

**ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VIDAL RAMOS**

CONTRATO Nº. 04/2023

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
QUE ENTRE SI CELEBRAM O FUNDO
MUNICIPAL DE SAÚDE DE VIDAL RAMOS E
A EMPRESA **ULTRACLINICA
ULTRASSONOGRAFIA E DIAGNOSTICOS DE
IMAGEM LTDA****

O Fundo Municipal de Saúde de Vidal Ramos, Estado de Santa Catarina, com sede na Avenida Jorge Lacerda, 1.180 – Centro, CNPJ nº. 14.164.340/0001-62, neste ato representado pelo Prefeito Municipal **NELSON BACK**, nos termos do Processo Administrativo nº. 02/2023, Chamada Pública/Credenciamento nº. 02/2023 CONTRATUALIZA, através do presente Termo, a empresa **ULTRACLINICA ULTRASSONOGRAFIA E DIAGNOSTICOS DE IMAGEM LTDA**, CNPJ: 25.052.324/0003-66, R BOTANICO KUHLMANN, 419 sala 504 E 505, Bairro EUGENIO SCHNEIDER, cep: 89167-015, RIO DO SUL/SC, para PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAUDE na área de exames, de acordo com as seguintes condições:

I – DO OBJETO

Art. 1º. – O CREDENCIADO prestará ao Município de Vidal Ramos os seguintes serviços de saúde: Processo Administrativo nº. 02/2023, Chamada Pública/Credenciamento nº. 02/2023 para realização de seleção e possível contratação de entidades Privadas, Filantrópicas e/ou sem Fins Lucrativos, prestadoras de serviços de assistência à saúde, para a realização dos exames constantes na Tabela Anexo I do Presente Edital, conforme normas previstas no Edital nº. 02/2023 e demais orientações constantes da Solicitação de Habilitação, através do parecer da Comissão especialmente criada para este fim, do Conselho Municipal de Saúde e homologação da Secretário(a) Municipal de Saúde.

II – DA REMUNERAÇÃO

Art. 2º. – O preço ajustado entre as partes será o constante das tabelas I, anexo I do Edital nº. 02/2023, aceito pelo CONTRATUALIZADO no momento da apresentação da documentação e pedido, estando inclusos taxas de administração, gastos com materiais, manutenção, impostos, taxas e outros dispêndios necessários à realização do objeto contratado.

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	UND	V. UNIT	V. TOTAL
1	USG PELVICA (GINECOLOGICA) - USG PELVICA (GINECOLOGICA)	5	SERV	170,00	850,00
2	TRANSVAGINAL - TRANSVAGINAL	5	SERV	190,00	950,00



3	TRANSVAGINAL/ OBSTETRICA / 1 USG - TRANSVAGINAL/ OBSTETRICA / 1 USG	5	SERV	200,00	1.000,00
4	TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO (atender 3 x nesse valor) - TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO (atender 3 x nesse valor)	5	SERV	450,00	2.250,00
5	PROSTATA – VIA ABDOMINAL (BECHIGA CHEIA) - PROSTATA – VIA ABDOMINAL (BECHIGA CHEIA)	5	SERV	170,00	850,00
6	PROSTATA – VIA TRANSRETAL - PROSTATA – VIA TRANSRETAL	5	SERV	210,00	1.050,00
7	TIREOIDE / PARATIREOIDE - TIREOIDE / PARATIREOIDE	5	SERV	200,00	1.000,00
8	CERVICAL - CERVICAL	5	SERV	200,00	1.000,00
9	ORGÃOS E ESTRUTURAS - SALIVARES - ORGÃOS E ESTRUTURAS - SALIVARES	5	SERV	170,00	850,00
10	ORGÃOS E ESTRUTURAS – PARTES MOLES E AXILA - ORGÃOS E ESTRUTURAS – PARTES MOLES E AXILA	5	SERV	170,00	850,00
11	APARELHO URINÁRIO FEMININO – RINS, URETERES E BEXIGA - APARELHO URINÁRIO FEMININO – RINS, URETERES E BEXIGA	5	SERV	170,00	850,00
12	APARELHO URINÁRIO MASCULINO - RINS, URETERES E BEXIGA - APARELHO URINÁRIO MASCULINO - RINS, URETERES E BEXIGA	5	SERV	170,00	850,00
13	ABDOME INFERIOR MASCULINO (BEXIGA, PROSTATA, VESICULAS SEMINAIS) - ABDOME INFERIOR MASCULINO (BEXIGA, PROSTATA, VESICULAS SEMINAIS)	5	SERV	170,00	850,00
14	ABDOME INFERIOR FEMININO (BEXIGA, UTERO, OVÁRIO E ANEXOS) - ABDOME INFERIOR FEMININO (BEXIGA, UTERO, OVÁRIO E ANEXOS)	5	SERV	170,00	850,00
15	ABDOME SUPERIOR - ABDOME SUPERIOR	5	SERV	180,00	900,00
16	ABDOME TOTAL - ABDOME TOTAL	5	SERV	200,00	1.000,00
17	RETROPERITÔNIO - RETROPERITÔNIO	5	SERV	170,00	850,00
18	MAMOGRAFIA BILATERAL - MAMOGRAFIA BILATERAL	5	SERV	140,00	700,00
19	MAMAS (INCLUI AXILA) - MAMAS (INCLUI AXILA)	5	SERV	200,00	1.000,00

20	ARTICULAÇÃO COM DOPPLER - ARTICULAÇÃO COM DOPPLER	5	SERV	260,00	1.300,00
21	ARTICULAÇÕES OMBRO, BRAÇO, COTOVELO, ANTEBRAÇO, PÉ, PUNHO, QUADRIL, COXA, JOELHO, PERNA, PANTURILHA, TORNOZELO, CALCÂNEO) - ARTICULAÇÕES OMBRO, BRAÇO, COTOVELO, ANTEBRAÇO, PÉ, PUNHO, QUADRIL, COXA, JOELHO, PERNA, PANTURILHA, TORNOZELO, CALCÂNEO)	5	SERV	170,00	850,00
22	DOPPLER COLORIDO DE TIREOIDE - DOPPLER COLORIDO DE TIREOIDE	5	SERV	250,00	1.250,00
23	DOPPLER COLORIDO ORGÃOS ESTRUTURAIS/CERVICAL - DOPPLER COLORIDO ORGÃOS ESTRUTURAIS/CERVICAL	5	SERV	260,00	1.300,00
24	DOPPLER COLORIDO ORGÃOS ESTRUTURAIS/SALIVARES - DOPPLER COLORIDO ORGÃOS ESTRUTURAIS/SALIVARES	5	SERV	220,00	1.100,00
25	DOPPLER COLORIDO ORGÃOS ESTRUTURAIS/PARTES MOLES (pele, músculos, linfonodos) - DOPPLER COLORIDO ORGÃOS ESTRUTURAIS/PARTES MOLES (pele, músculos, linfonodos)	5	SERV	200,00	1.000,00
26	DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA - DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA	5	SERV	280,00	1.400,00
27	DOPPLER COLORIDO/ PELVICO - DOPPLER COLORIDO/ PELVICO	5	SERV	250,00	1.250,00
28	DOPPLER COLORIDO/ TRANSVAGINAL - DOPPLER COLORIDO/ TRANSVAGINAL	5	SERV	250,00	1.250,00
29	DOPPLER COLORIDO ORGÃOS E ESTRUTURAS / PROSTATA - DOPPLER COLORIDO ORGÃOS E ESTRUTURAS / PROSTATA	5	SERV	250,00	1.250,00
30	DOPPLER COLORIDO DO SISTEMA PORTA - DOPPLER COLORIDO DO SISTEMA PORTA	5	SERV	300,00	1.500,00
31	DOPPLER COLORIDO/ RENAL MASCULINO - DOPPLER COLORIDO/ RENAL MASCULINO	5	SERV	300,00	1.500,00

32	DOPPLER COLORIDO / RENAL FEMININO TEM PREPARO - DOPPLER COLORIDO / RENAL FEMININO TEM PREPARO	5	SERV	300,00	1.500,00
33	DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILIACAS - DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILIACAS	5	SERV	300,00	1.500,00
34	DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAS - DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAS	5	SERV	300,00	1.500,00
35	DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS VISCERAIS (mesentérica superior, inferior e tronco celiaco) - DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS VISCERAIS (mesentérica superior, inferior e tronco celiaco)	5	SERV	300,00	1.500,00
36	DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA INFERIOR - DOPPLER COLORIDO DE	5	SERV	300,00	1.500,00
37	DOPPLER COLORIDO ABDOME TOTAL MASCULINO - DOPPLER COLORIDO ABDOME TOTAL MASCULINO	5	SERV	330,00	1.650,00
38	DOPPLER COLORIDO ABDOME TOTAL FEMININO - DOPPLER COLORIDO ABDOME TOTAL FEMININO	5	SERV	330,00	1.650,00
39	DOPPLER COLORIDO CAROTIDAS E VERTEBRAIS (VASOS CERVICAIS ARTERIAIS) BILATERAL - DOPPLER COLORIDO CAROTIDAS E VERTEBRAIS (VASOS CERVICAIS ARTERIAIS) BILATERAL	5	SERV	330,00	1.650,00
40	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL - MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL - DOPPLER COLORIDO ARTERIAL - MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	5	SERV	320,00	1.600,00
41	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL - MEMBRO INFERIOR UNILATERAL - DOPPLER COLORIDO ARTERIAL - MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	5	SERV	360,00	1.800,00
42	DOPPLER COLORIDO VENOSO - MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL - DOPPLER COLORIDO VENOSO - MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	5	SERV	360,00	1.800,00

43	DOPPLER COLORIDO VENOSO – MEMBRO INFERIOR UNILATERAL - DOPPLER COLORIDO VENOSO – MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	5	SERV	360,00	1.800,00
44	DOPPLER COLORIDO VENOSO SUPERFICIAL E PROFUNDO – UNILATERAL - DOPPLER COLORIDO VENOSO SUPERFICIAL E PROFUNDO – UNILATERAL	5	SERV	360,00	1.800,00
45	DOPPLER COLORIDO SUBCLAVIAS E JUGULARES (VASOS CERVICAIS VENOSOS) BILATERAL - DOPPLER COLORIDO SUBCLAVIAS E JUGULARES (VASOS CERVICAIS VENOSOS) BILATERAL	5	SERV	320,00	1.600,00
46	TORAX (TORACICO EXTRA-CARDIACO) - TORAX	5	SERV	210,00	1.050,00
	(TORACICO EXTRA-CARDIACO)				
47	DIAFRAGMA - DIAFRAGMA	5	SERV	210,00	1.050,00
48	TRANSVAGINAL COM PREPARO INTESTINAL PARA PESQ. ENDOMETRIOSE PROFUNDA - TRANSVAGINAL COM PREPARO INTESTINAL PARA PESQ. ENDOMETRIOSE PROFUNDA	5	SERV	780,00	3.900,00
49	SUPRA RENAI /ADRENAIS - SUPRA RENAI /ADRENAIS	5	SERV	210,00	1.050,00
50	PAREDE ABDOMINAL - PAREDE ABDOMINAL	5	SERV	180,00	900,00
51	DOPPLER COLORIDO ORGÃOS E ESTRUTURAS / PAREDE ABDOMINAL - DOPPLER COLORIDO ORGÃOS E ESTRUTURAS / PAREDE ABDOMINAL	5	SERV	200,00	1.000,00
52	REGIÃO INGUINAL UNILATERAL - REGIÃO INGUINAL UNILATERAL	5	SERV	180,00	900,00
53	DOPPLER COLORIDO ORGÃOS E ESTRUTURAS / REGIÃO INGUINAL UNILATERAL - DOPPLER COLORIDO ORGÃOS E ESTRUTURAS / REGIÃO INGUINAL UNILATERAL	5	SERV	200,00	1.000,00
54	BOLSA ESCROTAL - BOLSA ESCROTAL	5	SERV	220,00	1.100,00
55	DOPPLER COLORIDO ORGÃOS ESTRUTURAIIS / ESCROTO - DOPPLER COLORIDO ORGÃOS ESTRUTURAIIS / ESCROTO	5	SERV	260,00	1.300,00

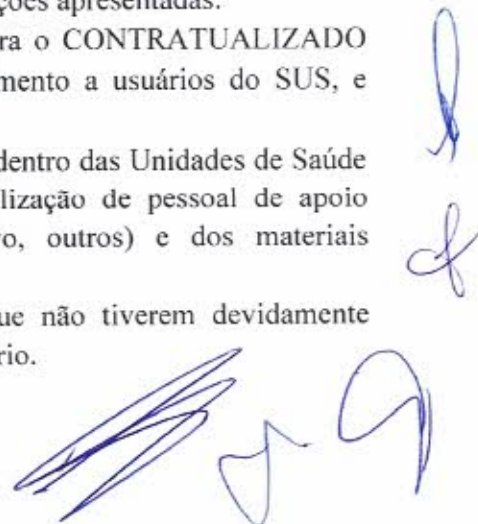
56	BIOPSIA DE MAMA COM PSITOLA AUTOMÁTICA - BIOPSIA DE MAMA COM PSITOLA AUTOMÁTICA	5	SERV	520,00	2.600,00
57	PAAF DE MAMA - PAAF DE MAMA	5	SERV	470,00	2.350,00
58	PAAF DE TIREOIDE (usar 3 códigos) - PAAF DE TIREOIDE (usar 3 códigos)	5	SERV	470,00	2.350,00
59	MAMOTOMIA POR ULTRASSOM - MAMOTOMIA POR ULTRASSOM	5	SERV	3.500,00	17.500,00
60	BIOPSIA HEPATICA - BIOPSIA HEPATICA	5	SERV	820,00	4.100,00
61	BIOPSIA DE PROSTATA - BIOPSIA DE PROSTATA	5	SERV	500,00	2.500,00
62	LINFONODO ABDOMINAL - LINFONODO ABDOMINAL	5	SERV	490,00	2.450,00
63	PUNÇÃO ASPIRATIVA (NÓDULOS) - PUNÇÃO ASPIRATIVA (NÓDULOS)	5	SERV	200,00	1.000,00
64	AGULHAMENTO FIO GUIA - AGULHAMENTO FIO GUIA	5	SERV	790,00	3.950,00
65	COLOCAÇÃO CLIP CIRURGICO EM NÓDULO - COLOCAÇÃO CLIP CIRURGICO EM NÓDULO	5	SERV	1.350,00	6.750,00
66	OBSTÉTRICO - OBSTÉTRICO	5	SERV	220,00	1.100,00
67	OBSTÉTRICO GEMELAR (CADA FETO) - OBSTÉTRICO GEMELAR (CADA FETO)	5	SERV	200,00	1.000,00
68	OBSTÉTRICO COM DOPPLER - OBSTÉTRICO COM DOPPLER	5	SERV	300,00	1.500,00
69	OBSTÉTRICO GEMELAR COM DOPPLER (CADA FETO) - OBSTÉTRICO GEMELAR COM DOPPLER (CADA FETO)	5	SERV	240,00	1.200,00
70	OBSTÉTRICO MORFOLOGICO 1º. TRIMESTRE COM DOPPLER (11-14 SEMANAS) - OBSTÉTRICO MORFOLOGICO 1º. TRIMESTRE COM DOPPLER (11-14 SEMANAS)	5	SERV	350,00	1.750,00
71	OBSTÉTRICO MORFOLOGICO GEMELAQR 1º. TRIMESTRE COM DOPPLER CADA FETO (11-14 SEMANAS) - OBSTÉTRICO MORFOLOGICO GEMELAQR 1º. TRIMESTRE COM DOPPLER CADA FETO (11-14 SEMANAS)	5	SERV	320,00	1.600,00

72	OBSTÉTRICO MORFOLOGICO 2º. TRIMESTRE COM DOPPLER (22-24 SEMANAS) - OBSTÉTRICO MORFOLOGICO 2º. TRIMESTRE COM DOPPLER (22-24 SEMANAS)	5	SERV	450,00	2.250,00
73	OBSTÉTRICO MORFOLOGICO 2º. TRIMESTRE GEMELAR COM DOPPLER (22-24 SEMANAS) CADA FETO - OBSTÉTRICO MORFOLOGICO 2º. TRIMESTRE GEMELAR COM DOPPLER (22-24 SEMANAS) CADA FETO	5	SERV	420,00	2.100,00
74	ABDOME TOTAL (PESQUISA DE REFLUXO OU ESTENOSE HIPERTROFICA DE PILORO) - ABDOME TOTAL (PESQUISA DE REFLUXO OU ESTENOSE HIPERTROFICA DE PILORO)	5	SERV	300,00	1.500,00
75	QUADRIL INFANTIL BILATERAL - QUADRIL INFANTIL BILATERAL	5	SERV	400,00	2.000,00
76	TRANSFONTANELA - TRANSFONTANELA	5	SERV	300,00	1.500,00

III – DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

Art. 3º. – O Município de Vidal Ramos tem a obrigação de:

1. – Efetuar o pagamento dos procedimentos executados ao CONTRATUALIZADO, nos valores constantes das tabelas I, anexo I do Edital nº. 02/2023 - Preços Públicos - até o dia 10 do mês subsequente da realização dos serviços, mediante a apresentação das requisições ou Boletins de Atendimento Diários, assinados pelo usuário, bem como, a competente fatura emitida pelo CONTRATUALIZADO, em documento fiscal idôneo.
2. – O Município reserva-se o direito de fiscalizar de forma permanente, a prestação dos serviços prestados pelo CONTRATUALIZADO, podendo proceder a suspensão do contrato, em caso de má prestação, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa.
3. – Efetuar a conferência técnica e administrativa das faturas e requisições apresentadas.
4. – Fornecer formulários de receituários, requisições e atestados para o CONTRATUALIZADO utilizar em seu consultório ou clinica particular, quando em atendimento a usuários do SUS, e exclusivamente a estes.
5. – Quando os **serviços de saúde contratualizados** forem realizados dentro das Unidades de Saúde da Prefeitura, é de responsabilidade exclusiva do Município, a utilização de pessoal de apoio (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, administrativo, outros) e dos materiais necessários para o respectivo procedimento.
7. – Fica vedado ao Município o pagamento de procedimentos que não tiverem devidamente descritos nas requisições próprias e não constarem a assinatura do usuário.



IV – DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

Artigo 4º. – São obrigações do CONTRATUALIZADO:

1. – Atender todos os encaminhamentos habilitados pelo instrumento do Edital de Chamada Pública 02/2023, feitos por profissionais de saúde da rede pública SUS de Vidal Ramos, devidamente autorizadas por funcionário do Município.
2. – Preencher com clareza e exatidão todos os campos das requisições, laudos, atestados, receiptuários e demais formulários e documentos fornecidos pelo Município.
3. – Utilizar os documentos referidos no item 2 somente para usuários do SUS.
4. – É de responsabilidade exclusiva e integral do **CONTRATUALIZADO**, a utilização de pessoal (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, administrativos, outros), para a realização dos procedimentos ambulatoriais e exames constantes deste instrumento, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes do vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos ao Município ou ao Ministério da Saúde, exceto quando referidos procedimentos ou exames forem realizados na Unidade de Saúde da Prefeitura pelo **CONTRATUALIZADO**, com suporte técnico e recursos humanos da própria.
5. – É de responsabilidade do **CONTRATUALIZADO** todos os encargos trabalhistas previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes da prestação de serviços a ser realizada por este, dentro da Unidade de Saúde da Prefeitura ou em consultório, ambiente hospitalar e/ou clínica particular.
6. – O pagamento pelos serviços prestados habilitados através do Edital 02/2023, será efetuado mensalmente, de acordo com os valores estipulados na tabela constante do mesmo, com a devida comprovação dos encaminhamentos, até o quinto dia útil do mês subsequente, tendo em conta o número de procedimentos efetivamente realizados, por encaminhamento das Unidades de Saúde do Município, em requisições próprias, devidamente autorizadas, acompanhadas da respectiva fatura emitida pelo credenciado, em documento fiscal idôneo, anexando relação dos usuários atendidos, com o nome completo e origem da execução do objeto para o qual foi contratado.
7. – **O CREDENCIADO deverá realizar o conjunto de procedimentos relativos à sua área de atuação, conforme relação constante na tabela I, anexo I, do Edital nº. 02/2023.**
8. A porta de entrada para o SUS configura-se pelo atendimento prestado nas Unidades Públicas de Saúde do Município, Clínicas e/ou Consultórios para realização de exames credenciados pela rede pública, unidade hospitalar contratualizada pela Secretaria de Estado da Saúde, incluindo o pronto atendimento (urgência/emergência).
9. – Comunicar com antecedência de 10 dias, a não disponibilidade de prestar serviços de saúde por motivos particulares, definindo o período do não atendimento.
10. – Os atendimentos ora contratualizados devem possuir a mesma qualidade oferecida a outros convênios ou credenciamentos.

V – DAS CONDIÇÕES GERAIS

Artigo 5º. – Em caso de atraso na entrega dos documentos pelo **CONTRATUALIZADO**, o pagamento feito pelo Município será retardado proporcionalmente.



Art. 6º. – Em nenhuma hipótese o **CONTRATUALIZADO** poderá cobrar do usuário qualquer importância, referente aos serviços constantes de requisição ou ordem de serviço emitida pelo Município, implicando em **SUSPENSÃO CONTRATUAL OBRIGATÓRIA**, com as demais cominações legais.

Art. 7º. – O Município reserva-se o direito de após a conferência técnica e administrativa dos documentos apresentados, efetuada pela Equipe de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde, ou por profissional habilitado indicado para tal função, solicitar perícias e informações adicionais, em justificando, glosar despesas e procedimentos.

Art. 8º. – A remuneração recebida pelo **CONTRATUALIZADO** não gerará direito adquirido e, portanto, não caracteriza vínculo de natureza trabalhista e previdenciária para o Município.

Art. 9º. – A **CONTRATUALIZAÇÃO** terá vigência de **12 (doze) meses**, a partir da assinatura do contrato. Podendo ser renovado por igual período conforme artigos da Lei.

Art. 10º. – O presente **CONTRATO** poderá ser revogado a qualquer momento, a bem do interesse público, por parte do Município sem que haja direito a indenização por parte do **CONTRATUALIZADO**.

Art. 11º. – O **CONTRATUALIZADO** poderá suspender o atendimento, devendo comunicar ao Município com 30 (trinta) dias de antecedência.

Art. 12º. – O **CONTRATUALIZADO** não poderá delegar ou transferir a terceiros, no todo ou em parte, os serviços constantes deste termo.

Art. 13º. – Fica o **CONTRATUALIZADO** responsável civil e criminalmente, por todo e qualquer dano decorrente da execução do objeto contratado e, especialmente, por eventuais acidentes pessoais, devendo, para tanto, estar assegurado por apólice.

Art. 14º. – Fica eleito o **FORO DA COMARCA DE ITUPORANGA**, para dirimir qualquer dúvida oriunda do presente Termo de Contrato, o qual será emitido em 02 (duas) vias de igual teor, sendo devidamente assinado pelas partes interessadas, na presença de duas testemunhas.

Vidal Ramos, 09 de fevereiro de 2023



NELSON BACK
Prefeito Municipal


ULTRACLINICA ULTRASSONOGRAFIA E DIAGNOSTICOS DE IMAGEM LTDA
Contratada

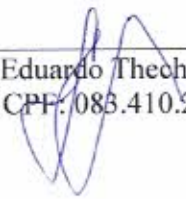

ULTRACLINICA IMAGEM MULHER
CNPJ-25.052.324/0003-66



TESTEMUNHAS:




Julia Maria de Souza Cabral Boing
CPF: 043.360.369-00



Eduardo Thechrin
CPF: 083.410.239-03

Fiscal do Contrato:



Rodrigo Tabarelli
CPF: 043.895.559-52

