



PREFEITURA DE  
**MACEIÓ**  
SAÚDE



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ**

Secretaria Municipal de Administração, Recursos Humanos e Patrimônio  
DTI - Diretoria de Tecnologia da Informação

**Sistema Unificado de Protocolo**

Processo Nº 05800.000316/2021

Tipo: Físico

Local origem: 5800 - SMS

Setor origem: 0200 - PROTOCOLO SETORIAL - SMS

Interessado: CRONOS SAUDE

Data: 05/01/2021 12:16:07

Natureza: 0163 - PAGAMENTO

Assunto: SOL. A QUITACAO DOS SERVICOS PRESTADOS PELA  
EMPRESA CRONOS SAUDE LTDA QUE PRESTOU  
SERVICOS DE TRANSPORTE DE PACIENTES

DATA	DESTINO	DATA	DESTINO
05/01/2020	CGA - contratos		
03/02/21	Urgência e Emergência		
05.02-21			
22/02/2021	Funeral		





Maceió, 05 de janeiro de 2021.

REQUERIMENTO

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Setor de contratos

Venho através deste, solicitar a quitação dos serviços prestados pela empresa Cronos Saúde Ltda, CNPJ 35.956.308/0001-90, a qual prestou serviços de transporte de pacientes conforme contrato vigente de número 073/2020.

Os transportes realizados não ultrapassaram a quantidade mínima acordada em contrato. Segue abaixo o valor total correspondente ao período de 01/12/2020 a 10/12/2020:

**VALOR A SER RECEBIDO: R\$ 6.100,00 (seis mil e cem reais).**

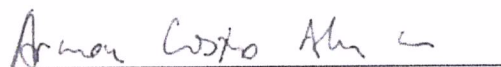
Conta para depósito:

**Banco: Sicredi      Ag: 2205      Conta: 74796-3**

**Cronos Saúde Ltda (CNPJ: 35.956.308/0001-90)**



Segue em anexo a planilha das ocorrências realizadas no período acima citado com seus respectivos valores discriminados.

Grato e certo de sua atenção,



Arnon Castro Alves Filho  
Diretor Financeiro  
Cronos Saúde LTDA

**M BRANCO**

	<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE ECONOMIA</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e</b>		Nº NFS-e: 137	
			Competencia: 1/2021	
			Data e Hora de Emissão 05/01/2021 11:19:23	
	Código Verificação RPS	Número do RPS	NFS-e Substituída	

### Dados do Prestador de Serviço

Razão Social/Nome:	CRONOS SAUDE LTDA		
CNPJ/CPF:	35.956.308/0001-90	CCM:	901463046
Email:	contatocontabilidade2017@gmail.com		
Endereço:	RUA FREI CANECA ,291 - FAROL CEP: 57055-040		Tel:
Município:	MACEIO		UF:
			AL

### Dados do Tomador de Serviço

Razão Social/Nome:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE MACEIO		
CNPJ/CPF:	07.792.137/0001-75	CCM:	901408689
Email:			
Endereço:	DIAS CABRAL ,569 - CENTRO CEP: 57020-250 SALA 412		Tel:
Município:	MACEIO		UF:
			AL

### Código do Serviço / Atividade

17.01 / 8211300 - serviços combinados de escritório e apoio administrativo

### Discriminação dos Serviços

Nota fiscal referente aos serviços prestados no mês de dezembro de 2020.  
Período 01/12/2020 à 03/12/2020.

SICREDI  
ASSOCIADO: CRONOS SAUDE LTDA  
COOPERATIVA: 2205  
CC: 74796-3

**Valor Total (R\$):6.100,00**

### Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART		
Tributos Federais				
PIS (R\$)	COFINS (R\$)	IR (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)

### Deduções / Descontos / Outras Retenções

Valor das Deduções (R\$)	Descontos Incondicionados (R\$)	Descontos Condicionados (R\$)	Outras Retenções (R\$)
Natureza Operação	1-Tributação no município	Retenções Federais (R\$)	0,00
Local da Prestação	MACEIO - AL	Valor Líquido (R\$)	5.967,63
ISSQN a Reter	(X) Sim ( ) Não	Base de Cálculo (R\$)	6.100,00
Opção Simples Nacional	(X) Sim ( ) Não	Alíquota	2,17
Regime Especial Tributação	0-Nenhum	Valor do ISSQN (R\$)	132,37

### Avisos

- 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
- 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <http://maceio.ginfes.com.br> com a utilização do Código de Verificação.
- 3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI.

CE 687

**EM BRANCO**



**PLANILHA DE TRANSPORTE SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE**[illegible]

BANCO	Sicredi
AGÊNCIA	2205
CONTA	74796-3
CNPJ	35.956.308/0001-90
	CRONOS SAÚDE LTDA

BANCO	Banco Bradesco
AGÊNCIA	3229
CONTA	13332-9
CNPJ	35.956.308/0001-90
	CRONOS SAÚDE LTDA

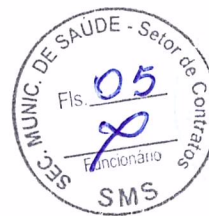
Arway Cost  $\frac{1}{2}$

Arnon Alves  
Diretor Financeiro

**EM BRANCO**



PREFEITURA DE  
**MACEIÓ**  
SAÚDE



CONTRATO Nº 073/2020

MINUTA CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE LOCAÇÃO DE AMBULÂNCIA PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES, FACE AO ESTADO DE EMERGENCIA NA SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ, DECORRENTE DA PANDEMIA CORNOVÍRUS (COVID-19), QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE MACEIÓ, COM INTERVENIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A EMPRESA CRONOS SAÚDE LTDA, NA FORMA ABAIXO:

Pelo presente instrumento de contrato, de um lado o **MUNICÍPIO DE MACEIÓ**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 12.200.135/0001-80, com sede do Executivo Municipal localizado na Rua Sá e Albuquerque, nº 235, bairro Jaraguá, na cidade de Maceió/AL, CEP. 57022-180, representado neste ato por sua autoridade maior, o Sr. Prefeito **RUI SOARES PALMEIRA**, brasileiro, advogado, casado, portador do RG nº 1.146.804 – SSP/AL e CPF nº 007.483.964-03, residente e domiciliado neste município, com interveniência da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS**, CNPJ/MF sob o nº 00.204.125/0001-33, representada pelo Secretário, Sr. **JOSÉ THOMAZ DA SILVA NONÔ NETTO**, brasileiro, casado, portador do RG nº 112.340 SSP/AL e CPF/MF nº 049.134.344-20, doravante denominado de CONTRATANTE, e de outro lado a empresa Cronos Saúde LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 35.956.308/0001-90, localizada à Rua Frei Caneca, 291, bairro Farol, na cidade de Maceió/AL, CEP. 57.055-040, endereço eletrônico: cronossaude@gmail.com, doravante denominada CONTRATADA, neste ato representado pelo Sr. **Arnon Castro Alves Filho**, portador do RG nº 99001217525 SSP/AL e CPF nº 053.465.284-07, Sr<sup>a</sup>. **Roseane da Conceição Januário**, portadora do RG nº 1659382 SSP/AL e CPF nº 037.234.064-40 e Sr. **João Marques de Oliveira**, portador do RG 1784036 SSP/AL e CPF nº 041.430.454-35, residentes e domiciliados neste município, têm

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*





PREFEITURA DE  
**MACEIÓ**  
SAÚDE



entre si justos e acordados o presente contrato, por meio do Processo Administrativo 5800.005330/2020, observadas as cláusulas e condições a seguir:

### **CLÁUSULA I – DOS DOCUMENTOS INTEGRANTES E DA FUNDAMENTAÇÃO**

O presente contrato tem como fundamentos legais e será executado segundo:

- a) O artigo 4º, da Lei Federal nº 13.979/2020 e demais normas aplicáveis;
- b) O Decreto Municipal nº 8.861, de 30 de março de 2020;
- c) O Parecer nº 15/2020/DAMB/TCM/JCFB/PLCC/PGM da Procuradoria-Geral do Município de Maceió;
- d) Lei nº 8.078, de 1990 – Código de Defesa do Consumidor;
- e) Normas da ABNT – NBR 14561/12000;
- f) PORTARIA ANVISA - Nº 2.048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002
- g) O Termo de Ratificação da Dispensa de Licitação publicado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- h) Os preceitos de direito público, aplicando-se, supletivamente, no que couber, os princípios da Teoria Geral dos Contratos e as disposições de direito privado, na forma do art. 54, da Lei nº 8.666/93, combinado com o inciso XII do art. 55 do mesmo diploma legal.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** Integram o presente instrumento, como se nele estivessem transcritos, os seguintes documentos, cujos teores consideram-se conhecidos e acatados pelas partes:

- a) Processo Administrativo nº 5800.032944/2020;
- b) Proposta da CONTRATADA, no que couber;
- c) Termo de Referência;

### **CLÁUSULA II – DO OBJETO**

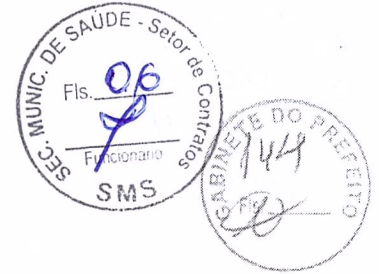
Contratação para prestação de serviços locação de transporte de 2 (duas) ambulâncias, sendo uma tipo A com unidade de suporte básico (condutor e enfermeiro), a outra de tipo D com suporte de UTI (condutor, enfermeiro e médico), conforme as exigências contidas no Termo de Referência.

### **CLÁUSULA III – DO REGIME DE EXECUÇÃO E DA SUBCONTRATAÇÃO**

A Contratação dar-se-á por contratação direta, dispensa de licitação, conforme Art. 4º, da Lei 13.979/2020, tendo como critério de seleção o menor preço por grupo no regime de empreitada por preço global.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Não será permitida a subcontratação do objeto deste Termo de Contrato, conforme definido no Termo de Referência.





#### CLÁUSULA IV – DOS SERVIÇOS

- a) Os serviços deverão ser prestados conforme solicitado, e ocorrerão por chamado dependendo das ocorrências que surgirem durante o dia podendo ser por período matutino, vespertino ou noturno;
- b) Os serviços deverão ser prestados de acordo com a necessidade da CONTRATANTE, que realizará o chamado a empresa, de acordo com as ocorrências oriundas das Unidades de Saúde;
- c) Os serviços serão prestados as Unidades sentinelas nos endereços:
  - I. UBS Walter de Moura Lima - Rua E, 26- 124, Santa Amélia, CEP 57063-650, Maceió- al,
  - II. UBS Jorge Duarte Quintela Cavalcante, Rua Sessenta e Um, 308-354, Cidade Universitária, CEP 57073-300, Graciliano Ramos, Maceió- al
  - III. USF Novo Mundo - Travessa Boa Esperança 1 A, nº 30 CEP 57045-000, Barro Duro, Maceió- AL;
  - IV. Podendo ser prestado em qualquer outra unidade ou local de acordo com a solicitação feita por esta secretaria
- d) A CONTRATADA deverá estar à disposição da CONTRATANTE para qualquer chamado de Segunda-feira a Domingo, 24 horas por dia;
- e) A CONTRATADA está obrigada a reparar, corrigir, remover, substituir, às suas expensas, no total ou em parte, produtos/serviços em que se verifiquem vícios, defeitos ou incorreções, no prazo de até 30 (trinta) minutos, após o que se realizará novamente a verificação de sua perfeita execução;
- f) Caso as providências previstas no subitem anterior não ocorram no prazo fixado ou os serviços sejam novamente recusados e devolvidos, estará a CONTRATADA incorrendo em atraso na execução, ficando sobrestado o pagamento até a realização das correções necessárias, sem prejuízo da aplicação das sanções cabíveis;
- g) Os serviços deverão atender aos dispositivos da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor) e às demais legislações pertinentes.

#### CLÁUSULA V – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

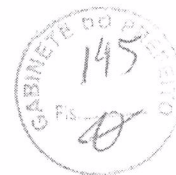
As partes que integram a presente relação contratual comprometem-se a cumprir as exigências dos parágrafos seguintes, sem prejuízo de quaisquer outras inerentes à boa e fiel execução de seu objeto e daquelas insertas nas demais cláusulas deste Termo de Contrato e no Termo de Referência.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** A CONTRATANTE obriga-se a:

- a) efetuar o pagamento nas condições e preços pactuados;
- b) acompanhar e fiscalizar a execução contratual, por intermédio de servidor ou comissão designada para este fim;




PREFEITURA DE  
**MACEIÓ**  
SAÚDE



- c) disponibilizar as condições necessárias à efetivação dos serviços, de acordo com as especificações fornecidas junto à CONTRATADA;
- d) observar para que, durante a vigência do presente contrato, sejam mantidas todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação, bem como a sua compatibilidade com as obrigações assumidas;
- e) Realizar e registrar os agendamentos e chamados de ambulância, inclusive o controle para fins de conferência e pagamento de faturas;
- f) Notificar a CONTRATADA de qualquer irregularidade encontrada na execução dos serviços;
- g) Comunicar à CONTRATADA qualquer fato que implique no ajuste do valor da fatura ou que inviabilize a atestação da prestação do serviço;
- h) Dar publicidade dos atos dessa contratação no sítio eletrônico oficial do Município de Maceió, nos termos do art. 4º da Lei 13.979/2020.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** A CONTRATADA obriga-se a:

- a) Efetuar a execução do serviço em perfeitas condições, conforme especificações, prazo e local constantes neste Termo de Referência;
- b) Comunicar, por escrito, a ocorrência de qualquer anormalidade de caráter urgente que impossibilite o seu cumprimento, tão logo seja verificada, e prestar os esclarecimentos que julgar necessários à requisitante até **24 (vinte e quatro)** horas antes do prazo previsto para prestação do serviço.
- c) Responsabilizar-se pelos encargos fiscais, frete, taxas comerciais, tributos e contribuições que incidirem direta ou indiretamente, e demais ônus referentes à execução do contrato.
- d) Realizar os serviços de acordo com o objeto do contrato nas condições pactuadas neste documento;
- e) A CONTRATADA deverá estar disponível para CONTRATANTE de segunda-feira a  Domingo, 24 horas por dia.
- f) A CONTRATADA deverá disponibilizar equipe técnica para atendimento com as seguintes características:

\* **Ambulância de transporte (Tipo A):**

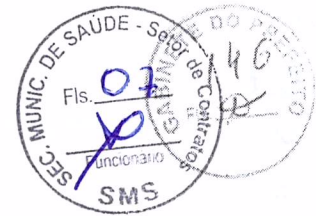
- **Enfermeiro** : profissional de nível superior titular do diploma de enfermeiro, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Alagoas.

\* **Ambulância de Suporte Avançado (Tipo D):**





PREFEITURA DE  
**MACEIÓ**  
SAÚDE



- **Médico** : profissional de nível superior titular de diploma de médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado de Alagoas, com residência médica, cursos na área de atendimento a urgência e emergência, habilitado ao exercício do suporte avançado de vida, em todos os cenários de atuação nas ambulâncias, conforme legislação específica.

- **Enfermeiro** : profissional de nível superior titular do diploma de enfermeiro, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Alagoas, com especialização em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) ou Urgência e Emergência e/ou experiência comprovada nessas áreas, conforme legislação específica.

g) A CONTRATADA ao receber o chamado da CONTRATANTE, deverá comparecer ao local solicitado dentro do prazo máximo de **15 (quinze) minutos**.

h) A CONTRATADA assumirá todos os possíveis danos físicos e materiais causados a CONTRATANTE ou a terceiros, advindo de imperícia, negligência, imprudência ou desrespeito às normas de segurança, quando da execução dos serviços;

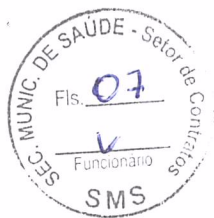
i) A CONTRATADA responsabilizar-se-á por quaisquer multas ou despesas de qualquer natureza impostas pela Contratante em decorrência de descumprimento de qualquer cláusula ou condição do instrumento contratual ou instrumento equivalente, dispositivo legal ou regulamento, por sua parte, inclusive os horários dos serviços.

j) A CONTRATADA deverá manter os veículos sempre limpos para o serviço, conforme orientação do CONTRATANTE, devendo ser lavados por dentro e por fora, no mínimo diariamente. Sempre que ocorrer eventualidade do veículo estar sujo, este deve ser limpo imediatamente, com possibilidade de substituição do veículo se necessário. E ainda, os veículos deverão encontrar-se em perfeito estado de conservação e manutenção, abastecidos, e com a documentação exigida mantida regularizada.

k) Em caso de avaria mecânica, acidente de trânsito ou por quaisquer outras razões (p.ex, acidente, tramites burocráticos junto ao DETRAN ou legalização, manutenção, etc.), a CONTRATADA deverá substituir o veículo avariado/acidentado ou que, a juízo da CONTRATANTE, não esteja em perfeitas condições de utilização em serviço, no prazo máximo de 04 (quatro) horas, a partir da notificação feita pelo CONTRATANTE, por veículo reserva de características idênticas,

l) Providenciar a correção das deficiências, falhas ou irregularidades constatadas pela Contratante na entrega do objeto;

m) Responder por danos causados diretamente à Contratante ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo, quando da execução do contrato;



PREFEITURA DE  
**MACEIÓ**  
SAÚDE



- n) Acatar as orientações da Contratante, sujeitando-se a mais ampla e irrestrita fiscalização, prestando esclarecimentos solicitados e atendendo às reclamações formuladas;
- o) Manter todas as condições de habilitação aferidas no processo de contratação durante a vigência do contrato;
- p) Cumprir as demais disposições contidas neste Termo de Referência;
- q) Garantir a qualidade dos produtos e a regularidade do fornecimento;
- r) Fica a contratada a seguir as normas técnicas emanadas pelas autoridades de saúde relativas aos serviços que serão prestados;
- s) Aceitar, nas mesmas condições contratuais, acréscimos ou supressões ao objeto contratado, em até 50% (cinquenta por cento) do valor inicial atualizado do contrato.

**CLÁUSULA VI – DOS PREÇOS UNITÁRIOS E DO VALOR GLOBAL**

A CONTRATANTE pagará os seguintes valores à CONTRATADA:

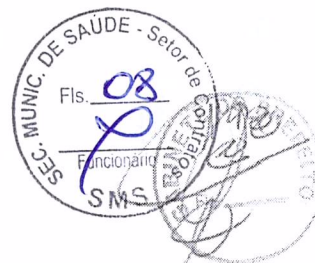
**GRUPO ÚNICO**

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	UNID.	QUANT. MENSAL.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
01	Ambulância de Transporte ( <b>Tipo A</b> ): Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação em contato permanente com a central reguladora; maca com rodas; suporte para soro e oxigênio medicinal. Obs: Contendo 1(um) condutor(a) e 1(um) Enfermeiro(a).	CHAMADOS	20 – Chamados/Ocorrências MENSALIS.		





PREFEITURA DE  
**MACEIÓ**  
SAÚDE



02	<p>Ambulância de Suporte Avançado - UTI (Tipo D):</p> <p>Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobrável; instalação de rede portátil de oxigênio como descrito no item anterior (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas); respirador mecânico de transporte; oxímetro não-invasivo portátil; monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marca-passo externo não-invasivo); bomba de infusão com bateria e equipo; maleta de vias aéreas contendo: máscaras laringeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20ml; ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína geléia e "spray"; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas adulto/infantil; fios-guia para intubação; pinça de Magyll; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem torácica; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3</p>	CHAMAD OS	20 – Chamados/o corrências MENSAIS .		
----	--	--------------	---	--	--



PREFEITURA DE  
**MACEIÓ**  
SAÚDE



<p>vias; equipo de infusão de 3 vias; frascos de soro fisiológico, ringer lactato e soro glicosado; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto como descrito nos itens anteriores; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipo para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras e aventais; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna. Para o atendimento a neonatos deverá haver pelo menos uma Incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts). A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância e conter respirador e equipamentos adequados para recém natos.</p> <p>Obs: Contendo 1(um) condutor(a), 1(um) Médico e 1(um) Enfermeiro(a).</p>				
---	--	--	--	--

➤ O valor global do presente contrato é de até R\$ 22.000,00 (vinte e dois mil reais) mensais, perfazendo o total de até R\$ 132.000,00 (cento e trinta e dois mil reais) mensais.

#### CLÁUSULA VII – DO REAJUSTE

Os valores fixados nesta avença poderão ser reajustados, para mais ou menos, de acordo com a variação do IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo), aferido pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou pelo índice que venha a substituí-lo.





PREFEITURA DE  
**MACEIÓ**  
SAÚDE



**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** De acordo com os termos da Lei nº 10.192, de 14 de fevereiro de 2001, a periodicidade do reajustamento será anual, a contar da data limite para apresentação da proposta.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** O reajuste de preços somente será efetuado mediante apresentação pela CONTRATADA de solicitação por escrito. Os valores fixados nesta avença poderão ser repactuados, desde que observado o interregno mínimo de um ano, a contar da data limite para apresentação da proposta, nos termos da Lei nº. 10.192, de 14 de fevereiro de 2001.

#### CLÁUSULA VIII – DO PAGAMENTO E DA ATUALIZAÇÃO FINANCEIRA

O pagamento será efetuado pela Contratante, de forma parcelada, de acordo com o quantitativo efetivamente entregue, através de depósito bancário em conta corrente fornecida pela contratada contados da apresentação de requerimento, nota fiscal, recibo e certidões necessárias, devidamente analisadas e atestadas pelo servidor designado pela Contratante responsável pelas ocorrências.

- a. Caso não seja totalizado o quantitativo de viagens para cada ambulância, a contratada receberá mensalmente por 10 viagens da ambulância tipo A e 10 viagens tipo da tipo D.
- b. Havendo erro na Fatura/Nota Fiscal/Recibo, ou outra circunstância que desaprove a liquidação, o pagamento será sustado, até que sejam tomadas as medidas saneadoras necessárias.
- c. Os pagamentos podem ser realizados com recursos próprios e/ou com recursos de convênios.
- d. O Contratante reterá, na fonte, sobre os pagamentos efetuados os tributos e contribuições na forma da lei.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:-** Nos casos de eventuais atrasos de pagamento, desde que a CONTRATADA não tenha concorrido de alguma forma para tanto, fica convencionado que o índice de compensação financeira devida pela CONTRATANTE, entre a data acima referida e a correspondente ao efetivo adimplemento da parcela, terá a aplicação da seguinte fórmula:

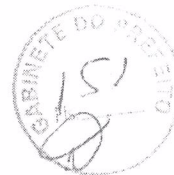
$$EM = I \times N \times VP$$

Onde:

EM = Encargos moratórios;



PREFEITURA DE  
**MACEIÓ**  
SAÚDE



- N** = Número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento;  
**VP** = Valor da parcela a ser paga;  
**I** = Índice de compensação financeira, assim apurada:

$$I = \frac{(TX)}{365}$$

365

**TX** = Percentual de Taxa Anual (6%).

$$I = \frac{(6/100)}{365}$$

365

$$I = 0,0001644$$

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** A CONTRATADA não terá direito ao recebimento da compensação financeira de que trata o Parágrafo Quarto caso concorra de alguma forma para o atraso de pagamento, como, por exemplo, se não apresentar quaisquer dos documentos ou informações indicados no Termo de Referência.

#### CLÁUSULA IX – DA VIGÊNCIA

A vigência do presente contrato será de 06 (seis) meses, conforme art. 4H, da Lei Federal nº 13.979/2020, contados a partir da assinatura do contrato e tendo sua eficácia a partir da data de publicação do seu extrato no Diário Oficial do Município.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** A CONTRATADA deverá possuir condições de iniciar a prestação dos serviços pactuados a partir da data de assinatura deste contrato, observando as formalidades estabelecidas para a prestação dos serviços no Termo de Referência bem como da proposta apresentada.

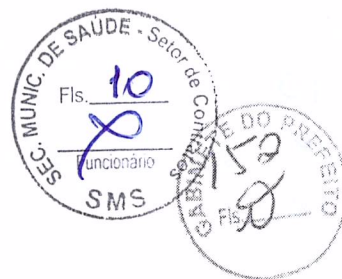
#### CLÁUSULA X – DA DESPESA

A despesa prevista nesta avença, objeto deste Contrato, correrá por conta dotação orçamentária consignada no Orçamento do Município, do corrente exercício: PROGRAMA: 180014112.09 – Enfrentamento da Emergência COVID-19; ELEMENTO DE DESPESA: 3.3.90.39.14 – Locação de Bens Móveis, Outras Naturezas e Intangíveis; e FONTE: 0.2.41.001099 – SUS COVID.





**PREFEITURA DE  
MACEIÓ**  
SAÚDE



#### **CLÁUSULA XI – DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO**

O CONTRATANTE designará representante para acompanhar e fiscalizar a execução do presente contrato, cujas responsabilidades estão previstas no Decreto Municipal nº 8.530/2017 e na Lei Federal nº 8.666/93.

#### **CLÁUSULA XIII – DAS PENALIDADES**

Em virtude da inexecução parcial ou total das condições pactuadas, erro ou mora na execução, poderão ser aplicadas à CONTRATADA as sanções previstas no Termo de Referência, sem prejuízo de outras sanções previstas na legislação vigente, garantida a prévia defesa e o contraditório.

#### **CLÁUSULA XIV – DAS SANÇÕES**

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Em caso de rescisão contratual ocasionada por dolo ou culpa da contratada, poderão ser aplicadas as seguintes sanções:

- a) multa mínima de 5% (cinco por cento) e máxima de 10% (dez por cento), calculada sobre o valor total estimado do contrato;
- b) suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com este Município, pelo período de até dois anos; ou
- c) suspensão temporária do direito de participar de licitação e contratar com o Município e descredenciamento no SICAF, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, nos termos do art. 7º. da Lei nº 10.520/2002.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Constituem motivo para rescisão do contrato os indicados nos artigos 77 e 78 da Lei nº 8.666/93.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** As sanções previstas no parágrafo primeiro desta cláusula poderão ser aplicadas cumulativamente com as indicadas no caput da cláusula anterior.

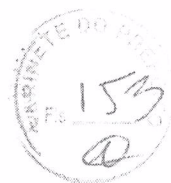
**PARÁGRAFO QUARTO:** A empresa ficará isenta das penalidades mencionadas se comprovado impedimento, ou a ocorrência tenha sido de caso fortuito ou de força maior, devidamente justificada e aceita pela Administração.

**PARÁGRAFO QUINTO:** As multas previstas, caso sejam aplicadas, serão descontadas por ocasião de pagamentos futuros ou serão pagas por meio de Guia de Recolhimento do Município (GRM), no prazo que o despacho de sua aplicação fixar.

**PARÁGRAFO SEXTO:** As penalidades fixadas nesta cláusula serão aplicadas através de Processo Administrativo a cargo do setor competente deste Órgão, no qual serão assegurados à empresa o contraditório e a ampla defesa.



PREFEITURA DE  
**MACEIÓ**  
SAÚDE



#### CLÁUSULA XV – DA RESCISÃO

A presente relação contratual poderá ser rescindida nas hipóteses fixadas nesta cláusula, respeitado o contraditório e ampla defesa e garantida a tutela do interesse público.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** A rescisão poderá ser unilateral, a critério da CONTRATANTE, nos seguintes casos:

- a) inadimplemento parcial ou total de quaisquer obrigações contidas no Termo de Referência;
- b) subcontratação total da execução do objeto; e,
- c) nas hipóteses previstas no art. 78, incisos IX, X, XI, XII e XVIII, da Lei 8.666/93.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Também poderá ensejar a rescisão contratual, a ocorrência de quaisquer das hipóteses albergadas nos incisos XIII, XIV, XV, XVI e XVII do art. 78 da Lei 8.666/93, desde que haja pedido formal da CONTRATADA com a devida comprovação dos fatos alegados.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** A rescisão contratual poderá ser amigável, por acordo entre as partes, desde que não prejudicial à tutela do interesse público.

**PARÁGRAFO QUARTO:** Na ocorrência de rescisão contratual, ficam assegurados os direitos da Administração contidos no art. 80 da Lei 8.666/93, sem prejuízo de quaisquer outros previstos pela legislação específica.

**PARÁGRAFO QUINTO:** Nos casos em que a rescisão contratual decorra de situações enquadradas nas hipóteses dos incisos XII a XVII do art. 78 da Lei 8.666/93, a CONTRATADA fará jus aos seguintes direitos, desde que não tenha concorrido para o fato e requeira formalmente:

- a) Indenização de eventuais prejuízos comprovadamente sofridos; e,
- b) Pagamentos referentes às obrigações já adimplidas.

#### CLÁUSULA XVI – DA PUBLICAÇÃO E DA EFICÁCIA

A eficácia interpartes do presente contrato fica condicionada à publicação de seu extrato no Diário Oficial do Município (DOM), à luz do que preceitua o art. 61, parágrafo único, da Lei nº 8.666/93.

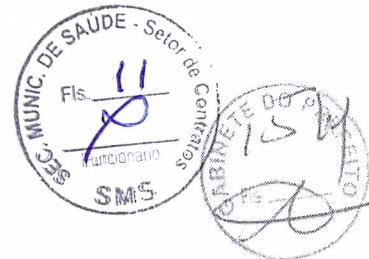
**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Havendo a publicação no prazo estabelecido no dispositivo legal indicado no *caput* desta cláusula, o termo inicial de sua eficácia contará a partir da data de sua assinatura ou outro prazo pactuado;

*Handwritten signature/initials.*

*Handwritten signature/initials.*



PREFEITURA DE  
**MACEIÓ**  
SAÚDE




**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Havendo a publicação após o prazo estabelecido no dispositivo legal indicado no *caput* desta cláusula, o termo inicial de sua eficácia contará a partir da data de sua publicação.

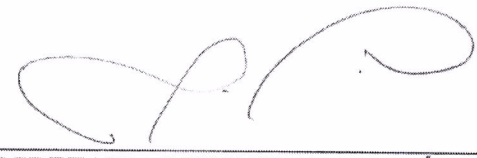
**CLÁUSULA XVII – DO FORO**

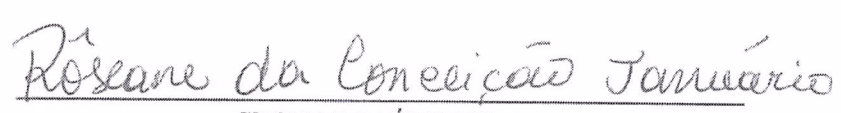
Para dirimir questões oriundas do presente contrato será competente o foro da Cidade de Maceió, Estado de Alagoas.

E, por estarem justos e de pleno acordo com as cláusulas e condições aqui pactuadas, firmam o presente em duas vias de igual teor e forma.

Maceió/AL, 18 de Junho de 2020.

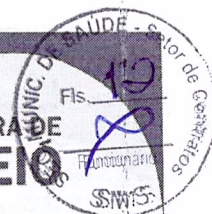
  
\_\_\_\_\_  
**MUNICÍPIO DE MACEIÓ**  
**RUI SOARES PALMEIRA**  
**CONTRATANTE**

  
\_\_\_\_\_  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**JOSÉ THOMAZ NONÔ**  
**INTERVENIENTE**

  
\_\_\_\_\_  
**CRONOS SAÚDE LTDA**  
**CONTRATADA**



**EM BRANCO**



ANO XXIII - Maceió/AL, Sexta-Feira, 19 de Junho de 2020 - Nº 5985

**EXPEDIENTE:**  
**DIÁRIO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE MACEIÓ**

- 01 - PREFEITO DE MACEIÓ  
**RUI SOARES PALMEIRA**
- 02 - VICE-PREFEITO  
**MARCELO PALMEIRA CAVALCANTE**
- 03 - GABINETE DE GOVERNANÇA – GGOV  
**ÍRIA ROCHA CAVALCANTE DE ALMEIDA**
- 04 - SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO – SMG  
**JAILTON SANTOS COSTA**
- 05 - PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO – PGM  
**DIOGO SILVA COUTINHO**
- 06 - SECRETARIA MUNICIPAL DE CONTROLE INTERNO – SMCI  
**NEANDER TELES ARAÚJO**
- 07 - SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SEMAS  
**LUIZ HENRIQUE LIMA ALVES PINTO**
- 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE COMUNICAÇÃO – SECOM  
**ELIANE ALBUQUERQUE DE AQUINO**
- 09 - SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E MEIO AMBIENTE – SEDET  
**ROSA MARIA BARROS TENÓRIO**
- 10 - SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO – SEMED  
**ANA DAYSE REZENDE DOREA**
- 11 - SECRETARIA MUNICIPAL DE ECONOMIA – SEMEC  
**FELIPE DE MIRANDA FREITAS MAMEDE**
- 12 - SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO – SEMGE  
**REINALDO BRAGA DA SILVA JÚNIOR**
- 13 - SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA – SEMINFRA  
**MAC MERRHON LIRA PAES**
- 14 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SEGURANÇA COMUNITÁRIA E CONVÍVIO SOCIAL – SEMSCS  
**ENIO BOLIVAR DE ALBUQUERQUE**
- 15 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS  
**JOSÉ THOMAZ DA SILVA NONÔ NETTO**
- 16 - SECRETARIA MUNICIPAL DE TRABALHO, ABASTECIMENTO E ECONOMIA SOLIDÁRIA – SEMTABES  
**FLÁVIO SARAIVA DA SILVA**
- 17 - SECRETARIA MUNICIPAL DE TURISMO, ESPORTE E LAZER – SEMTEL  
**JAIR GALVÃO FREIRE NETO**
- 18 - AGÊNCIA MUNICIPAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DELEGADOS – ARSER  
**RODRIGO BORGES FONTAN**
- 19 - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE MACEIÓ – IPREV  
**FABIANA TOLEDO VANDERLEI DE AZEVEDO**
- 20 - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE AÇÃO CULTURAL – FMAC  
**VÂNIA LUÍZA BARREIROS AMORIM**
- 21 - SUPERINTENDÊNCIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL - SUDES  
**GUSTAVO ALBERTO ACIOLI DE PAIVA TORRES**
- 22 - SUPERINTENDÊNCIA MUNICIPAL DE ILUMINAÇÃO DE MACEIÓ – SIMA  
**CÍCERO RODRIGO CAVALCANTE FERREIRA**
- 23 - SUPERINTENDÊNCIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES E TRÂNSITO – SMTT  
**ANTÔNIO JOSÉ GOMES DE MOURA**
- 24 - COMPANHIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, RECURSOS HUMANOS E PATRIMÔNIO – COMARHP  
**VIVIA LÚCIA DE JESUS MELLO**

O Diário Oficial Eletrônico do Município de Maceió é uma solução voltada à modernização e transparência da gestão municipal.

**MUNICÍPIO DE MACEIÓ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ**

**GABINETE DO PREFEITO - GP**  
**SÚMULA DO CONTRATO DE Nº. 047/2020.**

**DAS PARTES:** O MUNICÍPIO DE MACEIÓ, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 12.200.135/0001-80, por intermédio da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 00.204.125/0001-33e a empresa **BIOFIX COMÉRCIO DE PRODUTOS ORTOPÉDICOS E HOSPITALARES EIRELI - ME**, inscrita no CNPJ sob o nº. 34.056.519/0001-03.

**DO OBJETO:** Aquisição de Materiais e equipamentos hospitalares, dentre outros, em caráter de urgência, para o enfrentamento da emergência de Saúde Pública (COVID-19) de acordo com a Lei nº. 13.979 de 06 de Fevereiro de 2020 e o Decreto Municipal nº. 8.896/2020.

**DA DESPESA:** A despesa prevista nesta avença, objeto deste Contrato correrão por conta dotação orçamentária consignada no Orçamento do Município, do corrente exercício, da seguinte forma:  
Sub-ção: 18001.4112.09 – Enfrentamento da emergência (COVID-19),  
Elemento de Despesa: 3.3.90.30 – Material de Consumo,  
Fonte de Recursos 0.2.41.001002 – Média e Alta Complexidade.

**DO VALOR:** O valor do presente Contrato é de R\$ 344.054,50 (Trezentos e quarenta e quatro mil, cinquenta e quatro reais e cinquenta centavos).

**DA VIGÊNCIA:** O presente Contrato terá vigência por 06 (seis) meses contados da data de sua assinatura, com eficácia a partir da publicação da súmula contratual no Diário Oficial Eletrônico do Município de Maceió, a partir de quando as obrigações assumidas pelas partes serão exigíveis, podendo ser prorrogado por iguais períodos, enquanto perdurar a necessidade de enfrentamento dos efeitos da situação de emergência de saúde pública.

Maceió/AL, 18 de Junho de 2020.

**RUI SOARES PALMEIRA**  
Prefeito de Maceió

**Publicado por:**  
Evandro José Cordeiro  
**Código Identificador:3BBE21F3**

**GABINETE DO PREFEITO - GP**  
**SÚMULA DO CONTRATO DE Nº. 073/2020.**

**DAS PARTES:** O MUNICÍPIO DE MACEIÓ, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 12.200.135/0001-80, por intermédio da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 00.204.125/0001-33, e a empresa **CRONOS SAÚDE LTDA. - ME**, inscrita no CNPJ sob o nº. 35.956.308/0001-90.

**DO OBJETO:** Contratação para prestação de serviços de locação de 02 (duas) ambulâncias, sendo uma tipo "A" com Unidade de suporte básico (Condutor e enfermeiro) e outra do tipo D com suporte do UTI (condutor, enfermeiro e médico).

**DA DESPESA:** A despesa prevista nesta avença, objeto deste Contrato correrão por conta dotação orçamentária consignada no Orçamento do Município, do corrente exercício, da seguinte forma:



Sub-çãos: 18.001.4112.09 – Enfrentamento da emergência (COVID-19)  
 Elemento de Despesa: 3.3.90.30 – Material de Consumo,  
 Fonte de Recursos: 0.2.41.001002 – Média e Alta Complexidade.

**DO VALOR:** O valor do presente Contrato é de R\$ 132.000,00 (Cento e trinta e dois mil reais).

**DA VIGÊNCIA:** O presente Contrato terá vigência por 06 (seis) meses contados da data de sua assinatura, com eficácia a partir da publicação da súmula contratual no Diário Oficial Eletrônico do Município de Maceió, a partir de quando as obrigações assumidas pelas partes serão exigíveis, podendo ser prorrogado por iguais períodos, enquanto perdurar a necessidade de enfrentamento dos efeitos da situação de emergência de saúde pública.

Maceió/AL, 18 de Junho de 2020.

**RUI SOARES PALMEIRA**  
 Prefeito de Maceió

**Publicado por:**  
 Evandro José Cordeiro  
**Código Identificador:**356AA3B5

**GABINETE DO PREFEITO - GP**  
**PORTARIA Nº. 0892 MACEIÓ/AL, 18 DE JUNHO DE 2020.**

**O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE MACEIÓ**, no uso de suas atribuições e prerrogativas legais,

**RESOLVE:**

Nomear **ANTÔNIO SEVERINO DE OLIVEIRA**, para o cargo em comissão de Assessor, Símbolo **DAS-2**, CPF nº. **048.676.254-85**, do(a) **SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO - SEMGE**, do Quadro de Pessoal do Poder Executivo Municipal.

**RUI SOARES PALMEIRA**  
 Prefeito de Maceió

**Publicado por:**  
 Evandro José Cordeiro  
**Código Identificador:**87A93187

**SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO - SMG**  
**RESOLUÇÃO Nº. 003 MACEIÓ/AL, 18 DE JUNHO DE 2020.**

**O CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA MULHER DA CIDADE DE MACEIÓ- CODIM**, no uso de suas atribuições legais,

**CONSIDERANDO** a Lei nº. 6.629 de 19 de Abril de 2017, sua alteração pela Lei nº. 6.938 de 07 de Outubro de 2019 e a Portaria nº. 0635 de 02 de Março de 2020,

**CONSIDERANDO** a deliberação da **REUNIÃO ORDINÁRIA** realizada no dia 16 de Junho de 2020, às 9h, na modalidade telepresencial, em atendimento ao Decreto Estadual nº. 70.066 de 09 de Junho de 2020 e o Decreto Municipal nº. 8.902 de 12 de Junho de 2020, que dispõe sobre as medidas de enfrentamento à Pandemia de (COV/D-19),

**RESOLVE:**

**Art. 1º - APROVAR** o Regimento Interno do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher da Cidade de Maceió.

**Art. 2º -** Esta Resolução entrará em vigor na data da sua publicação.

**MARINA VILELA TOLEDO**  
 Presidente do CODIM

**REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA MULHER DA CIDADE DE MACEIÓ – CODIM**

**INSTITUI O REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA MULHER DA CIDADE DE MACEIÓ – CODIM, PARA PROMOVER, FISCALIZAR E INSTITUIR POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS MULHERES EM TODO TERRITÓRIO DO MUNICÍPIO DE MACEIÓ.**

**CAPÍTULO I - DA FINALIDADE, DOS OBJETIVOS, DA NATUREZA E COMPETÊNCIA.**

**Art. 1º -** O Conselho Municipal dos Direitos da Mulher da Cidade de Maceió – CODIM, com sede e foro no Município de Maceió, criado pela Lei Municipal nº 6.629 de 19 de abril de 2017 e alterado pela Lei Municipal nº 6.938 de 07 de Outubro de 2019, é órgão permanente, consultivo, deliberativo, formulador, controlador, de acompanhamento, fiscalização e avaliação das políticas públicas e ações voltadas para a mulher no âmbito do Município de Maceió, sendo responsável pela deliberação dessas políticas, bem como das ações dela decorrentes, de atendimento, defesa e garantia dos direitos da mulher na concepção de gênero, em consonância com a Política Nacional para Mulheres.

**Seção I - Da finalidade**

**Art. 2º -** O CODIM tem a finalidade de discutir, propor e encaminhar as diretrizes para as Políticas Públicas para as Mulheres no município de Maceió, sob a ótica de gênero com recorte de raça e etnia, respeitando as diferentes demandas de diversas faixas de idade, a livre orientação sexual e religiosa, destinadas a garantir a igualdade de oportunidades e de direitos entre homens e mulheres, de forma a assegurar à população feminina o pleno exercício de cidadania, na perspectiva de sua autonomia e emancipação da mulher no processo social, econômico e cultural.

**Seção II - Do objetivo**

**Art. 3º -** O CODIM tem por objetivos:

I Promover estudos, debates e pesquisas relativas à mulher na concepção de gênero.

II Participar ativamente com os órgãos governamentais na elaboração e realização de programas e projetos de interesse das mulheres na concepção de gênero.

III Propor medidas objetivas na área de saúde, educação, trabalho, cultura, materno-infantil jurídica, comunicação e político institucional.

IV Zelar pela implantação, defesa e promoção dos direitos das mulheres na concepção de gênero.

V Fiscalizar e fazer cumprir a legislação pertinente.

**Parágrafo único.** O disposto nos incisos I a V constitui um rol exemplificativo e não exclui outros previstos na legislação assecutoria dos direitos da mulher e da igualdade de gênero.

**Seção III – Da natureza**

**Art. 4º -** CODIM é um órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo, normativo e consultivo, de composição paritária entre o governo e a sociedade civil, responsável pelo acompanhamento, fiscalização e avaliação da Política Nacional e pela deliberação da Política Municipal para Mulheres, bem como as ações dela decorrentes, de atendimento, defesa e garantia dos direitos da mulher, em consonância com a Política Nacional

§1º Como órgão normativo, poderá expedir resoluções, formulando, definindo prioridades, disciplinando políticas públicas para as mulheres e normatizando o funcionamento de entidades e/ou programas governamentais e não governamentais no âmbito municipal.

§2º Como órgão consultivo, emitirá pareceres sobre todas as consultas que a ele forem dirigidas, após aprovação pelo Plenário.

§3º Como órgão deliberativo, reunir-se-á em reuniões ordinárias e extraordinárias, decidindo após discussão, por maioria simples de voto, todas as questões de sua competência.

§4º Como órgão fiscalizador, poderá inscrever e fiscalizar as entidades e/ou programas governamentais e não governamentais de atendimento à mulher, nas áreas das políticas públicas.





da Pandemia do (COVID-19) e em decorrência da criação de 02 (duas) Unidades Sentinela para triagem de pacientes com a Síndrome Gripal em Maceió/AL, com arrimo disposto na Lei Federal de nº. 13.979/2020 e no Decreto Municipal de nº. 8.861 de 30 de Março de 2020, nos termos do Processo Administrativo nº. 05800.030876/2020.

Maceió/AL, 16 de Junho de 2020.

**JOSÉ THOMAZ DA SILVA NONÔ NETTO**  
Secretário Municipal de Saúde/SMS

**\*Republicado por Incorreção.**

**Publicado por:**  
Evandro José Cordeiro  
**Código Identificador:**AAD9A237

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS**  
**TERMO DE RATIFICAÇÃO**

**RATIFICO a DISPENSA DE LICITAÇÃO** em favor da empresa **CRONOS SAÚDE LTDA. - ME**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº.35.956.308/0001-90, no valor total de R\$ 132.000,00 (Cento e trinta e dois mil reais), referente à Locação de Ambulâncias para as Unidades de Triagem em Síndromes Gripais, essenciais ao enfrentamento da emergência decorrente da Pandemia do (COVID-19), com arrimo disposto na Lei Federal de nº. 13.979/2020, e no Decreto Municipal de nº. 8.861 de 30 de Março de 2020, nos termos do Processo Administrativo nº. 05800.032944/2020.

Maceió/AL, 16 de Junho de 2020.

**JOSÉ THOMAZ DA SILVA NONÔ NETTO**  
Secretário Municipal de Saúde/SMS

**\*Republicado por Incorreção.**

**Publicado por:**  
Evandro José Cordeiro  
**Código Identificador:**642D0D9D

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS**  
**TERMO DE NOTIFICAÇÃO**

**REFERÊNCIA: TERMO DE NOTIFICAÇÃO**  
**PROCESSOS: 6700.14636/2019**

**REQUERENTE:** José Thomaz da Silva Nonô Netto

Fica a empresa **BE LIFE INDÚSTRIA COMÉRCIO IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO DE MATERIAIS HOSPITALARES LTDA. - EPP**, CNPJ nº. 26.402.053/0001-22, **NOTIFICADA**, nos termos do art. 5º, LIV e LV, da Constituição da República e dos arts. 7º; 24; 26, §§ 3º/4º; 28 e 66 da Lei Federal nº 9.784/1999, acerca das **ordens de Fornecimento nº 115/2020 e 180/2020**, correspondentes respectivamente as **notas de empenho nº 527/2020 e 2066/2020**, oriundas da **Ata de Registro de Preços nº 397/2019, Pregão Eletrônico nº 74/2019**; tendo o prazo de **5 (cinco)** dias úteis, contados da cientificação oficial deste termo, para efetuar a entrega total dos produtos integrantes da ordem de fornecimento na CAF, ou, se manifestar sobre o descumprimento da obrigação, o não cumprimento da obrigação poderá ensejar a aplicação de penalidades, conforme legislação aplicável a espécie. Por fim poderá apresentar as justificativas que julgar necessárias, dirigidas à Coordenação Geral de Farmácia e Bioquímica, sala 303, situado no 3º andar desta Secretaria, no horário de 08h00min às 14h00min. Fica V.Sa. ciente de que poderá comparecer pessoalmente ou fazer-se representar por procurador constituído por procuração com poderes específicos para tratar sobre o assunto, bem como o processo administrativo terá continuidade independente de seu comparecimento.

Para constar, eu, Venício Teixeira Rocha, Farmacêutico, coordenador Geral de Farmácia e Bioquímica da SMS, matrícula nº 942909-3, lavro a presente notificação.

Maceió/AL, 15 de Junho de 2020.

**JOSÉ THOMAZ DA SILVA NONÔ NETTO**  
Secretário Municipal de Saúde/SMS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS**  
**TERMO DE NOTIFICAÇÃO**

**REFERÊNCIA: TERMO DE NOTIFICAÇÃO**  
**PROCESSOS: 6700.102620/2018**

**REQUERENTE:** José Thomaz da Silva Nonô Netto

Fica a empresa **BIODIAG DIAGNÓSTICA E HOSPITALAR LTDA - EPP**, CNPJ nº 20.273.404/0001-66, **NOTIFICADA**, nos termos do art. 5º, LIV e LV, da Constituição da República e dos arts. 7º; 24; 26, §§ 3º/4º; 28 e 66 da Lei Federal nº 9.784/1999, acerca da **Ordem de Fornecimento nº 113/2020**, correspondente a **nota de empenho nº 528/2020**, oriunda da **Ata de Registro de Preços nº 261/2019, Pregão Eletrônico nº 37/2019**; tendo o prazo de **5 (cinco)** dias úteis, contados da cientificação oficial deste termo, para efetuar a entrega total dos produtos integrantes da ordem de fornecimento na CAF, ou, se manifestar sobre o descumprimento da obrigação, o não cumprimento da obrigação poderá ensejar a aplicação de penalidades, conforme legislação aplicável a espécie. Por fim poderá apresentar as justificativas que julgar necessárias, dirigidas à Coordenação Geral de Farmácia e Bioquímica, sala 303, situado no 3º andar desta Secretaria, no horário de 08h00min às 14h00min. Fica V.Sa. ciente de que poderá comparecer pessoalmente ou fazer-se representar por procurador constituído por procuração com poderes específicos para tratar sobre o assunto, bem como o processo administrativo terá continuidade independente de seu comparecimento.

Para constar, eu, Venício Teixeira Rocha, Farmacêutico, coordenador Geral de Farmácia e Bioquímica da SMS, matrícula nº 942909-3, lavro a presente notificação.

Maceió/AL, 15 de Junho de 2020.

**JOSÉ THOMAZ DA SILVA NONÔ NETTO**  
Secretário Municipal de Saúde/SMS

**Publicado por:**  
Evandro José Cordeiro  
**Código Identificador:**D2C03220

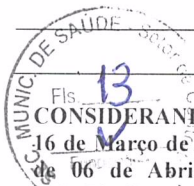
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS**  
**TERMO DE NOTIFICAÇÃO**

**REFERÊNCIA: TERMO DE NOTIFICAÇÃO**  
**PROCESSOS: 5800.018939/2019**

**REQUERENTE:** José Thomaz da Silva Nonô Netto

Fica a empresa **GRADUAL COMÉRCIOS E SERVIÇOS EIRELI - ME**, CNPJ nº 12.040.718/0001-90, **NOTIFICADA**, nos termos do art. 5º, LIV e LV, da Constituição da República e dos arts. 7º; 24; 26, §§ 3º/4º; 28 e 66 da Lei Federal nº 9.784/1999, acerca das **Ordens de Fornecimento nº 160/2020 e 112/2020**, correspondentes respectivamente as **notas de empenho nº 1612/2020 e 598/2020**, oriundas da **Ata de Registro de Preços nº 476/2019, Pregão Eletrônico nº 100/2019**; tendo o prazo de **5 (cinco)** dias úteis, contados da cientificação oficial deste termo, para efetuar a entrega total dos produtos integrantes da ordem de fornecimento na CAF, ou, se manifestar sobre o descumprimento da obrigação, o não cumprimento da obrigação poderá ensejar a aplicação de penalidades, conforme legislação aplicável a espécie. Por fim poderá apresentar as justificativas que julgar necessárias, dirigidas à Coordenação Geral de Farmácia e Bioquímica, sala 303, situado no 3º andar desta Secretaria, no horário de 08h00min às 14h00min. Fica V.Sa. ciente de que poderá comparecer pessoalmente ou fazer-se representar por procurador constituído por procuração com poderes específicos para tratar sobre o assunto, bem como o processo administrativo terá continuidade independente de seu comparecimento.





**CONSIDERANDO** os DECRETOS MUNICIPAIS de nº. 8.846 de 16 de Março de 2020, nº. 8.861 de 30 de Março de 2020, nº. 8.864 de 06 de Abril de 2020, nº. 8.869 de 2020 (Decretação de Calamidade Pública) e o de nº. 8.877 de 06 de Maio de 2020, que dispõem sobre novas medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19);

**CONSIDERANDO** os reflexos das infecções pelo novo coronavírus (COVID-19), bem como seu potencial contagioso determinando o afastamento social como maior premissa de diminuição do contágio;

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Por designar a validade da realização das **REUNIÕES ORDINÁRIAS** e **EXTRAORDINÁRIAS** do Colegiado e das Comissões Permanentes por meios virtuais, enquanto durar a pandemia do (COVID-19);

**Art. 2º** - Plenário

I - As Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do Plenário poderão ser realizadas por meio de *ferramentas online*.

II - As reuniões do Plenário serão gravadas.

**Art. 3º** - Comissões Permanentes

I - As Comissões poderão realizar os trabalhos por meio de *ferramentas on-line* de conversa e/ou de texto, tais como: e-mail, whatsapp, videoconferências, chamadas de vídeos etc. a ser definida pelos participantes;

**Art. 4º** - As Atas continuarão a ser enviadas por e-mail para leitura prévia e aprovação em plenária, quando da reunião;

**Art. 5º** - Para agilizar processos decisórios sobre pauta urgente, será encaminhado e-mail a todos os conselheiros, com a apresentação do tema, exposição de motivos e a posição da Presidência, sendo a votação realizada da seguinte forma:

I - Os conselheiros receberão e-mail enviado pela Secretaria Executiva;

II - Os conselheiros deverão responder o e-mail, dentro do prazo determinado, votando nas opções "A favor", "Contra" ou "Abstenção" ao pleito encaminhado;

III - os votos serão computados e as decisões irão considerar o quórum mínimo da plenária, para aprovação ou reprovação;

IV - O voto por e-mail do Conselheiro suplente será válido na ausência do voto do Conselheiro Titular.

**Art. 6º** - As reuniões e deliberações tomadas desde o princípio do isolamento social, determinado pelas autoridades competentes, são consideradas válidas.

**Art. 7º** - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

**MARINA VILELA TOLEDO**  
Presidente do COMPAD

**Publicado por:**  
Evandro José Cordeiro  
**Código Identificador:**740FBD7A

**SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - SEMAS**  
**TERMO DE RATIFICAÇÃO**

**RATIFICO** a **DISPENSA DE LICITAÇÃO** em favor da empresa **ASSCONT CONTABILIDADE LTDA. - EPP**, inscrita no CNPJ sob o nº. 32.039.791/0001-50, que tem por objeto a contratação de assessoria contábil no valor de **R\$ 7.550,00 (Sete mil, quinhentos e cinquenta reais)** com o fito de atender as necessidades do **CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CMAS**

gerido por esta **SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - SEMAS**, em conformidade com o que preconiza o inciso II, do Art. 24, da Lei nº. 8.666/1993 e demais disposições normativas aplicáveis à espécie nos termos do Processo Administrativo nº. 03000.003229/2018.

Maceió/AL, 16 de Junho de 2020.

**LUIZ HENRIQUE LIMA ALVES PINTO**

Secretário Municipal de Assistência Social/SEMAS

**Publicado por:**  
Evandro José Cordeiro  
**Código Identificador:**F5111F4E

**SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA - SEMINFRA**  
**AVISO DE RESULTADO DE LICITAÇÃO PÓS-RECURSO E CONTRARRAZÕES DA CONCORRÊNCIA PÚBLICA Nº. 10/2019**

A **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÕES DE OBRAS E SERVIÇOS DE ENGENHARIA - CPLOSE DA SEMINFRA/MUNICÍPIO DE MACEIÓ**, instituída pela Lei nº. 6.132/2012 e pela Portaria nº. 0815 de 23 de Abril de 2020, que, após a interposição de recurso administrativo das interessadas e da concessão de prazo para contrarrazões, do procedimento licitatório na modalidade Concorrência Pública nº. 10/2019, cujo objeto a contratação de empresa no ramo da construção civil para execução de serviços de Terraplenagem, Drenagem de Águas Pluviais e Pavimentação nas ruas: Francisco Holanda Cavalcante Filho, Benedito Loureiro, Av. Costa Nabal, Av. Joana D'arc, Av. Otacílio Holanda, Av. Pajuçara, Av. Tancredo Neves, Av. Teotônio Vilela, Loteamento João Paulo VI, Rua Cristina Braga, Rua da Paz, Rua Divaldo Suruagy, Rua Florêncio de Abreu, Rua São Pedro, Rua Santa Luzia, Rua Tancredo Neves e Travessa Hailton dos Santos, localizadas na parte alta (Village Campestre II), após sessão realizada em 20 de maio de 2020, sagrou-se **VENCEDORA** a empresa **FP CONSTRUTORA LTDA**, CNPJ nº. 41.160.680/0001-98, com a proposta de preço no valor de **R\$ 10.647.589,87 (Dez milhões, seiscentos e quarenta e sete mil, quinhentos e oitenta e nove reais e oitenta e sete centavos)**.

Maceió/AL, 16 de Junho de 2020.

**JOSÉ MARÇAL DE ARANHA FALCÃO FILHO**  
Matrícula nº. 952.032-5  
Diretoria de Comissão de Licitação

**Publicado por:**  
Evandro José Cordeiro  
**Código Identificador:**122C8A51

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS**  
**TERMO DE RATIFICAÇÃO**

**RATIFICO** a **DISPENSA DE LICITAÇÃO** em favor das empresas **MAIS ÉTICA COMERCIAL EIRELI - EPP**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 29.795.338/0001-69, a qual ofertou o menor valor pra o item 14, totalizando **R\$ 3.487,12 (Três mil, quatrocentos e oitenta e sete reais e doze centavos)**, a empresa **REDMED COMÉRCIO E LOCAÇÕES EIRELI - ME**, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ sob o nº. 13.047.802/0001-07, a qual ofertou o menor valor para os itens 1, 2 e 3, totalizando **R\$ 12.700,80 (Doze mil, setecentos reais e oitenta centavos)** e a empresa **BIOFIX COMÉRCIO DE PRODUTOS ORTOPÉDICOS E HOSPITALARES EIRELI - ME**, (CASA DO ORTOPEDISTA), pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ sob o nº. 34.056.519/0001-03, esta ofertou o menor valor para os itens 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17 e 18, totalizando **R\$ 344.054,50 (Trezentos e quarenta e quatro mil e cinquenta e quatro reais e cinquenta centavos)**, Restando o Menor Valor Total estabelecido em **R\$ 360.242,42 (Trezentos e sessenta mil, duzentos e quarenta e dois reais e quarenta e dois centavos)** e conforme resultado de cotação às fls. 177 e 179 dos autos, referente à aquisição de Equipamentos, essenciais ao enfrentamento da emergência decorrente



Miramar, s/nº. - Quadra L - Lote 38 - Bairro: São Jorge - Maceió/AL - CEP Nº. 57.044-102, vencedora do referido certame, conforme documentação apresentada no processo administrativo supracitado e proposta de preço no valor de R\$ 762.979,37 (Setecentos e sessenta e dois mil, novecentos e setenta e nove reais e trinta e sete centavos), nos termos da Lei nº. 8.666/1993 e alterações.

Maceió/AL, 15 de Junho de 2020.

**JOSÉ THOMAZ DA SILVA NONÔ NETTO**  
Secretário Municipal de Saúde/SMS

Publicado por:

Evandro José Cordeiro

Código Identificador:B65D8DE7

#### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS HOMOLOGAÇÃO E ADJUDICAÇÃO

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso das suas atribuições e prerrogativas legais, tendo em vista a decisão da Comissão Permanente de Licitações de Obras e Serviços de Engenharia - CPLOSE, após cumpridas todas as formalidades legais, **RESOLVE:**

**HOMOLOGAR** o Certame Licitatório, na modalidade **TOMADA DE PREÇO Nº. 03/2020, PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. 05800.051811/2019** – SMS, tendo por objeto a contratação de empresa no ramo da construção civil para execução de serviços de reforma da Unidade Básica de Saúde **ROBSON CAVALCANTE DE MELO** - Maceió/AL, a ser executado no prazo de 06 (seis) meses, contados a partir do 5º (quinto) dia útil após a emissão da ordem de serviço expedida pela Secretária Municipal de Saúde - SMS, que só ocorrerá após a publicação no Diário Oficial Eletrônico do Município de Maceió - DOEM, e **ADJUDICAR** em favor da empresa **MC CONSTRUÇÕES E EMPREENDIMENTOS LTDA. - EPP**, inscrita no CNPJ sob o nº. 19.233.416/0001-88, com sede na Avenida Fernandes Lima, nº. 1.513 - Sala 201 - CP R69 - Centro Empresarial Ruy Palmeira - Bairro: Pinheiro - Maceió/AL, vencedora do referido certame, conforme documentação apresentada no processo administrativo supracitado e proposta de preço no valor de R\$ 553.112,66 (Quinhentos e cinquenta e três mil, cento e doze reais e sessenta e seis centavos), nos termos da Lei nº. 8.666/1993 e alterações.

Maceió/AL, 15 de Junho de 2020.

**JOSÉ THOMAZ DA SILVA NONÔ NETTO**  
Secretário Municipal de Saúde/SMS

Publicado por:

Evandro José Cordeiro

Código Identificador:DC1D36F8

#### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS HOMOLOGAÇÃO E ADJUDICAÇÃO

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso das suas atribuições e prerrogativas legais, tendo em vista a decisão da Comissão Permanente de Licitações de Obras e Serviços de Engenharia - CPLOSE, após cumpridas todas as formalidades legais, **RESOLVE:**

**HOMOLOGAR** o Certame Licitatório, na modalidade **TOMADA DE PREÇO Nº. 05/2020, PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. 05800.051801/2019** – SMS, tendo por objeto a contratação de empresa no ramo da construção civil para execução de serviços de reforma da Unidade Básica de Saúde **JOÃO MACÁRIO** - Maceió/AL, a ser executado no prazo de 08 (oito) meses, contados a partir do 5º (quinto) dia útil após a emissão da ordem de serviço expedida pela Secretária Municipal de Saúde - SMS, que só ocorrerá após a publicação no Diário Oficial Eletrônico do Município de Maceió - DOEM, e **ADJUDICAR** em favor da empresa **SEABRA ENGENHARIA EIRELI** - EPP, inscrita no CNPJ sob o nº. 26.609.733/0001-11, com sede na Avenida Osman Loureiro, nº. 3.506 - Sala 527 - Bairro: Mangabeiras - Maceió/AL - CEP Nº. 57.037-630, vencedora do referido certame, conforme documentação apresentada no processo administrativo supracitado e proposta de preço no valor

de R\$ 1.100.279,23 (Um milhão, cem mil, duzentos e setenta e nove reais e vinte e três centavos), nos termos da Lei nº. 8.666/1993 e alterações.

Maceió/AL, 15 de Junho de 2020.

**JOSÉ THOMAZ DA SILVA NONÔ NETTO**  
Secretário Municipal de Saúde/SMS

Publicado por:

Evandro José Cordeiro

Código Identificador:453DD58A

#### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS PORTARIA Nº. 055 MACEIÓ/AL, 25 DE JUNHO DE 2020.

O SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ - SMS, no uso de suas atribuições e prerrogativas legais,

#### RESOLVE:

**Art. 1º - DESIGNAR** o servidor, Sr. **AMAURI DOS SANTOS ARAÚJO**, ocupante do cargo de Técnico da Rede de Atenção à Urgência e Emergência, inscrito no CPF nº. 077. 295.854-80, como fiscal do Contrato nº. 073/2020, firmado entre **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS**, e a empresa **CRONOS SAÚDE LTDA**, cujo objeto é a prestação de serviços locação de transporte de 02 (duas) ambulâncias, sendo 01 (uma) "Tipo A" com unidade de suporte básico (condutor e enfermeiro), a outra de Tipo D com suporte de UTI ( condutor, enfermeiro e médico), e, em suas ausências, faltas ou impedimentos, o substituirá a servidora, Sra. **MARIANA DE CARVALHO OLIVEIRA COELHO DA PAZ BERG**, ocupante do cargo de Gerente da Rede de Atenção à Urgência e Emergência, matrícula funcional de nº. 9491341 e inscrita no CPF sob o nº. 022.546.284-29.

**Art. 2º** - Os servidores acima, sem prejuízo de suas demais atribuições, serão responsáveis pelo cumprimento das normas estabelecidas no Decreto nº. 8530/2017 e outras que porventura lhes sejam correlatas.

**Art. 3º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

**JOSÉ THOMAZ DA SILVA NONÔ NETTO**  
Secretário Municipal de Saúde/SMS

Publicado por:

Evandro José Cordeiro

Código Identificador:589E5FD0

#### AGÊNCIA MUNICIPAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DELEGADOS - ARSER

#### CONSULTA PÚBLICA Nº. 066/2020. - PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. 05800.033230/2020.

A AGÊNCIA MUNICIPAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DELEGADOS – ARSER, avisa que realizará Consulta Pública. OBJETO: Registro de Preços para futura e eventual contratação de empresa especializada no fornecimento de medicamentos contidos na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME 9ª edição, publicada em 2014) e Relação Municipal de Medicamentos REMUME 2015, Portaria SMS Nº 218/2015, publicada no DOM de 03 de dezembro de 2015, para atender as necessidades da Secretaria de Saúde de Maceió. PERÍODO: de 07:00h do dia 01/07/2020 às 23h59min do dia 06/07/2020. INSTRUÇÕES E LOCAL: O Termo de Referência encontra-se disponível no site [www.maceio.al.gov.br](http://www.maceio.al.gov.br) no [link licitações](#). As contribuições, sugestões e questionamentos devem ser preenchidos diretamente no Formulário de Manifestação disponibilizado no mesmo site. Todas as manifestações e contribuições recebidas serão anexadas ao processo administrativo, objetivando a transparência e lisura do procedimento em questão. Informações: (082) 3312-5000 - Ramal 5134.

Maceió/AL, 26 de Junho de 2020.



**EM BRANCO**

Entretanto, é assegurado ao contribuinte o direito de interpor Recurso Voluntário ao Egrégio Conselho Tributário Municipal, consoante disposição dos art. 373 e 374, da Lei 6.685/2017.

É a decisão, que submeto às considerações finais do Coordenador da Auditoria Fiscal.

Aprovo a presente decisão.

Publique-se e dê-se Ciência.

**Coordenadoria Geral de Auditoria Fiscal – CGAF**

**Maceió/AL, em 01 de Julho de 2020.**

**JOSÉ HAROLDO LIMA DE MIRANDA**

Coordenador Geral de Auditoria Fiscal

**Publicado por:**

Evandro José Cordeiro

**Código Identificador:**953A7C0C

### SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO - SEMGE COMUNICADO

A SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO - SEMGE, por meio da DIRETORIA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO, informa que no dia 03 de Julho de 2020, os SISTEMAS da PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ, podem passar por INSTABILIDADE no acesso, devido à MANUTENÇÃO PREVENTIVA E TROCA DE EQUIPAMENTOS.

Maceió/AL, 02 de Julho de 2020.

**JOÃO GERALDO DE OLIVEIRA LIMA**

Diretor de Tecnologia da Informação

**REINALDO BRAGA DA SILVA JÚNIOR**

Secretário Municipal de Gestão/SEMG

**Publicado por:**

Evandro José Cordeiro

**Código Identificador:**4A7743BA

### SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA - SEMINFRA HOMOLOGAÇÃO

**HOMOLOGO** o resultado do processo licitatório, modalidade Pregão Eletrônico nº. 046/2020, tipo **MENOR PREÇO**, relativo ao Processo Administrativo nº. 3100/093021/2018, da **SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA - SEMINFRA**, tendo por objeto a execução do trabalho técnico social do Residencial Morada Planalto no Município de Maceió/Alagoas - Programa Minha Casa Minha Vida, sagrando-se como vencedora a empresa: **SOUZA & OLIVEIRA CONSULTORIA LTDA. - ME**, com o CNPJ nº. 18.898.467/0001-66, com sede na Rua Desembargador Tenório, nº. 226 - Apt. 102 - Condomínio Vista do Mar - Bairro: Farol - Maceió/AL - CEP Nº. 57.050-050, no valor global de R\$ 686.147,17 (Seiscentos e oitenta e seis mil, cento e quarenta e sete reais e dezessete centavos).

Maceió/AL, 02 de Julho de 2020.

**MAC MERRHON LIRA PAES**

Secretário/SEMINFRA.

**Publicado por:**

Evandro José Cordeiro

**Código Identificador:**1E26813D

### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS PORTARIA Nº. 056 MACEIÓ/AL, 02 DE JULHO DE 2020.

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS, no uso de suas atribuições e prerrogativas legais, de acordo com a Portaria nº. 299, de 02 de Janeiro de 2013, **CONSIDERANDO** o disposto no art. 67, da Lei nº. 8.666/1993,

### RESOLVE:

**Art. 1º - DESIGNAR** o servidor, Sr. **DAWSON DA SILVA CALHEIROS**, ocupante do cargo de **Coordenador Geral de Contratos e Serviços**, inscrito no CPF sob o nº. 911.780.704-25, para atuar como **Gestor dos Contratos Administrativos (Gestão Administrativa)** da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS**, ficando responsável pelo acompanhamento dos trâmites necessários a manutenção dos contratos.

**Art. 2º -** Nas ausências ou impedimentos, deverá assumir as atribuições constantes desta portaria a servidora, Sra. **DAYSE RAYANNE AMÂNCIO DE ALMEIDA**, ocupante do cargo de **Diretora de Gestão Administrativa**, inscrita no CPF sob o nº. 092.488.854-70.

**Art. 3º -** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

**JOSÉ THOMAZ DA SILVA NONÔ NETTO**

Secretário Municipal de Saúde/SMS

**Publicado por:**

Evandro José Cordeiro

**Código Identificador:**6CB3DFF7

### AGÊNCIA MUNICIPAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DELEGADOS - ARSER

**AVISO DE 2ª(SEGUNDA) ALTERAÇÃO DE EDITAL PREGÃO ELETRÔNICO CPL/ARSER - Nº. 066/2020. / UASG Nº. 926703. - PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. 6700/115388/2019.**

**Objeto: Registro de Preços para Aquisição de EPI'S**

Total de Itens Licitados: 55.

Comunicamos aos interessados, que em decorrência de acolhimento de impugnação que afetou a formulação das propostas, a licitação que ocorreria no dia 03/07/2020, fica remarcada conforme resumo abaixo: Data da Disponibilidade do Edital: A partir de 07/07/2020 de 08h00 às 12h00 e de 14h às 17h30.

Endereços: Rua Engenheiro Roberto Gonçalves Menezes, n.º 71, Centro, Maceió/AL - CEP 57.020-680, ou [www.comprasgovernamentais.gov.br/edital](http://www.comprasgovernamentais.gov.br/edital) ou <http://www.licitacao.maceio.al.gov.br/>

Entrega das Propostas: A partir de 07/07/2020 às 08h00 no site <http://www.comprasgovernamentais.gov.br/>

Abertura das Propostas: 17/07/2020 às 10h (horário de Brasília) no site <http://www.comprasnet.gov.br/>

Maceió/AL, 02 de Julho de 2020.

**DIVANILDA GUEDES DE FARIAS**

Pregoeira/ARSER

**Publicado por:**

Evandro José Cordeiro

**Código Identificador:**A37217CC

### AGÊNCIA MUNICIPAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DELEGADOS - ARSER

**AVISO DE LICITAÇÃO - PREGÃO ELETRÔNICO CPL/ARSER - Nº. 082/2020. / UASG Nº. 926703. - PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. 3000.105257/2019.**

**Objeto: Registro de preços para contratação de empresa especializada no fornecimento gêneros alimentícios (biscoitos, enlatados, condimentos, padaria).**

Total de Itens Licitados: 44.

Data da Disponibilidade do Edital: A partir de 06/07/2020 de 08h00 às 12h00 e de 14h às 17h30.

Endereços: Rua Engenheiro Roberto Gonçalves Menezes, n.º 71, Centro, Maceió/AL - CEP 57.020-680, ou [www.comprasgovernamentais.gov.br/edital](http://www.comprasgovernamentais.gov.br/edital) ou <http://www.licitacao.maceio.al.gov.br/>

Entrega das Propostas: A partir de 06/07/2020 às 08h00 no site <http://www.comprasgovernamentais.gov.br/>

**EM BRANCO**





PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO



## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: CRONOS SAUDE LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 35.956.308/0001-90

Certidão nº: 411968/2021

Expedição: 08/01/2021, às 14:01:51

Validade: 06/07/2021 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **CRONOS SAUDE LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **35.956.308/0001-90**, **NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei nº 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa nº 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

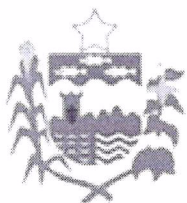
A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

### **INFORMAÇÃO IMPORTANTE**

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho ou Comissão de Conciliação Prévia.

**EM BRANCO**



**Estado de Alagoas**  
**Secretaria de Estado da Fazenda**  
**Superintendência da Receita Estadual**



**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS DE TRIBUTOS ESTADUAIS**

Certidão fornecida para o CNPJ: 35.956.308/0001-90

Nome/Contribuinte: CRONOS SAUDE LTDA

Ressalvado o direito da Fazenda Pública Estadual cobrar débitos ainda não registrados ou que venham a ser apurados, certificamos que, verificando os registros da Secretaria de Estado da Fazenda, constatamos não existir, até a presente data, pendências em nome do contribuinte acima identificado.

Obs.: Esta Certidão engloba todos os estabelecimentos do contribuinte e refere-se a débitos de natureza tributária e descumprimento de obrigações acessórias.

Certidão emitida gratuitamente com base na Instrução Normativa SEF nº. 27 de 15 de maio de 2017.

Certidão emitida nos termos do art. 78 da Lei nº 6.771/06 e do art. 255 do Decreto nº 25.370/13.

Válida até 26/01/2021

Emitida às 11:08:28 do dia 27/11/2020

Código de controle da certidão: 119B-3DAA-B8C2-4CCF

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada na página da Secretaria Executiva da Receita Estadual na internet, no endereço: [www.sefaz.al.gov.br](http://www.sefaz.al.gov.br).



**EM BRANCO**

[Voltar](#)[Imprimir](#)

### Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:**

35.956.308/0001-90

**Razão Social:**

CRONOS SAUDE LTDA

**Endereço:**

R RUA R FREI CANECA 291 SQN / FAROL / MACEIO / AL / 57055-040

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

**Validade:** 18/12/2020 a 16/01/2021**Certificação Número:** 2020121804402466926315

Informação obtida em 08/01/2021 14:03:22

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa: **[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**



**EM BRANCO**



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**  
**Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional**



**CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS  
FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

**Nome: CRONOS SAUDE LTDA**  
**CNPJ: 35.956.308/0001-90**

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. não constam inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) na Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.

Emitida às 13:31:37 do dia 27/12/2020 <hora e data de Brasília>.

Válida até 25/06/2021.

Código de controle da certidão: **C492.2D89.5E66.BB7C**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



**EM BRANCO**

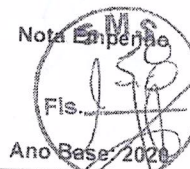




**EM BRANCO**



## PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ



<b>Unidade Gestora</b> 180001 COORDENADORIA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	<b>Número</b> 2020NE003621	<b>Data Referência</b> 30/06/2020
<b>Gestão</b> 18001 COORDENADORIA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	<b>Processo</b> 05800.032944/2020	<b>Nota Empenho Original</b>
<b>Evento</b> 400013 RC09-Emissão de Empenho da Despesa Pré-Empenhada	<b>Referência Legal</b> Lei 8666/93 art.24	<b>Pré-Empenho</b> 2020PE003877
<b>Credor</b> 35.956.308/0001-90 CRONOS SAUDE LTDA	<b>Modalidade Empenho</b> Global	<b>Empenho Centralizado</b> Não
<b>Endereço Credor</b> RUA FREI CANECA 000291 - FAROL - MACEIÓ - AL - 57055040	<b>Valor</b> 132.000,00 (Cento e Trinta e Dois Mil Reais)	
<b>Grupo Programação Financeira</b> 003 Outras Despesa Correntes	<b>Tipo Prestação Contas</b>	<b>Tipo Contrato</b> Serviços
<b>Modalidade Licitação</b> 06 Dispensa de Licitação	<b>Transação</b> 0540 Nota Empenho	<b>Obedece Ordem Cronológica</b> Sim
<b>Unidade Gestora Nota Descentralização Crédito</b>	<b>Nota Descentralização Crédito</b>	
<b>Gestão Nota Descentralização Crédito</b>	<b>Contrato</b>	
<b>Histórico</b> LOCAÇÃO DE 02 AMBULÂNCIAS PARA AS UNIDADES DE TRIAGEM EM SÍNDROMES GRIPAIS, ESSENCIAIS AO ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA DECORRENTE DA PANDEMIA DO COVID-19. SENDO UMA TIPO A COM UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (CONDUTOR E ENFERMEIRO) E OUTRA TIPO D COM SUPORTE DO UTI (CONDUTOR, ENFERMEIRO E MÉDICO). PORTARIA Nº 055. DOM 30/06/2020. DECRETO MUNICIPAL Nº 8.861, DE 30 DE MARÇO DE 2020. CONTRATO Nº 073/2020.		
<b>Entrega</b>		
<b>Data</b>	<b>Prazo</b>	<b>Limite</b>
<b>Classificação Orçamentária</b>		
<b>Esfera</b> Seguridade	<b>Unidade Orçamentária</b> 18001	<b>Programa Trabalho</b> 10 122 0022 4112 411209
<b>Função</b> 10 Saúde		<b>Subfunção</b> 122 Administração Geral
<b>Programa</b> 0022 SAÚDE COM QUALIDADE, ACESSO E EXPANSÃO DOS SERVIÇOS		<b>Ação</b> 4112 ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA COVID-19
<b>Subação</b> 411209 ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA COVID-19		<b>Fonte Recurso</b> 0.2.41.001099 SUS - COVID 19
<b>Natureza Despesa</b> 33.90.39.14 LOCAÇÃO BENS MOVEIS, OUTRAS NATUREZAS E INTANGÍVEIS		
<b>Cronograma Desembolso</b>		
<b>Janeiro</b>	<b>Fevereiro</b>	<b>Março</b>
<b>Abril</b>	<b>Maio</b>	<b>Junho</b>
<b>Julho</b>	<b>Agosto</b>	<b>Setembro</b>
<b>Outubro</b>	<b>Novembro</b>	<b>Dezembro</b>
<b>Descrição Itens</b>		
<b>Item</b>	<b>Cód. Material</b>	<b>Qtd</b>
<b>Especificação</b>		<b>Unidade Medida</b>
		<b>Valor Unitário</b>
		<b>Valor Total</b>



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ

Nota Empenho

Ano Base: 2020

<b>Unidade Gestora</b> 180001 COORDENADORIA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	<b>Número</b> 2020NE003621	<b>Data Referência</b> 30/06/2020
<b>Gestão</b> 18001 COORDENADORIA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	<b>Processo</b> 05800.032944/2020	<b>Nota Empenho Original</b>
<b>Evento</b> 400013 RC09-Emissão de Empenho da Despesa Pré-Empenhada	<b>Referência Legal</b> Lei 8666/93 art.24	<b>Pré-Empenho</b> 2020PE003877
<b>Credor</b> 35.956.308/0001-90 CRONOS SAUDE LTDA	<b>Modalidade Empenho</b> Global	<b>Empenho Centralizado</b> Não
<b>Endereço Credor</b> RUA FREI CANECA 000291 - FAROL - MACEIÓ - AL - 57055040	<b>Valor</b> 132.000,00 (Cento e Trinta e Dois Mil Reais)	

José Thomaz da S. Nonô Netto  
Ordenador Primário

Mayara Ellana da S. Lourenço  
Ordenador Secundário





**PROCESSO:** 5800.000316/2021

**INTERESSADO:** CRONOS SAÚDE

**ASSUNTO:** SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO - PERÍODO DE 01/12/2020 A 10/12/2020.

DESPACHO Nº 01/2021

**À DIRETORIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA**

Versam os autos acerca de solicitação de pagamento formulada pela empresa CRONOS SAÚDE LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 35.956.308/0001-90, relativo ao contrato nº 73/2020, cujo objeto é a prestação de serviços de locação de 2 (duas) ambulâncias sendo uma do tipo “A” com unidade de suporte básico (condutor e enfermeiro), a outra de tipo “D” com suporte de UTI (condutor, enfermeiro e médico), conforme as exigências contidas no termo de referência.

Deste modo, o valor referente aos atendimentos conforme planilha anexa na fl. 04 correspondente ao período de 01/12/2020 a 10/12/2020 é de R\$ 6.100,00 (seis mil e cem reais), segue abaixo a conta para depósito:

- **SICREDI** – Instituição Financeira Cooperativa
- **Associado:** CRONOS SAÚDE LTDA
- **Agência:** 2205
- **Conta:** 74796-3

À vista disso, acostou-se aos autos às certidões comprobatórias de regularidade fiscal: Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, Certidão Negativa de Débitos de Tributos Estaduais, Certificado de Regularidade do FGTS – CRF, Certidão Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à Dívida da União, Certidão Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos Municipais. Além disso, anexamos o Contrato e a sua respectiva Súmula, Termo de Ratificação, Nota de Empenho sob nº 2020NE003621, Portaria de Fiscal e Portaria de designação do Gestor de Contratos.

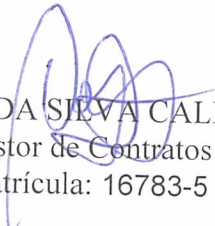
Posto isto, após ciência da DIRETORIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA e atesto do fiscal realizado pela GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, sigam os presentes autos ao GABINETE DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE



ESTADO DE ALAGOAS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO GERAL DE CONTRATOS E SERVIÇOS

SAÚDE para autorização do pagamento, em seguida à DIRETORIA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE para liquidação e pagamento.

Maceió, 15 de janeiro de 2021.

  
DAWSON DA SILVA CALHEIROS  
Gestor de Contratos  
Matrícula: 16783-5



ESTADO DE ALAGOAS  
PREFEITURA DE MACEIÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA

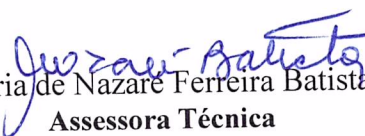


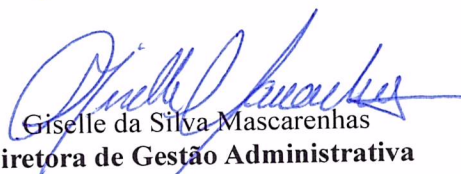
DESPACHO Nº 21/2021

PROCESSO Nº	5800.316.2021
INTERESSADO	CRONOS SAUDE
ASSUNTO	SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO

Diretoria de Gestão Administrativa 25/01/2021

1. Ciente.
2. Versam os autos acerca da solicitação de pagamento **para empresa CRONOS SAUDE LTDA**, referente aos serviços prestados DE LOCAÇÃO DE 02 AMBULÂNCIAS no período de 01/12/2020 a 10/12/2020.
3. Deste modo, remetemos os autos ao Gabinete do Secretário para dar ciência e despacho motivado, seguindo á Diretoria de Planejamento para realização do pré empenho no SIGEF.
4. Posteriormente, ao Fundo Municipal de Saúde para pagamento.

  
Maria de Nazaré Ferreira Batista  
Assessora Técnica

  
Giselle da Silva Mascarenhas  
Diretora de Gestão Administrativa



**EM BRANCO**



ESTADO DE ALAGOAS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ  
GABINETE DO SECRETÁRIO DE SAÚDE



PROCESSO Nº	05800.0316/2021
INTERESSADO	CRONOS SAÚDE LTDA

Gabinete do Secretário Municipal de Saúde em 02/02/2021

Ciente.

Cuidam os autos acerca de solicitação de pagamento da empresa CRONOS SAÚDE LTDA, CNPJ nº 35.956.308/0001-90, referente ao mês de DEZEMBRO/2020, no período de 01/12/2020 à 10/12/2020, no valor de R\$ 6.100,00 (seis mil e cem reais), que tem por objeto a prestação de serviços de transporte de pacientes, conforme Contrato nº 073/2020.

Desta feita, tendo em consideração o despacho da Coordenação Geral de Contratos e Serviços (fls. 22), sigam os autos à Gerência de Atenção as Urgências e Emergências, para conhecimento e ATESTO do fiscal.

  
Antonio Estanislau de Oliveira Neto  
Chefe de Gabinete







PREFEITURA DE  
**MACEIÓ**  
SAÚDE



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**

**DESPACHO**

**PROCESSO: 05800.000316/2021**

**INTERESSADO: CRONOS SAÚDE**

**ASSUNTO: SOLICITAÇÃO A QUITAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS  
PELA EMPRESA CRONOS NO PERÍODO DE 01/12/2020 A 03/12/2020**

**DAS 04/02/2021**

1. Ciente;
2. Processo Administrativo solicitando o pagamento de serviços prestados pela empresa Cronos saúde LTDA, referente ao período de 01/12/2020 a 03/12/2020 no valor de R\$ 6.100,00 (Seis mil e cem reais);
3. Atendendo ao solicitado nas fls. 02, **ATESTO** que o valor acima citado é referente ao mês de Dezembro (segue cronograma de solicitação de ambulância em anexo);
4. Seguem em anexo, as fichas de transferência dos pacientes, devidamente assinadas;
5. Encaminho ao **Setor de Contratos**, para conhecimento e demais providências que julgar necessário.

Silvia Mara Gomes Melo  
Matrícula 926453 - 1  
Diretora de Atenção a Saúde (DAS)

**Silvia Mara Gomes Melo**  
Diretoria de Atenção à Saúde  
DAS



EMBRANCO

1999/01/01



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**COORDENAÇÃO DE REDES / COORDENAÇÃO DE TRANSPORTES**

**CRONOGRAMA DE SOLICITAÇÃO DE AMBULÂNCIA CRONOS SAÚDE**

**DEZEMBRO 2020**

	<b>Data</b>	<b>Nome do paciente</b>	<b>Endereço</b>	<b>Fone</b>	<b>Procedência/ Horário</b>	<b>Destino</b>	<b>Motorista</b>
01	01/12/2020	Whadramys Jamerson	-----		PA Jorge Duarte	Hospital Unimed	Cronos/USB
02	01/12/2020	Jessica Aparecida dos Santos	-----		PA Jorge Duarte	Hospital Unimed	Cronos/USB
03	01/12/2020	Neuza da Silva	-----		UPA Benedito	Hospital da Mulher	Cronos/USA
04	01/12/2020	Oswaldo Gonçalves	-----		UPA Benedito	Hospital da Mulher	Cronos/USB
05	01/12/2020	Rogério Nascimento Silva	-----		UPA Benedito	UDT	Cronos/USA
06	01/12/2020	Ana Lúcia dos Santos	-----		UPA Benedito	HGE	Cronos/USB
07	02/12/2020	José Wellington dos Santos	-----		UPA Trapiche	Hospital da Mulher	Cronos/USB
08	02/12/2020	José Areutide dos Santos	-----		UPA Benedito	HGE	Cronos/USA
09	02/12/2020	Aline Candido Gusmão	-----		UPA Trapiche	Hospital da Mulher	Cronos/USB
10	02/12/2020	Gilvan Laurentiano	-----		PA Novo Mundo	UPA Trapiche	Cronos/USB





**EM BRANCO**

**FICHA DE ATENDIMENTO PRIMÁRIO**

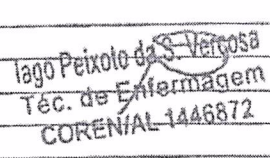
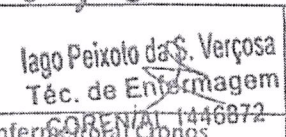
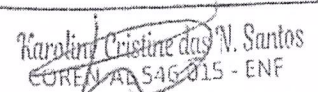
Tipo VTR:	( ) USA (X) USB	Nº da VTR:	03	Data:	01-12-16	Hora:	14:28	Tipo de Contrato:	SMS
Paciente:	Wenderson G. da Silva							D.N.:	
QTH (Origem):	( ) Residência (X) Hospital ( ) Clínica ( ) Rua ( ) Intermunicipal	Descrição:		Sintomas Gerais					
QTH (Destino):	( ) Residência (X) Hospital ( ) Clínica ( ) Rua ( ) Intermunicipal	Descrição:		Hora chegada:		14:52			
				Hora saída:		15:13			
				Hora chegada:		15:46			
				Hora saída:		16:04			
Acompanhante:				Contato:		Chegada na base:			
1. CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:									
Tipo de atendimento (X) Clínico ( ) Trauma ( ) Gineco/Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) Neo/Pediátrico ( ) Outros									
Queixa inicial: dispnéia e cefaleia, tórax e pulmão									
Comorbidades: Alergias									
2. INVESTIGAÇÃO CLÍNICA INICIAL ATUAL									
Avaliação neurológica ( ) Sedado ( ) Torporoso ( ) Agitado Escala Glasgow: O( ) V( ) M( ) Pupila( ) Total:									
Avaliação Respiratória ( ) Eupneico (X) Dispneico ( ) Taquipneico ( ) Bradipneico ( ) Cianose ( ) Tiragens									
Ausculta pulmonar: ( ) Broncoaspiração									
Dispositivos atuais: ( ) Ar Ambiente ( ) C. Orofaríngea ( ) NBZ (X) Cateter nasal ( ) Masc. Venturi/Hudson									
( ) VMNI ( ) TOT ( ) TQT OBS:									
Av. Cardiocirculatória ( ) Normocárdico ( ) Taquicárdico ( ) Bradicárdico ( ) Arritmia ( ) Pulsos periféricos (-)									
Ausculta Cardíaca ( ) Sangramento atual ( ) E. capilar >2s									
Dispositivos atuais: ( ) AVP em ( ) AVC em ( ) PICC em ( ) Soroterapia ( ) Sanilizado									
Av. TGI- ( ) Êmese ( ) Hematemese ( ) Melena ( ) Ascite ( ) Evisceração ( ) F. Operatória ( ) Outros									
Dispositivos atuais: ( ) SNG/SOG ( ) SNE ( ) Gastrostomia/Jejunostomia ( ) Colostomia ( ) Outros									
Eliminações vesicais: ( ) Anúria (X) Espontânea ( ) Fralda ( ) Uripen ( ) SVA ( ) SVD ( ) Cistostomia ( ) Outros									
Gineco/Obstétrico: ( ) Gestante ( ) Parturiente ( ) Puerpera Obs:									
SSVV: Temp: 37,5 SpO2: 97 FR: 17 FC: P.A.: 120x80 HGT: 97 Obs:									
3. ASSISTÊNCIA REALIZADA NO LOCAL									
Evolução da ocorrência Realizado atendimento com paciente que não responde e cefaleia de intensidade 9/10, em dependência em O2 L com cateter nasal a menos de 100 mmHg intercorrências.									
Iago Peixoto da S. Verçosa Téc. de Enfermagem COREN/AL 1446872									
4. ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS APÓS ATENDIMENTO INICIAL									
( ) Atendimento no local (X) Remoção ( ) Aclonamento do HomeCare ( ) Óbito no local ( ) Outros:									
Em caso de transferência/Remoção, Qual unidade:									
5. AUTORIZAÇÃO/RECUSA DO CLIENTE									
( ) Eu, _____ portador(a) do documento nº _____ autorizo a equipe desse atendimento assistencial, da Empresa Cronos Saúde, a prestar atendimento e demais encaminhamentos a mim e/ou ao meu familiar, conforme identificação acima. Assinatura: _____									
( ) Eu, _____ portador(a) do documento nº _____ estou ciente da condição do paciente acima e assumo total responsabilidade pela recusa da conduta desse serviço assistencial, isentando a Cronos Saúde e sua equipe de qualquer responsabilidade. Assinatura: _____									
6. EQUIPE RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO									
Solicitante:		Médico Regulador							
Equipe atendimento:		Machado e Pope							
Médico Cronos		Iago Peixoto da S. Verçosa Téc. de Enfermagem COREN/AL 1446872				Karoline Cristina das V. Santos COREN-AL 545.025 - ENF			
		Unidade Receptora							



**EM BRANCO**



**FICHA DE ATENDIMENTO PRIMÁRIO**

Tipo VTR:	( ) USA <input checked="" type="checkbox"/> USB Nº da VTR: <b>03</b> Data: <b>01-12-18</b> Hora: <b>14:28</b> Tipo de Contrato: <b>SMS</b>
Paciente:	<b>Leandro Aparecido dos Santos</b> D.N: _____ Nº Ficha _____ Cód: _____
QTH (Origem)	( ) Residência <input checked="" type="checkbox"/> Hospital ( ) Clínica ( ) Rua ( ) Intermunicipal ( ) UPA ( ) Outros Descrição: <b>Sudários Grupas</b>
QTH (Destino)	( ) Residência <input checked="" type="checkbox"/> Hospital ( ) Clínica ( ) Rua ( ) Intermunicipal ( ) UPA ( ) Outros Descrição: _____
Acompanhante:	Contato: _____ Chegada na base: <b>16:13</b>
<b>1. CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:</b>	
Tipo de atendimento <input checked="" type="checkbox"/> Clínico ( ) Trauma ( ) Gineco/Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) Neo/Pediátrico ( ) Outros	
Queixa inicial: _____	
Comorbidades: _____ Alergias: <b>Nego</b>	
<b>2. INVESTIGAÇÃO CLÍNICA INICIAL ATUAL</b>	
Avaliação neurológica ( ) Sedado ( ) Torporoso ( ) Agitado Escala Glasgow: O( ) V( ) M( ) Pupila( ) Total: _____	
Avaliação Respiratória <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico ( ) Dispneico ( ) Taquipneico ( ) Bradipneico ( ) Cianose ( ) Tiragens _____	
Ausculta pulmonar: _____ ( ) Broncoaspiração	
Dispositivos atuais: <input checked="" type="checkbox"/> Ar Ambiente ( ) C. Orofaríngea ( ) NBZ ( ) Cateter nasal ( ) Masc. Venturi/Hudson ( ) VMNI ( ) TOT ( ) TQT OBS: _____	
Av. Cardiocirculatória ( ) Normocárdico ( ) Taquicárdico ( ) Bradicárdico ( ) Arritmia ( ) Pulsos periféricos (-)	
Ausculta Cardíaca _____ ( ) Sangramento atual ( ) E. capilar >2s	
Dispositivos atuais: ( ) JVP em _____ ( ) JVC em _____ ( ) PICC em _____ ( ) Soroterapia ( ) Sanilizado	
Av. TGI- ( ) Êmese ( ) Hematemese ( ) Melena ( ) Ascite ( ) Evisceração ( ) F. Operatória ( ) Outros _____	
Dispositivos atuais: ( ) SNG/SOG ( ) SNE ( ) Gastrostomia/Jejunostomia ( ) Colostomia ( ) Outros _____	
Eliminações vesicais: ( ) Anúria ( ) Espontânea ( ) Fralda ( ) Uripen ( ) JVA ( ) JVD ( ) Cistostomia ( ) Outros _____	
Gineco/Obstétrico: ( ) Gestante ( ) Parturiente ( ) Puerpera Obs: _____	
SSVV: Temp: <b>36</b> SpO2: <b>94</b> FR: <b>18</b> FC: <b>90</b> P.A.: <b>118/80</b> BGT: <b>96</b> Obs: _____	
<b>3. ASSISTÊNCIA REALIZADA NO LOCAL</b>	
Evolução da ocorrência <b>Paciente monitorado em novo sem progressão e obediência a novos cuidados estomacais</b>	
 <b>Iago Peixoto da S. Vercosa</b> Téc. de Enfermagem COREN/AL 1446872	
<b>4. ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS APÓS ATENDIMENTO INICIAL</b>	
( ) Atendimento no local ( ) Remoção ( ) Acionamento do HomeCare ( ) Óbito no local ( ) Outros: _____	
Em caso de transferência/Remoção, Qual unidade: _____	
<b>5. AUTORIZAÇÃO/RECUSA DO CLIENTE</b>	
( ) Eu, _____ portador(a) do documento nº _____ autorizo a equipe desse atendimento assistencial, da Empresa Cronos Saúde, a prestar atendimento e demais encaminhamentos a mim e/ou ao meu familiar, conforme identificação acima. Assinatura: _____	
( ) Eu, _____ portador(a) do documento nº _____ estou ciente da condição do paciente acima e assumo total responsabilidade pela recusa da conduta desse serviço assistencial, isentando a Cronos Saúde e sua equipe de qualquer responsabilidade. Assinatura: _____	
<b>6. EQUIPE RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO</b>	
Solicitante:	Médico Regulador
Equipe atendimento: <b>moniu e lopo</b>	
	 <b>Iago Peixoto da S. Vercosa</b> Téc. de Enfermagem COREN/AL 1446872
Médico Cronos	 <b>Karoline Cristine das N. Santos</b> COREN/AL 546815 - ENF
	Unidade Receptora



**EM BRANCO**



## FICHA DE ATENDIMENTO PRIMÁRIO

Tipo VTR:	<input checked="" type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> USB	Nº da VTR:	01	Data:	01/12/20	Hora:	17h	Tipo de Contrato:	SMS
Paciente:	NEUZA VIANA DA SILVA				D.N.:	22/02/40		Nº Ficha	Cód:
QTH (Origem)	<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Rua <input type="checkbox"/> Intermunicipal	Descrição:				BENEDITO BENTES		Hora chegada:	17:37
QTH (Destino)	<input type="checkbox"/> Residência <input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Rua <input type="checkbox"/> Intermunicipal	Descrição:				HOSPITAL DA MULHER		Hora saída:	17:50
Acompanhante:	Contato:				Chegada na base:		18:29		
1. CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:									
Tipo de atendimento	<input checked="" type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Gineco/Obstétrico <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Neo/Pediátrico <input type="checkbox"/> Outros								
Queixa Inicial:	HIPOTENSÃO, HIALGIA E CEFALGIA								
Comorbidades:	CARDIOPATIA / ICC Alergias NEGA								
2. INVESTIGAÇÃO CLÍNICA INICIAL ATUAL									
Avaliação neurológica	<input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Agitado Escala Glasgow: O( ) V( ) M( ) Pupila( ) Total: 15								
Avaliação Respiratória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Tiragens								
Ausculata pulmonar:	MVT EM AMT ( ) Broncoaspiração								
Dispositivos atuais:	<input checked="" type="checkbox"/> Ar Ambiente <input type="checkbox"/> C. Orofaríngea <input type="checkbox"/> INBZ <input type="checkbox"/> Cateter nasal <input type="checkbox"/> Masc. Venturi/Hudson <input type="checkbox"/> VMNI <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TQT OBS:								
Av. Cardiocirculatória	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Pulsos periféricos (-)								
Ausculata Cardíaca	RCR, em 2T, sem SA ( ) Sangramento atual ( ) E. capilar >2s								
Dispositivos atuais:	<input checked="" type="checkbox"/> IAVP em <input type="checkbox"/> IAVC em <input type="checkbox"/> PICC em <input type="checkbox"/> Soroterapia <input type="checkbox"/> Sanilizado								
Av. TGI-	<input type="checkbox"/> Êmese <input type="checkbox"/> Hematemese <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> Evisceração <input type="checkbox"/> F. Operatória <input type="checkbox"/> Outros								
Dispositivos atuais:	<input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia/Lejunostomia <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Outros								
Eliminações vesicais:	<input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Espontânea <input checked="" type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Uripen <input type="checkbox"/> ISVA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Outros								
Gineco/Obstétrico:	<input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Parturiente <input type="checkbox"/> Puerpera Obs:								
SSVV:	Temp: SpO2: 96% FR: 21 FC: 92 P.A.: 116/54 HGT: Obs:								
3. ASSISTÊNCIA REALIZADA NO LOCAL									
Evolução da ocorrência: PACIENTE ESTÁVEL EM USO DOBTOMINA 5mg/1h (solução 20 mg de dobutamina em 20ml de ser 0,9% r.a.p.). PACIENTE RESPONSIVA, CONSCIENTE, SEM LEVADA DA UVA BENEDITO BENTES PARA O HOSPITAL DA MULHER. PACIENTE REGULADA PARA O AMBUL 20 AM. PACIENTE SATURADO 96% EM AR AMBIENTE. PACIENTE COM SUSPEITA DE COVID 19.									
4. ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS APOS ATENDIMENTO INICIAL									
<input type="checkbox"/> Atendimento no local <input checked="" type="checkbox"/> Remoção <input type="checkbox"/> Acionamento do HomeCare <input type="checkbox"/> Óbito no local <input type="checkbox"/> Outros: TRANSFERÊNCIA									
Em caso de transferência/Remoção, Qual unidade:									
5. AUTORIZAÇÃO/RECUSA DO CLIENTE									
<input type="checkbox"/> Eu, _____ portador(a) do documento nº _____ autorizo a equipe desse atendimento assistencial, da Empresa Cronos Saúde, a prestar atendimento e demais encaminhamentos a mim e/ou ao meu familiar, conforme identificação acima. Assinatura: _____									
<input type="checkbox"/> Eu, _____ portador(a) do documento nº _____ estou ciente da condição do paciente acima e assumo total responsabilidade pela recusa da conduta desse serviço assistencial, isentando a Cronos Saúde e sua equipe de qualquer responsabilidade. Assinatura: _____									
6. EQUIPE RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO									
Solicitante:	Médico Regulador								
Equipe atendimento:	Enfermeira Jussica Carol Rosabdo Med Jussica								
Dr. Ivys Sousa Marinho MÉDICO CRM-AL 8567	405616			Igor Sombra MÉDICO CRM-AL 8100					
Médico Cronos	Enfermeiro(a) Cronos			Unidade Receptora					





**EM BRANCO**

FICHA DE ATENDIMENTO PRIMÁRIO

Tipo VTR:	( ) USA (X) USB	Nº da VTR:	03	Data:	06-11-2014	Hora:	16:42	Tipo de Contrato:	S.M.S
Paciente:	Joaquim Gonçalves do Silva			D.N:			Nº Ficha	Cód:	
QTH (Origem)	( ) Residência ( ) Hospital ( ) Clínica ( ) Rua ( ) Intermunicipal	Hora chegada:							
( ) UPA ( ) Outros	Descrição:			Hora saída:					
QTH (Destino)	( ) Residência (X) Hospital ( ) Clínica ( ) Rua ( ) Intermunicipal	Hora chegada:							
( ) UPA ( ) Outros	Descrição:			Hora saída:					

Acompanhante: Contato: Chegada na base:

1. CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

Tipo de atendimento ( ) Clínico ( ) Trauma ( ) Gineco/Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) Neo/Pediátrico (X) Outros

Queixa inicial: Suspeita de câncer.

Comorbidades: Nega Alergias

2. INVESTIGAÇÃO CLÍNICA INICIAL ATUAL

Avaliação neurológica ( ) Sedado ( ) Torporoso ( ) Agitado Escala Glasgow: O( ) V( ) M( ) Pupila( ) Total:

Avaliação Respiratória ( ) Eupneico (X) Dispneico ( ) Taquipneico ( ) Bradipneico ( ) Cianose ( ) Tiragens

Ausculta pulmonar: ( ) Broncoaspiração

Dispositivos atuais: ( ) Ar Ambiente ( ) C. Orofaríngea ( ) NBZ (X) Cateter nasal ( ) Masc. Venturi/Hudson ( ) VMNI ( ) TOT ( ) TQT OBS:

Av. Cardiocirculatória ( ) Normocárdico ( ) Taquicárdico ( ) Bradicárdico ( ) Arritmia ( ) Pulsos periféricos (-)

Ausculta Cardíaca ( ) Sangramento atual ( ) E. capilar >2s

Dispositivos atuais: (X) AVP em U55 ( ) AVC em ( ) PICC em ( ) Soroterapia ( ) Sanilizado

Av. TGI- ( ) Êmese ( ) Hematemese ( ) Melena ( ) Ascite ( ) Evisceração ( ) F. Operatória ( ) Outros

Dispositivos atuais: ( ) SNG/SOG ( ) SNE ( ) Gastrostomia/Jejunostomia ( ) Colostomia ( ) Outros

Eliminações vesicais: ( ) Anúria (X) Espontânea ( ) Fralda ( ) Uripen ( ) SVA ( ) SVD ( ) Cistostomia ( ) Outros

Gineco/Obstétrico: ( ) Gestante ( ) Parturiente ( ) Puerpera OBS:

SSVV: Temp: 36.4 SpO2: 98% FR: 17 FC: 84 P.A.: 120/80 HGT: Obs:

3. ASSISTÊNCIA REALIZADA NO LOCAL

Evolução da ocorrência: Paciente transportado para outra unidade de atendimento. Sempre estável. Sem intercorrências.

Iago Peixoto da S. Verçosa  
Téc. de Enfermagem  
COREN/AL 1446372

4. ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS APÓS ATENDIMENTO INICIAL

( ) Atendimento no local ( ) Remoção ( ) Acionamento do HomeCare ( ) Óbito no local ( ) Outros:

Em caso de transferência/Remoção, Qual unidade:

5. AUTORIZAÇÃO/RECUSA DO CLIENTE

( ) Eu, portador(a) do documento nº autorizo a equipe desse atendimento assistencial, da Empresa Cronos Saúde, a prestar atendimento e demais encaminhamentos a mim e/ou ao meu familiar, conforme identificação acima. Assinatura:

( ) Eu, portador(a) do documento nº estou ciente da condição do paciente acima e assumo total responsabilidade pela recusa da conduta desse serviço assistencial, isentando a Cronos Saúde e sua equipe de qualquer responsabilidade. Assinatura:

6. EQUIPE RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

Solicitante:			Médico Regulador	
Equipe atendimento:	marcio e iago			
	Iago Peixoto da S. Verçosa Téc. de Enfermagem COREN/AL 1446372	Jéssica E. da L. Cavalcante Médica CRM/AL 8323		
Médico Cronos	Enfermeiro(a) Cronos	Unidade Receptora		



**EM BRANCO**



**FICHA DE ATENDIMENTO PRIMÁRIO**

Tipo VTR:	<input checked="" type="checkbox"/> USA ( ) USB	Nº da VTR:	01	Data:	01/12/20	Hora:	20:04	Tipo de Contrato:	SMS	
Paciente:	ROGEMO NASCIMENTO DA SILVA, N: 29/12/83								Nº Ficha	Cód:
QTH	( ) Residência ( ) Hospital ( ) Clínica ( ) Rua ( ) Intermunicipal	Hora chegada:							20:39	
(Origem)	<input checked="" type="checkbox"/> UPA ( ) Outros	Descrição: BENEDITA BENTES							Hora saída:	20:52
QTH	( ) Residência ( ) Hospital ( ) Clínica ( ) Rua ( ) Intermunicipal	Hora chegada:							21:14	
(Destino)	<input checked="" type="checkbox"/> UPA ( ) Outros	Descrição: UDT - HGE							Hora saída:	21:32
Acompanhante:	ANDRESSA		Contato:				Chegada na base:		21:40	

**1. CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:**

Tipo de atendimento	<input checked="" type="checkbox"/> Clínico ( ) Trauma ( ) Gineco/Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) Neo/Pediátrico ( ) Outros
Queixa inicial:	DOR TORÁCICA
Comorbidades:	NEGA HIA E DM Alergias NEGA

**2. INVESTIGAÇÃO CLÍNICA INICIAL ATUAL**

Avaliação neurológica	( ) Sedado ( ) Torporoso ( ) Agitado Escala Glasgow: O( ) V( ) M( ) Pupila( ) Total: 15
Avaliação Respiratória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico ( ) Dispneico <input checked="" type="checkbox"/> Taquipneico ( ) Bradipneico ( ) Cianose ( ) Tiragens
Ausculata pulmonar:	MVA S/ MA EM AIT ( ) Broncoaspiração
Dispositivos atuais:	<input checked="" type="checkbox"/> Ar Ambiente ( ) C. Orofaringea ( ) INBZ ( ) Cateter nasal ( ) Masc. Venturi/Hudson ( ) VMNI ( ) TOT ( ) TQT OBS:
Av. Cardiocirculatória	( ) Normocárdico <input checked="" type="checkbox"/> Taquicárdico ( ) Bradicárdico ( ) Arritmia ( ) Pulsos periféricos (-)
Ausculata Cardíaca	RCL GA 2T COM DISRITMIA HCL ( ) Sangramento atual ( ) E. capilar >2s
Dispositivos atuais:	<input checked="" type="checkbox"/> AVP em MSD ( ) AVC em ( ) PICC em ( ) Soroterapia ( ) Sanilizado
Av. TGI-	( ) Êmese ( ) Hematemese ( ) Melena ( ) Ascite ( ) Evisceração ( ) F. Operatória ( ) Outros
Dispositivos atuais:	( ) SNG/SOG ( ) SNE ( ) Gastrostomia/Jejunostomia ( ) Colostomia ( ) Outros
Eliminações vesicais:	( ) Anúria <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Fralda ( ) Uripen ( ) SVA ( ) SVD ( ) Cistostomia ( ) Outros
Gineco/Obstétrico:	( ) Gestante ( ) Parturiente ( ) Puerpera OBS:
SSVV:	Temp: SpO2: 95% FR: 32 FC: 116 P.A.: 100x60 HGT: Obs:

**3. ASSISTÊNCIA REALIZADA NO LOCAL**

Evolução da ocorrência: PACIENTE CONSCIENTE, RESPONSIVO, COM HISTÓRIA DE SUPONOSE E DOR TORÁCICA DE INÍCIO HA 17 HORAS. HD: 1AM COM SUPRA DE ST EM PLANO DE LAT. GRAU. PACIENTE TRANSFERIDO DA UPA B. BENTES PARA UDT-HGE. TRANSPORTE REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIAS.

**4. ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS APÓS ATENDIMENTO INICIAL**

( ) Atendimento no local ( ) Remoção ( ) Acionamento do HomeCare ( ) Óbito no local ( ) Outros:
Em caso de transferência/Remoção, Qual unidade:

**5. AUTORIZAÇÃO/RECUSA DO CLIENTE**

( ) Eu, _____ portador(a) do documento nº _____ autorizo a equipe desse atendimento assistencial, da Empresa Cronos Saúde, a prestar atendimento e demais encaminhamentos a mim e/ou ao meu familiar, conforme identificação acima. Assinatura: _____
( ) Eu, _____ portador(a) do documento nº _____ estou ciente da condição do paciente acima e assumo total responsabilidade pela recusa da conduta desse serviço assistencial, isentando a Cronos Saúde e sua equipe de qualquer responsabilidade. Assinatura: _____

**6. EQUIPE RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO**

Solicitante:	Médico Regulador
Equipe atendimento:	ENF. ROBERTA C. WELLINGTON MÉDICO IVYS SOUSA MARINHO
Dr. Ivys Sousa Marinho MÉDICO CRM-AL 8567	Roberto 344.7030
Médico Cronos	Enfermeiro(a) Cronos
	Unidade: Receptora

EM BRANCO



## FICHA DE ATENDIMENTO PRIMÁRIO

FICHA DE ACOMPANHAMENTO		Tipo de Contrato: SMS	
Tipo VTR: ( ) USA (X) USB	Nº da VTR: 03	Data: 01/12/20	Hora: 51:05
Paciente: AVALUCIA DOS SANTOS	D.N: 51:05		Nº Ficha: 1
QTH (Residência) ( ) Hospital ( ) Clínica ( ) Rua ( ) Intermunicipal	Hora chegada: 22:07		Cód: 1
(Origem) (X) UPA ( ) Outros Descrição: UPA - BENEDITO BENES	Hora saída: 22:12		
QTH (Residência) (X) Hospital ( ) Clínica ( ) Rua ( ) Intermunicipal	Hora chegada: 22:39		
(Destino) ( ) UPA ( ) Outros Descrição: HGE	Hora saída: 23:06		
Acompanhante:		Contato:	Chegada na base: 23:18
1. CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:			
Tipo de atendimento ( ) Clínico (X) Trauma ( ) Gineco/Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) Neo/Pediátrico ( ) Outros			
Queixa inicial: LESÃO POR ARMA DE FOGO			
Comorbidades: DM / HAS / CARDIOPATA			
Alergias: NEGA ALERGIAS			
2. INVESTIGAÇÃO CLÍNICA INICIAL ATUAL			
Avaliação neurológica ( ) Sedado ( ) Torporoso ( ) Agitado Escala Glasgow: O(4) V(5) M(6) Pupila(0) Total: 15			
Avaliação Respiratória (X) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Taquipneico ( ) Bradipneico ( ) Cianose ( ) Tiragens			
Ausculta pulmonar: ( ) Broncoaspiração			
Dispositivos atuais: (X) Ar Ambiente ( ) C. Orofaríngea ( ) NBZ ( ) Cateter nasal ( ) Masc. Venturi/Hudson			
( ) VMNI ( ) TOT ( ) TQT OBS:			
Av. Cardiocirculatória (X) Normocárdico ( ) Taquicárdico ( ) Bradicárdico ( ) Arritmia ( ) Pulsos periféricos (-)			
Ausculta Cardíaca ( ) Sangramento atual ( ) E. capilar >2s			
Dispositivos atuais: (X) AVP em MSE ( ) AVC em ( ) PICC em ( ) Soroterapia ( ) Sanilizado			
Av. TGI- ( ) Êmese ( ) Hematemese ( ) Melena ( ) Ascite ( ) Evisceração ( ) F. Operatória ( ) Outros			
Dispositivos atuais: ( ) SNG/SOG ( ) SNE ( ) Gastrostomia/Jejunostomia ( ) Colostomia ( ) Outros			
Eliminações vesicais: ( ) Anúria (X) Espontânea ( ) Fralda ( ) Uripen ( ) SVA ( ) SVD ( ) Cistostomia ( ) Outros			
Gineco/Obstétrico: ( ) Gestante ( ) Parturiente ( ) Puerpera OBS:			
SSVV: Temp: SpO2: 99% FR: 19 FC: 76 P.A.: 130x60 HGT: - Obs:			
3. ASSISTÊNCIA REALIZADA NO LOCAL			
Evolução da ocorrência: Transporte realizado sem intercorrências			
4. ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS APÓS ATENDIMENTO INICIAL			
( ) Atendimento no local (X) Remoção ( ) Acionamento do HomeCare ( ) Óbito no local ( ) Outros:			
Em caso de transferência/Remoção, Qual unidade: HGE			
5. AUTORIZAÇÃO/RECUSA DO CLIENTE			
( ) Eu, portador(a) do documento nº autorizo a equipe desse atendimento assistencial, da Empresa Cronos Saúde, a prestar atendimento e demais encaminhamentos a mim e/ou ao meu familiar, conforme identificação acima. Assinatura:			
( ) Eu, portador(a) do documento nº estou ciente da condição do paciente acima e assumo total responsabilidade pela recusa da conduta desse serviço assistencial, isentando a Cronos Saúde e sua equipe de qualquer responsabilidade. Assinatura:			
6. EQUIPE RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO			
Solicitante:	Médico Regulador		
Equipe atendimento:	COXIMOR: RICARDO ENF: ROGERIA		
Médico Cronos	Roberta Lopes Santos 599.000 ENF		
Enfermeiro(a) Cronos	Dr. Filipe Cirurgia Geral		





**EM BRANCO**

**FICHA DE ATENDIMENTO PRIMÁRIO**

Tipo VTR:	( ) USA (X) USB	Nº da VTR:	02	Data:	02/12/20	Hora:	10:45	Tipo de Contrato:	
Paciente:	José Wellington dos Santos			D.N.:					
QTH (Origem):	( ) Residência ( ) Hospital ( ) Clínica ( ) Rua ( ) Intermunicipal	Descrição:			Nº Ficha		Cód:		
QTH (Destino):	( ) Residência ( ) Hospital ( ) Clínica ( ) Rua ( ) Intermunicipal	Descrição:			Hora chegada:		11:03		
Acompanhante:				Contato:	Hora saída:		11:16		
						Hora chegada:		11:27	
						Hora saída:		11:55	
						Chegada na base:		12:04	

**1. CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:**

Tipo de atendimento	(X) Clínico ( ) Trauma ( ) Gineco/Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) Neo/Pediátrico ( ) Outros
Queixa inicial:	Prisão de ventre
Comorbidades:	Desconhecido
Alergias	Não

**2. INVESTIGAÇÃO CLÍNICA INICIAL ATUAL**

Avaliação neurológica	( ) Sedado ( ) Torporoso ( ) Agitado Escala Glasgow: O( ) V( ) M( ) Pupila( ) Total:
Avaliação Respiratória	(X) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Taquipneico ( ) Bradipneico ( ) Cianose ( ) Tiragens
Ausculta pulmonar:	( ) Broncoaspiração
Dispositivos atuais:	( ) Ar Ambiente ( ) C. Orofaringea ( ) NBZ (X) Cateter nasal ( ) Masc. Venturi/Hudson ( ) VMNI ( ) TOT ( ) TQT OBS: 4 L/min
Av. Cardiocirculatória	(X) Normocárdico ( ) Taquicárdico ( ) Bradicárdico ( ) Arritmia ( ) Pulsos periféricos (-)
Ausculta Cardíaca	( ) Sangramento atual ( ) E. capilar >2s
Dispositivos atuais:	(X) AVP em USB ( ) AVC em ( ) PICC em ( ) Soroterapia ( ) Sanilizado
Av. TGI-	( ) Êmese ( ) Hematemese ( ) Melena ( ) Ascite ( ) Evisceração ( ) F. Operatória ( ) Outros
Dispositivos atuais:	( ) SNG/SOG ( ) SNE ( ) Gastrostomia/Jejunostomia ( ) Colostomia ( ) Outros
Eliminações vesicais:	( ) Anúria ( ) Espontânea ( ) Fraída ( ) Uripen ( ) SVA ( ) SVD ( ) Cistostomia ( ) Outros
Gineco/Obstétrico:	( ) Gestante ( ) Parturiente ( ) Puerpera Obs:
SSVV:	Temp: 35.8 SpO2: 99 FR: 16 FC: 75 P.A.: 120x OBS: -

**3. ASSISTÊNCIA REALIZADA NO LOCAL**

Evolução da ocorrência: Paciente J.W.S. 31 anos, portador de doença crônica, em uso de medicação crônica, com histórico de hipertensão e diabetes, com situação de saúde estável. Não apresenta comorbidades que exijam tratamento no hospital.

**4. ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS APÓS ATENDIMENTO INICIAL**

( ) Atendimento no local (X) Remoção ( ) Acionamento do HomeCare ( ) Óbito no local ( ) Outros:
Em caso de transferência/Remoção, Qual unidade:

**5. AUTORIZAÇÃO/RECUSA DO CLIENTE**

( ) Eu, _____ portador(a) do documento nº _____ autorizo a equipe desse atendimento assistencial, da Empresa Cronos Saúde, a prestar atendimento e demais encaminhamentos a mim e/ou ao meu familiar, conforme identificação acima. Assinatura: _____
( ) Eu, _____ portador(a) do documento nº _____ estou ciente da condição do paciente acima e assumo total responsabilidade pela recusa da conduta desse serviço assistencial, isentando a Cronos Saúde e sua equipe de qualquer responsabilidade. Assinatura: _____

**6. EQUIPE RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO**

Solicitante:	Médico Regulador
Equipe atendimento:	
Médico Cronos	Unidade Receptora



**EM BRANCO**



FICHA DE TRANSFERÊNCIA/REMOÇÃO DE PACIENTE									
Tipo VTR:	<input checked="" type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> USB	Nº da VTR:	03	Data:	02/12/16	Hora:	17:21	Tipo de Contrato	SMS
Paciente:	JOSE AMSTIDES DOS SANTOS			D.N.:			Nº Ficha	Cód:	
QTH (Origem)	<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Rua <input type="checkbox"/> Intermunicipal/estadual <input type="checkbox"/> Outros Descrição: UPA BENEDITO BENTES						Hora chegada:	17:56	
QTH (Destino)	<input type="checkbox"/> Residência <input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Rua <input type="checkbox"/> Intermunicipal/estadual <input type="checkbox"/> Outros Descrição: VERMELHA CLÍNICA HGE						Hora saída:	17:31	
Acompanhante:							Chegada base:	14:51	
Motivo do Transporte:	<input checked="" type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Exames <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Procedimentos <input type="checkbox"/> Outros								
Diagnóstico Atual:	HIPOGLICEMIA / SEPSIS DE FOCO ABDOMINAL								
Tipo de atendimento	<input checked="" type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Gineco/Obstétrico <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Neo/Pediátrico								
morbidades:	HAS e DM Alergias:								
1. Avaliação do Paciente ANTES do Transporte									
Avaliação neurológica:	<input type="checkbox"/> Sedado <input checked="" type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Agitado Escala Glasgow: O( ) V( ) M( ) Pupila( ) Total: 15								
Avaliação Respiratória:	<input type="checkbox"/> Eupneico <input checked="" type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Tiragens								
Ausculção pulmonar:	MV+ SI RA								
Dispositivos atuais:	<input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> C. Orofaringea <input type="checkbox"/> NBZ <input type="checkbox"/> Cateter nasal <input checked="" type="checkbox"/> Masc. Venturi/Hudson <input type="checkbox"/> VMNI <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TQT OBS:								
Av. Cardiocirculatória:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Pulsos periféricos (-)								
Ausculção Cardíaca:	RCL CM BT, BOMBAS HIPOFONÍDIA Sangramento atual ( ) E. capilar >2s								
Dispositivos atuais:	<input checked="" type="checkbox"/> AVP em MSE <input type="checkbox"/> AVC em <input type="checkbox"/> PICC em <input type="checkbox"/> Soroterapia <input type="checkbox"/> Sanilizado								
Av. TGI:	<input type="checkbox"/> Êmese <input type="checkbox"/> Hematemese <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> Evisceração <input type="checkbox"/> F. Operatória <input type="checkbox"/> Outros								
Dispositivos atuais:	<input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia/Jejunostomia <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Outros								
Eliminações vesicais:	<input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Espontânea <input checked="" type="checkbox"/> Fraída <input type="checkbox"/> Uripen <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Outros								
Gineco/Obstétrico:	<input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Parturiente <input type="checkbox"/> Puerpera OBS:								
SSVV:	Temp: 35°C SpO2: 97% FR: 16 FC: 94 P.A.: 100x50 HGT: 155 Obs:								
2. Avaliação do Paciente DURANTE do Transporte									
Evolução da Ocorrência:	PACIENTE EM GRAVE COMATO GRAVE, GERENTE, ICTÊMICO, TRANSPORTE REALIZADO SEM INTENÇÕES								
3. Avaliação do Paciente APÓS o Transporte									
Motivo do transporte atendido?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Motivo:								
Obs:									
SSVV:	Temp: SpO2: FR: FC: P.A.: HGT: Obs:								
4. Autorização/Recusa do Cliente									
<input type="checkbox"/> Eu, _____ portador(a) do documento nº _____ autorizo a equipe desse atendimento assistencial, da Empresa Cronos Saúde, a prestar atendimento e demais encaminhamentos a mim e/ou ao meu familiar, conforme identificação acima. Assinatura:									
<input type="checkbox"/> Eu, _____ portador(a) do documento nº _____, estou ciente da condição do paciente acima e assumo total responsabilidade pela recusa do transporte e/ou remoção, isentando a CronosSaúde e sua equipe de qualquer responsabilidade. Assinatura:									
Dr. Ivys Sousa Marinho	Célia M. Lima Oliveira			Assinatura: _____					
MÉDICO	Enfermeiro(a)			Unidade Receptora					
CRM AL 9567	Cronos								

**EM BRANCO**



## FICHA DE ATENDIMENTO PRIMÁRIO

Tipo VTR:	( ) USA (X) USB Nº da VTR: 03 Data: 02.12.20 Hora: 16:42	Tipo de Contrato:
Paciente:	Alene Pontes Gusmão D.N:	Nº Ficha Cód:
QTH (Origem)	( ) Residência ( ) Hospital ( ) Clínica ( ) Rua ( ) Intermunicipal	Hora chegada: 16:34
	(X) UPA ( ) Outros Descrição: UPA Tupache	Hora saída: 17:15
QTH (Destino)	( ) Residência (X) Hospital ( ) Clínica ( ) Rua ( ) Intermunicipal	Hora chegada: 17:28
	( ) UPA ( ) Outros Descrição: H. da Velha	Hora saída: 17:48
Acompanhante:	Haroldo (Gonçalves) Contato:	Chegada na base: 18:10
1. CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:		
Tipo de atendimento (X) Clínico ( ) Trauma ( ) Gineco/Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) Neo/Pediátrico ( ) Outros		
Queixa inicial: Tosse, Pneumopatia		
Comorbidades: HAS, DM, Controlo glicêmico Alergias: Nega		
2. INVESTIGAÇÃO CLÍNICA INICIAL ATUAL		
Avaliação neurológica ( ) Sedado ( ) Torporoso ( ) Agitado Escala Glasgow: O( ) V( ) M( ) Pupila( ) Total:		
Avaliação Respiratória (X) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Taquipneico ( ) Bradipneico ( ) Cianose ( ) Tiragens		
Ausculta pulmonar: ( ) Broncoaspiração		
Dispositivos atuais: ( ) Ar Ambiente ( ) C. Orofaríngea ( ) INBZ (X) Cateter nasal ( ) Masc. Venturi/Hudson		
( ) VMNI ( ) TOT ( ) TQT OBS: AL/17/12		
Av. Cardiocirculatória (X) Normocárdico ( ) Taquicárdico ( ) Bradicárdico ( ) Arritmia ( ) Pulsos periféricos (-)		
Ausculta Cardíaca ( ) Sangramento atual ( ) E. capilar >2s		
Dispositivos atuais: ( ) AVP em ( ) AVC em ( ) PICC em ( ) Soroterapia ( ) Sanilizado		
Av. TGI- ( ) Êmese ( ) Hematemese ( ) Melena ( ) Ascite ( ) Evisceração ( ) F. Operatória ( ) Outros		
Dispositivos atuais: ( ) SNG/SOG ( ) SNE ( ) Gastrostomia/Jejunostomia ( ) Colostomia ( ) Outros		
Eliminações vesicais: ( ) Anúria ( ) Espontânea ( ) Fralda ( ) Uripen ( ) SVA ( ) SVD ( ) Cistostomia ( ) Outros		
Gineco/Obstétrico: ( ) Gestante ( ) Parturiente ( ) Puerpera Obs:		
SSVV: Temp: 36.1 SpO2: 99 FR: 18 FC: 88 P.A.: 140x80/60 Obs:		
3. ASSISTÊNCIA REALIZADA NO LOCAL		
Evolução da ocorrência: Cliente, A.G.G. 48 anos, acamado, com queixa de tosse, dispneia, febre, tosse, Nega alergias. Abaixo em HAS, DM, controlo glicêmico. Não há outros problemas. Em tratamento com insulina e O2 contínuo. AL/17/12. com cateter nasal.		
4. ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS APÓS ATENDIMENTO INICIAL		
( ) Atendimento no local (X) Remoção ( ) Acionamento do HomeCare ( ) Óbito no local ( ) Outros:		
Em caso de transferência/Remoção, Qual unidade:		
5. AUTORIZAÇÃO/RECUSA DO CLIENTE		
( ) Eu, _____ portador(a) do documento nº _____ autorizo a equipe desse atendimento assistencial, da Empresa Cronos Saúde, a prestar atendimento e demais encaminhamentos a mim e/ou ao meu familiar, conforme identificação acima. Assinatura: _____		
( ) Eu, _____ portador(a) do documento nº _____ estou ciente da condição do paciente acima e assumo total responsabilidade pela recusa da conduta desse serviço assistencial, isentando a Cronos Saúde e sua equipe de qualquer responsabilidade. Assinatura: _____		
6. EQUIPE RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO		
Solicitante:	Dr. João / 360693	Médico Regulador
Equipe atendimento:	Dr. João / 360693	Laura Gouveia Médica CRM-AL 3205
Médico Cronos	Enfermeiro(a) Cronos	Unidade Receptora





**EM BRANCO**

**FICHA DE ATENDIMENTO PRIMÁRIO**

Tipo VTR:	<input type="checkbox"/> USA <input checked="" type="checkbox"/> USB	Nº da VTR:	01	Data:	02/12/20	Hora:	18:30	Tipo de Contrato:	SMS
Paciente:	GILSON LAURENTINO DA SILVA				D.N.:	644005			
QTH (origem)	<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Rua <input type="checkbox"/> Intermunicipal	Descrição:			U.S.G (NOVO MUNDO)				
QTH (destino)	<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Rua <input type="checkbox"/> Intermunicipal	Descrição:			UPA - TRAPICHE				
Acompanhante:					Contato:				
Chegada na base: 19:18									

**1. CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:**

Tipo de atendimento ☐ Clínico ☐ Trauma ☐ Gineco/Obstétrico ☐ Psiquiátrico ☐ Neo/Pediátrico ☐ Outros

Queixa inicial: SINTOMAS GRIPAIS

Comorbidades: NENHUMA COMORBIDADE Alergias: NENHUMA ALERGIA

**2. INVESTIGAÇÃO CLÍNICA INICIAL ATUAL**

Avaliação neurológica ☐ Sedado ☐ Torporoso ☐ Agitado Escala Glasgow: O(4) V(5) M(6) Pupila(O) Total: 15

Avaliação Respiratória ☒ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Cianose ☐ Tiragens

Ausculta pulmonar: ☐ Broncoaspiração

Dispositivos atuais: ☐ Ar Ambiente ☐ C. Orofaringea ☐ NBZ ☒ Cateter nasal ☐ Masc. Venturi/Hudson

Av. Cardiocirculatória ☒ Normocárdico ☐ Taquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ Arritmia ☐ Pulsos periféricos (-)

Ausculta Cardíaca ☐ Sangramento atual ☐ E. capilar >2s

Dispositivos atuais: ☐ AVP em ☐ AVC em ☐ PICC em ☐ Soroterapia ☐ Sanilizado

Av. TGI- ☐ Êmese ☐ Hematemese ☐ Melena ☐ Ascite ☐ Evisceração ☐ F. Operatória ☐ Outros

Dispositivos atuais: ☐ SNG/SOG ☐ SNE ☐ Gastrostomia/Jejunostomia ☐ Colostomia ☐ Outros

Eliminações vesicais: ☐ Anúria ☒ Espontânea ☐ Fralda ☐ Uripen ☐ SVA ☐ SVD ☐ Cistostomia ☐ Outros

Gineco/Obstétrico: ☐ Gestante ☐ Parturiente ☐ Puerpera Obs:

SSVV: Temp: 36,3 SpO2: 95% FR: 19 FC: 95 P.A.: 130x60 HGT: Obs:

**3. ASSISTÊNCIA REALIZADA NO LOCAL**

Evolução da ocorrência: transporte realizado sem intercorrências.

**4. ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS APÓS ATENDIMENTO INICIAL**

☐ Atendimento no local ☒ Remoção ☐ Aacionamento do HomeCare ☐ Óbito no local ☐ Outros:

Em caso de transferência/Remoção, Qual unidade: UPA - TRAPICHE

**5. AUTORIZAÇÃO/RECUSA DO CLIENTE**

☐ Eu, \_\_\_\_\_ portador(a) do documento nº \_\_\_\_\_ autorizo a equipe desse atendimento assistencial, da Empresa Cronos Saúde, a prestar atendimento e demais encaminhamentos a mim e/ou ao meu familiar, conforme identificação acima. Assinatura: \_\_\_\_\_

☐ Eu, \_\_\_\_\_ portador(a) do documento nº \_\_\_\_\_ estou ciente da condição do paciente acima e assumo total responsabilidade pela recusa da conduta desse serviço assistencial, isentando a Cronos Saúde e sua equipe de qualquer responsabilidade. Assinatura: \_\_\_\_\_

**6. EQUIPE RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO**

Solicitante:	Médico Regulador	
Equipe atendimento:	CONDUZIR: MIGUEL ELOI	
	ROBERTA LOPES SANTOS	
	ROBERTA LOPES SANTOS	
Médico Cronos	Intermediário(a) Cronos	Unidade Receptora



**EM BRANCO**



**FICHA DE ATENDIMENTO PRIMÁRIO**

Tipo VTR:	<input type="checkbox"/> USA <input checked="" type="checkbox"/> USB	Nº da VTR:	03	Data:	02.12.20	Hora:	14:53	Tipo de Contrato:	
Paciente:	Gilson Baurerbach da Silva				D.N:		Nº Ficha		Cód:
QTH (origem)	<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Rua <input type="checkbox"/> Intermunicipal	Descrição:			UPA Triunfante		Hora chegada:	22:08	
QTH (destino)	<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Rua <input type="checkbox"/> Intermunicipal	Descrição:			H. da Mulher		Hora chegada:	22:23	
Acompanhante:					Contato:			Hora saída:	22:55
							Chegada na base:	23:03	
1. CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:									
Tipo de atendimento	<input checked="" type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Gineco/Obstétrico <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Neo/Pediátrico <input type="checkbox"/> Outros								
Queixa inicial:									
Comorbidades:	Desconhecida				Alergias		Nega		
2. INVESTIGAÇÃO CLÍNICA INICIAL ATUAL									
Avaliação neurológica	<input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Agitado Escala Glasgow: O <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pupila <input type="checkbox"/> Total:								
Avaliação Respiratória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Tiragens								
Ausulta pulmonar:	<input type="checkbox"/> Broncoaspiração								
Dispositivos atuais:	<input type="checkbox"/> Ar Ambiente <input type="checkbox"/> C. Orofaringea <input type="checkbox"/> JNBZ <input checked="" type="checkbox"/> Cateter nasal <input type="checkbox"/> Masc. Venturi/Hudson								
Av. Cardiocirculatória	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Pulsos periféricos (-)								
Ausulta Cardíaca	<input type="checkbox"/> Sangramento atual <input type="checkbox"/> E. capilar >2s								
Dispositivos atuais:	<input checked="" type="checkbox"/> DAVP em HSD <input type="checkbox"/> IAVC em <input type="checkbox"/> PICC em <input type="checkbox"/> Soroterapia <input type="checkbox"/> Sanilizado								
Av. TGI:	<input type="checkbox"/> Êmese <input type="checkbox"/> Hematemese <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> Evisceração <input type="checkbox"/> F. Operatória <input type="checkbox"/> Outros								
Dispositivos atuais:	<input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia/Jejunostomia <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Outros								
Eliminações vesicais:	<input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Uripen <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Outros								
Gineco/Obstétrico:	<input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Parturiente <input type="checkbox"/> Puerpera Obs:								
SSVV:	Temp: 36.3	SpO2: 98	FR: 18	FC: 88	P.A.: 130x90	HGT:	Obs:		
3. ASSISTÊNCIA REALIZADA NO LOCAL									
Evolução da ocorrência: Eficiente, b. p. s. acordado, monitorado, arrotado, hidratado, afrouxo, eufórico em 02/14 min após cateter nasal. Não aluga e convergência com melhora de pulso, base, corado, glóbulos, taquicardia e estirado se que para o hospital da mulher.									
4. ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS APÓS ATENDIMENTO INICIAL									
<input type="checkbox"/> Atendimento no local <input checked="" type="checkbox"/> Remoção <input type="checkbox"/> Acionamento do HomeCare <input type="checkbox"/> Óbito no local <input type="checkbox"/> Outros:									
Em caso de transferência/Remoção, Qual unidade:									
5. AUTORIZAÇÃO/RECUSA DO CLIENTE									
<input type="checkbox"/> Eu, _____ portador(a) do documento nº _____ autorizo a equipe desse atendimento assistencial, da Empresa Cronos Saúde, a prestar atendimento e demais encaminhamentos a mim e/ou ao meu familiar, conforme identificação acima. Assinatura: _____									
<input type="checkbox"/> Eu, _____ portador(a) do documento nº _____ estou ciente da condição do paciente acima e assumo total responsabilidade pela recusa da conduta desse serviço assistencial, isentando a Cronos Saúde e sua equipe de qualquer responsabilidade. Assinatura: _____									
6. EQUIPE RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO									
Solicitante:					Médico Regulador				
Equipe atendimento:	Médico / José Avelar								
	360693				Unidade Receptora				
Médico Cronos									

EM BRANCO



FICHA DE ATENDIMENTO PRIMÁRIO

Tipo VTR: ☐ USA ☒ USB Nº da VTR: 123 Data: 15/12/11 Hora: 13:15 Tipo de Contrato: 2015 1022  
Paciente: SUELO, ALEXANDRE ALVES DE S. Nº: 15/12/11  
QTH (Origem): ☐ Residência ☐ Hospital ☐ Clínica ☐ Rua ☐ Intermunicipal Hora chegada: 13:15  
☒ UPA ☐ Outros Descrição: TAPICILK Hora saída: 13:27  
QTH (Destino): ☐ Residência ☒ Hospital ☐ Clínica ☐ Rua ☐ Intermunicipal Hora chegada: 13:44  
☐ UPA ☐ Outros Descrição: HALL Hora saída: 13:54  
Acompanhante: Contato: Chegada na base: 13:54

1. CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

Tipo de atendimento: ☒ Clínico ☐ Trauma ☐ Gineco/Obstétrico ☐ Psiquiátrico ☐ Neo/Pediátrico ☐ Outros  
Queixa inicial: DOR PESSOA  
Comorbidades: HAS, CARENÇA PARA Alergias: NENHUMA

2. INVESTIGAÇÃO CLÍNICA INICIAL ATUAL

Avaliação neurológica: ☐ Sedado ☐ Torporoso ☐ Agitado Escala Glasgow: O1 VET M10 Pupila (L) Total: 4  
Avaliação Respiratória: ☐ Eupneico ☒ Dispneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Cianose ☐ Tiragens  
Ausculta pulmonar: ☐ Broncoaspiração  
Dispositivos atuais: ☐ Ar Ambiente ☐ C. Orofaríngea ☐ NBZ ☒ Cateter nasal ☐ Masc. Venturi/Hudson  
☐ VMNI ☐ TOT ☐ TQT OBS: 02/4/11/mm  
Av. Cardiocirculatória: ☒ Normocárdico ☐ Taquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ Arritmia ☐ Pulsos periféricos (-)  
Ausculta Cardíaca: ☐ Sangramento atual ☐ E. capilar >2s  
Dispositivos atuais: ☒ AVP em USD ☐ AVC em ☐ PICC em ☐ Soroterapia ☐ Sanilizado  
Av. TGI- ☐ Êmese ☐ Hematomese ☐ Melena ☐ Ascite ☐ Evisceração ☐ F. Operatória ☐ Outros  
Dispositivos atuais: ☐ SNG/SOG ☐ SNE ☐ Gastrostomia/Jejunostomia ☐ Colostomia ☐ Outros  
Eliminações vesicais: ☐ Anúria ☒ Espontânea ☐ Fralda ☐ Urípen ☐ SVA ☐ SVD ☐ Cistostomia ☐ Outros  
Gineco/Obstétrico: ☐ Gestante ☐ Parturiente ☐ Puerpera OBS:  
SSVV: Temp: 36 SpO2: FR: FC: P.A.: HGT: Obs:

3. ASSISTÊNCIA REALIZADA NO LOCAL

Evolução da ocorrência: O paciente foi admitido no setor de emergência e no espaço, HAS, CARENÇA PARA o uso de heparina, não tem mais dor, porém apresenta dor de cabeça, sem alteração de nível de consciência, sem alteração de sinais vitais, sem alteração de sinais de desidratação.

4. ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS APÓS ATENDIMENTO INICIAL

☐ Atendimento no local ☒ Remoção ☐ Aclonamento do HomeCare ☐ Óbito no local ☐ Outros:  
Em caso de transferência/Remoção, Qual unidade:

5. AUTORIZAÇÃO/RECUSA DO CLIENTE

☐ Eu, \_\_\_\_\_ portador(a) do documento nº \_\_\_\_\_ autorizo a equipe desse atendimento assistencial, da Empresa Cronos Saúde, a prestar atendimento e demais encaminhamentos a mim e/ou ao meu familiar, conforme identificação acima. Assinatura: \_\_\_\_\_  
☐ Eu, \_\_\_\_\_ portador(a) do documento nº \_\_\_\_\_ estou ciente da condição do paciente acima e assumo total responsabilidade pela recusa da conduta desse serviço assistencial, isentando a Cronos Saúde e sua equipe de qualquer responsabilidade. Assinatura: \_\_\_\_\_

6. EQUIPE RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

Solicitante: Médico Regulador  
Equipe atendimento: ASSESSORIA DE ENFERMAGEM  
Médico Cronos: Enfermeiro(a) Cronos: Unidade Receptora:



**EM BRANCO**

**FICHA DE ATENDIMENTO PRIMÁRIO**

Tipo VTR:	<input type="checkbox"/> USA <input checked="" type="checkbox"/> USB	Nº da VTR:	02	Data:	03/12/20	Hora:		Tipo de Contrato:	SMS
Paciente:	ELIETE PEREIRA DOS SANTOS SILVA D.N: 22/10/67							Nº Ficha	Cód:
QTH (Origem)	<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Rua <input type="checkbox"/> Intermunicipal	Descrição:			UPA - BENEDITO		Hora chegada:	23:26	
QTH (Destino)	<input type="checkbox"/> Residência <input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Rua <input type="checkbox"/> Intermunicipal	Descrição:			HOSP. DA MULHER		Hora saída:	23:38	
Acompanhante:				Contato:			Hora chegada:	23:56	
						Hora saída:	00:13		
						Chegada na base:	00:19		
1. CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:									
Tipo de atendimento	<input checked="" type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Gineco/Obstétrico <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Neo/Pediátrico <input type="checkbox"/> Outros								
Queixa inicial:									
Comorbidades:	Alergias: NENHUMA								
2. INVESTIGAÇÃO CLÍNICA INICIAL ATUAL									
Avaliação neurológica	<input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Agitado		Escala Glasgow:	O: <input type="checkbox"/> V: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>	Pupila:	<input type="checkbox"/> Total: 15			
Avaliação Respiratória	<input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input checked="" type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Tiragens								
Ausulta pulmonar:	<input type="checkbox"/> Broncoaspiração								
Dispositivos atuais:	<input type="checkbox"/> Ar Ambiente <input type="checkbox"/> C. Orofaríngea <input type="checkbox"/> NBZ <input checked="" type="checkbox"/> Cateter nasal <input type="checkbox"/> Masc. Venturi/Hudson								
Av. Cardiocirculatória	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Pulsos periféricos (-)								
Ausulta Cardíaca	<input type="checkbox"/> Sangramento atual <input type="checkbox"/> E. capilar >2s								
Dispositivos atuais:	<input checked="" type="checkbox"/> AVP em MLO <input type="checkbox"/> AVC em <input type="checkbox"/> PICC em <input type="checkbox"/> Soroterapia <input type="checkbox"/> Sanilizado								
Av. TGI-	<input type="checkbox"/> Êmese <input type="checkbox"/> Hematemese <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> Evisceração <input type="checkbox"/> F. Operatória <input type="checkbox"/> Outros								
Dispositivos atuais:	<input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia/Jejunostomia <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Outros								
Eliminações vesicais:	<input type="checkbox"/> Anúria <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Uripen <input type="checkbox"/> JSVA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Outros								
Gineco/Obstétrico:	<input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Parturiente <input type="checkbox"/> Puerpera		Obs:						
SSVV:	Temp:	SpO2: 95%	FR: 23	FC: 73	P.A.: 130/70	HGT:	Obs:		
3. ASSISTÊNCIA REALIZADA NO LOCAL									
Evolução da ocorrência	Transporte realizado sem intercorrências.								
4. ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS APÓS ATENDIMENTO INICIAL									
<input type="checkbox"/> Atendimento no local <input checked="" type="checkbox"/> Remoção <input type="checkbox"/> Aacionamento do HomeCare <input type="checkbox"/> Óbito no local <input type="checkbox"/> Outros:									
Em caso de transferência/Remoção, Qual unidade:	HOSP. DA MULHER								
5. AUTORIZAÇÃO/RECUSA DO CLIENTE									
<input type="checkbox"/> Eu, portador(a) do documento nº autorizo a equipe desse atendimento assistencial, da Empresa Cronos Saúde, a prestar atendimento e demais encaminhamentos a mim e/ou ao meu familiar, conforme identificação acima. Assinatura:									
<input type="checkbox"/> Eu, portador(a) do documento nº estou ciente da condição do paciente acima e assumo total responsabilidade pela recusa da conduta desse serviço assistencial, isentando a Cronos Saúde e sua equipe de qualquer responsabilidade. Assinatura:									
6. EQUIPE RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO									
Solicitante:				Médico Regulador					
Equipe atendimento:	CONDUCTOR: WELLINGTON ENE: ROBERTA								
	Roberta Lopes Santos			Kerubayne Anselma					
	CORNAL ENF			Unidade Receptora					
Médico Cronos									

**EM BRANCO**



**PROCESSO: 5800.000316/2021**

**INTERESSADO: CRONOS SAÚDE**

**ASSUNTO: SOLICITAÇÃO DE QUITAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA EMPRESA CRONOS SAUDE LTDA REF. AO PERÍODO DE 01/12/2020 À 10/12/2020.**

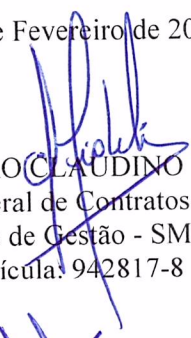
**DESPACHO Nº 0031/2021**


**À DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE**

Trata-se da solicitação de pagamento realizada pela empresa Cronos Saúde LTDA, detentora do contrato nº 73/2020, no valor de R\$ 6.100,00 (seis mil e cem reais), referente à prestação de serviços locação de transporte de 2 (duas) ambulâncias, sendo uma do tipo A com unidade de suporte básico (condutor e enfermeiro), a outra de tipo D com suporte de UTI (condutor, enfermeiro e médico), conforme as exigências contidas no termo de referência.

**Regressem os autos a essa Diretoria de Atenção a Saúde para que seja feito o atesto na nota fiscal presente à fl. 03, após o processo deverá seguir para a Diretoria do Fundo Municipal para tratativas de pagamento da despesa.**

Em, 11 de Fevereiro de 2021.

  
CARLEANDRO CLAUDINO FIDELIS  
Coordenador-Geral de Contratos e Serviços  
Agente de Gestão - SMS  
Matrícula: 942817-8

  
VALDIR MESSIAS DA SILVA  
Agente de Gestão  
Matrícula: 942745-7



**EM BRANCO**



**PREFEITURA DE  
MACEIÓ**  
SAÚDE

DAS/SMS

Nº FL. 402  
*Parmiuf*

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**

316 / 2021

PROCESSO: 5800.000364/2021

INTERESSADO: CRONOS SAÚDE

ASSUNTO: SOLICITAÇÃO A QUITAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA  
EMPRESA CRONOS NO PERÍODO DE 01/12/2020 A 03/12/2020.

**DESPACHO**

- 1) Ciente;
- 2) Versam os autos acerca de solicitação de quitação dos serviços prestados pela empresa CRONOS saúde LTDA no período de 01/12/2020 a 03/12/2020 no valor de R\$ 6.100,00 (seis mil e sem reais) conforme fls. 02;
- 3) Considerando o despacho da folha 25, onde conta o ATESTO para pagamento da referida empresa, seguindo em anexo as fichas de transferência do paciente durante o período referido devidamente assinada;
- 4) Encaminho diretamente à Diretoria do Fundo Municipal de Saúde para ciência e prosseguimento do feito.

Diretoria de Atenção à Saúde, em 22 de fevereiro de 2021.

**Silvia Mara Gomes Melo**  
Diretora de Atenção à Saúde  
SMS

**Silvia Mara Gomes Melo**  
Matrícula 926453 - 1  
Diretora de Atenção à Saúde (DAS)

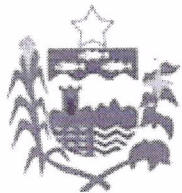
**Silvia Mara Gomes Melo**  
Matrícula 926453 - 1  
Diretora de Atenção à Saúde (DAS)



EM BRANCO

EM BRANCO

EM BRANCO



**Estado de Alagoas**  
**Secretaria de Estado da Fazenda**  
**Superintendência da Receita Estadual**

**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS DE TRIBUTOS ESTADUAIS**

Certidão fornecida para o CNPJ: 35.956.308/0001-90

Nome/Contribuinte: CRONOS SAUDE LTDA

Ressalvado o direito da Fazenda Pública Estadual cobrar débitos ainda não registrados ou que venham a ser apurados, certificamos que, verificando os registros da Secretaria de Estado da Fazenda, constatamos não existir, até a presente data, pendências em nome do contribuinte acima identificado.

Obs.: Esta Certidão engloba todos os estabelecimentos do contribuinte e refere-se a débitos de natureza tributária e descumprimento de obrigações acessórias.

Certidão emitida gratuitamente com base na Instrução Normativa SEF nº. 27 de 15 de maio de 2017.

Certidão emitida nos termos do art. 78 da Lei nº 6.771/06 e do art. 255 do Decreto nº 25.370/13.

Válida até 03/04/2021

Emitida às 11:03:33 do dia 02/02/2021

Código de controle da certidão: C6D0-8339-7694-487F

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada na página da Secretaria Executiva da Receita Estadual na internet, no endereço: [www.sefaz.al.gov.br](http://www.sefaz.al.gov.br).







PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: CRONOS SAUDE LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 35.956.308/0001-90

Certidão nº: 7299521/2021

Expedição: 26/02/2021, às 08:46:05

Validade: 24/08/2021 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **CRONOS SAUDE LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **35.956.308/0001-90**, **NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei nº 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa nº 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

### **INFORMAÇÃO IMPORTANTE**

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho ou Comissão de Conciliação Prévia.





Ano Base: 2021

**Unidade Gestora**  
180001 COORDENADORIA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Número**  
2021NL002156**Data Referência**  
04/02/2021**Gestão**  
18001 COORDENADORIA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**Favorecido**  
35.956.308/0001-90 CRONOS SAUDE LTDA**Despesa Certificada**  
2021CE000687**Nota Empenho**  
2020NE003621

Tipo Documento	Número	Série	Subsérie	Modelo	Data	Valor
Nota Fiscal Eletrônica	137	0	0	NFS-E	05/01/2021	6.100,00

**Observação**

LOCAÇÃO DE 02 AMBULÂNCIAS PARA AS UNIDADES DE TRIAGEM EM SÍNDROMES GRIPAIS, ESSENCIAIS AO ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA DECORRENTE DA PANDEMIA DO COVID-19. SENDO UMA TIPO A COM UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (CONDUTOR E ENFERMEIRO) E OUTRA TIPO D COM SUPORTE DO UTI (CONDUTOR, ENFERMEIRO E MÉDICO). PORTARIA Nº 055. DOM 30/06/2020. DECRETO MUNICIPAL Nº 8.861, DE 30 DE MARÇO DE 2020. CONTRATO Nº 073/2020.

**Certificador**

024.119.944-19 Antonio Ferreira Vieira

**Liquidante**

024.119.944-19 Antonio Ferreira Vieira

**Retenções Sugeridas**

Retenção	Valor Base Cálculo	% Retenção	Valor Retido
ISS			

**Retenções Realizadas**

Retenção	Prefeitura	Valor Base Cálculo	% Retenção	Valor Retido
ISS	12.200.135/0001-80 PREFEITURA MACEIÓ	6.100,00	2,17	132,37

**Lançamentos**

Nº	Evento	Inscrição	Classificação	Fonte Recurso	Valor
01	511014	2020NE003621			6.100,00
02	521001	2021NL002156			5.967,63
03	511005		3.3.2.3.1.10.00.00	0.2.41.001099	6.100,00
04	511006	014865	2.1.3.1.1.01.01.01	0.2.41.001099	6.100,00
05	511001	2021NL002156		0.2.41.001099	6.100,00
06	521071	2020NE003621	2.1.3.1.1.01.01.01	0.2.41.001099	132,37
07	521079	2021RT000942	8.9.8.2.2.07.00.00	0.2.41.001099	132,37
08	521041	013950		0.2.41.001099	132,37







Ano Base: 2021

**Ordem Bancária**  
Número 2021PP001777  
Data Referência 05/03/2021  
Unidade Gestora 180001 COORDENADORIA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
Gestão 18001 COORDENADORIA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
Nota Lançamento 2021NL002156  
Favorecido 35.956.308/0001-90 CRONOS SAUDE LTDA  
Procurador / Cessionário 35.956.308/0001-90 CRONOS SAUDE LTDA  
Nota Empenho Original 2020NE003621  
Domicílio Bancário Destino 748 02205-5 000074796-3  
Valor 5.967,63  
Vencimento Código Barras  
Código de Barras  
Observação LOCAÇÃO DE 02 AMBULÂNCIAS PARA AS UNIDADES DE TRIAGEM EM SÍNDROMES GRIPAIS, ESSENCIAIS AO ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA DECORRENTE DA PANDEMIA DO COVID-19. SENDO UMA TIPO A COM UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (CONDUTOR E ENFERMEIRO) E OUTRA TIPO D COM SUPORTE DO UTI (CONDUTOR, ENFERMEIRO E MÉDICO). PORTARIA Nº 055. DOM 30/06/2020. DECRETO MUNICIPAL Nº 8.861, DE 30 DE MARÇO DE 2020.  
CONTRATO Nº 073/202  
Situação Não está cancelada  
Número Autenticação  
Domicílio Destino Retorno  
Repasse Recursos Federais  
Código Finalidade  
Transação Origem 0250 PP Despesa Empenhada  
Usuário Lançado em 05/03/2021 às 11:16 por Anderson José Viana da Silva

**Tipo Ordem Bancária**  
Data Lançamento 05/03/2021  
Despesa Certificada 2021CE000687  
Natureza Despesa  
Fonte Recurso  
Tipo Serviço Crédito conta-corrente

## Retenções Sugeridas

Retenção	Competência	Valor Base Cálculo	% Retenção	Valor Retido
ISS				

## Retenções Realizadas

Retenção	Competência	Número Retenção	Valor Base Cálculo	% Retenção	Valor Retido
ISS		2021RT000942	6.100,00	2,17	132,37

## Lançamentos

Nº	Evento	Inscrição	Classificação	Fonte Recurso	Valor
01	531001	2021NL002156		0.2.41.001099	5.967,63
02	541006			0.2.41.001099	5.967,63







Ano Base: 2021

Unidade Gestora	180001	COORDENADORIA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE									
Gestão	18001	COORDENADORIA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE									
Data Referência	05/03/2021	Ordem Bancária Número	2021OB002956								
Domicílio Bancário Origem	001 03557-2 000008636-3										
Fica esta Agência autorizada a creditar aos abaixo relacionados, contra Banco: BANCO DO BRASIL											
De Conformidade com os documentos comprobatórios em nosso poder											
OR	Favorecido	Domicílio Bancário Destino	PP	Subação	ND	Fonte Recurso	NE	UG / Gestão	NL	Retenção	Valor
21.681.325/0001-57											
Crédito conta-corrente											
28	LIGIA MARIA CARNEIRO - ME	756 04342-7 000028741-5	2021PP001778			0.2.41.001099	2020NE007013	180001 - 18001	2021NL002154		6.058,85
29.228.930/0001-89											
Crédito conta-corrente											
29	LIGIA MARIA CARNEIRO - ME	756 04342-7 000028741-5	2021PP001779			0.2.41.001099	2020NE007013	180001 - 18001	2021NL002155		9.455,55
29.228.930/0001-89											
Crédito conta-corrente											
30	CRONQS SAUDE LTDA	748 02205-5 000074796-3	2021PP001777			0.2.41.001099	2020NE003621	180001 - 18001	2021NL002156		5.967,83
35.956.308/0001-90											
Crédito conta-corrente											
Valor desta Nota											425.277,73
Quatrocentos e Vinte e Cinco Mil Duzentos e Setenta e Sete Reais e Setenta e Três Centavos											
Ordenador Primário	PEDRO HERMANN MADEIRO				Ordenador Secundário	VANDERLEI VIEIRA					
Assinatura	_____				Assinatura	_____					