



## CONTRATO DE PROGRAMA

Referente: Dispensa de Licitação nº.194/2024  
CONTRATO Nº 240/2024 – ID2269

**CONTRATO DE PROGRAMA QUE ENTRE SI  
CELEBRAM O MUNICÍPIO DE BELA VISTA DO  
PARAÍSO E O CISMEPAR, REFERENTE DO  
PROGRAMA DE POTENCIALIZAÇÃO, NA FORMA  
ABAIXO:**

**O MUNICÍPIO DE BELA VISTA DO PARAÍSO**, Estado do Paraná, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na **Rua Joaquim Ladeia nº 150**, inscrito no **CNPJ sob nº 76.245.067.0001/58** neste ato devidamente representado pelo Prefeito Municipal, em pleno exercício de seu mandato e funções, Sr. **FABRICIO PASTORE**, residente e domiciliado nesta cidade, portador da Cédula de Identidade **RG nº.4.665.701-1e CPF/MF sob nº. 639.120.231-15** e o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO PARANAPANEMA - CISMEPAR**, pessoa jurídica de direito público, com inscrição junto ao CNPJ/MF sob nº.00.445.188/0001-81, estabelecida na Travessa Goiânia nº 152, Centro, CEP: 86.020-120, na cidade de Londrina, Estado do Paraná, Telefone (43) 3371-0800, neste ato representada pelo seu Presidente, **MARCOS ANTONIO VOLTARELLI**, inscrito no CPF nº 499.494.979-49 e RG nº 3.639.237-1, residente e domiciliado à Rua. Davi Cipriano de Abreu nº 888 na cidade de Alvorada do Sul-PR, Estado do Paraná, doravante denominado **CONTRATADO** tem justos e contratados o seguinte:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL**

**1.1.** Constitui objeto deste CONTRATO a prestação de serviços complementares para contratação de pessoas jurídicas que prestem serviços odontológicos especializados ambulatoriais, mediante credenciamento pelo CISMEPAR, através de Chamamento Público, nos termos do Programa de Saúde Bucal do CISMEPAR, da Lei de Licitações, Lei nº 11.107/2005 e Lei nº 8.987/2005. O presente contrato é celebrado com dispensa de licitação, com fundamento no art. 75, inciso IX, da Lei nº 14.133/2021.

### **CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO CONTRATUAL**

**2.1.** O credenciamento para contratação de pessoas jurídicas que prestem serviços odontológicos especializados ambulatoriais, cujo objetivo é atender a demanda dos municípios consorciados.

**2.2.** A contratação se dará para as seguintes especialidades: endodontia, cirurgia e traumatologia buco-maxilo facial, ortodontia, periodontia, prótese dentária, odontologia para pacientes com necessidades especiais, estomatologia, exame de radiologia, exame de tomografia.

**2.3.** O credenciamento para contratação de pessoas jurídicas de serviços odontológicos exigirá que os atendimentos sejam realizados nas clínicas das empresas credenciadas;

**2.4.** Os serviços contratados por este instrumento são os elencados na tabela CISMEPAR, conforme valores abaixo:

| <b>QUADRO XXIV<br/>ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS</b> |                                                      |              |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------|
| <b>CÓDIGO</b>                                       | <b>DESCRIÇÃO</b>                                     | <b>VALOR</b> |
| 0201010232                                          | BIOPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR                          | R\$ 61,54    |
| 0201010348                                          | BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE (INCLUI MAXILA E | R\$ 77,48    |



|            |                                                                                                                                                                                                                                   |            |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|            | MANDÍBULA)                                                                                                                                                                                                                        |            |
| 0201010526 | BIOPSIA DA BOCA                                                                                                                                                                                                                   | R\$ 78,51  |
| 0301010048 | CONSULTA DE PROFISS DE NIV SUPER NA ATENCAO ESPECIALIZADA                                                                                                                                                                         | R\$ 24,65  |
| 0301060061 | ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA                                                                                                                                                                                  | R\$ 25,91  |
| 0307020045 | TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE BIRRADICULAR<br>(Inclui consulta com profissional de nível superior, acesso a polpa dentária e medicação por dente, curativo de demora e radiografia periapical inicial e final)                  | R\$ 367,73 |
| 0307020053 | TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE MULTIRADICULAR<br>(Inclui consulta com profissional de nível superior, acesso a polpa dentária e medicação por dente, curativo de demora e radiografia periapical inicial e final)                | R\$ 418,28 |
| 0307020061 | TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE UNIRRADICULAR<br>(Inclui consulta com profissional de nível superior, acesso a polpa dentária e medicação por dente, curativo de demora e radiografia periapical)                                 | R\$ 333,40 |
| 0307020088 | RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR<br>(Inclui consulta com profissional de nível superior, acesso a polpa dentária e medicação por dente, curativo de demora e radiografia periapical inicial e final)     | R\$ 398,56 |
| 0307020096 | RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU + RAIZES<br>(Inclui consulta com profissional de nível superior, acesso a polpa dentária e medicação por dente, curativo de demora e radiografia periapical inicial e final) | R\$ 465,74 |
| 0307020100 | RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR<br>(Inclui consulta com profissional de nível superior, acesso a polpa dentária e medicação por dente, curativo de demora e radiografia periapical inicial e final)    | R\$ 346,91 |
| 0307020118 | SELAMENTO DE PERFURACAO RADICULAR                                                                                                                                                                                                 | R\$ 73,00  |
| 0307040089 | REEMBASAMENTO E CONserto DE PROTESE DENTARIA (TOTAL OU PARCIAL REMOVÍVEL) NO CONSULTÓRIO OU EM LABORATÓRIO                                                                                                                        | R\$ 82,49  |
| 0401010104 | INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO INTRA ORAL                                                                                                                                                                                         | R\$ 35,78  |
|            | INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO EXTRA ORAL                                                                                                                                                                                         | R\$ 47,68  |
| 0404020089 | EXCISAO DE RANULA OU FENOMENO DE RETENCAO SALIVAR                                                                                                                                                                                 | R\$ 96,87  |
| 0404020097 | EXCISAO DE MUCOCELE                                                                                                                                                                                                               | R\$ 73,09  |
| 0404020445 | CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM POR TRAUMA OU PROBLEMA PERIODONTAL                                                                                                                                                             | R\$ 47,19  |
| 0414020022 | APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURACAO RETROGRADA                                                                                                                                                                                         | R\$ 140,79 |
| 0414020030 | APROFUNDAMENTO DE VESTIBULO ORAL (POR SEXTANTE)                                                                                                                                                                                   | R\$ 107,60 |
| 0414020049 | CORRECAO DE BRIDAS MUSCULARES                                                                                                                                                                                                     | R\$ 56,69  |
| 0414020057 | CORRECAO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR                                                                                                                                                                                   | R\$ 82,86  |
| 0414020065 | CORRECAO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR                                                                                                                                                                                               | R\$ 89,65  |
| 0414020081 | ENXERTO GENGIVAL LIVRE OU PEDICULAR                                                                                                                                                                                               | R\$ 97,74  |
| 0414020154 | GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)                                                                                                                                                                                                      | R\$ 77,59  |
| 0414020162 | GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)                                                                                                                                                                                                     | R\$ 61,33  |
| 0414020219 | ODONTOSECCAO / RADILECTOMIA / TUNELIZACAO                                                                                                                                                                                         | R\$ 65,04  |



|            |                                                                                                                                                                        |            |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 0414020243 | REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)                                                                                                                         | R\$ 93,80  |
| 0414020278 | REMOCAO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)<br>(Inclui consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada e Odontosecção/radilectomia/tunelização) | R\$ 217,68 |
| 0414020294 | REMOCAO DE TORUS E EXOSTOSES MAXILAR E/OU MANDIBULAR BILATERAL                                                                                                         | R\$ 97,01  |
| 0414020375 | TRAT CIR PERIODO/SEXTANTE                                                                                                                                              | R\$ 104,63 |
| 0701070099 | PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL<br>(METAL) - (inclui todas as fases da moldagem a entrega pronta ao paciente)                                                     | R\$ 419,77 |
| 0701070102 | PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL<br>(METAL) - (inclui todas as fases da moldagem a entrega pronta ao paciente)                                                        | R\$ 419,77 |
| 0701070110 | PROTESE PARCIAL TEMPORARIA - (inclui todas as fases da moldagem a entrega pronta ao paciente)                                                                          | R\$ 200,47 |
| 0701070129 | PROTESE TOTAL MANDIBULAR - (inclui todas as fases da moldagem a entrega pronta ao paciente)                                                                            | R\$ 388,10 |
| 0701070137 | PROTESE TOTAL MAXILAR - (inclui todas as fases da moldagem a entrega pronta ao paciente)                                                                               | R\$ 388,10 |
| 0701070170 | APARELHO ORTODONTICO FIXO TOTAL POR ARCO DENTÁRIO                                                                                                                      | R\$ 327,25 |
| 0701070021 | APARELHO ORTOPEDICO E ORTODONTICO REMOVÍVEL POR ARCO DENTÁRIO                                                                                                          | R\$ 144,74 |
|            | CONCERTO DE APARELHO ORTOPEDICO OU ORTODONTICO REMOVIVEL                                                                                                               | R\$ 28,48  |
| 0204010179 | RADIOGRAFIA PANORAMICA COM LAUDO                                                                                                                                       | R\$ 27,19  |
| 0101020058 | APLICACAO DE CARIOSTATICO (POR DENTE)                                                                                                                                  | R\$ 21,50  |
| 0101020066 | APLICACAO DE SELANTE (POR DENTE)                                                                                                                                       | R\$ 31,00  |
| 0101020074 | APLICACAO TOPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSAO)                                                                                                                      | R\$ 46,92  |
| 0101020104 | ORIENTAÇÃO DE HIGIENE ORAL                                                                                                                                             | R\$ 29,82  |
| 0101020082 | EVIDENCIACAO DE PLACA BACTERIANA (CONTROLE DE BIOFILME)                                                                                                                | R\$ 42,92  |
| 0101020090 | SELAMENTO PROVISORIO DE CAVIDADE DENTARIA (RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA OU TEMPORÁRIA)                                                                                       | R\$ 28,17  |
| 0204010225 | RADIOGRAFIA PERIAPICAL                                                                                                                                                 | R\$ 8,48   |
| 307010147  | ADEQUAÇÃO DO COMPORTAMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA / Estabelecimento de vínculo com paciente com necessidades especiais (por sessão)                                 | R\$ 49,32  |
| 0307010015 | CAPEAMENTO PULPAR                                                                                                                                                      | R\$ 29,24  |
|            | RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM RESINA COMPOSTA 1 face                                                                                                     | R\$ 55,39  |
|            | RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM RESINA COMPOSTA 2 faces                                                                                                    | R\$ 73,51  |
|            | RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM RESINA COMPOSTA 3 faces                                                                                                    | R\$ 86,77  |
|            | RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM RESINA COMPOSTA 4 faces                                                                                                    | R\$ 98,29  |
| 0307020010 | ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE)                                                                                                                        | R\$ 49,55  |
| 0307020029 | CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO - ENDODONTIA                                                                                                           | R\$ 49,55  |
| 0307020070 | PULPOTOMIA DENTARIA (EM DENTE DECÍDUO)                                                                                                                                 | R\$ 73,47  |
| 0307030059 | RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIIS (P/ SEXTANTE)                                                                                                          | R\$ 33,31  |
| 0307030024 | RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIIS (POR SEXTANTE)                                                                                                                       | R\$ 60,94  |



|             |                                                                                                                                                                                        |            |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 0401010082  | FRENECTOMIA LINGUAL OU LABIAL                                                                                                                                                          | R\$ 89,00  |
| 0414020138  | EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE                                                                                                                                                          | R\$ 61,18  |
| 0414020120  | EXODONTIA DE DENTES DECÍDUOS                                                                                                                                                           | R\$ 43,58  |
| 0414020170  | GLOSSORRAFIA                                                                                                                                                                           | R\$ 34,89  |
| 0414020430  | EXODONTIA DE DENTE SUPRANUMERÁRIO INCLUSO OU IMPACTADO                                                                                                                                 | R\$ 223,91 |
| 307030083   | TRATAMENTO PERICORONARITE                                                                                                                                                              | R\$ 20,11  |
| 0414020359  | TRAT CIR HEMORR BUCO-DENTAL PÓS CIRURGICO                                                                                                                                              | R\$ 29,20  |
| 0414020383  | TRATAMENTO DE ALVEOLITE                                                                                                                                                                | R\$ 36,38  |
| 0414020405  | ULOTOMIA/ULECTOMIA                                                                                                                                                                     | R\$ 52,56  |
|             | BIOPSIA DA LINGUA                                                                                                                                                                      | R\$ 98,13  |
|             | BIOPSIA DE LÁBIOS                                                                                                                                                                      | R\$ 98,13  |
|             | ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL CIRÚRGICO, DE PUNÇÃO E CITOLOGIA ESFOLIATIVA EM REGIÃO BMF                                                                                               | R\$ 56,44  |
|             | ACOMPANHAMENTO EM ESTOMATOLOGIA (SESSÃO)                                                                                                                                               | R\$ 35,54  |
|             | ENUCLEAÇÃO DE CISTO DENTAL                                                                                                                                                             | R\$ 136,76 |
|             | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS BUCO NASAIS OU BUCO SINUSAIS                                                                                                                          | R\$ 211,56 |
|             | PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA/COLETA RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS DA REGIÃO BMF                                                                                                     | R\$ 50,71  |
|             | MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTO DENTAL                                                                                                                                                        | R\$ 137,83 |
| 03007010074 | TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO POR DENTE                                                                                                                                           | R\$ 14,00  |
|             | RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM AMALGAMA 1 face                                                                                                                            | R\$ 44,62  |
|             | RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM AMALGAMA 2 faces                                                                                                                           | R\$ 57,94  |
|             | RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM AMÁLGAMA 3 faces                                                                                                                           | R\$ 68,51  |
|             | RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM AMÁLGAMA 4 faces                                                                                                                           | R\$ 77,72  |
|             | RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM CIMENTO DE IONÔMERO DE VIDRO 1 face                                                                                                        | R\$ 49,48  |
|             | RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM CIMENTO DE IONÔMERO DE VIDRO 2 faces                                                                                                       | R\$ 59,34  |
|             | RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM CIMENTO DE IONÔMERO DE VIDRO 3 OU MAIS FACES                                                                                               | R\$ 39,09  |
|             | RIZOGENESE INCOMPLETA (POR DENTE E MAXIMO 4 SESSÕES POR ANO)                                                                                                                           | R\$ 93,59  |
|             | MANUTENÇÃO PERIODONTAL TRAT. NÃO CIRURGICO (MAXIMO 3 SESSÕES/ANO)                                                                                                                      | R\$ 69,83  |
|             | REPOSIÇÃO DE DENTE (INDEPENDENTE DA QUANTIDADE DE DENTES) DE PROTESE DENTARIA (TOTAL OU PARCIAL REMOVÍVEL) NO CONSULTÓRIO OU EM LABORATÓRIO                                            | R\$ 75,35  |
|             | EXCISAO DE HIPERPLASIA                                                                                                                                                                 | R\$ 79,45  |
|             | AUMENTO DE COROA CLINICA                                                                                                                                                               | R\$ 125,18 |
|             | CUNHA DISTAL                                                                                                                                                                           | R\$ 78,71  |
|             | REDUÇÃO CRUENTA/INCRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA                                                                                                                                  | R\$ 258,39 |
|             | CONTENÇÃO DE DENTES PARA ORTODONTIA                                                                                                                                                    | R\$ 52,90  |
|             | DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA/ORTOPEDICA: COM PANORAMICA C/LAUDO, TELERRADIOGRAFIA, 3 TRAÇADOS CEFALOMÉTRICOS, 5 FOTOS INTRABUCAIS, 3 FOTOS EXTRABUCAIS, MODELOS DE ESTUDOS, PASTA E FICHAS | R\$ 92,66  |
|             | MODELOS DE ESTUDO ORTODONTICOS                                                                                                                                                         | R\$ 23,19  |



|  |                                                                     |            |
|--|---------------------------------------------------------------------|------------|
|  | MODELO DE TRABALHO                                                  | R\$ 15,20  |
|  | RADIOGRAFIA PANORAMICA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO                    | R\$ 57,35  |
|  | RADIOGRAFIA DA MAO E PUNHO                                          | R\$ 22,69  |
|  | TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO                          | R\$ 31,73  |
|  | TELERRADIOGRAFIA                                                    | R\$ 25,55  |
|  | RADIOGRAFIA DE ATM 3 POSIÇÕES                                       | R\$ 53,48  |
|  | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CONICO - CONE BEAM - 1 ARCADA  | R\$ 176,53 |
|  | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CONICO - CONE BEAM - 2 ARCADAS | R\$ 211,28 |

2.5. O presente contrato tem por objeto estabelecer as condições e obrigações entre as partes signatárias por meio de credenciamento de serviços de Odontologia para o atendimento de consulta, diagnose e procedimentos de pacientes nas especialidades de endodontia, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais, ortodontia, periodontia, prótese dentária, odontologia para pacientes com necessidade especial, estomatologia, exame de radiologia, exame de tomografia aos pacientes dos municípios, conforme o Programa 004-CISMEPAR;

2.6. O presente contrato tem por objeto estabelecer atendimentos aos usuários do SUS destinados do município, por meio de pessoa jurídica, prestadora de serviços de saúde odontológica.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES**

3.1. O contratado deverá proceder o credenciamento de todas as pessoas jurídicas interessadas, de modo, buscar efetivar a prestação de serviço e o contratante irá estabelecer dias e horários para realizar o agendamento pela sua secretaria responsável.

#### **3.2. Obrigações do contratante:**

I. Transferir os recursos financeiros para execução dos objetos deste contrato.

II. Proporcionar todas as facilidades para que o CONTRATADO possa cumprir o objeto deste contrato;

III. Pagar o valor constante, conforme determina a tabela de procedimentos CISMEPAR;

IV. Realizar o reagendamento dos pacientes em seu próprio sistema, já que o município que realiza o agendamento;

V. Fiscalizar a qualidade dos serviços, levando ao conhecimento do CONTRATADO, por escrito, qualquer irregularidade;

VI. Acompanhar e avaliar a execução deste contrato;

VII. Participar da comissão de acompanhamento que será instituída pelo CISMEPAR.

VIII. Realizar o agendamento através das vagas disponibilizadas pelo consórcio;

#### **3.3 Das Obrigações do Contratado**

I- Realizar o processo licitatório para contratação das empresas de odontologia por meio de Chamamento Público;

II- Instaurar Processo Administrativo, conforme a Instrução Normativa nº 005/2019;

III- Prestar os serviços durante a vigência deste contrato;

IV- Executar nos termos das legislações pertinentes, o necessário para consecução do objeto de que trata este contrato, observando sempre o critério de qualidade e custo;

V- Não realizar atendimentos sem a solicitação do contratante;

VI- Não realizar cobrança dos usuários;



VII-Aceitar nas mesmas condições contratuais os acréscimos e supressões que se fizerem necessárias, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato;  
VIII-Suspender os atendimentos se o contratante não entregar o contrato assinado ao contratante, não renovar o prazo (se houver vencimento) e se não realizar o pagamento;  
IX- Suspender os atendimentos se o contratante não entregar o contrato assinado ao contratante, não renovar o prazo (se houver vencimento) e se não realizar o pagamento;  
X- Fiscalizar os repasses financeiros do contratante, bem como bloquear os serviços quando houver inadimplência após 30 (trinta) dias de atraso;  
XI- Recolher qualquer ônus de natureza fiscal retido sob as notas fiscais da pessoa jurídica credenciada referente aos serviços prestados;  
XII-Dar transparência na gestão econômica financeira de cada serviço realizados por meio dos Programas.

#### **CLÁUSULA QUARTA: DOS DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS PARA OBTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO**

**4.1.** Os serviços e materiais de consumo serão contratados pelo CISMEPAR e disponibilizados aos usuários do SUS dos municípios consorciados que deverão:

- I. Receber serviço adequado;
- II. receber do MUNICÍPIO e do CISMEPAR informações para a defesa de interesses individuais ou coletivos;
- III. Prévio conhecimento dos seus direitos e deveres e das penalidades a que podem estar sujeitos;
- IV. Regulação de forma eficaz e condizente com a classificação de risco da cada usuário;
- V. Acesso a prontuário médico, bem como a resultados dos exames realizados das clínicas credenciadas junto ao CISMEPAR;
- VI. Sigilo aos prontuários médicos e resultado de exames, exceto por determinações judiciais e solicitação por ele mesmo ou representante com procuração;
- VII. Resguardo dos documentos pela Lei LGPD.

#### **CLÁUSULA QUINTA – DO VALOR CONTRATUAL**

**5.1.** O valor do presente contrato é o valor de R\$ 90.000,00 (noventa mil reais).

#### **CLÁUSULA SEXTA: DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO**

**6.1.** As despesas decorrentes deste Contrato correrão à conta do Orçamento do Município, sob as dotações orçamentárias abaixo relacionadas:

| Manter as Atividades de Atenção Básica     |                              |                                         |                     |       |
|--------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|---------------------|-------|
| Red.                                       | Órgão/Funcional Programática | Especif. de Bens e Serv.                | Elemento de Despesa | Fonte |
| 243                                        | 07.001.10.301.0007.6023      | Rateio pela parti. em Consórcio Público | 3.3.71.70.00.00     | 494   |
| 244                                        | 07.001.10.301.0007.6023      | Rateio pela parti. em Consórcio Público | 3.3.71.70.00.00     | 1000  |
| Manutenção das Atividades de Saúde Pública |                              |                                         |                     |       |
| Red.                                       | Órgão/Funcional Programática | Especif. de Bens e Serv.                | Elemento de Despesa | Fonte |
| 309                                        | 07.001.10.301.0007.6027      | Rateio pela parti. em Consórcio Público | 3.3.71.70.00.00     | 303   |

#### **CLÁUSULA SÉTIMA– DA EMISSÃO DOS BOLETOS PARA O PAGAMENTO**

**7.1.** O município CONSORCIADO deverá efetuar o pagamento, até o dia 20 de cada mês, através de boleto bancário, que será enviado até o 10º (décimo) dia do mês, através do departamento de tesouraria do CONSÓRCIO.



7.2. Os valores dos procedimentos contratados serão baseados na Tabela Unificada de Procedimentos do SUS-SIGTAP e CISMEPAR, os quais seguirão as alterações da referida tabela de acordo com a determinação do Ministério da Saúde e do CISMEPAR.

7.3. Os preços dos insumos poderão ser reajustados pelo município por meio dos índices nacionais após o período de 12 (doze) meses, a contar do mês da data de assinatura do contrato, em razão do reajuste do contrato pactuado entre o prestador e o CISMEPAR;

7.5. Os valores das consultas e procedimentos no geral poderão ser alterados mediante aprovação do Conselho Curador e Assembleia Geral de Prefeitos;

7.6. O Município se obriga a pagar somente o valor referente aos serviços efetivamente prestados, nos termos do objeto deste Contrato.

#### **CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES REFERENTE AO PAGAMENTO**

I. O município CONSORCIADO deverá efetuar o pagamento, até o dia 20 de cada mês, através de boleto bancário, que será enviado até o 10º (décimo) dia do mês de execução, através do departamento de tesouraria do CONSÓRCIO.

II. O CONSÓRCIO disponibilizará mensalmente, o relatório de faturamento relativo aos serviços prestados.

III. No primeiro e no segundo mês de execução do exercício financeiro de 2025, o valor do boleto será o equivalente a 1/12 do valor total do contrato, conforme cláusula terceira, devido à necessidade de processamento do faturamento.

IV. A partir do terceiro mês de execução do exercício financeiro de 2025, será aplicada a compensação, ou seja, o ajuste do valor do boleto com desconto ou acréscimo da diferença com base no valor apurado no faturamento, ou seja, a diferença entre o valor pago e o valor faturado será incorporada no boleto do mês subsequente.

V. O atraso no pagamento pelo CONSORCIADO prazo superior a **10 (dez)** dias acarretará o bloqueio da agenda, até que o pagamento seja regularizado.

VI. O município contratante pagará somente pelos serviços e insumos que utilizarem, mesmo havendo a antecipação;

VII. Os entes integrantes da Administração Pública direta e indireta respondem subsidiariamente, nos casos evidenciados a sua conduta culposa no cumprimento das obrigações da Lei n.º 14.133/2021.

VIII. É obrigação de o município adimplir com a antecipação e a compensação dos serviços e materiais de consumo prestados aos seus usuários, até o **20º dia**, juntamente com as certidões FGTS e Federal;

IX. Caso o município não realize o pagamento em até 30 (trinta) dias do vencimento, haverá a suspensão das atividades desenvolvidas pelo consórcio para a Contratada, nos termos da Cláusula 121 do Contrato de Consórcio;

X. O Contratante e o Contratado não serão responsáveis pelos ônus fiscais e comerciais e passivos da empresa ganhadora ou credenciada que prestará os serviços;

XI. O Contratante e o Contratado responderão subsidiariamente por qualquer infortúnio contratual.

#### **CLÁUSULA NOVA- DA FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS**

9.1. A fiscalização periódica da execução dos serviços cabe ao CONTRATANTE e ao CONTRATADO, nos seguintes termos:

I. O CONTRATANTE comunicará o CONTRATADO quando ocorrer qualquer irregularidade na prestação de serviço ou insumo dos usuários de seu município;

II. O CONTRATADO notificará o prestador de serviço ou a empresa contratada para que preste esclarecimento sobre a irregularidade formulada pelo município;



III. O CONTRATADO poderá notificar, desde que haja solicitação do CONTRATANTE, para esclarecimentos e fiscalização das execuções dos serviços, as instalações, materiais e os equipamentos dos serviços prestados, levando ao conhecimento do município, por escrito, qualquer regularidade sanada;

IV. O CONTRATANTE poderá fiscalizar a empresa contratada pelo CISMEPAR, podendo ser realizada in loco ou por meio de notificação, solicitando esclarecimentos sobre os serviços realizados aos usuários do SUS e a qualidade dos equipamentos e materiais de insumos;

V. O fiscal de contrato do CONTRATANTE anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do contrato, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados;

VI. Os contratos de programa deverão atender os critérios, indicadores, fórmulas e parâmetros definidores da qualidade de serviços.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA: DO PRAZO**

**10.1.** O presente Contrato terá vigência de 12 (doze) meses, contados a partir de 01 de Janeiro de 2025 a 31 de Dezembro de 2025, podendo ser prorrogado, por igual período, se não ocorrerem alterações, mediante termo aditivo, celebrado de comum acordo entre as partes, nos termos da Lei nº 14.133/2021.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DA RESCISÃO**

**11.1.** O presente Contrato poderá ser rescindido se houver inadimplência e ser suspenso por mais de 90 (noventa) dias, e também nos termos do artigo 137, I e II e seguintes da Lei Federal nº. 14.133/2021 e alterações e pelos seguintes motivos:

- a) Inadimplência de Cláusula contratual;
- b) Interrupção dos serviços por exclusiva responsabilidade da CONTRATADA, sem justificativa apresentada e aceita pelo CONTRATANTE;
- c) Pelo cancelamento da participação dos Programas.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DA VINCULAÇÃO E DOS CASOS OMISSOS**

**12.1.** Este contrato está vinculado de forma total e plena ao processo de que lhe deu causa e os casos omissos serão dirimidos nos termos da Lei Federal n.º 14.133/2021, com suas alterações posteriores.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: DAS PENALIDADES CONTRATUAIS**

**13.1** O CONTRATANTE poderá receber penalidades, quando:

##### **Suspensão:**

I. Deixar de realizar os pagamentos dos serviços prestados por mais de 30 (trinta) dias do vencimento;

II. Deixar de elaborar o Contrato até 31 de janeiro do ano subsequente;

##### **Multa:**

III. Em caso de rescisão contratual e posterior inadimplência, o CISMEPAR poderá cobrar multa de até 20% sobre o débito inadimplido pelo CONTRATANTE.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: DA PROTEÇÃO DE DADOS**

**14.1.** As partes declaram-se cientes de que a execução do objeto deste Contrato poderá envolver o tratamento de dados pessoais, e se obrigam a cumprir e fazer cumprir integralmente as determinações da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n.º 13.709/2018) e da Lei do Marco Civil da Internet no Brasil (Lei Federal n.º 12.965/2014), relativamente a todos os dados pessoais, sensíveis ou não (doravante denominados simplesmente “dados pessoais” ou “dados”), a que, em



decorrência deste Contrato, tiver acesso, com o objetivo de preservar a privacidade, a autodeterminação informativa, a intimidade, a honra e a imagem do titular dos dados.

**14.2.** Em atendimento ao disposto na Lei Geral de Proteção de Dados, o CONTRATANTE, para execução do serviço objeto deste contrato, tem acesso a dados pessoais do representante da CONTRATADA, tais como nome completo, número do CPF, RG, endereço residencial e/ou comercial e assinatura.

**14.3.** A CONTRATADA declara que tem ciência da existência da Lei Geral de Proteção de Dados e se compromete a adequar todos os procedimentos internos ao disposto na legislação com o intuito de proteger os dados pessoais repassados pelo CONTRATANTE, ressalvado a exigência da publicidade na administração pública direta e indireta, nos termos do art. 37 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DO FORO**

**15.1.** Fica eleito o Foro da Comarca da cidade de Londrina/PR para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato que não possam ser resolvidas administrativamente, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justas, as partes firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Bela Vista do Paraíso /PR, 13 de novembro de 2024.

FABRICIO  
PASTORE:63912023115

Assinado de forma digital por  
FABRICIO PASTORE:63912023115  
Dados: 2024.12.18 12:12:36  
-03'00'

**FABRICIO PASTORE**  
**Prefeito do MUNICIPIO BELA VISTA DO PARAÍSO**

MARCOS ANTONIO  
VOLTARELLI:49949497949  
9

Assinado de forma digital por  
MARCOS ANTONIO  
VOLTARELLI:49949497949  
Dados: 2024.12.20 15:07:30 -03'00'

**Marcos Antonio Voltarelli**  
**CISMEPAR**

#### **Testemunhas:**

1 - LILIANE LONGHI  
FABRIN:04248962900

Assinado de forma digital por  
LILIANE LONGHI  
FABRIN:04248962900  
Dados: 2024.12.19 08:08:47 -03'00'

**Nome: Liliane Longhi Fabrin**  
**CPF nº 042.489.629-00**

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** LEONARDO ANTONIO SAVARIEGO CONCEICAO  
Data: 17/12/2024 16:24:27-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

2 - **Nome: Leonardo A. S. Conceição**  
**CPF nº 069.791.089-05**

DIEGO AUGUSTO  
BUFFALO  
GOMES:03930138980

Assinado de forma digital por  
DIEGO AUGUSTO BUFFALO  
GOMES:03930138980  
Dados: 2024.12.20 14:38:46  
-03'00'