios, a qualidade do atendimento e dos serviços prestados;
- b) Designar responsável para acompanhamento e fiscalização do presente termo;
- c) Efetuar os pagamentos nas condições pactuadas;
- d) Quando o município oferecer o local para a prestação dos serviços à **CONTRATADA**, visando aproximar o atendimento do usuário que dele necessita, encurtando distâncias, tempo de deslocamento, desgaste físico e emocional do usuário demandante dos serviços de saúde, deverá solicitar que o gestor municipal informe ao **CONSÓRCIO** o endereço do local que será utilizado para atendimento à população, bem como ateste que o referido local atende às condições e exigências da vigilância sanitária para a prestação dos serviços de saúde credenciados.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

10.1 - Os Serviços prestados serão acompanhados e fiscalizados, em conjunto, pela Secretaria Municipal de Saúde de cada município consorciado e pelo **CIM POLINORTE**, os quais poderão solicitar relatórios, informações e esclarecimentos sempre que julgar necessário a solução de denúncias, dúvidas ou divergências.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1 - Os tributos e contribuições que forem devidos em decorrência direta ou indireta do presente instrumento, ou de sua execução, constituem ônus de responsabilidade do contribuinte, assim definido na lei tributária.

11.2 - A **CONTRATADA** autoriza o **CIM POLINORTE** a divulgar seu nome, endereço e telefone aos seus usuários.

11.3. O presente **Instrumento** não é firmado em caráter de exclusividade, podendo a **CONTRATADA** operar com quaisquer outras instituições.

11.4 - Fica vedado a **CONTRATADA** transferir a terceiros, no todo ou em parte, os direitos e as obrigações estabelecidas neste **Instrumento**.

11.5 - O instrumento de credenciamento obedecerá às disposições deste Termo, e no que couber, às normas da Lei 8.666/93 e da Lei nº 8.080/90, e demais normas do Sistema Único de

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

(Aracruz, Ibiraçu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa,
São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama e Rio Bananal)



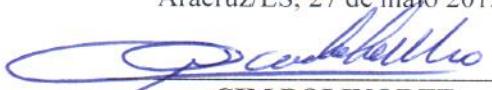
Saúde e princípios gerais da administração pública, sem prejuízo de outras exigências ajustadas pelas partes.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

12.1 - Para dirimir toda e qualquer controvérsia oriunda deste Instrumento, ou de seu objeto, as partes elegem como competente o foro da Comarca Aracruz, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem certas e ajustadas, as partes por si, assinam o presente em três vias de igual teor e forma, na presença de 2 (duas) testemunhas, para os devidos efeitos legais.

Aracruz/ES, 27 de maio 2015.


CIM POLINORTE


CLÍNICA RADIOLÓGICA HÉLIO RIBEIRO SANTOS LTDA

TESTEMUNHAS: 1 _____

2 _____

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

(Aracruz, Ibiraçu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa,
São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama e Rio Bananal)



DOS SERVIÇOS E VALORES CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS

ITEM	CÓDIGO CBO/SUS	PROCEDIMENTOS	VALOR R\$
50	002000003	ULTRA SONOGRAFIA OBSTETRICA (ENDOVAGINAL)	1º TRIMESTRE R\$ 55,00
54	0205020038	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES)	R\$ 51,67
55	0205020046	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 66,44
56	0205020054	ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 51,67
57	0205020062	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULACOES	R\$ 40,48
58	0205020070	ULTRA-SONOGRAFIA DE PARTES MOLES / BOLSA ESCROTAL	R\$ 40,48
59	0205020097	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 40,48
60	0205020100	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 43,30
61	0205020119	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 51,67
62	0205020127	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIROIDE	R\$ 40,48
63	0205020143	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 40,00
64	0205020151	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 80,46
65	0205020160	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA	R\$ 34,54
66	0205020186	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL / ENDOVAGINAL	R\$ 51,67
68	0023885058	RADIOGRAFIA DE FEMUR	R\$ 15,00
70	0204010063	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 13,00
71	0204010080	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 14,00
72	0204010128	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 13,45
73	0204010144	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 13,45
74	0204020034	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP/PERFIL + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 15,00
75	0204020042	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 15,00
77	0204020069	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (LOMBAR AP E PERFIL)	R\$ 18,00
78	0204020077	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS) (LOMBAR)	R\$ 22,12
80	0204020093	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA / DORSAL (AP + LATERAL)	R\$ 18,00
81	0204030072	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 14,30
83	0204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 14,53
84	0204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 14,38
85	0204040019	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 13,43
86	0204040035	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL / UMERO	R\$ 14,00

Rua Ademir Prandi Lorenzutti, Nº 146 – Ed. IPASMA – Ap. 202 – Cohab II – Aracruz – ES – Cep: 29.190-000
Tel: (27) 3256-4574 / (27) 3256-4032 – Fax: (27) 3256-7940 – E-mail: consorciopolinorte@gmail.com

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

(Aracruz, Ibiraçu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa,

São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama e Rio Bananal)



87	0204040051	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R\$ 14,00
88	0204040060	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 14,00
89	0204040078	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 13,43
90	0204040094	RADIOGRAFIA DE MÃO	R\$ 13,43
91	0204040108	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 13,43
92	0204040116	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 14,00
93	0204040124	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUE)	R\$ 13,43
94	0204050111	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 14,38
95	0204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 14,38
98	0204060028	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES)	R\$ 75,25
99	0204060036	ESCANOMETRIA	R\$ 15,00
100	0204060087	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA / TORNOZELO	R\$ 15,00
101	0204060095	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 15,00
102	0204060109	RADIOGRAFIA DE CALCANEU	R\$ 13,43
103	0204060117	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 15,00
104	0204060125	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 15,00
105	0204060133	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 15,00
106	0204060150	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$ 15,00
107	0204060168	RADIOGRAFIA DE Perna	R\$ 15,00
108	0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 160,00
109	0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 160,00
110	0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA / DORSAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 160,00
111	0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES	R\$ 160,00
112	0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO	R\$ 200,00
113	0206010060	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$ 180,00
114	0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 170,00
115	0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 160,00
116	0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES	R\$ 160,00
117	0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 180,00
118	0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 180,00
119	0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 160,00
120	0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	R\$ 180,00
121	0024814875	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ANTEBRAÇO	R\$ 160,00
122	0024596893	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BRAÇO	R\$ 160,00
123	0028457099	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FARINGE	R\$ 200,00
124	0028473086	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN INFERIOR	R\$ 180,00
125	0028674105	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OSSOS TEMPORAIS	R\$ 160,00
126	0029474102	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDE OU OUVIDOS	R\$ 160,00
127	0029738106	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITA	R\$ 180,00
128	0029834094	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS ADICIONAIS	R\$ 50,00

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

(Aracruz, Ibiraçu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa,

São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama e Rio Bananal)



129	0022676787	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES COM CONTRASTE	R\$ 450,00
130	0023567889	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA COM CONTRASTE	R\$ 450,00
131	0024784746	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) COM CONTRASTE	R\$ 450,00
132	0024839503	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE COM CONTRASTE	R\$ 450,00
133	0025898876	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) COM CONTRASTE	R\$ 450,00
134	0026767900	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE COM CONTRASTE	R\$ 450,00
135	0026787989	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX COM CONTRASTE	R\$ 450,00
136	0028483920	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR	R\$ 450,00
137	0028855442	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA COM CONTRASTE	R\$ 450,00
138	0028761463	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA / MASTOIDE COM CONTRASTE	R\$ 450,00
139	0029473114	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	R\$ 450,00
140	0029846756	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO COM CONTRASTE	R\$ 450,00
141	0029934745	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	R\$ 450,00
142	0207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR	R\$ 400,00
143	0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 400,00
144	0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 400,00
145	0207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 400,00
146	0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 400,00
147	0207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA / MASTOIDE	R\$ 400,00
148	0207020019	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	R\$ 400,00
149	0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 400,00
150	0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$ 400,00
151	0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 400,00
152	0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE/ ABDOMEN INFERIOR	R\$ 400,00
153	0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 400,00
154	0207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	R\$ 400,00
155	02040300	MAMOGRAFIA UNILATERAL	R\$ 22,50
156	02040301	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 45,00
229	0027699387	ECODOPPLER DE MEMBROS (DIREITO / ESQUERDO)	R\$ 138,53

Vigência: de 21 de maio de 2015 a 31 de dezembro de 2015;

Dotação Orçamentária: Projeto/Atividade:

01101.1012200012.001 - Manutenção dos Serviços Médicos e serviços de Apoio Diagnóstico. Elemento de despesa: 333.90.39.000 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.

Data da Assinatura: 21 de maio de 2015.

Marcelo de Souza Coelho

Presidente do CIM POLINORTE

RESUMO DO TERMO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE N°014/2015

Publicação N° 19308

RESUMO DO TERMO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE N°014/2015

Modalidade da Licitação: Inexigibilidade (Chamamento Público – Credenciamento)

Base Legal: Art. 25, *caput*, da Lei Federal nº 8.666/93

Processo de Licitação nº: 034/2015,

Contratantes: CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE (CNPJ n.º 02.618.132.0001-07) e, CLÍNICA RADILÓGICA HÉLIO RIBEIRO SANTOS LTDA (CNPJ nº. 27.374.412/0001-48) ;

Objeto: prestação de serviços complementares na área da saúde, consubstanciados na realização de consultas médicas e exames especializados, por profissionais habilitados nas respectivas áreas delineadas no Apêndice II do Edital que deu origem à contratação;

Valor: conforme tabela CIM POLINORTE;

Vigência: de 27 de maio de 2015 a 31 de dezembro de 2015;

Dotação Orçamentária: Projeto/Atividade:

01101.1012200012.001 - Manutenção dos Serviços Médicos e serviços de Apoio Diagnóstico. Elemento de despesa: 333.90.39.000 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.

RESUMO DO TERMO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE N°013/2015

Publicação N° 19307

RESUMO DO TERMO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE N°013/2015

Modalidade da Licitação: Inexigibilidade (Chamamento Público – Credenciamento)

Base Legal: Art. 25, *caput*, da Lei Federal nº 8.666/93

Processo de Licitação nº: 034/2015,

Contratantes: CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE (CNPJ n.º 02.618.132.0001-07) e, ULTRAMAIIS DIAGNÓSTICO LTDA ME (CNPJ nº. 22.125.468/0001-45) ;

Objeto: prestação de serviços complementares na área da saúde, consubstanciados na realização de consultas médicas e exames especializados, por profissionais habilitados nas respectivas áreas delineadas no Apêndice II do Edital que deu origem à contratação;

Valor: conforme tabela CIM POLINORTE;

Vigência: de 27 de maio de 2015 a 31 de dezembro de 2015;

Dotação Orçamentária: Projeto/Atividade:

01101.1012200012.001 - Manutenção dos Serviços Médicos e serviços de Apoio Diagnóstico. Elemento de despesa: 333.90.39.000 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.

Data da Assinatura: 27 de maio de 2015.

Marcelo de Souza Coelho

Presidente do CIM POLINORTE

Marcelo de Souza Coelho

Presidente do CIM POLINORTE

RESUMO DO TERMO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE N°015/2015

Publicação N° 19309

RESUMO DO TERMO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE N°015/2015

Modalidade da Licitação: Inexigibilidade (Chamamento Público – Credenciamento)

Base Legal: Art. 25, *caput*, da Lei Federal nº 8.666/93

Processo de Licitação nº: 034/2015,

Contratantes: CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE (CNPJ n.º 02.618.132.0001-07) e, CLÍNICA MÉDICA DAVAG LTDA EPP (CNPJ nº. 17.781.462/0001-96) ;

Objeto: prestação de serviços complementares na área da saúde, consubstanciados na realização de consultas médicas e exames especializados, por profissionais habilitados nas respectivas áreas delineadas no Apêndice II do Edital que deu origem à contratação;