



MUNICÍPIO DE TAMARANA
ESTADO DO PARANÁ
Secretaria de Saúde

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Referente: Dispensa de Licitação nº 037/2021

CONTRATO Nº 146/2021 de 19/08/2021

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS QUE ENTRE SI CELEBRAM O
MUNICÍPIO DE TAMARANA E O
CISMEPAR, NA FORMA ABAIXO:**

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE TAMARANA/PR, Estado do Paraná, pessoa jurídica de direito público interno, com sede a Rua Izaltino José Silvestre, 643, centro, inscrito no CNPJ sob nº 01.613.167/0001-90, neste ato devidamente representado pela Prefeita Municipal, em pleno exercício de seu mandato e funções, Sr^a *LUZIA KASUE SUZUKAWA*, residente e domiciliado nesta cidade, portadora da Cédula de Identidade RG nº 4.354.543-4 SESP/PR e CPF/MF sob nº. 864.405.009-53; e

CONTRATADA: 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, Sr. *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 denominada **CONTRATADO** tem justos e contratados o seguinte:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

1.1. Aplicam-se ao presente contrato as disposições da legislação federal de licitações, Lei nº 8.666/93, e de consórcios públicos, Lei nº 11.107/05, e as demais legislações aplicáveis à espécie.

1.2. O presente contrato é celebrado com dispensa de licitação, com fundamento no art. 24, inciso XXVI, da Lei nº 8.666/93.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO

2.1. 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



MUNICÍPIO DE TAMARANA
ESTADO DO PARANÁ
Secretaria de Saúde

atendimento de pacientes nas especialidades de periodontia, cirurgia, prótese, endodontia, exames e atendimento odontológico aos pacientes especiais na clínica credenciada.

2.2 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 especializada para realização de consultas, diagnósticos, periodontia especializada, cirurgia, prótese, endodontia, exames e atendimento aos portadores de necessidades especiais.

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, agendamento pela secretaria municipal responsável.

3.2. Obrigações do contratante:

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

I.I. Para os serviços de credenciamento da saúde bucal estarão aplicados em BANCO DO BRASIL – CONTA CORRENTE 38.777-0- AGÊNCIA: 2755-3, na qual o município irá realizar a transferência bancária.

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. Solicitar o reagendamento dos pacientes com antecedência mínima de 03 dias úteis, desde que por motivo justificado e devidamente comprovado, como, por exemplo: a) falta de transporte oficial do município;

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.



MUNICÍPIO DE TAMARANA
ESTADO DO PARANÁ
Secretaria de Saúde

VIII. Encaminhar a listagem de pacientes ao consórcio para agendamentos das clínicas credenciadas.

IX. Fica o contratante responsável em encaminhar o faturamento da empresa contratada com as devidas correções, análises e assinatura, confirmando se a prestação de serviço foi de forma inequívoca, garantindo eficiência nos atendimentos aos usuários do SUS.

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- Aplicar os recursos recebidos do município exclusivamente na consecução do objeto pactuado;

VI- Não realizar atendimentos sem a solicitação do contratante;

VII- Não realizar cobrança dos usuários;

VIII- 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.

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.

CLÁUSULA QUARTA – DO VALOR CONTRATUAL

4.1. O valor do presente contrato é o valor global aproximado de 8.000,00 (oito mil reais), especificado conforme tabela abaixo:

CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA	DESCRIÇÃO	VALOR
0201010232	BIOPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$ 61,54
0201010348	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE (INCLUI MAXILA E MANDÍBULA)	R\$ 77,48
0201010526	BIOPSIA DA BOCA	R\$ 78,51



MUNICÍPIO DE TAMARANA
ESTADO DO PARANÁ
Secretaria de Saúde

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	R\$ 127,92
0307020053	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE MULTIRADICULAR	R\$ 178,47
0307020061	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE UNIRRADICULAR	R\$ 93,53
0307020088	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR	R\$ 158,75
0307020096	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU + RAIZES	R\$ 225,93
0307020100	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	R\$ 107,10
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)	R\$ 127,99
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 (METAL) - (inclui todas as fases da moldagem a entrega pronta ao paciente)	R\$ 419,77
0701070102	PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL (METAL) - (inclui todas as fases da moldagem a entrega pronta ao paciente)	R\$ 419,77



MUNICÍPIO DE TAMARANA
ESTADO DO PARANÁ
Secretaria de Saúde

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
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 45,11
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 SUPRAGENGIVAIS (P/ SEXTANTE)	R\$ 33,31
0307030024	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (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



MUNICÍPIO DE TAMARANA
ESTADO DO PARANÁ
Secretaria de Saúde

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 AMALGAMA 3 faces	R\$ 68,51
.....	RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM AMALGAMA 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



MUNICÍPIO DE TAMARANA
ESTADO DO PARANÁ
Secretaria de Saúde

.....	RADIOGRAFIA PANORAMICA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	R\$ 57,35
.....	RADIOGRAFIA DA MAO E PUNHO	R\$ 22,69
.....	TELERADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	R\$ 31,73
.....	TELERADIOGRAFIA	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

4.2. O pagamento pelos serviços utilizados será efetuado pelo CONTRATANTE ao CONTRATADO, de forma mensal, de acordo com os valores da tabela CISMEPAR.

CLÁUSULA QUINTA: DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

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

Órgão	Uni	Fun	Subf	Progr	Projeto Atividade	Descrição	Conta Despesa	Origem	Fonte de Recurso
08	01	10	301	0010	2063	Serviços Terceiros Pessoa Jurídica	3390390000	Normal	1000

CLÁUSULA SEXTA – DA EMISSÃO DE NOTAS E PAGAMENTOS

6.1. As notas serão emitidas pela CONTRATADA mediante apresentação pelo município CONTRATANTE dos relatórios de produção dos serviços realizados, devidamente conferidos e atestados pela autoridade competente da CONTRATANTE.

6.2. A nota fiscal deverá apresentar o número da dispensa de licitação e termo de contrato de prestação de serviços e outros que julgar conveniente, e não apresentar rasuras e/ou entrelinhas.



MUNICÍPIO DE TAMARANA
ESTADO DO PARANÁ
Secretaria de Saúde

6.3. O pagamento será efetuado mensalmente pela CONTRATANTE de acordo com a realização dos serviços, em até 10 (dez) dias corridos após a apresentação da nota fiscal, juntamente com a seguinte documentação: relação nominal dos prestadores de serviços, certidão negativa de débitos de tributos federais e dívida ativa da União (unificada com o INSS), Certidão de Regularidade junto ao FGTS.

6.4. Vencido o prazo estabelecido no item 7.3 e não efetuado o pagamento, os valores serão corrigidos com base nos mesmos critérios adotados para a atualização das obrigações tributárias, em observância ao que dispõe o artigo 40, inciso XIV, alínea "c", e 55, inciso III, da Lei Federal nº 8.666, de 1993, com suas alterações posteriores.

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

CLÁUSULA SÉTIMA: DO PRAZO

7.1. O presente Contrato terá vigência de 04 (quatro) meses, contados a partir de 01 de Setembro a 31 de Dezembro de 2021.

CLÁUSULA OITAVA: DA RESCISÃO

8.1. O presente Contrato poderá ser rescindido, nos termos do artigo 77 e seguintes da Lei Federal nº. 8.666/93 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;



MUNICÍPIO DE TAMARANA
ESTADO DO PARANÁ
Secretaria de Saúde

CLÁUSULA NONA: DA VINCULAÇÃO E DOS CASOS OMISSOS

9.1. 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 8.666/93, com suas alterações posteriores.

CLÁUSULA DÉCIMA: DO FORO

10.1. 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.

Tamarana/Pr, 19 de Agosto de 2021.

Luzia Kasue Suzukawa
Prefeita do MUNICÍPIO DE TAMARANA/PR

Marcos Antonio Voltarelli
CISMEPAR

Testemunhas:

1 - _____

2 - _____

Nome:

Nome:

CPF nº

CPF nº