

CNPJ: 11.386.903/0001-79  
RUA CRISTIANO WANDSCHEER, 27  
C.E.P.: 89893-000 - Mondaí - SC

**Mês/Ano da Assinatura:**  
**Maio/2020.**

## Resumo dos Instrumentos de Contrato e Termos Aditivos

**Contratado:** CLINICA IAD LTDA

**CNPJ:** 28.812.118/0001-33

**Modalidade:**

**Número da Licitação:**

**Número do Processo:**

**Outra Entidade:** Não

**Número do Contrato ou Aditivo:** 11/2020

**Fundamento Legal:**

**Objeto:** O presente Chamamento Público tem como Objetivo o credenciamento de Pessoas Físicas e/ou Jurídicas, privadas ou públicas, lucrativas ou não, para prestação de procedimentos de Colonoscopia e Esofagogastroduodenoscopia, destinados ao atendimento de pacientes do Município de Mondaí, com a validade mínima de 12 (doze) meses, para a execução/fornecimento total/parcial dos serviços mencionados no presente Edital e demais normas técnicas pertinentes, com os valores constantes no (Anexo I).

**Data da Assinatura:** 11/05/2020

**Data da Publicação no Diário Oficial:** 13/05/2020

**Vigência:** 11/05/2020 a 31/12/2020

**Programa de Trabalho:**

**Unidade Gestora / Número:**

**Gestão / Número:**

**Número do Empenho:**

**Valor:** 40.000,00

**Forma de Pagamento:** À Vista

**Contratado:** MARCOS ALENCAR PELEGRINI E CIA LTDA

**CNPJ:** 14.877.497/0001-35

**Modalidade:**

**Número da Licitação:**

**Número do Processo:**

**Outra Entidade:** Não

**Número do Contrato ou Aditivo:** 12/2020

**Fundamento Legal:**

**Objeto:** O presente Chamamento Público tem como Objetivo o credenciamento de Pessoas Físicas e/ou Jurídicas, privadas ou públicas, lucrativas ou não, para prestação de procedimentos de Colonoscopia e Esofagogastroduodenoscopia, destinados ao atendimento de pacientes do Município de Mondaí, com a validade mínima de 12 (doze) meses, para a execução/fornecimento total/parcial dos serviços mencionados no presente Edital e demais normas técnicas pertinentes, com os valores constantes no (Anexo I).

**Data da Assinatura:** 19/05/2020

**Data da Publicação no Diário Oficial:** 20/05/2020

**Vigência:** 19/05/2020 a 31/12/2020

**Programa de Trabalho:**

**Unidade Gestora / Número:**

**Gestão / Número:**

**Número do Empenho:**

**Valor:** 40.000,00

**Forma de Pagamento:** À Vista