

# **CONTRATO N.º 083/2023**

**(e seus aditivos)**

## **DRA VISÃO E SAÚDE LTDA**

**OBJETO: Credenciamento de Pessoa Jurídica para Prestação de Serviços Médico Especializados Visando o Atendimento aos Usuários do Sistema Único de Saúde-SUS, para o Atendimento no Hospital Municipal Elpídio Rodrigues Pinto, Unidades Básicas de Saúde e Saúde Ocupacional.**

**Vencimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.**





**TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº 083/2023**

**TERMO DE CREDENCIAMENTO DE PESSOA (S) JURÍDICA (S) PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS PARA O ATENDIMENTO NO HOSPITAL MUNICIPAL ELPIDIO RODRIGUES PINTO, UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E SAÚDE OCUPACIONAL, CONFORME O TERMO DE REFERÊNCIA.**

**CONTRATANTE/CREDENCIANTE**

**O MUNICÍPIO DE DELFINÓPOLIS**, Estado de Minas Gerais Pessoa Jurídica de Direito Público Interno, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº 17.894.064/0001-86, com sede nesta cidade de Delfinópolis/MG, na Praça Manoel Leite Lemos nº115–Centro, neste ato representada pela Prefeita Municipal, a Sra. Suely Alves Ferreira Lemos, brasileira, viúva, agropecuarista, portadora do RG nº 9.437.080-1 (SSP/SP) e do CPF nº 339.621.116-20, residente e domiciliada na Av. Ivo Soares Matos - Pe, nº 598 - Centro, neste ato denominado CREDENCIANTE, representada pela Prefeita Municipal o Sra. Suely Alves Ferreira Lemos.

**CONTRATADA/CREDENCIADA:**

**RAZÃO SOCIAL:** DRA VISÃO E SAÚDE LTDA

**ENDEREÇO:** PÇA. DO ROSÁRIO, 252, SL 01 | CENTRO | FORTALEZA DE MINAS MG, CEP: 37.905-000

**TELEFONE/FAX:** (35) 99881-1246

**CNPJ Nº:** 49.342.134/0001-80

**REPRESENTANTE LEGAL:**

ARIANA PEREIRA GERMANO

**R.G.:** MG-15.988.343SSP/MG

**CPF:** 109.709.446-40

**MÉDICO CREDENCIADO:**

**NOME:** ARIANA PEREIRA GERMANO

**DATA DE NASCIMENTO:** 11/08/1997

**ENDEREÇO:** PÇA. DO ROSÁRIO, 252, SL 01 | CENTRO | FORTALEZA DE MINAS MG, CEP: 37.905-000

**TELEFONE/FAX:** (35) 99881-1246

**R.G.:** MG-15.988.343SSP/MG

**CPF:** 109.709.446-40

**ARIANA  
PEREIRA  
GERMANO:**

10970944640

Assinado digitalmente por ARIANA PEREIRA GERMANO  
GERMANO:10970944640  
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=videoconferencia, OU=3321669000145, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=IDFEDERAL, OU=RF e-CPF A1, CN=ARIANA PEREIRA GERMANO: 10970944640  
Razão: Eu sou o autor deste documento  
Localização:  
Data: 2023.04.17 15:42:31





**PREFEITURA MUNICIPAL DE DELFINÓPOLIS**

Rua José Abraão Pedro, 268 - Centro | Delfinópolis/MG CEP: 37.910-000  
Tel: (35) 3525-1385 | E-mail: licitacao@delfinopolis.mg.gov.br

**LICITAÇÕES/COMPRAS**



Folha \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

CRM – Nº 95.360 MG

FUNÇÃO: CLINICA GERAL / PLANTONISTA

**DOS FUNDAMENTOS**

a) O presente instrumento decorre do **Processo Administrativo n.º 104/2020**, Edital de **Credenciamento nº 005/2020**, efetuado com fulcro na Lei Federal nº 8.666/93 e demais normas regulamentares aplicáveis à espécie, bem como com os termos do Edital Convocatório, Termo de Referência e seus Anexos, que deles fazem parte integrante.

b) Entre as partes acima qualificadas, doravante denominadas CREDENCIADA E CREDENCIANTE, ficam justas e convencionadas as disposições das Cláusulas seguintes:

**DO OBJETO DO CREDENCIAMENTO:**

Credenciamento de Pessoa(s) Jurídica(s) para prestação de serviços médicos especializados visando o atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, **Para o Atendimento no Hospital Municipal Elpidio Rodrigues Pinto, Unidades Básicas de Saúde e Saúde Ocupacional**

**CLÁUSULA PRIMEIRA: DOS VALORES**

1.1. O preço que o município pagará pelos serviços de Médicos Plantonistas para atender no Hospital Municipal de Delfinópolis “Elpidio Rodrigues Pinto” e nas Unidades Básicas de Saúde, corresponde a quantia definida na tabela abaixo, conforme o Termo de Referência.

**ANEXO I - PLANILHA DESCRITIVA - ATENDIMENTOS NO HOSPITAL MUNICIPAL**

ITEM	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS - ATENDIMENTO AMBULATORIAL	VR. AMBULATORIO (10H)
01 20029	Serviços Médicos em Clínica Geral, com Atendimento Ambulatorial Diurno de 2.ª a 6.ª Feira, exceto Feriados.   Obs.: Atendimento Diurno durante a semana: 10h (Dez horas)	R\$ 1.242,69 (R\$ 124,27/h)
02 20041	Serviços Médicos em Clínica Médica, com Atendimento Ambulatorial   OBS: Média Diária de Consultas: 40 (quarenta) 01(uma) vez na semana	R\$ 59,43 por consulta
ITEM	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS - PLANTÕES	VR. POR PLANTÃO
04 20030	Serviços Médicos em Clínica Geral, Atendimento a Plantões Noturnos, de 2.ª a 6.ª Feira, exceto Feriados.   Obs.: Plantões Noturnos durante a semana: 12 h (Doze horas)	R\$ 1.491,24 (R\$ 124,27/h)
05 20031	Serviços Médicos em Clínica Geral, com Atendimento a Plantões Diurnos e Noturnos, em Feriados.   Obs.: Plantões Diurnos e Noturnos em Feriados: 12 h (Doze horas)	R\$ 2.061,78 (R\$ 171,81/h)
06 20032	Serviços Médicos em Clínica Geral, com Atendimento a Plantões Diurnos e Noturnos, aos finais de semana, exceto Feriados.   Obs.:	R\$ 1.491,24 (R\$ 124,27/h)

ARIANA PEREIRA  
GERMANO:  
10970944640

Assinado digitalmente por ARIANA PEREIRA GERMANO  
10970944640  
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=videoconferencia, OU=33216889000145, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=IDFEDERAL, OU=RFB e-CPF  
CN=ARIANA PEREIRA GERMANO:10970944640  
Razão: Eu sou o autor deste documento  
Localização:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE DELFINÓPOLIS**Rua José Abraão Pedro, 268 - Centro | Delfinópolis/MG CEP: 37.910-000  
Tel: (35) 3525-1385 | E-mail: licitacao@delfinopolis.mg.gov.br

Folha \_\_\_\_\_

**LICITAÇÕES/COMPRAS**

Rubrica \_\_\_\_\_

	Plantões Diurnos e Noturnos em finais de semana: 12 h (Doze horas)	
07 20028	Serviços Médicos Plantonista em Sobreaviso - Clínica Geral em Finais de Semana e Feriados - Das 19h de Sexta-feira até as 7h de Segunda-feira	R\$ 2.593,20 (R\$ 43,22/h)
<b>ITEM</b>	<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS - TRANSFERÊNCIA</b>	<b>VR. POR HORA</b>
08 20033	Serviços Médicos de Urgência - Acompanhamento em Remoção de Paciente em Ambulância UTI Móvel ou Ambulância Simples	R\$ 149,12

1.2. No valor cotado estão incluídos os custos diretos para perfeita execução do serviço.

**CLAUSULA SEGUNDA: DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

As dotações orçamentárias destinadas ao pagamento dos serviços realizados estão previstas e indicadas no processo, pela área competente da Prefeitura Municipal de Delfinópolis, sendo:

**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:****FICHA: 280 – OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA****FONTE: 1500, 1621, 1600, 1601****CLAUSULA TERCEIRA: DAS CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DA RESPONSABILIDADE DA CREDENCIADA**

3.1 Atuar no Hospital Municipal de Delfinópolis “Elpidio Rodrigues Pinto” ou nos locais e horários especificados, como prestador de serviços médicos conforme descrito na clausula primeira.

3.2 Comparecer uniformizado ao seu local de trabalho conforme escala de serviço predeterminado e dele não se ausentar até a chegada do seu substituto, atuando ética e dignamente;

3.3 Cumprir com pontualidade seus horários de chegada aos plantões determinados;

3.4 Tratar com respeito os outros médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, motoristas, dentre outros profissionais do setor;

3.5 Utilizar com zelo e cuidado as acomodações, aparelhos e instrumentos colocados à disposição para o exercício de sua profissão, ajudando na preservação do patrimônio e servindo como exemplo aos demais funcionários;

3.6 Respeitar as rotinas estabelecidas;

3.7 Ser fiel aos interesses do serviço público, evitando denegri-los, dilapidá-los ou conspirar contra os mesmos;

3.8 Respeitar as deliberações da direção técnica;

3.9 Os serviços contratados serão prestados através dos profissionais do estabelecimento credenciado.

3.10 É de responsabilidade exclusiva e integral do credenciado a utilização de pessoal para a execução do objeto contratado, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Prefeitura Municipal de Delfinópolis.

**ARIANA PEREIRA  
GERMANO:  
10970944640**

Assinado digitalmente por ARIANA PEREIRA GERMANO  
10970944640  
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=videoconferencia,  
OU=3321668900145, OU=Secretaria da Receita Fe-  
do Brasil - RFB, OU=IDFEDERAL, OU=RFB e-CPF A  
CN=ARIANA PEREIRA GERMANO.10970944640  
Razão: Eu sou o autor deste documento  
Localização:





## CLÁUSULA QUARTA: DA RESPONSABILIDADE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE DELFINÓPOLIS:

- 4.1 Efetuar pagamento dos serviços regularmente prestado conforme determinado no presente instrumento.
- 4.2 Fiscalizar a correta prestação dos serviços.
- 4.3 Rescindir o contrato nos casos de descumprimento das obrigações contratuais firmadas, impropriedade dos serviços prestados, observado o contraditório e ampla defesa do credenciado.

## CLÁUSULA QUINTA: DO PRAZO

- 5.1 O prazo de vigência do credenciamento e do contrato **iniciará em 30/03/2023 até 31/12/2023**, podendo este prazo ser prorrogado, nos termos do art. 57 da Lei n.º 8.666/93, bem como rescindido, unilateralmente, nos casos especificados no art. 79 da mesma lei, com notificação prévia de no mínimo 30 (trinta) dias.

## CLÁUSULA SEXTA: DA FISCALIZAÇÃO

- 6.1. Conforme artigo 67 da Lei Federal n.º 8.666, de 21 de junho de 1.993, a fiscalização e acompanhamento da execução do objeto será por meio da Secretaria Municipal de Saúde, através da Diretoria Clínica, da Administração do Hospital Municipal "Elpídio Rodrigues Pinto" ou da Coordenação de Atenção Básica ou do Setor de Recursos Humanos, no que couber a cada setor.
- 6.2 A fiscalização mencionado no item 6.1, não elimina aquela a ser realizada pela Controladoria Geral do Município, a qual poderá assumir todos os atos e procedimentos para a garantia da lisura deste Credenciamento.

## CLÁUSULA SÉTIMA: DO PAGAMENTO

- 7.1. Efetuado fechamento mensal do serviço prestado, a CONTRATADA protocolará a Nota Fiscal/Fatura, perante a CONTRATANTE devidamente preenchida;
- 7.2. Caso Nota Fiscal/Fatura esteja em desacordo, será devolvida para correção;
- 7.3.. A CONTRATANTE terá um prazo de até **05 (cinco) dias úteis** para conferência e aprovação, contados da sua protocolização, e será paga, mediante depósito/ transferência bancária diretamente na conta corrente da CONTRATADA;
- 7.4. O prazo previsto para pagamento que será de até **15 (Quinze) dias corridos**, contados da apresentação da Nota Fiscal/Fatura, devidamente atestada;
- 7.5. Na ocorrência de rejeição da(s) Nota(s) Fiscal(is), motivada por erro ou incorreções, o prazo estipulado no parágrafo anterior, passará a ser contado a partir da data da sua representação;
- 7.6. Os pagamentos não serão efetuados através de boletos bancários, sendo a garantia do referido pagamento a própria Nota de Empenho;
- 7.6.1. Os pagamentos serão realizados através de transferência bancaria na conta da empresa credenciada.
- 7.7 O pagamento se fará mediante a apresentação, de:
  - a) Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Federais e a Dívida Ativa da União, o Certificado de Regularidade de Situação – **CRF** (FGTS) e a Certidão Negativa de Débitos

ARIANA PEREIRA  
GERMANO:  
10970944640

Assinado digitalmente por ARIANA PEREIRA GERMANO:  
10970944640  
DN: C=br, o=CP-Brasil, ou=videoconferencia,  
ou=33216989000145, ou=Secretaria da Receita Federal do  
Brasil - RFB, ou=IDFEDERAL, ou=RFB e-CPF A1, CN=ARI  
PEREIRA GERMANO 10970944640  
Resid: Eu sou o autor deste documento  
Localização:





Trabalhistas – **CNDT**, por ocasião da apresentação da Nota Fiscal e os profissionais liberais, mediante apresentação do comprovante de recolhimento do INSS.

7.4 O preço acordado será pago nele incluído impostos, taxas, contribuições e demais tributos que envolvem o serviço.

### CLÁUSULA OITAVA: DO CANCELAMENTO

8.1 O cancelamento do credenciamento poderá ser feito mediante requerimento do interessado, formalizado com antecedência mínima de **30 (trinta)** dias, sem prejuízo dos atendimentos já designados para o credenciamento na data do pedido.

### CLÁUSULA NONA: DAS PENALIDADES

9.1 O descumprimento, total ou parcial, das obrigações assumidas caracterizará a inadimplência, sujeitando a CREDENCIADA às sanções enumeradas no artigo 87 da Lei Federal n.º 8.666/93 e alterações e às multas previstas neste instrumento:

9.1.1 Advertência;

9.1.2 Multas;

9.1.3 Multa no valor de 5,0(cinco por cento) do valor devido, pelas seguintes infrações:

a) Atraso sem justificativa em até 30(trinta) minutos para chegada ao local determinado;

9.1.4 Multa no valor de 10,0%(dez por cento) do valor devido e rescisão contratual, pelas seguintes infrações:

a) Atraso sem justificativa superior a 60 (sessenta) minutos para chegada ao local determinado.

b) Exigência de pagamento de valores referentes a consultas diretamente dos pacientes.

c) Infração ao Código de Ética Médica.

9.1.5 Suspensão Temporária do direito de licitar e contratar com a Administração Municipal conforme disposto no inciso III do artigo 87 da Lei Federal 8.666/93 e alterações.

9.1.6 Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja declarada a reabilitação, perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

9.2 As penalidades de advertência e multas previstas nos itens 9.1.1 e 9.1.2 serão aplicadas mediante Processo Administrativo Disciplinar, exceto por motivo ou razões justas e aceitas pela Prefeitura Municipal.

9.3 A aplicação da penalidade de suspensão temporária e declaração de inidoneidade é de competência da Secretaria Municipal de Saúde, facultada a defesa do CREDENCIADO no respectivo processo, no prazo de 10 (dez) dias após a sua notificação e a abertura da vista.

9.4 Sem prejuízo das penas anteriormente citadas poderá o CREDENCIANTE rescindir o contrato de credenciamento, mediante Processo Administrativo Disciplinar.

9.5 A inexecução contratual, parcial ou total, submeterá o responsável às penalidades previstas no artigo 87 da Lei Federal n.º 8666/93, na suspensão temporária da participação em licitações e impedimento de contratar com a Prefeitura Municipal de Delfinópolis pelo prazo de até 02(dois) anos e multa de 10% (dez por cento) do valor contratado.

### CLÁUSULA DÉCIMA: DA ALTERAÇÃO

10.1. Qualquer alteração na sistemática de prestação dos serviços ajustados neste TERMO dependerá de prévia concordância entre as partes, por escrito.

**Parágrafo Único:** Toda providência tomada tanto pela CREDENCIANTE quanto pela

ARIANA PEREIRA  
GERMANO:  
10970911610

Assinado digitalmente por ARIANA PEREIRA GERMANO  
10970911610  
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=vidocconfrencia,  
OU=3321669000145, OU=Secretaria de Receita Federal  
Brasil - RFB, OU=IDFEDERAL, OU=RFB e-CPF A1,  
CN=ARIANA PEREIRA GERMANO:10970944640  
Razão: Eu sou o autor deste documento  
Localização:





**PREFEITURA MUNICIPAL DE DELFINÓPOLIS**

Rua José Abraão Pedro, 268 - Centro | Delfinópolis/MG CEP: 37.910-000  
Tel: (35) 3525-1385 | E-mail: licitacao@delfinopolis.mg.gov.br

**LICITAÇÕES/COMPRAS**



Folha \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

**CRENCIADA**, visando racionalização ou aperfeiçoamento na gestão dos serviços, será objeto de renegociação das Cláusulas deste TERMO.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DA PUBLICAÇÃO**

11. 1 **A CRENCIANTE** providenciará a publicação por extrato, do presente TERMO no Quadro de Avisos da Prefeitura Municipal de Delfinópolis, por extrato, nos termos do parágrafo único do art. 61 da Lei n.º 8.666/93 e da Lei Municipal n.º 1225 de 30 de Agosto de 1994.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DO FORO**

Fica eleito o foro da Comarca de Cássia – MG, para dirimir questões que porventura se originem do presente TERMO, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim justas e contratadas, firmam o presente CRENCIAMENTO, em 03 vias de igual teor e para um só efeito, juntamente com as testemunhas abaixo, que declaram conhecer todas as Cláusulas deste TERMO.

Delfinópolis, MG 30 de Março de 2023

**SUELY ALVES FERREIRA LEMOS**  
PREFEITA MUNICIPAL  
CONTRATANTE

**ARIANA PEREIRA  
GERMANO:**  
10970944640

Assinado digitalmente por ARIANA PEREIRA GERMANO  
10970944640  
DN: CN=ARIANA PEREIRA GERMANO, OU=Secretaria de Receita Federal do Brasil - RFB, OU=IDFEDERAL, OU=RFB e-CPF A1, CN=ARIANA PEREIRA GERMANO, OU=19070944640  
Razão: Eu sou o autor deste documento  
L:BR:MG:3525  
Data: 2023.04.17 15:14:23

**DRA VISÃO E SAÚDE LTDA**  
CONTRATADA

**LUCAS DE SOUZA SUAVINHA**  
AUX. ADMINISTRATIVO  
CPF: 398.495.148-50

**TESTEMUNHAS:**

Nome:  
CPF:

VISTO: \_\_\_\_\_

Cinthia de Oliveira Barbosa  
OAB/MG 124.910

Nome:  
CPF:

**WAGNER ZEFERINO DA SILVA**  
CPF-146.986.398-75  
AUXILIAR ADMINISTRATIVO