



ANEXO I – MINUTA CONTRATUAL

CONTRATO Nº ...../014/2018 FIRMADO ENTRE O MUNICÍPIO DE LAGES/SC E ....., de **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM CLÍNICA MÉDICA COM ÊNFASE NO TRATAMENTO DE IST/AIDS E HEPATITES VIRAIS PARA ATUAR NA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DA SMS.**

Pelo presente instrumento, de um lado o Município de Lages/SC, pela sua Secretaria da Saúde/Fundo Municipal de Saúde, entidade de direito público, inscrita no CNPJ sob o nº 11.840.546/0001-77, situada na rua Benjamin Constant, 13 neste ato representada pela Secretária Municipal da Saúde, Sra....., CPF..., RG....doravante denominado simplesmente CONTRATANTE, e de outro o profissional médico .....,CPF..., CRM ....., RQE....., doravante denominado CONTRATADO, em conformidade com os termos previstos no **Edital de Chamada Pública nº 014/2018**, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA** - O CONTRATADO compromete-se a realizar atendimento de **Clinica Médica com ênfase no tratamento de IST/AIDS e Hepatites Virais** aos pacientes pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

**CLÁUSULA SEGUNDA**- A atuação profissional do CONTRATADO limitar-se-á à especialidade e serviços para os quais foi credenciado nos termos do edital 013/2018.

---

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 –  
CEP88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



**CLÁUSULA TERCEIRA** - O atendimento será realizado na estrutura da Vigilância Epidemiológica da SMS, conforme escalas e agendas definidas entre CONTRATADO e CONTRATANTE.

**CLÁUSULA QUARTA** – O contratado está habilitado a atender o total de ..... consultas/mês.

**Parágrafo Único** - Na hipótese de atendimento ser cancelado por motivo de emergência e na hipótese da impossibilidade do cumprimento à cláusula quarta, O CONTRATADO deverá repor estes atendimentos informando a data e horário a serem repassados aos pacientes que estavam agendados ao setor de regulação de consulta deste município.

**CLÁUSULA QUINTA** – O valor da consulta será: **R\$ 22,22** (trinta e oito reais e sete centavos).

**CLÁUSULA SEXTA** – A remuneração será paga através de empenho pelo setor de Apoio Administrativo após confirmação da prestação de serviços pela Gerência da Policlínica e a devida conferência pelo Setor de Controle e Auditoria, devendo o profissional emitir nota fiscal no valor contabilizado.

**CLÁUSULA SETIMA** - Os recursos utilizados para efetuar o pagamento serão da Fonte MAC – Média e Alta Complexidade e/ou Recursos Próprios do Tesouro Municipal - PML.

**CLÁUSULA OITAVA** – O reajuste será conforme o critério estabelecido pela Prefeitura Municipal de Lages/Secretaria Municipal da Saúde.

**CLÁUSULA NONA** - O prazo de execução e vigência do presente Credenciamento será até 31/12/2018, podendo ser prorrogado conforme interesse da administração pública, até o limite de 60 (sessenta) meses a contar da assinatura do instrumento contratual.

---

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 –  
CEP88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



**CLAÚSULA DÉCIMA** - O presente contrato de credenciamento passa a vigorar a partir da data de sua assinatura.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA** - O presente contrato de credenciamento poderá ser rescindido por qualquer das partes, sem ônus, mediante pré-aviso escrito de no mínimo trinta (30) dias, sem que caiba a qualquer das partes indenização, seja a que título for.

**Parágrafo Único** – Em caso de não cumprimento do total de atendimentos por 03 meses consecutivos, por sua exclusiva culpa o médico será descredenciado automaticamente da especialidade em que foi habilitado

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA** - Havendo descumprimento do presente contrato por culpa ou dolo, este poderá ser rescindido pela parte inocente a qualquer tempo, mediante notificação extrajudicial, sem prejuízo de multas, mais perdas e danos.

**CLÁSULA DÉCIMA TERCEIRA** - Em caso de rescisão contratual, os procedimentos que estiverem em andamento, sob responsabilidade do CONTRATADO, deverão prosseguir até o final, comprometendo-se as partes, neste caso, a respeitar as cláusulas deste contrato até a conclusão dos mesmos.

**CLÁSULA DÉCIMA QUARTA** - É de inteira responsabilidade do CONTRATADO a atualização dos dados cadastrais junto a Secretaria Municipal de Saúde de Lages, o qual se compromete a comunicar por escrito à SMS eventuais mudanças, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

**CLÁSULA DÉCIMA QUINTA** - Em caso de rescisão contratual por interesse de qualquer uma das partes, a parte interessada deverá comunicar com antecedência mínima de 15 (quinze) dias, e garantidos os atendimentos já agendados.

---

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 –  
CEP88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



---

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA** - Para dirimir quaisquer dúvidas oriundas de interpretação ou omissão deste contrato poderá entrar em contato com esta instituição.

E, por estarem assim, justos e de acordo, as partes assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Lages, ..... de 2018.

**Odila Maria Waldrich**  
**Secretária Municipal da Saúde**

-----  
**Contratado - CRM**

---

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 –  
CEP88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)