



MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 95.684.544/0001-26

RUA JOSÉ DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP: 85.230-000 - FONE/FAX: (42) 3644-1359

**CONTRATO ADMINISTRATIVO N.º 130/2017**

Que fazem, de um lado o **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CGC/MF sob n. 95.684.544/0001-26, neste ato representado por seu Prefeito Municipal **JOSÉ REINOLDO OLIVEIRA**, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade n.º 4.153.797-3, e inscrito no C.P.F. n.º 508.688.109-91, residente e domiciliado na Rua Generoso Walter, Distrito de São José e de outro lado **INSTITUTO DE SAÚDE BOM JESUS**, inscrito no CNPJ n.º 07.597.753/0001-75, situada na Av. Castelo Branco, 815, Centro, Município de Ivaiporã/Pr, neste ato representado pelo Sr. Ivan Eiji Kawano, portador da cédula de Identidade sob n.º 6.881.829-9 e CPF sob n.º 574.702.608-97, partes que celebram o presente termo mediante as cláusulas e condições abaixo estabelecidas:

**Clausula Primeira: Do Objeto**

É objeto do presente contrato, a **"CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS, EXAMES COMPLEMENTARES ESPECIALIZADOS, PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS E INTERNAMENTOS EXTRA-COTA, PARA ATENDIMENTO A PACIENTES DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE"**.

**Parágrafo Primeiro:**

O serviço a ser prestado, será executado em estrita obediência ao presente Contrato, devendo ser observadas integral e rigorosamente as especificações fornecidas pelo Município aprovado pelas autoridades competentes, assim como o Edital - Tomada n.º 018/2017 e anexos.

**Clausula Segunda: Do Valor**

Fica o valor para a contratação objeto do presente contrato previamente acertado de R\$ 429.925,00 (Quatrocentos e Vinte e Nove Mil e Novecentos e Vinte e Cinco Reais) perfazendo um total do contrato.

Item	Nome do produto/serviço	Quant	Un	Preço máximo	Preço máximo total
1	BRONCOSCOPIA	5,00	UN	700,00	3.500,00
4	CIRURGIAS COTAS EXTRAPOLADAS	50,00	UN	600,00	30.000,00
5	COLONOSCOPIA	15,00	UN	400,00	6.000,00
6	CONSULTA AMBULATORIAL	100,00	UN	100,00	10.000,00
7	CONSULTA CARDIOLOGISTA	30,00	UN	100,00	3.000,00
8	CONSULTA CLINICO GERAL	28,00	UN	150,00	4.200,00
9	CONSULTA COM CIRURGIA PLASTICA REPARADORA	20,00	UN	250,00	5.000,00
10	CONSULTA DERMATOLOGISTA	10,00	UN	250,00	2.500,00
11	CONSULTA GASTROENTEROLOGISTA	15,00	UN	100,00	1.500,00
12	CONSULTA NEFROLOGISTA	15,00	UN	100,00	1.500,00
13	CONSULTA ORTOPEDISTA	50,00	UN	100,00	5.000,00
14	CONSULTA PEDIATRA	50,00	UN	100,00	5.000,00
15	CONSULTA PNEUMOLOGISTA	15,00	UN	150,00	2.250,00





MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

C N P J: 95.684.544/0001-26

RUA JOSÉ DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP: 85.230-000 - FONE/FAX: (42) 3644-1359



FLS. 185

16	CONSULTA PROCTOLOGISTA	6,00	UN	100,00	600,00
17	CONSULTA VASCULAR	10,00	UN	250,00	2.500,00
18	CONSULTAS DE EMERGENCIA DIA	100,00	UN	100,00	10.000,00
19	CONSULTAS DE EMERGENCIA NOTURNO	100,00	UN	100,00	10.000,00
21	DIARIA UTI ADULTO	10,00	UN	800,00	8.000,00
22	DIARIA UTI NEO NATAL	10,00	UN	800,00	8.000,00
23	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBRO INFERIOR BILATERAL	10,00	UN	400,00	4.000,00
24	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	10,00	UN	200,00	2.000,00
25	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	10,00	UN	200,00	2.000,00
26	DOPPLER COLORIDO CAROTIDAS E VERTEBRAIS	10,00	UN	200,00	2.000,00
27	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBRO INFERIOR BILATERAL	10,00	UN	400,00	4.000,00
28	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	10,00	UN	200,00	2.000,00
29	DOPPLER TORNOZELO	10,00	UN	200,00	2.000,00
30	DRENAGEM DE ABSCESSO	10,00	UN	200,00	2.000,00
31	ELETROCARDIOGRAMA SEM LAUDO	50,00	UN	40,00	2.000,00
32	ENDOSCOPIA	20,00	UN	150,00	3.000,00
33	ESPIRIOMETRIA	20,00	UN	100,00	2.000,00
34	EXAME FIMOSE	4,00	UN	1.000,00	4.000,00
35	EXAME RADIOLOGICO ABDOMEN	15,00	UN	40,00	600,00
40	EXAME RADIOLOGICO CERVICAL	15,00	UN	40,00	600,00
44	EXAME RADIOLOGICO COLUNA DORSAL	15,00	UN	40,00	600,00
46	EXAME RADIOLOGICO COLUNA LOMBAR	15,00	UN	40,00	600,00
48	EXAME RADIOLOGICO DA BACIA	15,00	UN	40,00	600,00
50	EXAME RADIOLOGICO DA MAMDIBULA C/ LAUDO	12,00	UN	50,00	600,00
51	EXAME RADIOLOGICO DA MANDÍBULA	15,00	UN	40,00	600,00
53	EXAME RADIOLOGICO DA PERNA	15,00	UN	35,00	525,00
58	EXAME RADIOLOGICO DO FEMUR	15,00	UN	40,00	600,00
65	EXAME RADIOLOGICO DO QUADRIL	15,00	UN	40,00	600,00
69	EXAME RADIOLOGICO DO TORAX	15,00	UN	40,00	600,00
77	IMOBILIZAÇÕES GESSADA PEQUENO PORTE	10,00	UN	120,00	1.200,00
78	IMOBILIZAÇÕES GRANDE PORTE	10,00	UN	250,00	2.500,00
79	IMOBILIZAÇÕES MEDIO PORTE	10,00	UN	150,00	1.500,00
80	IMOBILIZAÇÕES PEQUENO PORTE	10,00	UN	120,00	1.200,00
81	INTERNAMENTO COTA EXTRAPOLADA TABELA SUS	100,00	UN	600,00	60.000,00
83	MAMOGRAFIA	10,00	UN	100,00	1.000,00
84	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOMEN INFERIOR	10,00	UN	550,00	5.500,00

*[Handwritten signature]*





MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 95.684.544/0001-26

RUA JOSÉ DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP: 85.230-000 - FONE/FAX: (42) 3644-1359



FLS 186

85	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOMEN SUPERIOR	10,00	UN	550,00	5.500,00
86	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOMEN TOTAL	10,00	UN	1.100,00	11.000,00
87	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA BACIA E PELVE	10,00	UN	550,00	5.500,00
88	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA CERVICAL	10,00	UN	550,00	5.500,00
89	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA DORSAL	10,00	UN	550,00	5.500,00
90	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA LOMBAR	10,00	UN	550,00	5.500,00
91	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COXO FEMURAL	10,00	UN	550,00	5.500,00
92	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CRANEO	10,00	UN	550,00	5.500,00
93	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO COTOVELO	10,00	UN	550,00	5.500,00
94	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO QUADRIL	1,00	UN	550,00	550,00
95	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO OU PÉ UNILATERAL	5,00	UN	550,00	2.750,00
96	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DP TORAX	10,00	UN	550,00	5.500,00
97	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA JOELHO UNILATERAL	10,00	UN	550,00	5.500,00
98	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA LOMBO SACRA	10,00	UN	550,00	5.500,00
99	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MEMBROS MOLES	8,00	UN	550,00	4.400,00
100	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA OMBRO	10,00	UN	550,00	5.500,00
101	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PÉ UNILATERAL	10,00	UN	550,00	5.500,00
102	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PESCOÇO	10,00	UN	550,00	5.500,00
103	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA TORACICA	5,00	UN	550,00	2.750,00
104	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	10,00	UN	200,00	2.000,00
105	RISCO CIRURGICO	10,00	UN	170,00	1.700,00
106	SUTURA GRANDE	10,00	UN	300,00	3.000,00
107	SUTURA MÉDIA	10,00	UN	200,00	2.000,00
108	SUTURA PEQUENA	10,00	UN	150,00	1.500,00
109	TALA GESSADA	30,00	UN	200,00	6.000,00
110	TOMOGRFIA ABDOMEM TOTAL	10,00	UN	600,00	6.000,00
111	TOMOGRFIA COLUNA LOMBAR	10,00	UN	250,00	2.500,00
112	TOMOGRFIA ABDOMEM INFERIOR	10,00	UN	350,00	3.500,00
113	TOMOGRFIA ABDOMEN SUPERIOR	10,00	UN	350,00	3.500,00
114	TOMOGRFIA COLUNA CERVICAL	10,00	UN	250,00	2.500,00
115	TOMOGRFIA COLUNA DORSAL	10,00	UN	250,00	2.500,00
116	TOMOGRFIA DO CRANIO	10,00	UN	250,00	2.500,00
117	TOMOGRFIA DO PESCOÇO	10,00	UN	250,00	2.500,00
118	TOMOGRFIA DO SEIO DA FACE	10,00	UN	250,00	2.500,00





MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 95.684.544/0001-26

RUA JOSÉ DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP: 85.230-000 - FONE/FAX: (42) 3644-1359



FLS. 187

119	TOMOGRRAFIA DO TORAX	10,00	UN	350,00	3.500,00
120	TOMOGRRAFIA MASTÓIDE	10,00	UN	250,00	2.500,00
121	TOMOGRRAFIA Pelves SEM CONTRASTE	10,00	UN	250,00	2.500,00
122	UROTOMOGRRAFIA	10,00	UN	600,00	6.000,00
123	USG ABDOMEM SUPERIOR	10,00	UN	100,00	1.000,00
124	USG ABDOMEM TOTAL	10,00	UN	150,00	1.500,00
125	USG ABDOMEN INFERIOR	10,00	UN	100,00	1.000,00
126	USG APARELHO URINARIO FEMININO	10,00	UN	100,00	1.000,00
127	USG APARELHO URINARIO MASCULINO	10,00	UN	100,00	1.000,00
128	USG BEXIGA	10,00	UN	100,00	1.000,00
129	USG BOLSA ESCROTAL	10,00	UN	100,00	1.000,00
130	USG COTOVELO	10,00	UN	150,00	1.500,00
131	USG COXO FEMURAL	10,00	UN	150,00	1.500,00
132	USG CRANIANA	10,00	UN	150,00	1.500,00
133	USG DOPPER DE VARIZES 1 VASO	10,00	UN	200,00	2.000,00
134	USG DOPPER VARIZES 2 VASOS	10,00	UN	400,00	4.000,00
135	USG GLOBO OCULAR	10,00	UN	100,00	1.000,00
136	USG GLUTEA	5,00	UN	100,00	500,00
137	USG HIPOGASTRO	8,00	UN	100,00	800,00
138	USG MAMA	10,00	UN	100,00	1.000,00
139	USG MÃO	10,00	UN	150,00	1.500,00
140	USG OBSTÉTRICO	10,00	UN	100,00	1.000,00
141	USG OMBRO	10,00	UN	150,00	1.500,00
142	USG ORGÃOS SUPERFICIAIS	10,00	UN	150,00	1.500,00
143	USG PANCREAS	10,00	UN	100,00	1.000,00
144	USG PELVICO TRANSVAGINAL	10,00	UN	100,00	1.000,00
145	USG PESCOÇO	10,00	UN	150,00	1.500,00
146	USG PRÓSTATA ABDOMINAL	10,00	UN	150,00	1.500,00
147	USG PUNHO	10,00	UN	150,00	1.500,00
148	USG QUADRIL	10,00	UN	150,00	1.500,00
149	USG REGIÃO AXILAR	10,00	UN	150,00	1.500,00
150	USG REGIÃO INGUINAL	10,00	UN	150,00	1.500,00
151	USG RINS	10,00	UN	100,00	1.000,00
152	USG SUBMANDIBULAR	10,00	UN	100,00	1.000,00
153	USG TIREÓIDE	10,00	UN	150,00	1.500,00
154	USG TORNOZELO	10,00	UN	150,00	1.500,00
155	USG VIAS URINARIAS	10,00	UN	100,00	1.000,00
TOTAL					429.925,00

**Cláusula Terceira: Do Prazo de Vigência**

O presente contrato terá a vigência de 12 (doze) meses iniciando-se na presente data, com prazo final em 13/09/2018.

Parágrafo 1º - Este contrato poderá ser prorrogado nas condições determinadas no art. 57 da Lei 8.666/93, mediante ajuste entre as partes.





MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 95.684.544/0001-26

RUA JOSÉ DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP: 85.230-000 - FONE/FAX: (42) 3644-1359



FLS. 188

Parágrafo 2º - Considera-se encerrada a vigência do presente contrato, quando cumprida a totalidade do objeto contratado, caso esta ocorra antes do prazo estabelecido no "caput" desta cláusula.

**Parágrafo Primeiro:**

Os serviços deverão ser iniciados imediatamente após a assinatura deste instrumento.

**Parágrafo Segundo:**

O vigência acima constante poderá ser prorrogada, com base no disposto no Artigo 57, II da Lei n.º 8.666/93 e alterações posteriores.

**Cláusula Quarta: Da Execução do Objeto**

O proponente vencedor ficará obrigado a prestar serviços constantes no objeto desta Licitação, após a homologação e adjudicação desta Licitação, e iniciar os serviços imediatamente após a assinatura do contrato.

O objeto deste procedimento deverá ser de forma parcelada (mediante requisição emitido pelo departamento de compras).

É de total responsabilidade do licitante todas as despesas com a realização do objeto ora licitado, bem como com taxas, encargos de qualquer natureza e quaisquer despesas administrativas incidentes no preço apresentado na licitação.

**Cláusula Quinta: Das Condições de Pagamento**

O pagamento será realizado mediante atestado de Recebimento e Aprovação do serviço, emitido pela Comissão de Recebimento de bens, Serviços e Obras, juntamente com a Nota Fiscal Fatura ou Nota Fiscal acompanhada das Certidões Negativas de Regularidade Fiscal Unificada RFB/PGFN e FGTS.

Os pagamentos serão feitos em, até 15º (décimo quinto) dia do mês, subsequente após os serviços prestados.

A descrição do serviço deverá constar no recibo/Nota Fiscal, obrigatoriamente como consta na proposta de preços.

Em caso de não cumprimento pelo(a) contratado(a) de disposição contratual, os pagamentos poderão ficar retidos até posterior solução, sem prejuízo de quaisquer outras disposições contratuais.

**Cláusula Sexta: Rescisão do Contrato**

O presente contrato sem prejuízo das penalidades previstas, poderá ser rescindido sempre que ocorrer qualquer um dos motivos enumerados no artigo 78 da Lei Federal nº 8.666/93, e se processará na forma do disposto nos artigos 79 e 80 do mesmo diploma legal.

**Cláusula Sétima: Penalidades**

Ao contratado total ou parcialmente inadimplente, serão aplicadas as sanções legais, previstas nos Artigos 86 e 87 da Lei 8.666/93, a saber:

I - Advertência;

II - Multa contratual de 10% (dez por cento) sobre o valor do Contrato, que será aplicada na hipótese de inexecução total ou parcial das obrigações assumidas pela(s) contratada(s), sem prejuízo de outras penalidades prevista pela Lei n.º 8.666/93 e demais legislações pertinentes á matéria.



MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

C N P J : 95.684.544/0001-26

RUA JOSÉ DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP: 85.230-000 - FONE/FAX: (42) 3644-1359



2017-2019  
Santa Maria do Oeste  
Cidade de uma Nova Missão

FLS 189

III - Suspensão do direito de licitar e contratar junto a Prefeitura, pelo prazo de até 02(dois) anos, na ocorrência da rescisão de pleno direito do contrato pela falência do Contratado, ou da rescisão administrativa do Contrato por culpa do mesmo.

IV - Declaração de Inidoneidade para licitar e contratar junto a Prefeitura na ocorrência de rescisão de pleno direito do Contrato de falência do contratado ou da rescisão administrativa do contrato por culpa do mesmo quando a natureza e as características da infração se revistam a juízo da Prefeitura, do caráter de especial gravidade, ou ainda, nos casos em que fatos e penalidades anteriores ou da reincidência a indiquem para o resguardo do interesse do Serviço Público.

**Clausula Oitava: Dos Casos Omissos**

Os casos omissos neste contrato serão regulamentados na forma estabelecida pelo Código Civil Brasileiro, Leis e Decretos em vigor.

**Cláusula Nona: Das Fontes de Recursos.**

As despesas decorrentes da prestação de serviços, objeto do presente contrato, correrão no presente exercício através de recursos proveniente de dotações consignadas no orçamento vigente.

**Cláusula Décima: Foro**

Para a solução de qualquer duvidas, legítimas ou ações decorrentes deste contrato, fica eleito pelos contratantes, o foro da Comarca de Pitanga - Paraná, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem justos e contratados, depois de lido e achado conforme, vai assinado pelas partes contratantes e testemunhas presentes, em três vias de igual forma e teor.

Santa Maria do Oeste – Pr, 14 de Setembro de 2017.

**Contratante:**

\_\_\_\_\_  
José Reinoldo Oliveira  
Prefeito Municipal

**Contratado:**

\_\_\_\_\_  
**INSTITUTO DE SAÚDE BOM JESUS**  
Instituto de Saúde Bom Jesus  
Adm. Celso Celestino Silva  
Secretário Executivo  
CRA/PR 15406

**Testemunhas:**

\_\_\_\_\_  
Fernando Lopes  
RG.: 7.605.179-8  
CPF: 033.183.689-03

\_\_\_\_\_  
Adriane de Paula Neves  
RG: 9.396.458-6  
CPF: 058.813.189-33