



**CONTRATO ADMINISTRATIVO:**

**18/2024**

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Pelo presente instrumento que entre si celebram, de um lado o **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CELSO RAMOS - SC**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob nº 14.608.771/0001-70, com sede sito à Rua Dom Daniel Hostinnº 930 - centro, neste ato representado pelo Prefeito LUIZANGELO GRASSI, doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE**, e de outro lado LABORATORIO CLINICO PATOLOGICO MARTINS LTDA , inscrita no CNPJ nº 83.413.609/0001-10, com sede em CAMPOS NOVOS SC doravante denominado simplesmente **CONTRATADO**, tem justo e convencionado o presente Contrato de Prestação de Serviços, e pelas cláusulas e condições que abaixo seguem:

**CLÁUSULA PRIMEIRA- OBJETO**

SERVIÇO DE LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS Á PACIENTES EM TRATAMENTO ONCOLOGICO NO ANO DE 2024.

**CLÁUSULA SEGUNDA- REGIME DE EXECUÇÃO**

Os serviços serão executados de forma indireta, por preçounitário, sem vínculo empregatício, na cidade do Credenciado, em instalações próprias da empresa, mediante a requisição expedida pelo Contratante, ficando assegurado ao paciente tratamento idêntico ao dispensado aos particulares. Não Poderão os pacientes sofrer qualquer tipo de discriminação ou cobrança pelos serviços.

Parágrafo Único - A execução do presente será acompanhada e fiscalizada por um representante do Fundo Municipal de Saúde.

**CLÁUSULA TERCEIRA - VALOR**

Os serviços a serem prestados são os constantes da tabela abaixo:

Rua Dom Daniel Hostin, 930 - Fone: (49) 3547.1211 / 3547.1039  
CEP 88598-000 - Celso Ramos - Santa Catarina



ITEN	QUANTIDADE	VALOR
MARCADORES TUMORAIS -15/3, 19/9,125, 72/4	5.000	50,00
DOSAGEM DE IMUNOFIXAÇÃO DE PROTEINAS SERVICAS ( QUALITATIVOS)	5.000	190,00
DOSAGEM DE IMUNOFIXAÇÃO DE PROTEINAS URINARIAS	5.000	230,00
DOSAGEM DE IMUNOFIXAÇÃO DE PROTEINAS SERVICAS ( QUANTITATIVOS)	5.000	300,00
DOSAGEM DE TRANSFERINA	5000	28,00
DOSAGEM DE ALBUMINA	5000	15,00
DOSAGEM DE LIPASE	5000	18,00
PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FESES	5000	16,00
DOSAGEM DE TROPONINA	5000	71,00
DOSAGEM DE PCR ULTRASENSSIVEL	5000	21,00
DOSAGEM DE PSA LIVRE	5000	45,00
DOSAGEM DE HOMOCISTEINA	5000	45,00
DOSAGEM DE ZINCO SERICO	5000	48,00
DOSAGEM DE ZINCO ERITROCITARIO	5000	75,00

#### CONTRATUAL/PAGAMENTO

O pagamento pelos serviços prestados será efetuado mensalmente, até 30 dias úteis após a apresentação de nota fiscal e relação nominal de PACIENTES discriminando o número de EXAMES realizadas pelo profissional.

**Parágrafo Primeiro** - As despesas decorrentes do presente contrato serão efetuadas por conta de recursos das dotações orçamentárias de 2024., denominadas genericamente por: **07 E 11 - FMS**



CLÁUSULA QUINTA – PRAZOS

O presente Contrato de entrará em vigor na data de sua assinatura e terá a duração até 31/12/2024.

CLÁUSULA SEXTA - DO REAJUSTE

O valor contratado para a prestação dos serviços de que trata o objeto deste contrato, **não poderá sofrer reajuste em prazo inferior a 01 (um) ano, decorrido referido prazo o valor da consulta poderá ser reajustado.**

CLÁUSULA SÉTIMA – DIREITOS E RESPONSABILIDADES DAS PARTES

Constituem direitos do CONTRATANTE, receber o objeto deste contrato nas condições avençadas e do CONTRATADO perceber o valor ajustado na forma e no prazo convencionado.

Constituem obrigações do CONTRATANTE:

- a) Efetuar o pagamento ao credenciado dos procedimentos de acordo com a tabela de valores e serviços estabelecida NO PROCESSO DE IL N° 22/2024.
- b) Efetuar o pagamento até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente da realização dos serviços, mediante apresentação pelo credenciado da Nota Fiscal/Fatura;
- c) Efetuar conferência técnica e administrativa das faturas e relações de serviços apresentados;
- d) Fiscalizar os serviços e esclarecer dúvidas;
- e) Fornecer requisições de exames;
- f) Constituem obrigações do

CONTRATADO:

- a) Atender todos os encaminhamentos da Secretaria Municipal de Saúde, em
- b) em horário de expediente normal, pré-definido;
- c) Atender os encaminhamentos somente mediante a apresentação de documentação hábil, previamente autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde;
- d) Preencher com exatidão e clareza todos os campos das solicitações, demais formulários e documentos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde;



- e) Apresentar a nota fiscal/fatura, relação dos serviços realizados com a devida comprovação dos encaminhamentos, até o último dia útil do mês da prestação dos serviços, anexando relação dos usuários, com nome completo;
- f) Comunicar com antecedência de 10 dias, a não disponibilidade de prestar serviços por motivos particulares, definindo período de não atendimento;

#### CLÁUSULA OITAVA – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLÊNCIA CONTRATUAL

Em caso de atraso injustificado no cumprimento dos serviços contratados, será aplicado ao CONTRATADO multa moratória de valor equivalente a 10% (dez por cento) sobre o valor total em atraso limitado a 2% (dois por cento) sobre o valor total do contrato, sendo garantida a defesa prévia.

#### CLÁUSULA NONA – RESCISÃO

O presente Contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes e a qualquer tempo, desde que, para tanto, seja notificada a outra parte, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, do pretendido termo final do Pacto.

#### CLÁUSULA DÉCIMA – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

O presente Instrumento Contratual é regido pelas disposições expressas na Lei nº 14.133/2021 e pelos preceitos de direito público, aplicando-se supletivamente os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.

#### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – CASOS OMISSOS

Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei nº 14.133/2021, suas alterações e dos princípios gerais de direito.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – FORO

Para as questões oriundas deste contrato, as partes elegem o foro da Comarca de Anita Garibaldi - SC, renunciando expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja. E, por estarem de pleno acordo assinam o presente com as testemunhas abaixo, em duas vias, de igual teor e forma.

Celso Ramos, 05 DE JULHO DE 2024.



Estado de Santa Catarina

**Prefeitura Municipal de Celso Ramos**

---

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CELSO

RAMOS – SC

CONTRATANTE

---

LABORATORIO CLINICO PATOLOGICO MARTINS LTDA

CONTRATADA

Rua Dom Daniel Hostin, 930 - Fone: (49) 3547.1211 / 3547.1039  
CEP 88598-000 - Celso Ramos - Santa Catarina