

CNPJ: 10.594.533/0001-00  
AV. XV DE NOVEMBRO, 223  
C.E.P.: 89600-000 - Joaçaba - SC

**Mês/Ano da Assinatura:**  
**Setembro/2018.**

### Resumo dos Instrumentos de Contrato e Termos Aditivos

**Contratado:** INOVADORA SISTEMAS DE GESTÃO LTDA

**CNPJ:** 00.867.301/0002-06

**Modalidade:** PREGÃO PRESENCIAL

**Número da Licitação:** 17/2018

**Número do Processo:** 34/2018

**Outra Entidade:** Não

**Número do Contrato ou Aditivo:** 46/2018

**Fundamento Legal:**

**Objeto:** A contratação de empresa especializada em fornecimento de licença de uso de software para gestão da saúde, com execução de serviços técnicos em manutenção (corretiva, adaptativa e evolutiva), atualização, suporte técnico, consultoria técnica, customização, implantação, migração de base de dados e treinamento, incluindo acompanhamento presencial na fase inicial de utilização do sistema.

**Data da Assinatura:** 04/09/2018

**Data da Publicação no Diário Oficial:** 10/09/2018

**Vigência:** 04/09/2018 a 03/09/2019

**Programa de Trabalho:**

**Unidade Gestora / Número:**

**Gestão / Número:**

**Número do Empenho:**

**Valor:** 265.250,00

**Forma de Pagamento:** CFE CLAUSULA QUARTA DO CONTRATO

**Contratado:** FUNOESC HOSPITAL UNIVERSITÁRIO STA TEREZINHA

**CNPJ:** 84.592.369/0009-88

**Modalidade:** Inexigibilidade de Licitação

**Número da Licitação:** 4/2017

**Número do Processo:** 19/2017

**Outra Entidade:** Não

**Número do Contrato ou Aditivo:** 008/2017 - TA 01

**Fundamento Legal:**

**Objeto:** CLÁUSULA PRIMEIRA  
CLÁUSULA SEXTA - DA VIGÊNCIA

A vigência do contrato fica prorrogada por 12 (doze) meses, a contar de 27 de setembro de 2018, em conformidade com o disposto no art. 57, II, da Lei 8.666/93.

Diante da prorrogação, o prazo de execução dos serviços objeto da contratação passa a ser de 24 (vinte e quatro) meses, contados da

**Data da Assinatura:** 26/09/2018

**Data da Publicação no Diário Oficial:** 04/10/2018

**Vigência:** 27/09/2018 a 26/09/2019

**Programa de Trabalho:**

**Unidade Gestora / Número:** FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE JOACABA / Nr.:

**Gestão / Número:**

**Número do Empenho:**

**Valor:** 0,00

**Forma de Pagamento:**