|  |  |
| --- | --- |
|  | **ESTADO DE SANTA CATARINA****FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IRATI****FONE/FAX (0\*\*)49. 3349.0000****RUA JOÃO BEUX SOBRINHO, Nº 412 – CENTRO – CEP 89.856-000 – IRATI – SC.****CNPJ/MF 12.403.446/0001-46** |

 **TERMO DE CREDENCIAMENTO N° 012/2018**

 **TERMO DE CREDENCIAMENTO**

 **PARA O FORNECIMENTO DE PRÓTESES DENTÁRIAS**

**O MUNICÍPIO DE IRATI,** Estado de Santa Catarina, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE,** pessoa jurídica de direito público interno, localizado na Rua João Beux Sobrinho, nº 412, inscrito no CNPJ nº 12.403.446/0001-46, representado pelo Secretário Municipal de Saúde **MARCOS HENRIQUE KEHL**, brasileiro, casado, residente e domiciliado na cidade de Irati SC, inscrito no CPF sob nº 024.644.289-14 denominado para este instrumento particular simplesmente **CREDENCIANTE** e de outro lado a **CLINICA ODONTOLOGICA BONFANTI VALDUGA LTDA - EPP,** pessoa jurídica, de direito privado, com sede na Rua Paulo Pasquali nº 48, sala 01, no Bairro Jardim do Lago, Município de Chapecó-SC, inscrita no CNPJ nº 17.057.223/0001-98, neste ato representado pelo **Sr. FELIPE DAMBROS VALDUGA**, brasileiro, Cirurgião Dentista, residente e domiciliado na rua Independência nº 110-D, cidade de Chapecó SC, inscrito no CPF sob o nº 062.499.349-36, e **GRAZIELA LEISE BONFANTI VALDUGA,** brasileira, residente e domiciliada na rua Paulo Pasquali, sala 01, Bairro Jardim do Lago, cidade de Chapecó SC, inscrita no CPF sob o nº 007.374.199-03, RG nº 3.482.622 SSP/SC, doravante denominada **CREDENCIADA**, celebram o presente **TERMO DE CREDENCIAMENTO**, para o **FORNECIMENTO DE PRÓTESES DENTÁRIAS,** conforme as cláusulas e condições adiante estabelecidas, decorrentes dos procedimentos do **EDITAL DE CREDENCIAMENTO N° 002/2018,** do **PROCESSO LICITATÓRIO Nº 006/2018,** na forma de **INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 002/2018, DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IRATI – SC**, observadas as normas estabelecidas, na Lei nº 8.666/93, suas alterações e demais normas pertinentes:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ESTADO DE SANTA CATARINA****FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IRATI****FONE/FAX (0\*\*)49. 3349.0000****RUA JOÃO BEUX SOBRINHO, Nº 412 – CENTRO – CEP 89.856-000 – IRATI – SC.****CNPJ/MF 12.403.446/0001-46** |

**CLÁUSULA I – DO OBJETO**

* 1. – O objeto do presente **TERMO DE CREDENCIAMENTO** é o **FORNECIMENTO DE PRÓTESES DENTÁRIAS**, conforme especificação e descrição no quadro a seguir:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **UN** | **QT** | **DESCRIÇÃO** | **VALOR UNITÁRIO** |
| **1** | **UN** | **162** | PRÓTESE DENTÁRIA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR (PT) ACROÇOZADA: CONFECCIONADA EM ACRILICO TERMO-POLIMERIZÁVEL DE ALTA RESISTENCIA COM DENTES COM AS SEGUINTES CARACTERISTICAS: DUPLA PRENSAGEM( CORPO E ESMALTE), ALTA RESISTENCIA MECANICA, QUIMICA E ABRASÃO;AUSENCIA TOTAL DE BOLHAS OU POROSIDADES. FLUORESCENCIA NATURAL. CERTIFICADO ISSO. INCLUI. PLACA DE MORDIDA, MONTAGEM, CEROPLASTIA, PRENSAGEM E ACRILIZAÇÃO, COM MOLDAGEM. | **385,00** |
| **2** | **UN** | **162** | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL SUPERIOR E INFERIOR – PPR , ESTRUTURA METÁLICA FUNDIDA EM CROMO-COBALTO CONFECCIONADA EM ACRILICO TERMO-POLIMERIZÁVEL DE ALTA RESISTENCIA COM DENTES COM AS SEGUINTES CARACTERISTICAS: DUPLA PRENSAGEM( CORPO E ESMALTE), ALTA RESISTENCIA MECANICA, QUIMICA E ABRASÃO; AUSENCIA TOTAL DE BOLHAS OU POROSIDADES. FLUORESCENCIA NATURAL. CERTIFICADO ISSO. INCLUI. PLACA DE MORDIDA, MONTAGEM, CEROPLASTIA, PRENSAGEM E ACRILIZAÇÃO, COM MOLDAGEM. | **448,00** |
| **3**  | **UN** | **80** | REEMBASAMENTO PRÓTESE DENTÁRIA | **90,00** |
| **4** | **UN** | **20** | CONSERTO PRÓTESE DENTÁRIA | **60,00** |

1.2 – O fornecimento do objeto do presente Termo de Credenciamento pressupõe o que segue:

1.2.1 – Recolher e entregar junto a Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde de IRATI - SC, e conforme cronograma estabelecido pela Secretaria

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ESTADO DE SANTA CATARINA****FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IRATI****FONE/FAX (0\*\*)49. 3349.0000****RUA JOÃO BEUX SOBRINHO, Nº 412 – CENTRO – CEP 89.856-000 – IRATI – SC.****CNPJ/MF 12.403.446/0001-46** |

Municipal de Saúde, os modelos e moldes, responsabilizando-se pelo zelo dos mesmos.

1.2.2 – Todas as etapas laboratoriais, incluindo materiais, mão-de-obra e custos adicionais correrão por conta da **CREDENCIADA**, a saber:

1.2.2.1 – Confecção de placa base ou moldeira individual – quando indicada pelo cirurgião dentista;

1.2.2.2 – Confecção de placa base com rodetes de cera posicionados, para tomada de relações DVR, DVO, EFL, linha de sorriso alto, linha de sorriso e orientação para montagem dos dentes;

1.2.2.3 – Montagem de dentes de acrílico sobre cera, conforme orientação do cirurgião dentista;

1.2.2.4 – Acrilização final dos aparelhos protéticos com os elementos dentários acrílicos devidamente posicionados;

1.2.2.5 – A Prótese Total – PT, deve ser confeccionada em acrílico termopolimerizável de alta resistência, sendo que os **dentes devem ser compatíveis com o padrão de qualidade indicado no item 1.2.3;**

1.2.2.6 – A Prótese Parcial Removível - PPR, deve ser confeccionada em estrutura metálica fundida em cromo e cobalto, acrilizada em acrílico termopolimerizável na cor rosa e de alta resistência, sendo que os **dentes devem ser compatíveis com o padrão de qualidade indicado no item 1.2.3;**

1.2.3 – Os dentes acrílicos devem possuir **no mínimo** duas camadas de acrílico; com dupla prensagem (corpo e esmalte); alta resistência mecânica, química e à abrasão; ausência total de bolhas ou porosidades; fluorescência natural; incluir placa de mordida, montagem, ceroplastia, prensagem e Acrilização; possuir **referencial no padrão “BIO-LUX, BIO-GLER, NEW-ACE, ou de melhor qualidade”.**

1.2.4 – A **CREDENCIADA** fica obrigada ao reembasamento das próteses sem custo adicional ao **Fundo Municipal de Saúde de Irati SC,** quando diagnosticado pelo Odontólogo responsável, qualquer defeito, devolvendo à Unidade Básica de Saúde – UBS no dia seguinte ao recolhimento.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ESTADO DE SANTA CATARINA****FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IRATI****FONE/FAX (0\*\*)49. 3349.0000****RUA JOÃO BEUX SOBRINHO, Nº 412 – CENTRO – CEP 89.856-000 – IRATI – SC.****CNPJ/MF 12.403.446/0001-46** |

1.2.5 – A **CREDENCIADA** será responsável, pelos ajustes e reparos nas próteses confeccionadas, pelo período de 1 (um) ano, contado da data de entrega na Unidade Básica de Saúde – UBS, sem custo adicional ao **Fundo Municipal de Saúde de Irati/SC.**

1.2.6 - Os profissionais necessários para a prestação dos serviços deste credenciamento são de inteira responsabilidade da licitante.

1.2.7 – A **CREDENCIADA** deverá acatar as definições do cirurgião dentista responsável, em relação aos aspectos técnicos, de pigmentação e morfologia, dos elementos dentários acrílicos, arquitetura das estruturas metálicas e coloração da gengiva artificial.

1.2.8 – O prazo para entrega dos trabalhos laboratoriais obedecerá a critérios e datas definidas pelo cirurgião dentista responsável pelas etapas clínicas.

1.2.9 – O modelo inicial em gesso será fornecido pelo Fundo Municipal de IRATI SC.

1.2.10 – a quantidade de próteses acima indicadas representa apenas uma estimativa para o período de vigência do presente Termo de Credenciamento, o que significa que a quantidade indicada pode não ser realizada, ou pode ser acrescida, nos termos da legislação vigente.

1.2.11 – pelos valores indicados no quadro acima, a **CREDENCIADA** deverá arcar com todas as despesas inerentes aos procedimentos para a confecção do objeto do credenciamento.

1.3 – As prótesesdo objeto do presente Termo de Credenciamento, serão realizadas única e exclusivamente, para pacientes encaminhados, com as devidas autorizações emitidas por responsável vinculado à Secretaria de Saúde do Município de IRATI SC.

1.4 - É parte integrante deste **TERMO DE CREDENCIAMENTO**, independente de sua transcrição, todas as peças constantes no **EDITAL DE CREDENCIAMENTO N° 002/2018, PROCESSO LICITATÓRIO Nº 006/2018** na forma de **INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 002/2018,** da **SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IRATI – SC.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ESTADO DE SANTA CATARINA****FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IRATI****FONE/FAX (0\*\*)49. 3349.0000****RUA JOÃO BEUX SOBRINHO, Nº 412 – CENTRO – CEP 89.856-000 – IRATI – SC.****CNPJ/MF 12.403.446/0001-46** |

**CLÁUSULA II – DA VIGÊNCIA**

2.1 **A vigência do presente Termo de Credenciamento será de um (1) ano, contado da data de sua assinatura.**

**CLÁUSULA III - DO PREÇO**

3.1 O valor a ser praticado é o indicado para cada item conforme descrito no quadro **DO OBJETO**, ou seja, para cada unidade de Prótese Total – PT – R$ 385,00 (trezentos e oitenta e cinco reais); e para cada unidade de Prótese Parcial Removível – PPR – R$ 448,00 (quatrocentos e quarenta e oito reais); Reembasamento prótese dentaria R$ 90,00(noventa reais); conserto prótese dentária R$ 60,00 (sessenta reais).

**CLÁUSULA IV**

**DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E DO REAJUSTE**

4.1 - O pagamento à empresa **CREDENCIADA** será efetuado em moeda corrente nacional (Real), em até 30 (trinta) dias após a liquidação da despesa, mediante apresentação da Nota Fiscal contendo, sem rasuras, a descrição do serviço prestado, o valor unitário e total a ser pago, e acompanhada de relatório relacionando todos os procedimentos realizados, e ser entregue ao responsável designado pela Secretaria Municipal de Saúde de Saúde de IRATI SC, para acompanhar a execução dos serviços.

4.2 **-** Os preços fixados a partir da assinatura deste **TERMO DE CREDENCIAMENTO**, **não serão reajustados.**

4.3 - O atraso no pagamento das Notas Fiscais implicará na suspensão da prestação dos serviços até sanar a inadimplência da obrigação;

4.4 - O Município de **IRATI** poderá sustar o pagamento de qualquer parcela, no todo ou em parte, nos seguintes casos:

4.4.1 - execução dos serviços em desacordo com as normas ou orientação estabelecidas neste Processo Licitatório e na legislação vigente;

4.4.2 - existência de qualquer débito para com o Município de Irati - SC.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ESTADO DE SANTA CATARINA****FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IRATI****FONE/FAX (0\*\*)49. 3349.0000****RUA JOÃO BEUX SOBRINHO, Nº 412 – CENTRO – CEP 89.856-000 – IRATI – SC.****CNPJ/MF 12.403.446/0001-46** |

4.4.3 - descumprimento de qualquer um dos dispositivos contidos neste Termo de Credenciamento ou no Edital de Credenciamento.

**CLÁUSULA V**

**DA CONSIGNAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

5.1 As despesas decorrentes deste **TERMO DE CREDENCIAMENTO** correrão por conta do orçamento da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE /FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IRATI – SC**, para 2018 e 2019.

**CLÁUSULA VI - DAS OBRIGAÇÕES**

**6.1 - DA CREDENCIADA:**

6.1.1 - Executar o serviço credenciado, executando-o com zelo, eficiência e qualidade, observados os parâmetros de boa técnica e as normas legais aplicáveis;

6.1.2 – tratar e atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário;

6.1.3 - cumprir todas as normas e exigências estabelecidas pela **CREDENCIANTE**, e aplicar e cumprir todas as normas estabelecidas pelo Ministério de Saúde e demais órgãos Federais e Estaduais afins, relacionadas ao objeto **CREDENCIADO**, bem como fornecer todos os EPI,s que as atividades requerem para garantir a segurança a seus funcionários atendendo às normas e exigências do MPAS;

6.1.4 – prestar os serviços credenciados apenas mediante encaminhamento da Secretaria Municipal de Saúde de IRATI SC;

6.1.5 – dar o atendimento adequado e prestar as informações devidas à Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde de IRATI SC, a respeito dos serviços prestados, de maneira correta e nos prazos estabelecidos;

6.1.6 – garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;

6.1.7 – manter todas as condições de habilitação exigidas para o credenciamento durante o período de vigência deste **TERMO DE CREDENCIAMENTO**.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ESTADO DE SANTA CATARINA****FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IRATI****FONE/FAX (0\*\*)49. 3349.0000****RUA JOÃO BEUX SOBRINHO, Nº 412 – CENTRO – CEP 89.856-000 – IRATI – SC.****CNPJ/MF 12.403.446/0001-46** |

6.1.8 – Fornecer todos os equipamentos, e profissionais necessários à execução do serviço credenciado.

6.1.9 - fornecer as devidas Notas Fiscais.

6.2 - **DA CREDENCIANTE.**

6.2.1 - efetuar o pagamento conforme ajustado, mediante a apresentação de Nota Fiscal;

6.2.2 – efetuar a permanente fiscalização para a correta execução do objeto credenciado.

**CLÁUSULA VII**

**DAS RESPONSABILIDADES**

**7.1** – **DA CREDENCIADA**

7.1.1 - providenciar à sua conta, o seguro dos bens imóveis, móveis e equipamentos bem como do quadro de profissionais envolvidos na prestação do serviço para a confecção do objeto credenciado, não cabendo a CREDENCIANTE, qualquer obrigação decorrente de eventuais acidentes, quebras ou danos dos mesmos ou provocados a terceiros;

7.1.2 - responder por danos materiais, pessoais, indenizações e demais, em virtude de acidentes, negligências, e maus tratos;

7.1.3 - o recolhimento de todos os impostos e obrigações diversas, relacionadas ao objeto do credenciamento;

**7.1.4 – Manter negativados todos os documentos solicitados neste Processo Licitatório, para a comprovação da Regularidade Fiscal, sendo obrigatória a sua apresentação juntamente com a Nota Fiscal de Prestação do Serviço.**

7.1.5 - a fiscalização do perfeito cumprimento do objeto deste **TERMO DE CREDENCIAMENTO**, cabendo-lhe, integralmente, o ônus decorrente, independentemente da exercida pelo Município de IRATI SC;

7.1.6 - Arcar com eventuais prejuízos causados, por dolo ou culpa, a **CREDENCIANTE** e/ou a terceiros, provocados, por ineficiência ou irregularidades, cometidas, por seus empregados, filiados, ou, prepostos na execução do serviço credenciado;

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ESTADO DE SANTA CATARINA****FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IRATI****FONE/FAX (0\*\*)49. 3349.0000****RUA JOÃO BEUX SOBRINHO, Nº 412 – CENTRO – CEP 89.856-000 – IRATI – SC.****CNPJ/MF 12.403.446/0001-46** |

7.1.7 – assumir todas as despesas diretas ou indiretas tais como: encargos sociais, fiscais, trabalhistas, previdenciários e de ordem de classe, indenizações civis e quaisquer outras que forem devidas a empregados da  **CREDENCIADA** no desempenho dos procedimentos, ficando ainda a **CREDENCIANTE,** isenta de qualquer vínculo empregatício dos mesmos.

**7.2 - DA CREDENCIANTE**

7.2.1 - Acompanhar a execução do contrato zelando pelo cumprimento das normas estabelecidas, fazendo garantir o direito e os deveres das partes;

7.2.2 – efetuar o encaminhamento dos pacientes para a realização das cirurgias, comunicando a **CREDENCIADA** com a devida antecedência;

**CLÁUSULA VIII**

**DA INEXECUÇÃO E DA RESCISÃO DO TERMO DE CREDENCIAMENTO**

8.1 A inexecução total ou parcial do **TERMO DE CREDENCIAMENTO** ou o descumprimento de qualquer dispositivo do Edital, tais como: deixar de promover a atualização dos documentos de habilitação; incorrer em situação de irregularidade que importem no comprometimento da capacidade jurídica, técnica ou fiscal, enseja o descredenciamento da **CREDENCIADA**, com as consequências previstas em regulamento, e de acordo com o que estabelecem os artigos **77 a 80 da Lei nº 8.666/93.**

**CLÁUSULA IX**

**DAS PENALIDADES**

9.1 - Se a **CREDENCIADA** não cumprir as obrigações assumidas ou preceitos legais, estará sujeita as seguintes penalidades:

9.1.1 – Advertência;

9.1.2 – Suspensão do direito de licitar junto **ao Município de IRATI SC**;

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ESTADO DE SANTA CATARINA****FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IRATI****FONE/FAX (0\*\*)49. 3349.0000****RUA JOÃO BEUX SOBRINHO, Nº 412 – CENTRO – CEP 89.856-000 – IRATI – SC.****CNPJ/MF 12.403.446/0001-46** |

9.1.3 – Pagamento de multa equivalente a dez (10) salários mínimos vigentes;

9.1.4 – Declaração de inidoneidade;

9.1.5 - Rescisão contratual em caso de três faltas e infrações cometidas.

9.1.6 - As demais penalidades previstas no **Art. 80 a 99** da Lei nº 8.666/93;

9.2 – Caso haja aplicação de multa, o valor será descontado de qualquer fatura ou crédito existente no Município de Irati – SC, em favor da **CREDENCIADA**. Caso o valor da multa seja superior ao crédito eventualmente existente, a diferença será cobrada administrativamente, ou judicialmente, se necessário.

**CLÁUSULA X**

**DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS**

10.1 Da penalidade aplicada caberá recurso, no prazo de 05 (cinco) dias úteis da notificação, à autoridade superior àquela que aplicou a sanção, ficando sobrestada a mesma, até o julgamento do pleito.

**CLÁUSULA XI**

**DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO**

11.1 A execução deste **TERMO DE CREDENCIAMENTO** será acompanhadae fiscalizada por um representante do Município de IRATI SC, nos termos do **Art. 67 da Lei nº 8.666/93.**

**CLÁUSULA XII**

**DA PUBLICAÇÃO**

12.1 Incumbirá ao **CREDENCIANTE** providenciar a publicação deste **TERMO DE CREDENCIAMENTO** por extrato, nos termos da legislação vigente.

**CLÁUSULA XIII**

**DAS ALTERAÇÕES**

13.1 Este **TERMO DE CREDENCIAMENTO** poderá ser alterado, nos casos previstos pelo disposto no **Art. 65 da Lei n.º 8.666/93**, sempre através de Termo Aditivo, numerado em ordem crescente.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ESTADO DE SANTA CATARINA****FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IRATI****FONE/FAX (0\*\*)49. 3349.0000****RUA JOÃO BEUX SOBRINHO, Nº 412 – CENTRO – CEP 89.856-000 – IRATI – SC.****CNPJ/MF 12.403.446/0001-46** |

**CLÁUSULA XIV**

**DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES**

14.1 Este **TERMO DE CREDENCIAMENTO** é intransferível, não podendo a **CREENCIADA**, de forma alguma, sem anuência do **CREDENCIANTE**, sub-rogar direitos e obrigações a terceiros.

**CLÁUSULA XV - DO FORO**

15.1 Fica eleito o Foro da Comarca de Quilombo - SC, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas do presente instrumento de **TERMO DE CREDENCIAMENTO.**

E, assim por estarem de acordo e ajustados, após ser lido e achado conforme, as partes, a seguir, firmam o presente Termo de Credenciamento, em 2 (duas) vias, de igual teor e forma, para um só efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas, e será arquivado no Setor de Licitações do Município de Irati SC, conforme dispõe o **Art. 60 da Lei nº 8.666/93.**

**Irati/SC,** 18 de maio de 2018.

 MARCOS HENRIQUE KEHL FELIPE DAMBROS VALDUGA

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE CLINICA ODONTOLÓGICA

DE IRATI SC – **CREDENCIANTE** BONFANTI EPP-**CREDENCIADA**

 GRASIELA LEISE BONFANTI VALDUGA

 CLINICA ODONTOLÓGICA

 BANFANTI EPP-**CREDENCIADA**

 SÉRGIO PACHECO ROBERTO MIGLIORINI

CPF-030259.598-86 CPF-037.181.679-30

 **TESTEMUNHA** **TESTEMUNHA**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ESTADO DE SANTA CATARINA****FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IRATI****FONE/FAX (0\*\*)49. 3349.0000****RUA JOÃO BEUX SOBRINHO, Nº 412 – CENTRO – CEP 89.856-000 – IRATI – SC.****CNPJ/MF 12.403.446/0001-46** |

EXTRATO TERMO DE CREDENCIAMENTO

|  |  |
| --- | --- |
| Contrato N.º: | 012/2018 |
| Data:  | 18/05/2018 |
| Contratante: | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IRATI |
| Contratada: | **CLINICA ODONTOLOGICA BONFANTI VALDUGA LTDA EPP** |
| Objeto:  | ***FORNECIMENTO DE PROTESES DENTÁRIAS.*** |
| Vigência: | 18/05/2018 a 18/05/2018 |
| Valor:  | R$ 146.346,00 (cento e quarenta e seis mil, trezentos e quarenta e seis reais) |
| Recursos: | Projeto Atividade: | 2027 |
|  | Elemento: | 33.90.00000000000164 – Aplicações Diretas |
| Assinaturas: | Marcos Henrique Kehl, pela CREDENCIANTE e Felipe Dambros Valduga pela CREDENCIADA. |

Irati – SC, 18 de maio de 2018.

**Marcos Henrique Kehl**

Secretário de Saúde