

MINUTA DE TERMO DE ADESÃO

UG EXECUTORA



UG SIGNATÁRIA
(representada pelo ES-GW)



MINUTA

TERMO DE ADESÃO Nº XXX/EEAR-ESGW/XXXX

INEXIGIBILIDADE Nº XXX/EEAR-ESGW/XXXX
CREDENCIAMENTO Nº 001/EEAR/2021

PAG Nº 67542.007466/2020-31
PAM/S Nº 050/COMANDO/2020

OBJETO: Prestação de serviços de assistência médico-hospitalar no estado de São Paulo e, principalmente, a nível regional, no Vale do Paraíba/SP e/ou em Itajubá/MG, nas clínicas/especialidades abaixo:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XX

CNPJ nº XXXXXX



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
ESCOLA DE ESPECIALISTAS DE AERONÁUTICA

MINUTA

TERMO DE ADESÃO AO CREDENCIAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR Nº **XXX/EEAR-ESGW/XXXX.**

Processo nº 67542.007466/2020-31

Edital de Credenciamento nº 001/2021, publicado no D.O.U. Nº **XXX, de XX/XX/XXXX**

Inexigibilidade de Licitação nº **XXX/XXXX** (UASG 120064), publicada no D.O.U. Nº **XXX, de XX/XX/XXXX**.

1. ÓRGÃO CREDENCIADOR:

1.1 A UNIÃO, Ministério da Defesa, Comando da Aeronáutica, por meio da **ESCOLA DE ESPECIALISTAS DE AERONÁUTICA (EEAR)**, como **Unidade Gestora**, inscrito no CNPJ sob o nº 00.394.429/0181-58, representada pelo **ESQUADRÃO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ (ES-GW)**, como **Unidade Signatária**, doravante denominada **CREDENCIANTE**, com sede na Avenida Brigadeiro Adhemar Lyrio, s/nº, Pedregulho, na cidade de Guaratinguetá/SP, neste ato representado pelo seu Comandante e **Ordenador de Despesas por delegação**, Sr. **JULIO JOSÉ REIS DA SILVA TC QOMED ONC**, Identidade do COMAER nº 483158 e CPF nº 012.086.207-70, cuja nomeação para o cargo foi ocorreu pela Portaria DIRSA nº 90/SECGAB, de 19/11/2020, publicada no Bol. do Comando da Aeronáutica (BCA) nº 212, de 23/11/2020 e transcrita no Bol. Int. Ost. Nº 227, de 30/11/2020.

2. CREDENCIADO:

ORGANIZAÇÃO CIVIL DE SAÚDE (OCS)

PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO (PSA)

RAZÃO SOCIAL:XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CNPJ nº: XXXXXXXXXXXXX

3. OBJETO:

3.1 Prestação de Serviços de assistência médico-hospitalar no estado de São Paulo e, principalmente, a nível regional, no Vale do Paraíba e/ou em Itajubá/MG, nas clínicas/especialidades abaixo:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

3.2 Os serviços serão prestados aos beneficiários do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU) e, eventualmente, aos beneficiários do Sistema de Saúde de outras Forças Singulares, nos termos da lei nº 6.880, de 1980, e respectiva regulamentação, e conforme Orientação Normativa Conjunta nº 1, de 19 de agosto de 2016, que serão prestados nas condições estabelecidas no Edital de Credenciamento, Projeto Básico e demais anexos, mediante GAB (Guia de Apresentação do Beneficiário) ou GEAM (Guia de Encaminhamento, para Assistência Médico-Hospitalar) ou Ofício Externo de Apresentação que será apresentado pelo usuário.

4. VALOR ESTIMADO: R\$XXXXXXXXXXXX (XXXXXXXXXXXXXXXX)

5. Aplicam-se a este Termo de Adesão as disposições contidas no Edital de Credenciamento acima referido e seus Anexos, bem como o(s) edital(is) complementar(es).



6. FUNDAMENTAÇÃO:

- a) Inexigibilidade de Licitação supracitada, fundamentada no artigo 25, caput, da Lei nº 8.666, de 1993;
- b) Instrução Normativa MP nº 5/2017, Anexo VII, item 3;
- c) NSCA 160-7/2017 – Assistência Complementar do Sistema de Saúde da Aeronáutica;
- d) Portaria COMGEP nº 1.619/DOR, de 08 de dezembro de 2014; e
- e) Parecer nº 01649/2020/ADV/E-CJU/SSEM/CGU/AGU, de 02/12/2020.

Guaratinguetá-SP, **XXX de XXXXXXXXXXXX de XXXX.**

PELA CONTRATANTE	
<p>_____ JULIO JOSÉ REIS DA SILVA TC QOMED ONC Ordenador de Despesas do ES-GW por delegação CPF: 012.086.207-70</p>	<p>_____ MARIA ROSA DE LUCA PEREIRA Maj Dent Agente de Controle Interno do ES-GW por delegação CPF: 079.203.827-42</p>
PELA CONTRATADA	
<p>_____ XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Titular CPF: XXXXXXXXXX</p>	<p>_____ XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Testemunha CPF: XXXXXXXXXX</p>
PELA FISCALIZAÇÃO	
<p>_____ AGOSTINHO MARTINS DE OLIVEIRA NETO SEGUNDO Maj QOMED CLM Presidente da Comissão de Credenciamento e Fiscal pelo ES-GW CPF: _____</p>	



ANEXO I

FICHA CADASTRAL DO CREDENCIADO (PESSOA FÍSICA/JURÍDICA)

CPF/CNPJ:			
NOME PESSOA FÍSICA/JURÍDICA:			
NOME FANTASIA:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:
TEL (1):	TEL (2):	FAX:	
E-MAIL:		SITE:	
CONTATO:		TEL:	
REPRESENTANTE LEGAL (1):			
CARGO:	RG:	EMISSOR:	CPF:

DADOS BANCÁRIOS

BANCO:	
BANCO N°:	AGÊNCIA N°:
CONTA CORRENTE:	

(Nome Responsável Legal / Função / Assinatura)