

# 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 021/2015

Contrato Administrativo da Empresa, **CENTRO MEDICO DE ARACRUZ 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, **CENTRO MEDICO DE ARACRUZ LTDA**, com sede à Rua Quintino Loureiro, nº 602, Centro, Aracruz/ES, Cep: 29.190-014, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº 05.627.888/0001-00, CNES nº 5285801, neste ato representado pelo seu sócio, o Sr. **SIXTO NELSON QUINONEZ DIAZ**, brasileiro, separado judicialmente, médico, com especialidade em cirurgia geral e ultrassonografia, CRM/ES nº 649, portador do CPF de nº. 173.877.877-00, 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.

# CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

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



**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.

**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;

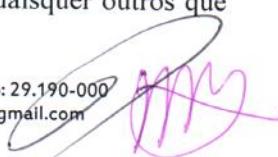
**8.1.3 -** Por qualquer outro motivo o contrato entre a credenciada e o Consórcio for rescindido.

**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



# CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

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



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;
- 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.

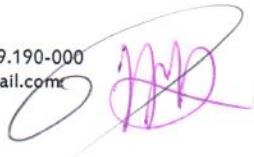
## CLÁUSULA DÉCIMA – DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

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.



# CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

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



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**.

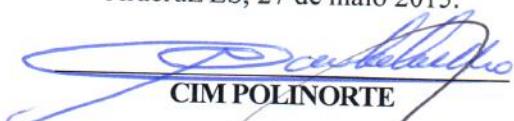
11.5 - O instrumento de credenciamento obedecerá às disposições deste Termo, e no que couber, às normas da Lei 8.666/93 e da Lei nº 8.080/90, e demais normas do Sistema Único de Saúde e princípios gerais da administração pública, sem prejuízo de outras exigências ajustadas pelas partes.

## 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

CENTRO MÉDICO DE ARACRUZ 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\$
<b>CONSULTAS E SESSÕES</b>			
19	225135	MÉDICO DERMATOLOGISTA	R\$ 40,00
27	225225	MÉDICO CIRURGIÃO GERAL	R\$ 40,00
48	002000001	ULTRA SONOGRAFIA MORFOLOGICA	R\$ 100,00
49	002000002	ULTRA SONOGRAFIA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 80,00
50	002000003	ULTRA SONOGRAFIA OBSTETRICA 1º TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	R\$ 55,00
51	0024876473	ULTRA-SONOGRAFIA DE HIPOCONDRIOS DIREITO	R\$ 51,67
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
67	00205020	ULTRA-SONOGRAFIA DE PARTES MOLES	R\$ 40,48
196	0303070030	REMOCAO MANUAL DE FECALOMA	R\$ 30,00
197	0303080019	CAUTERIZACAO QUIMICA DE PEQUENAS LESOES	R\$ 30,00
198	0303080027	DESbastamento de CALOSIDADE E/OU MAL PERFORANTE (DESbastamento)	R\$ 30,00
199	0309030048	CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO	R\$ 30,00
200	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)	R\$ 30,00
201	0401010031	DRENAGEM DE ABSCESSO	R\$ 30,00
202	0401010074	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	R\$ 30,00
203	0401010090	FULGURACAO / CAUTERIZACAO QUIMICA DE LESOES CUTANEAS	R\$ 30,00
204	0401010112	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO	R\$ 30,00
205	0404010270	REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL	R\$ 30,00
206	0406020132	EXCISAO E SUTURA DE HEMANGIOMA	R\$ 30,00
207	0406020140	EXCISAO E SUTURA DE LINFANGIOMA / NEVUS	R\$ 30,00
208	0408060328	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR	R\$ 30,00
209	0409040061	EXERESE DE CISTO DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 30,00
210	0409050083	POSTECTOMIA	R\$ 30,00

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: consorcioolinorte@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)



211	0414020251	REMOCAO DE CISTO	R\$ 30,00
212	0201010020	BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	R\$ 30,00
213	0201010410	BIOPSIA DE PROSTATA	R\$ 190,00
214	0201010631	PUNCAO LOMBAR	R\$ 100,00
215	0201010046	BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL	R\$ 37,80
216	0201010224	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO	R\$ 37,80
217	0201010232	BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAR	R\$ 37,80
218	0201010372	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 37,80
219	0201010470	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE	R\$ 37,80
220	0201010666	BIOPSIA DO COLO UTERINO	R\$ 37,80
221	301100152	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	R\$ 30,00
222	401010066	Excisão e/ou sutura simples de peq. Lesões/ ferimentos de pele/ anexos e mucosa	R\$ 30,00

# CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

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



## DADOS DO PROFISSIONAL

<b>NOME</b> WALESKA MACHADO BENEVIDES				
<b>DATA DE NASC.</b> 12/11/1973		<b>CPF</b> 031.675.587-76		
<b>IDENTIDADE</b> 1.001.448	<b>UF</b> ES	<b>ORGÃO EMISSOR</b>	<b>DATA EMISSÃO</b>	<b>NACIONALIDADE</b> Brasileira
<b>ENDEREÇO</b> Rua Silvino N. Loreiro, nº 09		<b>BAIRRO</b>	<b>CIDADE/UF</b> Aracruz/ES	<b>TELEFONE</b> 9 9646-9857
<b>ESPECIALIDADE</b> Dermatologista	<b>REGISTRO NO CONSELHO DE CLASSE</b> 6.974			<b>UF</b> ES
<b>TIPO DE SERVIÇO PRESTADO DE ACORDO COM TABELA DO CIM POLINORTE</b>				
<b>SERVIÇO</b> Consulta		<b>ESPECIALIDADE</b> Dermatologista		

  
CIM POLINORTE

  
WALESKA MACHADO BENEVIDES

**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

### RESUMO DO TERMO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE N°020/2015

Publicação N° 19314

### RESUMO DO TERMO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE N°020/2015

**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, SOMA SOCIEDADE MÉDICA DE ARACRUZ S/C LTDA (CNPJ n.º 27.451.970/0001-60) ;

**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

### RESUMO DO TERMO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE N°020/2015

Publicação N° 19314

### RESUMO DO TERMO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE N°020/2015

**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, SOMA SOCIEDADE MÉDICA DE ARACRUZ S/C LTDA (CNPJ n.º 27.451.970/0001-60) ;

**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

### RESUMO DO TERMO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE N°021/2015

Publicação N° 19315

### RESUMO DO TERMO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE N°021/2015

**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, CENTRO MÉDICO DE ARACRUZ LTDA (CNPJ n.º 05.627.888/0001-00) ;

**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;