

ANÁLISES CLÍNICAS
CARDIOLOGIA
CLÍNICA MÉDICA
CONSULTA DOMICILIAR
ELETROCARDIOGRAMA
ELETROENCEFALOGRAMA
ENDOSCOPIA DIGESTIVA
ESPIROMETRIA

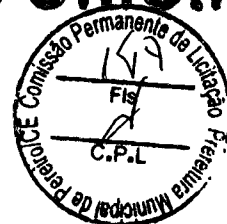
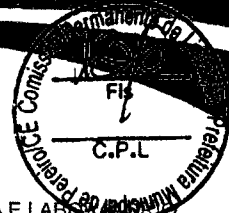
GASTROENTEROLOGIA
GINECOLOGIA
HEPATOLOGIA
HOLTER
MAPA
MEDICINA DO TRABALHO
NEUROLOGIA
NUTRIÇÃO

OBSTETRÍCIA
ORTOPEDIA
PEDIATRIA
PSICOLOGIA
PSIQUIATRIA
ULTRASSONOGRRAFIA GERAL



CLÍNICA E LAB

Uniclim



TERMO DE ACEITAÇÃO DE PROPOSTA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO DE PEREIRO-CE


A Comissão Julgadora

Ref.: Encaminhamento de documentos ao credenciamento

Prezados Senhores,

UNICLIM PEREIRO LTDA portadora do CNPJ 40.996.573/0001-31, sediada na Rua Coronel Porto, 115 A, referindo-me ao credenciamento compareço até Vossas Senhorias para apresentar a proposta, como encontra-se exigida, para exame dessa comissão. Aceito os mesmos preços e condições definidos no Anexo I do Edital. Igualmente, informo que concordo com todas as condições estipuladas no edital, propondo serviços nas categorias especificadas no ANEXO I, deste edital. Atenciosamente,

PEREIRO/CE, 28 de abril de 2023


ERSON RAMIRES ALVES BARBOSA
CPF: 950.797.964-03

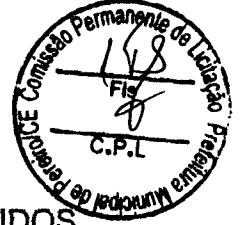
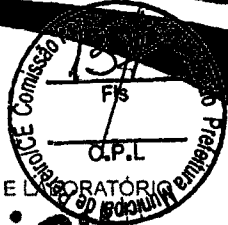
ANÁLISES CLÍNICAS
CARDIOLOGIA
CLÍNICA MÉDICA
CONSULTA DOMICILIAR
ELETROCARDIOGRAMA
ELETROENCEFALOGRAMA
ENDOSCOPIA DIGESTIVA
ESPIROMETRIA

GASTROENTEROLOGIA
GINECOLOGIA
HEPATOLOGIA
HOLTER
MAPA
MEDICINA DO TRABALHO
NEUROLOGIA
NUTRIÇÃO

OBSTETRÍCIA
ORTOPEDIA
PEDIATRIA
PSICOLOGIA
PSIQUIATRIA
ULTRASSONOGRÁFIA GERAL



CLÍNICA E LABORATÓRIO
UniClim



TERMO DE COMPROMETIMENTO COM OS SERVIÇOS ASSUMIDOS

UNICLIM PEREIRO LTDA portadora do CNPJ 40.996.573/0001-31, sediada na Rua Coronel Porto, 115 A, referindo-me ao credenciamento /chamamento, comprometo-me à assumir os serviços descritos no ANEXO 1, a serem prestados conforme estabelecidos pela contratante, de acordo com escala/tabela estabelecida pelo (a) coordenador (a) do mesmo, bem como de acordo com as urgências ora demandadas:

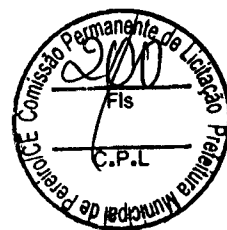
Atenciosamente,

PEREIRO/CE, 28 de abril de 2023

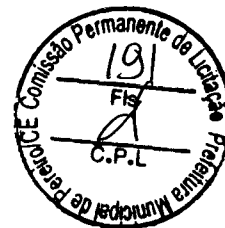
ERSON RAMIRES ALVES BARBOSA
CPF: 050.797.964-03



TRATAR SAÚDE HOSPITALAR



TERMO DE ACEITAÇÃO DE PROPOSTA

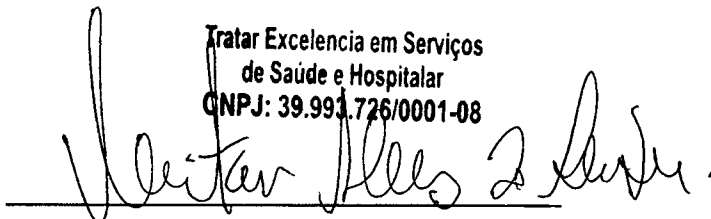


Tratar Excelência em Serviços de Saúde e Hospitalar, inscrita no CNPJ Nº 39.993.726/0001-08, sediada na Rua 24 de Maio 1084- Centro, Fortaleza/CE, por intermédio de seu representante legal, o (a) Sr(a) Kleiton Alves de Andrade portador (a) da Carteira de Identidade nº 2397771 e do CPF nº 069.654.144-05, compareço até Vossa Senhorias para apresentar a proposta , como encontra-se exigida, para exame dessa comissão. Aceito os mesmos preços e condições definidos no Anexo I do Edital. Igualmente, informo que concordo com todas as condições estipuladas no edital, propondo serviços nas categorias especificadas no ANEXO I, deste edital.

Atenciosamente,

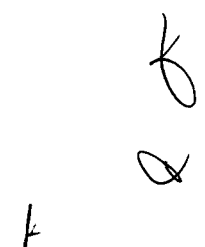
FORTALEZA, CE. 21 de Abril de 2023.

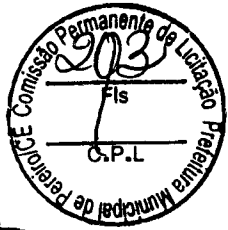
Tratar Excelencia em Serviços
de Saúde e Hospitalar
CNPJ: 39.993.726/0001-08



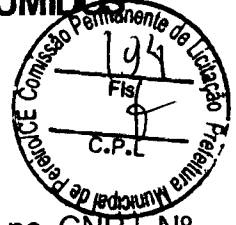
KLEITON ALVES DE ANDRADE
DIRETOR COMERCIAL
TRATAR EXCELENCIA EM SERVIÇOS DE SAUDE E HOSPITALAR
CNPJ: 39.993.726/0001-08

CNPJ: 39.993.726/0001-08.
Rua 24 de Maio 1084- Centro- Fortaleza, Ce.
Fone: (85) 3224.5417 Celular (85) 99266.5937
E-mail: kekeucern22@hotmail.com
E-mai: homecarehospital20@gmail.com





TERMO DE COMPROMETIMENTO COM OS SERVIÇOS ASSUMIDOS

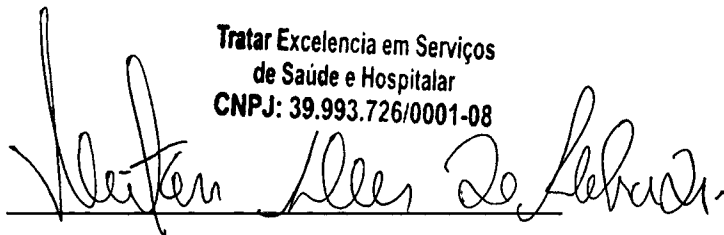


Tratar Excelência em Serviços de Saúde e Hospitalar, inscrita no CNPJ Nº 39.993.726/0001-08, sediada na Rua 24 de Maio 1084- Cento, Fortaleza/CE, por intermédio de seu representante legal, o (a) Sr(a) Kleiton Alves de Andrade portador (a) da Carteira de Identidade nº 2397771 e do CPF nº 069.654.144-05, comprometo-me à assumir os serviços descritos no ANEXO I, a serem prestados conforme estabelecidos pela contratante, de acordo com escala/ tabela estabelecida pelo (a) coordenado (a) do mesmo, bem como as urgências ora demandadas.

Atenciosamente,


FORTALEZA, CE. 21 de Abril de 2023.

**Tratar Excelencia em Serviços
de Saúde e Hospitalar
CNPJ: 39.993.726/0001-08**



**KLEITON ALVES DE ANDRADE
DIRETOR COMERCIAL
TRATAR EXCELENCIA EM SERVIÇOS DE SAUDE E HOSPITALAR
CNPJ: 39.993.726/0001-08**

CNPJ: 39.993.726/0001-08.
Rua 24 de Maio 1084- Centro- Fortaleza, Ce.
Fone: (85) 3224.5417 Celular (85) 99266.5937
E-mail: kekeucern22@hotmail.com
E-mai: homecarehospital20@gmail.com

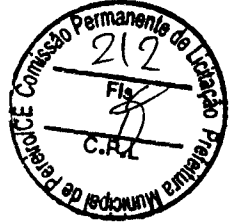
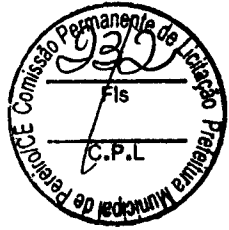




**CLÍNICA
VIDA**

Dr. Pedro Carlos Chaves

Medicina Interna, Ultra-sonografia
e Endoscopia Digestiva Alta - CRM 6892



TERMO DE ACEITAÇÃO DE PROPOSTA

À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO DE PEREIRO-CE

A Comissão Julgadora

Ref.: Encaminhamento de documentos ao credenciamento Prezados Senhores,

A empresa CLINICA VIDA ATIVIDADES MEDICAS E ODONTOLOGICAS LTDA - ME, estabelecida na Rua Manoel José de Carvalho, nº 120, Centro, São Miguel/RN, inscrita no CNPJ sob n.º 08.664.340/0001-29, CRM nº 1602, neste ato representada pelo seu proprietário, o Sr. Pedro Carlos Chaves, referindo-me ao credenciamento de Nº 18.04.01/2023, compareço até Vossas Senhorias para apresentar a proposta, como encontra-se exigida, para exame dessa comissão. Aceito os mesmos preços e condições definidos no Anexo I do Edital igualmente, informo que concordo com todas as condições estipuladas no edital, propondo serviços nas categorias especificadas no ANEXO 1, deste edital.

São Miguel/RN, 05/05/2023



PEDRO CARLOS CHAVES
CPF nº 597.829.434-87

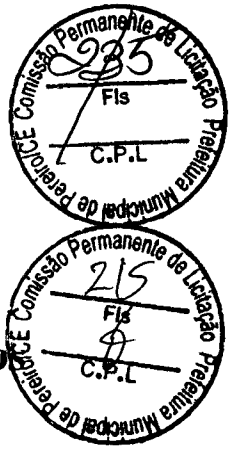




**CLÍNICA
VIDA**

Dr. Pedro Carlos Chaves

Medicina Interna, Ultra-sonografia
e Endoscopia Digestiva Alta - CRM 6892




**TERMO DE COMPROMETIMENTO COM OS SERVIÇOS ASSUMIDOS
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 18.04.01/2023**

A empresa **CLINICA VIDA ATIVIDADES MEDICAS E ODONTOLOGICAS LTDA - ME**, estabelecida na Rua Manoel José de Carvalho, nº 120, Centro, São Miguel/RN, inscrita no CNPJ sob nº 08.664.340/0001-29, neste ato representada pelo seu proprietário, o Sr. Pedro Carlos Chaves, no uso das atribuições legais que lhes foram concedidas, **DECLARA**, referindo-me ao credenciamento/chamamento, que comprometo-me à assumir os serviços descritos no ANEXO 1, a serem prestados conforme estabelecidos pela contratante, de acordo com escala/tabela estabelecida pelo (a) coordenador (a) do mesmo, bem como de acordo com as urgências ora demandadas

Por ser verdade, firma o presente.

São Miguel/RN, 05/05/2023

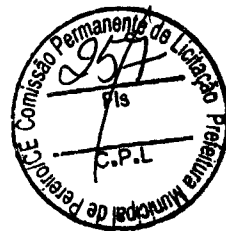


PEDRO CARLOS CHAVES
CPF nº 597.829.434-87

4

6

1



FELIPE NUNES DE MIRANDA

AVENIDA OITO DE NOVEMBRO, 744 SALA 05 CENTRO – 63.475-000

CNPJ 40.103.271/0001-97 JAGUARIBE/CEARA

TERMO DE ACEITAÇÃO DE PROPOSTA.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE E SANEAMENTO DE PEREIRO-CE

A COMISSAO JULGADORA

REF: ENCAMINHAMENTO DE DOCUMENTOS AO CREDENCIAMENTO

Prezado Senhores:

Eu, FELIPE NUNES DE MIRANDA, Medico CRM 016786/CE, CPF 034.467.043-02 com Endereço a Rua Oito de Novembro, 744 sala 05 Centro na cidade de Jaguaribe/Ceara, referindo-me ao credenciamento Chamamento Público N. 18.04.01/2023, compareço até Vossas Senhorias para apresentar a proposta, como encontra-se exigida, para exame dessa comissão. Aceito os mesmos preços definidos no Anexo I do Edital. Igualmente, informo que concordo com todas as condições estipuladas no Edital, propondo serviços nas categorias especificadas no ANEXO I, deste edital.

Atenciosamente,

Jaguaribe – CE, 29 de abril de 2023.

Documento assinado digitalmente
gov.br FELIPE NUNES DE MIRANDA
Data: 29/04/2023 13:20:15-0300.
Verifique em <https://validar.tci.gov.br>

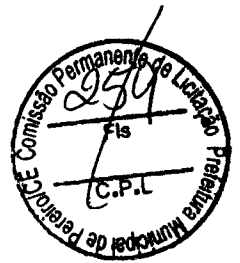
FELIPE NUNES DE MIRANDA

CPF 034.467.043-02

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]



FELIPE NUNES DE MIRANDA

AVENIDA OITO DE NOVEMBRO, 744 SALA 05 CENTRO – 63.475-000

CNPJ 40.103.271/0001-97 JAGUARIBE/CEARA

TERMO DE COMPROMETIMENTO COM OS SERVIÇOS ASSUMIDOS

Eu, FELIPE NUNES DE MIRANDA, Medico CRM 016786/CE, CPF 034.467.043-02 com Endereço a Rua Oito de Novembro, 744 sala 05 Centro na cidade de Jaguaribe/Ceara, referindo-me ao credenciamento/chamamento 18.04.01/2023, comprometo-me á assumir os serviços descrito no anexo I, a serem prestados conforme estabelecidos pela contratante, de acordo com escala/tabela estabelecida pelo coordenador do mesmo, bem como de acordo com as urgências ora demandadas.

Jaguaribe – CE, 29 de abril de 2023.

Documento assinado digitalmente
gov.br FELIPE NUNES DE MIRANDA
Data: 29/04/2023 15:20:15-0300
Verifique em <https://validar.ti.gov.br>

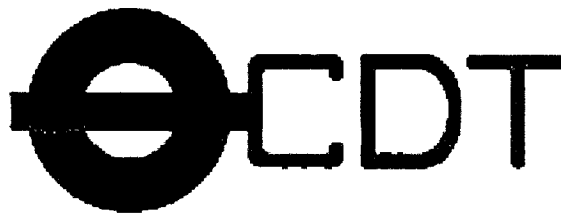
FELIPE NUNES DE MIRANDA

CPF 034.467.043-02

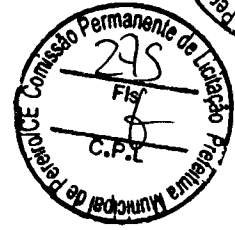
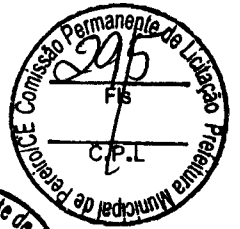
f

f

f



POLI & SARMENTO LTDA
CNPJ: 09.240.822/0001-14



ANEXO III

CHAMADA PÚBLICA Nº 18.04.01/2023 TERMO DE ACEITAÇÃO DE PROPOSTA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO DE PEREIRO-CE
A comissão julgadora

Ref.: Encaminhamento de documentos ao credenciamento

Prezados senhores,

CLÍNICA MÉDICA, RESSONÂNCIA, TOMOGRAFIA, rua Quintino Bocaiúva, bairro Alto do Açude, Nº 699, referindo-me ao credenciamento Nº 18.04.01/2023, compareço até vossas senhorias para apresentar a proposta, como encontra-se exigida, para exame dessa comissão. Aceito os mesmos preços e condições definidos no Anexo I do Edital. Igualmente, informo que concordo com todas as condições estipuladas no edital, propondo serviços nas categorias especificadas no ANEXO I, deste edital.

Atenciosamente,

Pau dos Ferros, 05 de maio de 2023.

Thaís Jacome Rodrigues Bomfim
Thaís Jacome Rodrigues Bomfim
CPF: 012.691.674-80

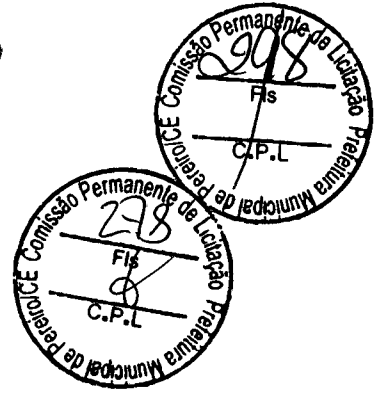
b

α

f



POLI & SARMENTO LTDA
CNPJ: 09.240.822/0001-14



ANEXO V

TERMO DE COMPROMETIMENTO COM OS SERVIÇOS ASSUMIDOS

CLÍNICA MEDICA, RESSONÂNCIA, TOMOGRAFIA, rua Quintino Bocaiúva, bairro Alto do Açude, Nº 699, referindo-me ao credenciamento/chamamento Nº 18.04.01/2023, comprometo-me a assumir os serviços descritos no ANEXO 1, a serem prestados conforme estabelecidos pela contratante, de acordo com escala/tabela estabelecida pelo (a) coordenador (a) do mesmo, bem como de acordo com as urgências ora demandadas:

Pau dos Ferros RN, 05 de maio de 2023

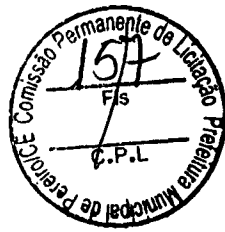
Atenciosamente,

Thaís Jacome Rodrigues Bomfim
Thaís Jacome Rodrigues Bomfim
CPF: 012.691.674-80

[Handwritten mark]

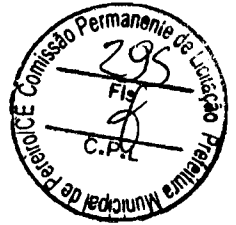
[Handwritten mark]

[Handwritten mark]



DR. GUILHERME A. SCHMIDT
CRM - SP 112918
CIRURGIA CARDIOVASCULAR E CARDIOLOGIA

ANEXO III - CHAMADA PÚBLICA Nº 18.04.01/2023



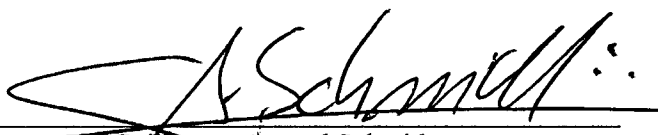
TERMO DE ACEITAÇÃO DE PROPOSTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO DE PEREIRO-CE
A Comissão Julgadora
Ref.: Encaminhamento de documentos ao credenciamento

Prezados Senhores,

GUILHERME AMARAL SCHMIDT, CPF: 265.526.518-13, RG: 29.875.508-7, CRM - CE 25.433, domiciliado na RUA OSVALDO CRUZ, 146 AP. 702 BAIRRO MEIRELES, FORTALEZA, ESTADO DO CEARÁ, referindo-me ao credenciamento, compareço até Vossas Senhorias para apresentar a proposta, como encontra-se exigida, para exame dessa comissão. Aceito os mesmos preços e condições definidos no Anexo I do Edital. Igualmente, informo que concordo com todas as condições estipuladas no edital, propondo serviços nas categorias especificadas no ANEXO I, deste edital.

Atenciosamente,

Fortaleza, 20 de Abril de 2023

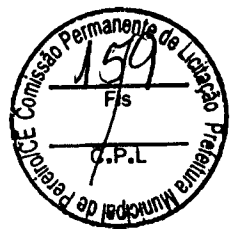


Dr. Guilherme Amaral Schmidt
CRM - CE 25.433
CPF 265.526.518-13

8

2

1



DR. GUILHERME A. SCHMIDT
CRM - SP 112918
CIRURGIA CARDIOVASCULAR E CARDIOLOGIA

ANEXO V — TERMO DE COMPROMETIMENTO COM OS SERVIÇOS ASSUMIDOS

GUILHERME AMARAL SCHMIDT, CPF: 265.526.518-13, RG: 29.875.508-7, CRM – CE 25.433, domiciliado na RUA OSVALDO CRUZ, 146 AP. 702 BAIRRO MEIRELES, FORTALEZA, ESTADO DO CEARÁ, referindo-me ao credenciamento/chamamento, comprometo-me assumir os serviços descritos no ANEXO 1, a serem prestados conforme estabelecidos pela contratante, de acordo com escala/tabela estabelecida pelo (a) coordenador (a) do mesmo, bem como de acordo com as urgências ora demandadas:

Atenciosamente,

Fortaleza, 20 de Abril de 2023

Dr. Guilherme Amaral Schmidt
CRM – CE 25.433
CPF 265.526.518-13

b

9

d