

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

CONTRATO Nº. 18/2023

*CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE
ENTRE SI CELEBRAM O FUNDO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE VIDAL RAMOS E A EMPRESA
DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A*

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 Edital de Chamada Pública nº. 05/2023, CONTRATUALIZA, através do presente Termo, a empresa **DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A**, CNPJ: 61.486.650/0296-70, AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 698, Bairro Campinas, São José/SC, para PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE 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 Licitatório nº. 26/2023, Credenciamento nº. 03/2023 - Edital de Chamada Pública 05/2023 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. 03/2018 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 constantes das tabelas I, anexo I do Edital nº. 05/2023, 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.

DocuSigned by:



DS DS DS
DJ RBDS EBJ

DENSITOMETRIA ÓSSEA	
NOME DO EXAME	VALOR UNITÁRIO EM R\$
DENSITOMETRIA OSSEA (COL+FEMUR)	196,00
DENSITOMETRIA OSSEA (CORPO INTEIRO)	196,00
DENSITOMETRIA OSSEA DE ANTEBRACO	98,00
AMPLIACAO OU MAGNIFICACAO DE LESAO MAMARIA	160,00
MAMOGRAFIA	
NOME DO EXAME	VALOR UNITÁRIO EM R\$
AMPLIACAO OU MAGNIFICACAO DE LESAO MAMARIA	160,00
MAMOGRAFIA	117,00
MAMOGRAFIA DIGITAL	275,00
RAIOS-X	
NOME DO EXAME	VALOR UNITÁRIO EM R\$
ABDOMEM 3 INCIDENCIAS	46,00
ABDOMEN 2 INCIDENCIAS	46,00
ABDOMEN AGUDO 4 INCIDENCIAS	48,00
ANTEBRACO DIREITO 2 INCIDENCIAS	29,00
ANTEBRACO ESQUERDO 2 INCIDENCIAS	29,00
COLUNA DORSO LOMBAR (TRANSICAO I 8 A L 3)	47,00
COLUNA ESCOLIOSE FRENT PERF 2 INCIDENCIA	43,00
COLUNA LOMBO-SACRA OBLIQUAS	48,00

DocuSigned by:



DS DJ DS RBDS DS EBJ

COLUNA SACRO COCCIX 4 INCIDENCIAS	33,00
CORACAO E VASOS DA BASE:P.A.-LAT(RX)	48,00
COTOVELO DIREITO 2 INCIDENCIAS	28,00
COTOVELO ESQUERDO 2 INCIDENCIAS	28,00
DEFECOGRAMA	111,00
DEGLUTOGRAMA	144,00
DENSITOMETRIA OSSEA DE FEMUR	98,00
ESTERNO 3 INCIDENCIAS	33,00
FISTULOGRAFIA(RX)	90,00
HISTEROSSALPINGOGRAFIA(RX)	630,00
JOELHO DIREITO 2 INCIDENCIAS	29,00
JOELHO DIREITO 3 INCIDENCIAS	33,00
JOELHO ESQUERDO - 2 INCIDENCIAS	29,00
JOELHO ESQUERDO 3 INCIDENCIAS	33,00
LARINGE 3 INCIDENCIAS	33,00
MAO DIREITA 2 INCIDENCIAS	28,00
MAO ESQUERDA 2 INCIDENCIAS	28,00
MAOS E PUNHOS IDADE OSSEA 3 INCIDENCIAS	28,00
MASTOIDES/ROCHEDOS BILATERAL 8INCIDENCIA	45,00
OMOPLATA DIREITO ESCAPULA 3 INCIDENCIAS	33,00
OMOPLATA ESQUERDO(ESCAPULA)3 INCIDENCIAS	33,00
PE OU PODODACTILOS DIREITO 2 INCIDENCIAS	29,00
PE OU PODODACTILOS ESQUERDO 2 INCIDENCIA	29,00
PERNA DIREITA 2 INCIDENCIAS	33,00
PUNHO DIREITO 4 INCIDENCIAS	32,00
PUNHO ESQUERDO 4 INCIDENCIAS	32,00

DocuSigned by:

DS
DJDS
RBDDS
EBJ

RAIO-X DE TORAX COM ESOFAGO CONTRASTADO	42,00
RX ARTROGRAFIA	34,00
RX ABDOMEN	29,00
RX ADENOIDES OU CAVUM 1 INCIDENCIA	27,00
RX ADENOIDES OU CAVUM 2 INCIDENCIAS	28,00
RX ARCADA ZIGOMATICA MALAR	33,00
RX ART. ACROMIO-CLAVICULAR D	29,00
RX ART. ACROMIO-CLAVICULAR E	29,00
RX ART. COXO-FEMURAL D	33,00
RX ART. COXO-FEMURAL E	33,00
RX ART. ESTERNO-CLAVICULAR DIREITO	32,00
RX ART. ESTERNO-CLAVICULAR ESQUERDO	32,00
RX ARTICULACAO ESCAPULO - UMERAL (DIREIT	29,00
RX ARTICULACAO ESCAPULO - UMERAL (ESQUER	29,00
RX ARTICULACAO TEMPORO MANDIBULAR	34,00
RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO)	28,00
RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)	28,00
RX ARTICULACOES SACROILIACAS - (CBHPM)	32,00
RX BACIA	29,00
RX BRACO DIREITO	32,00
RX BRACO ESQUERDO	32,00
RX CALCANEO (DIREITO)	28,00
RX CALCANEO (ESQUERDO)	28,00
RX CLAVICULA (DIREITO)	32,00
RX CLAVICULA - (CBHPM)	32,00
RX CLISTER OPACO	145,00

DocuSigned by:

DS
DJDS
RBDDS
EBJ

RX COL TOTAL ESCOLIOSE PANORAMICA 2INCID	63,00
RX COLUNA CERVICAL - 3 INCIDENCIAS - (CB	32,00
RX COLUNA CERVICAL - 5 INCIDENCIAS - (CB	43,00
RX COLUNA CERVICAL: FUNCIONAL OU DINAMIC	40,00
RX COLUNA DORSAL - 2 INCIDENCIAS - (CBHP	34,00
RX COLUNA DORSAL - 4 INCIDENCIAS - (CBHP	49,00
RX COLUNA LOMBO SACRA FUNC OU DINAMICA	46,00
RX COLUNA LOMBO-SACRA -3 INCID - (CBHPM)	34,00
RX COLUNA PARA ESCOLIOSE DINAMICA	40,00
RX CONDUTOS AUDITIVOS INTERNOS	45,00
RX COSTELAS POR HEMITORAX D	33,00
RX COSTELAS POR HEMITORAX E	33,00
RX COXA DIREITA 2 INCIDENCIAS	33,00
RX COXA ESQUERDA 2 INCIDENCIAS	33,00
RX CRANIO - 2 INCIDENCIAS - (CBHPM)	32,00
RX CRANIO - 3 INCIDENCIAS - (CBHPM)	34,00
RX CRANIO - 4 INCIDENCIAS - (CBHPM)	44,00
RX ESCANOMETRIA	32,00
RX ESOFAGO	73,00
RX ESQUELETO	291,00
RX ESTOMAGO E DUODENO	109,00
RX ESTUDO DO DELGADO COM DUPLO CONTRASTE	118,00
RX INCIDENCIA ADIC DE CRANIO OU FACE - (12,00
RX INCIDENCIA ADIC DE MEMBRO INFERIOR-CB	12,00
RX INCIDENCIA ADICIONAL DE COLUNA - (CBH	13,00
RX INCIDENCIA ADICIONAL DE MEMB SUP -CBH	12,00

DocuSigned by:

DS
DJDS
RBDDS
EBJ

RX MAXILAR INFERIOR P.A. OBLIQUIAS	32,00
RX MEDIASTINO	61,00
RX ORBITAS	34,00
RX OSSOS DA FACE 4 INCIDENCIAS	34,00
RX PERNA ESQUERDA	33,00
RX SERIOGRAFIA	127,00
RX TORAX - 1 INCIDENCIA - (CBHPM)	26,00
RX TORAX - 2 INCIDENCIAS - (CBHPM)	33,00
RX TORAX - 3 INCIDENCIAS - (CBHPM)	35,00
RX TORAX - 4 INCIDENCIAS - (CBHPM)	48,00
RX TORAX APICO-LORDOTICA	25,00
RX TRANSITO INTESTINAL	126,00
RX URETROCISTOGRAFIA	218,00
RX URETROCISTOGRAFIA DE ADULTO - (CBHPM)	231,00
RX URETROCISTOGRAFIA DE CRIANCA (ATE 12	161,00
RX UROGRAFIA EXCRETORA	187,00
RX UROGRAFIA V.C. BEXIGA PRE/POS MICCAO	187,00
RX UROGRAFIA VEM C/ BEXIGA PRE E POS MIC	187,00
RX UROGRAFIA VEM C/ NEFROTOMOGRAMIA-CBHP	206,00
RX UROGRAFIA VENOSA MINUTADA 1.2.3.	187,00
SEIOS DA FACE 3 INCIDENCIAS	33,00
SEIOS DA FACE 4 INCIDENCIAS	32,00
SELA TURCA 3 INCIDENCIAS	32,00
SERIOGRAFIA INFANTIL	127,00
URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL/ RETROGRADA	153,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	
NOME DO EXAME	VALOR UNITÁRIO EM R\$

ANESTESIA PARA RM	500,00
ANGIO RM ABDOMEN SUPERIOR	425,00
ANGIO RM AORTA TORACICA	425,00
ANGIO RM ARTERIAL MEMB INF ESQ	400,00
ANGIO RM ARTERIAL MEMB SUP DIR	400,00
ANGIO RM ARTERIAL MEMB SUP ESQ	400,00
ANGIO RM DA AORTA ABDOMINAL	425,00
ANGIO RM DO CRANIO	425,00
ANGIO RM DO PESCOCO (CAROT. E VERT)	425,00
ANGIO RM PELVE	425,00
ANGIO RM VENOSA MEMB INF DIR	400,00
ANGIO RM VENOSA MEMB INF ESQ	400,00
ANGIO RM VENOSA MEMB SUP DIR	400,00
ANGIO RM VENOSA MEMB SUP ESQ	400,00
ANGIO-RM ARTERIAL MEMBRO INFERIOR DIREITO	400,00
ANGIORESSONANCIA TORAX	400,00
ANGIORM ARTERIAL CRANIO	400,00
ANGIORM ARTERIAL PELVE	400,00
ANGIORM ARTERIAL PESCOCO	400,00
ANGIORM ARTERIAL PULMONAR	400,00
ANGIORM VENOSA ABDOME SUPERIOR	400,00
ANGIORM VENOSA CRANIO	400,00
ANGIORM VENOSA PELVE	400,00
ANGIORM VENOSA PESCOCO	400,00
ANGIORM VENOSA PULMONAR	400,00
ARTRO RM COTOVELO DIREITO	433,00

DocuSigned by:

DS
DJDS
RBDDS
EBJ

ARTRO RM COTOVELO ESQUERDO	433,00
ARTRO-RM OMBRO DIREITO	433,00
ARTROGRAFIA RM	34,00
ARTRORESSONANCIA DO JOELHO (DIREITO)	433,00
ARTRORESSONANCIA DO JOELHO (ESQUERDO)	433,00
ARTRORESSONANCIA DO OMBRO (DIREITO)	433,00
ARTRORESSONANCIA DO OMBRO(ESQUERDO)	433,00
ARTRORESSONANCIA DO PUNHO (DIREITO)	433,00
ARTRORESSONANCIA DO PUNHO (ESQUERDO)	433,00
ARTRORESSONANCIA DO QUADRIL (DIREITO)	433,00
ARTRORESSONANCIA DO QUADRIL (ESQUERDO)	433,00
ARTRORESSONANCIA DO TORNOZELO (DIREITO)	433,00
ARTRORESSONANCIA DE JOELHO	433,00
ARTRORESSONANCIA OMBRO ESQUERDO	433,00
COLANGIO RM	340,00
CONTRASTE RESSONANCIA MAGNETICA	250,00
RM ABDOMEN TOTAL	760,00
RM ANTEBRACO DIREITO	340,00
RM ANTEBRACO ESQUERDO	340,00
RM ARTICULACAO SACRO-ILIACAS	340,00
RM ATM	340,00
RM BACIA	340,00
RM BASE DO CRANIO - [CBHPM]	340,00
RM BOLSA ESCROTAL	340,00
RM BRACO DIREITO	340,00
RM BRACO ESQUERDO	340,00

DocuSigned by:

DS
DJDS
RBDDS
EBJ

RM CAVIDADE NASAL	340,00
RM COLUNA DORSAL	340,00
RM COLUNA SACROCOCCIGEA	340,00
RM CORACAO - MORF E FUNC+PERF+ESTRES CBH	896,00
RM CORACAO-MORF FUNC+PERF+VIAB MIOC CBHP	896,00
RM COTOVELO DIREITO	340,00
RM COTOVELO ESQUERDO	340,00
RM COXA DIREITA	340,00
RM COXA ESQUERDA	340,00
RM COXO-FEMURAL DIREITO	340,00
RM COXO-FEMURAL ESQUERDO	340,00
RM DE ABDOMEN SUPERIOR	340,00
RM DE COLUNA CERVICAL	340,00
RM DE COLUNA LOMBO-SACRA	340,00
RM DE CORACAO	896,00
RM DE CRANIO	340,00
RM DE PESCOCO	340,00
RM DE TORAX	340,00
RM DEDOS MAO DIREITA	340,00
RM DEDOS MAO ESQUERDA	340,00
RM DEDOS PE ESQUERDO	340,00
RM ESCAPULA DIREITA	340,00
RM ESCAPULA ESQUERDA	340,00
RM ESTERNO/ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULA	340,00
RM HIPOFISE (CRANIO)	340,00
RM JOELHO DIREITO	340,00

DocuSigned by:

DS
DJDS
RBDDS
EBJ

RM JOELHO ESQUERDO	340,00
RM MAMA DIREITA [CBHPM]	340,00
RM MAMA ESQUERDA [CBHPM]	340,00
RM MAO DIREITA	340,00
RM MAO ESQUERDA	340,00
RM MASTOIDE	340,00
RM MEMBR SUP UNI (S/MAO E ARTICULACOES)-	340,00
RM OMBRO DIREITO	340,00
RM OMBRO ESQUERDO	340,00
RM ORBITA	340,00
RM PE DIREITO	340,00
RM PE ESQUERDO	340,00
RM PELVE/PELVICA	340,00
RM PERNA DIREITA	340,00
RM PERNA ESQUERDA	340,00
RM PLEXO BRAQUIAL DIREITO	340,00
RM PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO	340,00
RM PUNHO DIREITO	340,00
RM PUNHO ESQUERDO	340,00
RM RECONSTRUCAO TRIDIMENSIONAL	410,00
RM TORNOZELO DIREITO	340,00
RM TORNOZELO ESQUERDO	340,00
URO RESSONANCIA	340,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	
NOME DO EXAME	VALOR UNITÁRIO EM R\$
ANESTESIA PARA TC	500,00
ANGIO ARTERIAL PESCOCO	227,00

ANGIO TC ARTERIAL MEMB INF DIR	227,00
ANGIO TC ARTERIAL MEMB INF ESQ	227,00
ANGIO TC DA AORTA ABDOMINAL	240,00
ANGIO TC DA AORTA TORACICA	240,00
ANGIO TC VENOSA MEMB INF DIR	227,00
ANGIO TC VENOSA MEMB INF ESQ	227,00
ANGIOTC ARTERIAL ABDOME SUPERIOR	227,00
ANGIOTC ARTERIAL DE CRANIO	227,00
ANGIOTC ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR DIR	227,00
ANGIOTC ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR ESQ	227,00
ANGIOTC ARTERIAL PELVE	227,00
ANGIOTC ARTERIAL PULMONAR	227,00
ANGIOTC ARTERIAL TORAX	227,00
ANGIOTC VENOSA ABDOME SUPERIOR	227,00
ANGIOTC VENOSA MEMBRO SUPERIOR DIREITO	227,00
ANGIOTC VENOSA MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	227,00
ANGIOTC VENOSA PELVE	227,00
ANGIOTC VENOSA PESCOCO	227,00
ANGIOTC VENOSA PULMONAR	227,00
ANGIOTC VENOSA TORAX	227,00
ANGIOTC VENOSO DE CRANIO	227,00
ANGIOTOMOGRAFIA	227,00
ANGIOTOMOGRAFIA ABDOMEM SUPERIOR	240,00
ANGIOTOMOGRAFIA CRANIO	240,00
ARTROTOMOGRAFIA DE JOELHO (ESQUERDO)	242,00
ARTROTOMOGRAFIA DE QUADRIL (DIREITO)	242,00

DocuSigned by:

DS
DJDS
RBSDS
EBJ

ARTROTOMOGRÁFIA DE QUADRIL (ESQUERDO)	242,00
ARTROTOMOGRÁFIA DE JOELHO (DIREITO)	242,00
ARTROTOMOGRÁFIA DE OMBRO (DIREITO)	242,00
ARTROTOMOGRÁFIA DE OMBRO (ESQUERDO)	242,00
CONTRASTE DE MAIS ANGIOTC	210,00
CONTRASTE TC	140,00
TC ABDOMEN SUPERIOR	234,00
TC ABDOMEN TOTAL	360,00
TC ANTE-BRACO (DIREITO)	220,00
TC ANTE-BRACO (ESQUERDO)	220,00
TC ATM	226,00
TC BACIA	220,00
TC BRACO DIREITO	220,00
TC BRACO ESQUERDO	220,00
TC COLONOSCOPIA VIRTUAL	69,00
TC COLUNA CERVICAL	185,00
TC COLUNA LOMBO-SACRA	185,00
TC COLUNA TORACICA	185,00
TC COTOVELO DIREITO	220,00
TC COTOVELO ESQUERDO	220,00
TC COXA (BILATERAL)	220,00
TC COXOFEMURAL (DIREITO)	220,00
TC COXOFEMURAL (ESQUERDO)	220,00
TC CRANIO	204,00
TC DE JOELHOS COM FLEXAO	208,00
TC DINAMICA	227,00

DocuSigned by:

DS
DJDS
RBSDS
EBJ

TC ESTERNO	220,00
TC FACE OU SEIOS DA FACE C/ ANESTESIA	226,00
TC JOELHO (DIREITO)	220,00
TC JOELHO (ESQUERDO)	220,00
TC MANDIBULA	226,00
TC MASTOIDES	220,00
TC MAXILAR	226,00
TC OMBRO (DIREITO)	220,00
TC OMBRO (ESQUERDO)	220,00
TC ORBITAS	204,00
TC PE (DIREITO)	220,00
TC PE (ESQUERDO)	220,00
TC PELVE	220,00
TC PERNA (BILATERAL)	220,00
TC PESCOCO	234,00
TC PUNHO (DIREITO)	220,00
TC PUNHO (ESQUERDO)	220,00
TC RECONSTRUCAO TRIDIMENSIONAL	200,00
TC SACRO ILIACAS	208,00
TC SEGMENTO ADICIONAL DE COLUNA	52,00
TC SEIOS DA FACE	226,00
TC SELA TURSICA	204,00
TC TORAX	220,00
TC VIAS URINARIAS	360,00
ULTRASSONOGRRAFIA	
NOME DO EXAME	VALOR UNITÁRIO EM R\$
DOPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUP. (CBHP)	196,00

DocuSigned by:

DS
DJDS
RBDDS
EBJ

DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MID	286,00
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MIE	286,00
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MSD	286,00
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MSE	286,00
DOPPLER ARTERIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO	286,00
DOPPLER ARTERIAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	286,00
DOPPLER ARTERIAS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO	258,00
DOPPLER ATERIAS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	258,00
DOPPLER COL. ARTERIAS VISCERAIS (CBHPM)	185,00
DOPPLER COL. DE AORTA ABDOMINAL (AMB92)	196,00
DOPPLER COL. VASOS CERV. ART. BI (CBHPM)	221,00
DOPPLER COL. VASOS CERV. VEN. BI (CBHPM)	221,00
DOPPLER COL.DE ORGAOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	124,00
DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS ILIACAS DIR	196,00
DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS TEMPORAIS	221,00
DOPPLER COLORIDO DE BOLSA ESCROTAL	221,00
DOPPLER COLORIDO DE GL SUBMANDIBULAR	221,00
DOPPLER COLORIDO DE TIREOIDE	124,00
DOPPLER COLORIDO DO FIGADO VIAS BILIARES	185,00
DOPPLER COLORIDO MORFOLOGICO	307,00
DOPPLER COLORIDO MORFOLOGICO GEMELAR	437,00
DOPPLER COLORIDO MORFOLOGICO TRIGEMELAR	564,00
DOPPLER COLORIDO OBSTETRICA GEMELAR	174,00
DOPPLER COLORIDO OBSTETRICA TRIGEMELAR	224,00
DOPPLER COLORIDO PELVICO TRANSVAGINAL	124,00
DOPPLER DE ABDOMEN SUPERIOR (PART)	196,00

DocuSigned by:

DS
DJDS
RBDDS
EBJ

DOPPLER DE ABDOMEN TOTAL (PART)	221,00
DOPPLER DE MAMA	124,00
DOPPLERCOLORIDOOBSTETRICA	124,00
RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXIVEL	146,00
US OBSTETRICA	54,00
US RENAL (RINS)	106,00
US VIAS URINARIAS FEMININO	77,00
USG ABDOME INF FEMININO BEXIGA UTER OVAR	79,00
USG ABDOME INF MASCULINO BEXIGA PROSTATATA	79,00
USG ABDOMEM SUPERIOR	85,00
USG ABDOMEM TOTAL	123,00
USG ABDOMEN COM PESQUISA DE REFLUXO	85,00
USG ANTEBRACO DIREITO	60,00
USG ANTEBRACO ESQUERDO	60,00
USG AXILAR DIREITA / ESQUERDA	60,00
USG BRACO DIREITO	60,00
USG BRACO ESQUERDO	60,00
USG COTOVELO DIREITO	73,00
USG COTOVELO ESQUERDO	73,00
USG COXA DIREITA	60,00
USG COXA ESQUERDA	60,00
USG DE TENDOES	60,00
USG GLANDULAS SALIVARES	73,00
USG HIPOCONDRIO DIR (FIGADO, VES,VIASBIL	85,00
USG JOELHO DIREITO	73,00
USG JOELHO ESQUERDO	73,00

DocuSigned by:

DS
DJDS
RBDDS
EBJ

USG MAMA	73,00
USG MAO DIREITA	73,00
USG MAO ESQUERDA	73,00
USG MUSCULOS	60,00
USG MUSCULOS E TENDÕES	60,00
USG OBST COM TRANSLUCENCIA NUCAL GEMELAR	160,00
USG OBST TRANSLUCENCIA NUCAL TRIGEMELAR	240,00
USG OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	85,00
USG OBSTETRICA GEMELAR	73,00
USG OBSTETRICA TRIGEMELAR	96,00
USG OMBRO DIREITO	73,00
USG OMBRO ESQUERDO	73,00
USG ORG ESTRUTURAIIS SUPERFICIAIS	60,00
USG PARATIREOIDE	60,00
USG PARTES MOLES	60,00
USG PE DIREITO	73,00
USG PE ESQUERDO	73,00
USG PELVICA (GINECOLOGICA)	79,00
USG PELVICA (TRANSVAGINAL)	73,00
USG PENIS	60,00
USG PERNA DIREITA	60,00
USG PERNA ESQUERDA	60,00
USG PROSTATA	79,00
USG PROSTATA - VIA TRANS-RETAL	110,00
USG PUNHO DIREITO	73,00
USG PUNHO ESQUERDO	73,00

DocuSigned by:

DS
DJDS
RBDDS
EBJ

USG QUADRIL DIREITO	73,00
USG QUADRIL ESQUERDO	73,00
USG QUADRIL INFANTIL DIREITO	73,00
USG QUADRIL INFANTIL ESQUERDO	73,00
USG REGIAO CERVICAL (PESCOCO)	60,00
USG RETROPERITONEO	98,00
USG TESTICULO	60,00
USG TIREOIDE	60,00
USG TORNOZELO DIREITO	73,00
USG TORNOZELO ESQUERDO	73,00
USG TRANSVAGINAL GEMELAR	96,00
USG TRANSVAGINAL OBSTETRICA	106,00
USG TRANSVAGINAL TRIGEMELAR	118,00
USG VIAS URINARIAS MASCULINO	106,00

III – DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

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

1. – Efetuar o pagamento dos procedimentos executados ao CONTRATUALIZADO, nos valores constantes das tabelas I, anexo I do Edital nº. 05/2023 - 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.

DocuSigned by:



DS DS DS
DJ RBDS EBJ

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.

8. – A prestação de serviços será fiscalizada por Rodrigo Tabarelli - CPF: 043.895.559-52 designado como fiscal de contratos.

IV – DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

Artigo 4º. – São obrigações do CONTRATUALIZADO:

1. – Atender todos os encaminhamentos habilitados pelo instrumento do Edital de Chamada Pública 05/2023, 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, receituários 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 05/2023, 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.

DocuSigned by:



DS
DJ

DS
RBD

DS
EBJ

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. 05/2023.**

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 prorrogado.

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.

DocuSigned by:



DS
DJ

DS
RBD

DS
EBJ

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 FORUM DA COMARCA DE ITUPORANGA, para dirimir qualquer dúvida oriunda do presente Termo de Contrato, o qual será emitido em 03 (três) vias de igual teor, sendo devidamente assinado pelas partes interessadas, na presença de duas testemunhas.

Vidal Ramos, 31 de outubro de 2023

NELSON
BACK:398646
50904
NELSON BACK
Prefeito Municipal

Assinado de forma digital por NELSON
BACK:39864650904
Dados: 2023.11.01 15:55:04 -03'00'

DocuSigned by:
DIACELLA JUMBUTA
EFD6FF09024D4F5...
DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A
Contratada

DocuSigned by:
Raphael Bastos da Silva
A34E716FAB9E449...

Testemunhas:

JOAO
SCHMITZ:55987516
900
João Schmitz
CPF: 559.875.169-00

Assinado de forma digital por JOAO SCHMITZ:55987516900
Dados: 2023.11.01 15:55:14 -03'00'

EDUARDO
THECHRIN:08341023
903
Eduardo Thechrin
CPF: 083.410.239-03

Assinado de forma digital por EDUARDO THECHRIN:08341023903
Dados: 2023.11.01 15:55:28 -03'00'

DocuSigned by:
Elvrio Benedito Jasper
95E6CDA7080B433...

DocuSigned by:



Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: A6ABE6066CEE4C6AA52250C221F1E4EF

Status: Concluído

Assunto: DocuSign: Contrato Administrativo nº 18.2023 - DASA e Pref. de Vidal Ramos | Unidade Campinas

Hospital:

Envelope fonte:

Documentar páginas: 20

Assinaturas: 3

Remetente do envelope:

Certificar páginas: 6

Rubrica: 57

Leandro Valadares Portes

Assinatura guiada: Ativado

Selos: 20

Endereço: AV JURUA, 434

Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado

Barueri, 06.455-010

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

leandro.valadares@dasa.com.br

Endereço IP: 189.39.66.220

Rastreamento de registros

Status: Original

Portador: Leandro Valadares Portes

Local: DocuSign

06/11/2023 10:15:35

leandro.valadares@dasa.com.br

Eventos do signatário

DIOCELIA JUNBLUTH

diocelia.junbluth@dasa.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

Assinatura

DocuSigned by:
DIOCELIA JUNBLUTH
EFD6FF09024D4F5...

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 191.251.39.168

Registro de hora e data

Enviado: 06/11/2023 10:24:15

Visualizado: 07/11/2023 07:33:30

Assinado: 07/11/2023 07:33:59

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 07/11/2023 07:33:30

ID: d8003ecc-7b36-4fa1-82cb-64e6f2ae0c13

Elvio Benedito Jasper

ejasper@dasa.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

DocuSigned by:
Elvio Benedito Jasper
95E6CDA7080B433...

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 189.39.65.210

Enviado: 06/11/2023 10:24:16

Visualizado: 06/11/2023 10:58:12

Assinado: 06/11/2023 10:58:37

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 06/11/2023 10:58:12

ID: d3ce4d39-6d00-4edc-9510-cf18397843b0

Leandro Valadares Portes

leandro.valadares@dasa.com.br

Advogado

Diagnósticos da América S.A.

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)



Usando endereço IP: 189.39.66.220

Enviado: 06/11/2023 10:24:15

Visualizado: 06/11/2023 10:24:35

Assinado: 06/11/2023 10:24:56

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não oferecido através do DocuSign

Raphael Bastos da Silva

raphael.bastos@dasa.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

DocuSigned by:
Raphael Bastos da Silva
A34E710FAD9E449...

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 200.207.22.174

Enviado: 06/11/2023 10:24:16

Visualizado: 06/11/2023 13:36:24

Assinado: 06/11/2023 13:36:50

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 06/11/2023 13:36:24

ID: 182706ba-d997-41ff-9c55-04ba900067a7

Eventos do signatário presencial	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de entrega do editor	Status	Registro de hora e data
Evento de entrega do agente	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega intermediários	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega certificados	Status	Registro de hora e data
Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	06/11/2023 10:24:16
Entrega certificada	Segurança verificada	06/11/2023 13:36:24
Assinatura concluída	Segurança verificada	06/11/2023 13:36:50
Concluído	Segurança verificada	07/11/2023 07:33:59
Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico		

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a DASA poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a DIAGNÓSTICOS DA AMÉRICA S.A.:

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para:

Para informar seu novo endereço de e-mail a DIAGNÓSTICOS DA AMÉRICA S.A.:

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a DIAGNÓSTICOS DA AMÉRICA S.A.:

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a DIAGNÓSTICOS DA AMÉRICA S.A.:

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a DIAGNÓSTICOS DA AMÉRICA S.A. conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por DIAGNÓSTICOS DA AMÉRICA S.A. durante o curso do meu relacionamento com você.