



CONTRATO DE CREDENCIAMENTO N.º 002/2020

PROCESSO ADMINISTRATIVO DE LICITAÇÃO N.º 001/2020

INEXIGIBILIDADE / CREDENCIAMENTO N.º 001/2020

CONTRATO DE CREDENCIAMENTO QUE ENTRE SI CELEBRAM O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DO VALE DO AÇO – CONSAÚDE - E COBT SOCIEDADE MEDICA LTDA, REFERENTE AO CREDENCIAMENTO PÚBLICO DE Nº 001/2020.

O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DO VALE DO AÇO - CONSAÚDE, com sede à Rua Visconde de Mauá, 594, Cidade Nobre – Ipatinga/MG, CEP 35.162-319, inscrito no CNPJ n.º 00.853.908/0001-48, neste ato representado por seu Presidente, o Exmo., Senhor Geraldo Martins Godoy, Prefeito de Periquito, MG, doravante denominado, simplesmente, **CONTRATANTE** e **COBT SOCIEDADE MEDICA LTDA**, empresa de prestação de serviços estabelecida à Rua Professor Osvaldo Franco, nº. 90, SI 701, Centro, Betim, MG, CEP 32.600-234, inscrita no CNPJ nº. 30.804.008/0001-71, Representada por João Neves de Medeiros, 059.552.366-86, doravante denominada, simplesmente, **CONTRATADA**, ajustam em contrato, como ora e pelo presente o fazem, o Credenciamento de profissionais da área de saúde, pessoa jurídica da área da saúde, para prestação de serviço de consultas médicas especializadas, mediante as seguintes cláusulas e condições:

A) DA BASE LEGAL

1. A presente contratação é celebrada com base na Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1.993, posteriormente alterada, especialmente pela de nº. 9.648, de 27 de maio de 1.998, assim como pelas condições do CREDENCIAMENTO PÚBLICO 001/2019.

B) DO OBJETO

2. É objeto do presente procedimento administrativo o credenciamento de empresas prestadoras de serviços na área da saúde, para prestação de serviço de consultas médicas, exames e cirurgias especializadas em oftalmologia, em conformidade com as condições estabelecidas neste Edital de Inexigibilidade / Credenciamento n.º 001/2020.

2.1 - Os serviços conforme Anexo I deste instrumento convocatório, serão prestados / executados por profissionais habilitados na área da saúde, em instalações da CONTRATADA CREDENCIADA, em todas as unidades da mesma, conforme agendamento feito pelo município Consorciado, através do Sistema de Agendamento Online / Guia Manual, mediante apresentação de Guias de Atendimento expedidas pelos municípios solicitantes.

2.2 - Os serviços, poderão ser prestados / executados em instalações da CONTRATANTE E MUNICÍPIOS CONSORCIADOS, QUANDO SOLICITADO PELO CONSAUDE E ACORDADO ENTRE AS PARTES.



C) DO PRAZO

4. O presente contrato vigorará até **17 DE SETEMBRO DE 2021**, a contar da data de sua assinatura, podendo ser renovado por iguais períodos, até o máximo de 60 (sessenta) meses.

D) DO PREÇO E DA FORMA DE PAGAMENTO

5 - O referido pagamento será efetuado em cheque nominal ou transferência bancária à prestadora de serviços em até 45 (quarenta e cinco) dias úteis, após apresentação e recebimento da nota fiscal pela Contabilidade do CONSAÚDE. Mediante a apresentação, pela CONTRATADA, da competente Nota Fiscal, acompanhada das guias de atendimento e do respectivo relatório dos serviços efetivamente prestados, até o último dia do mês corrente, aos preços unitários de cada procedimento, conforme TABELA CONSAUDE, exceto o mês de dezembro que terá data de fechamento de fatura e pagamento diferenciada, em função do encerramento do exercício fiscal;

5.1.1 - Para efeito de cada pagamento, a nota fiscal/fatura deverá estar acompanhada das guias de comprovação de recolhimento dos encargos previdenciários (INSS e FGTS), em original ou em fotocópia autenticada;

5.1.2 - O fornecedor ou prestador de serviço que optar por receber seu pagamento em outras instituições, que não o Banco do Brasil, ficará responsável pelo custo da tarifa bancária referente à respectiva transferência de valores entre bancos, uma vez que os pagamentos efetuados pelo CONSAÚDE são prioritariamente pelo referido banco;

5.1.3 - O fornecedor ou prestador de serviço pode optar por receber através de cheque nominal à Pessoa Jurídica só poderá retirá-lo mediante apresentação de procuração pública caso não seja o responsável pela empresa;

5.1.4 - A atestação das faturas correspondentes à prestação de serviços caberá a Secretaria Executiva do CONSAÚDE, ou a outro servidor designado para este fim. Os reajustes serão formalizados mediante Termo Aditivo.

6. O pagamento será efetuado até o trigésimo dia do mês subsequente ao vencido, mediante a apresentação, pela **CONTRATADA**, da competente Nota Fiscal, até 28º dia do mês vigente.

6.1 - Os reajustes dos valores contratados ocorrerão conforme a **TABELA DE PROCEDIMENTO DO CONSAÚDE**.

6.1.1 - Os reajustes serão formalizados mediante a assinatura de competente Termo Aditivo.

6.1.2. No mês de dezembro terá uma data especial de faturamento em função do encerramento do exercício fiscal.

E) DAS OBRIGAÇÕES ADICIONAIS DO CONSAÚDE:

7. Constituem obrigações adicionais do **CONSAÚDE**:

I – a disponibilização das agendas aos municípios consorciados;



- II – a expedição das necessárias Guias de Atendimento, por meio de sistema agendamento online, a serem apresentadas à **CONTRATADA**, pelos usuários;
- III – a inclusão, nas Propostas Orçamentárias para os exercícios subseqüentes de necessárias dotações orçamentárias para cobertura das despesas naqueles exercícios.

F) DAS OBRIGAÇÕES ADICIONAIS DA CONTRATADA

8. São obrigações adicionais da CONTRATADA:

- I – prestar os serviços de acordo com o agendamento estabelecido, sem cobrança de qualquer valor ao usuário.
 - II – garantir aos usuários a confidencialidade de dados e informações sobre sua assistência;
 - III – fornecer aos usuários, sempre que solicitado relatório de acompanhamento sobre o atendimento prestado;
 - IV – preencher, sempre que necessário todos e quaisquer formulários destinados a encaminhamento dos usuários, dentro do Sistema Único de Saúde;
 - V – anexar às faturas mensais cópias das Guias de Atendimento e relação dos usuários atendidos.
 - VI – Disponibilizar agenda constando data e horário para atendimento específico dos usuários do CONSAÚDE.
9. Correrão por conta da **CONTRATADA** todos os materiais necessários à prestação dos serviços.
10. São da responsabilidade, única e exclusiva, da **CONTRATADA**, todos os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os serviços, bem como os encargos sociais, trabalhistas, previdenciários e de seguro de acidentes do trabalho relativos ao pessoal contratado ou que vier a contratar para a execução dos serviços.
11. A **CONTRATADA** se responsabilizará por todos e quaisquer danos ou prejuízos que eventualmente ocasionar ao **CONSAÚDE**, aos usuários ou a terceiros, durante ou em decorrência da execução dos serviços.

G) DA RESOLUÇÃO E DA MULTA

12. Resolver-se-á este contrato, de pleno direito, independentemente de notificação ou interpelação, judicial ou extrajudicial, pela inobservância, por qualquer das partes, de uma ou mais cláusulas ora contratadas.
13. O presente contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes, mediante prévia comunicação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, hipótese em que não incidirá qualquer multa, a que título for.

H) DA ADMINISTRAÇÃO DO CONTRATO

14. Caberá à Secretaria Executiva, órgão do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço, a administração do presente contrato, competindo-lhe sua coordenação e fiscalização.

I) DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

15. As despesas decorrentes da presente contratação correrão à conta da dotação prevista no orçamento do **CONSAÚDE**.



16. O presente contrato não poderá ser cedido, parcial ou totalmente, a que título for, a qualquer pessoa física ou jurídica, vedada, também, a subcontratação.

17. As partes elegem o Foro da Comarca de Ipatinga, Minas Gerais, para dirimir quaisquer dúvidas ou pendências decorrentes deste contrato.

E, ASSIM JUSTAS E CONTRATADAS, as partes firmam o presente instrumento em 3 (três) vias de igual teor e para um só efeito, em presença das testemunhas que também o subscrevem.

Ipatinga, MG, **17 DE SETEMBRO DE 2020.**


CONTRATANTE
CONSAÚDE


CONTRATADA
COBT SOCIEDADE MEDICA LTDA

TESTEMUNHAS:

1. _____
CPF: _____

2. _____
CPF: _____



ANEXO I TERMO DE REFERÊNCIA

TABELA DE PREÇOS DE PROCEDIMENTOS CREDENCIADOS PELA **COBT SOCIEDADE MEDICA LTDA**, EMPRESA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESTABELECIDADA À Rua Professor Osvaldo Franco, nº. 90, SI 701, Centro, Betim, MG, 32.600-234, CNPJ Nº. **30.804.008/0001-71**. PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE, PESSOA JURÍDICA, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS, EM CONFORMIDADE COM AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NO EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 001/2020.

O objeto deste instrumento, serão prestados em instalações da CONTRATADA CREDENCIADA, em todas as unidades da mesma, conforme agendamento do Município Consorciado e mediante apresentação de Guias de Atendimento expedidas pelos municípios solicitantes.

ITEM	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	VALOR
1	AUTOTRANSPLANTE CONJUNTIVAL	R\$ 450,00
2	BIOPSIA DE CONJUNTIVA	R\$ 450,00
5	BIOPSIA DE PALPEBRA	R\$ 500,00
7	CAPSULOTOMIA A YAG LASER MONECULAR	R\$ 200,00
9	CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA	R\$ 2.000,00
19	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PALPEBRA	R\$ 400,00
20	DRENAGEM DE DESCOLAMENTO DE COROIDE	R\$ 6.000,00
21	ENDOLASER/ENDODIATERMIA(VITRIOLISE A YAG LASER)	R\$ 800,00
24	EPILOCAO A LASER	R\$ 400,00
25	EPILOCAO DE CILIOS(diatermo-coagulação)	R\$ 300,00
26	EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS	R\$ 300,00
27	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R\$ 300,00
29	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL(JÁ INCLUI TODOS OS EXAMES NECESSÁRIOS P/ A FACOEMULSIFICAÇÃO, CONSULTA SE NECESSÁRIO E 1 RETORNO)	R\$ 900,00
31	FECHAMENTO DOS PONTOS LACRIMAIS	R\$ 400,00
34	FIXAÇÃO IRIANA DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 4.000,00
36	FOTOCOAGULACAO A LASER - por sessão - monocular	R\$ 105,00
42	IMPLANTE INTRAVÍTREO DE POLÍMERO FARMACOLÓGICO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA	R\$ 3.000,00
43	IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO	R\$ 2.000,00
44	IMPLANTE SECUNDÁRIO/EXPLANTE/FIXAÇÃO ESCLERAL OU IRIANA(IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR)	R\$ 2.250,00
45	INFILTRAÇÃO SUBCONJUNTIVAL(INJECAO SUBCONJUTIVAL / SUBTENONIANA)	R\$ 450,00
47	INJECAO INTRA-VITREO INCLUSO anti-VEGF (Lucentis, Avastin ou Eylea)	R\$ 1.000,00
48	INJECAO RETROBULBAR / PERIBULBAR	R\$ 1.000,00
49	IRIDECTOMIA(laser ou cirúrgica)(IRIDOTOMIA A LASER)	R\$ 500,00
51	MEMBRANECTOMIA EPI OU SUB-RETINIANA	R\$ 6.000,00
52	PLÁSTICA DE CONJUNTIVA	R\$ 700,00
55	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$ 500,00
56	RECONSTRUCAO DE CAMARA ANTERIOR DO OLHO	R\$ 850,00
58	RECONSTITUIÇÃO DE GLOBO OCULAR COM LESÃO DE ESTRUTURAS INTRA-OCULARES	R\$ 8.000,00

Antônio Dias, Belo Oriente, Braúnas, Bugre, Córrego Novo, Dionísio, Iapu, Ipaba, Ipatinga, Jaguarauçu, Joanésia, Naque, Periquito, Pingo D' Água, Santana do Paraíso, São João do Oriente, Timóteo

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre – CEP 35.162-391-Ipatinga / MG

Clínica: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, CEP: 35.164-279 – Ipatinga / MG.

Tel.:(31) 3830-1010 – CNPJ: 00.853.908/0001-48 - E-mail: compras@consaudevaledoaco.com.br

61	REMOÇÃO DE PIGMENTOS DA LENTE INTRA-OCULAR COM YAG-LASER	R\$ 200,00
63	RETINOPEXIA C/ INTROFLEXÃO ESCLERAL	R\$ 8.000,00
64	RETINOPEXIA PNEUMÁTICA	R\$ 2.000,00
65	RETINOPEXIA PROFILÁTICA(CRIOPEXIA)	R\$ 2.000,00
66	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAMARA ANTERIOR DO OLHO	R\$ 900,00
67	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA	R\$ 50,00
68	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO CORPO VÍTREO	R\$ 5.000,00
69	RETIRADA DE ÓLEO DE SILICONE VIA PARS PLANA	R\$ 2.000,00
70	SIMBLÉFARO COM OU SEM ENXERTO - CORREÇÃO CIRÚRGICA	R\$ 1.000,00
71	SIMBLEFAROPLASTIA	R\$ 1.000,00
72	SONDAGEM DAS VIAS LACRIMAIS - COM OU SEM LAVAGEM	R\$ 450,00
73	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$ 400,00
74	SUTURA DE CORNEA(com ou sem hérnia de íris)	R\$ 400,00
75	SUTURA DE ESCLERA	R\$ 400,00
76	SUTURA DE PALPEBRAS(BLEFARORRAFIA)	R\$ 900,00
77	TRABECULECTOMIA(Goniotomia ou trabeculotomia)	R\$ 1.200,00
80	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO(JÁ INCLUI TODOS OS EXAMES NECESSÁRIOS P/ PTERÍGIO)	R\$ 450,00
81	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO COM SEDAÇÃO(JÁ INCLUI TODOS OS EXAMES NECESSÁRIOS P/ PTERÍGIO)	R\$ 1.000,00
82	TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTI-ANGIOGÊNICO	R\$ 969,00
84	TROCA FLUIDO GASOSA	R\$ 1.500,00
85	ULTRASSONOGRAFIA BIOMICROSCÓPICA - MONOCULAR	R\$ 90,00
86	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 85,00
88	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$ 800,00
89	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R\$ 6.000,00
90	VITRECTOMIA VIAS PARS PLANA (VITRECTOMIA POSTERIOR)	R\$ 5.000,00
92	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL COM ANESTESIA LOCAL(JÁ INCLUI OS EXAMES NECESSÁRIOS P/ O PROCEDIMENTO, CONSULTA SE NECESSÁRIO E 1 RETORNO)	R\$ 950,00

LOTE 2 - EXAMES ESPECIALIZADOS

ITEM	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	VALOR
3	ANÁLISE COMPUTADORIZADA DO SEGMENTO ANTERIOR - MONOCULAR	R\$ 350,00
5	AVALIAÇÃO MULTIMODAL DA RETINA E COROIDE(ANGIO-OCT, RETINOGRAFIA DIGITAL, AUTOFLUORESCÊNCIA E VISUALIZAÇÃO DO VÍTREO)	R\$ 630,00
6	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA MONOCULAR (Ecobiometria)	R\$ 24,24
7	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R\$ 30,00
8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA BINOCULAR	R\$ 80,00
9	CERATOMETRIA	R\$ 24,24
10	CURATIVO OFTALMOLÓGICO	R\$ 30,00
11	CURVA TENSIONAL DIÁRIA - BINOCULAR	R\$ 50,00
12	ECOGRAFIA BINOCULAR	R\$ 180,00
13	ESTEREO-FOTO DE PÁPILO - MONOCULAR	R\$ 25,00
15	GONIOSCOPIA - BINOCULAR	R\$ 30,00
16	MAPEAMENTO DE RETINA BINOCULAR	R\$ 40,00
17	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA BINOCULAR	R\$ 50,00
18	OCT - TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA BINOCULAR	R\$ 340,00

Antônio Dias, Belo Oriente, Braúnas, Bugre, Córrego Novo, Dionísio, Iapu, Ipaba, Ipatinga, Jaguarauçu, Joanésia, Naque, Periquito, Pingo D' Água, Santana do Paraíso, São João do Oriente, Timóteo



CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre – CEP 35.162-391–Ipatinga / MG

Clínica: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, CEP: 35.164-279 – Ipatinga / MG.

Tel.:(31) 3830-1010 – CNPJ: 00.853.908/0001-48 - E-mail: compras@consaudevaledoaco.com.br



19	PAM - POTENCIAL DE ACUIDADE MACULAR - BINOCULAR	R\$ 80,00
20	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - MONOCULAR	R\$ 30,00
22	RETINOGRRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 25,00
23	RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 180,00
24	TESTE DE SCHIRMER(Avaliação de vias lacrimais - monocular)	R\$ 45,00
25	TESTE DE SENSIBILIDADE DE CONTRASTE OU DE CORES - MONOCULAR(MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE)	R\$ 50,00
26	TESTE DE SOBRECARGA HÍDRICA	R\$ 50,00
27	TESTE DE VISÃO DE CORES	R\$ 50,00
28	TESTE DO OLHINHO(Teste do reflexo vermelho em recém nato)	R\$ 90,00
29	TESTE PROVOCATIVO PARA GLAUCOMA - BINOCULAR	R\$ 60,00
31	TONOMETRIA	R\$ 24,00
32	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA(Ceratoscopia) - BINOCULAR	R\$ 48,00
33	ULTRASSONOGRAFIA BIOMICROSCÓPICA - MONOCULAR	R\$ 80,00
34	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 80,00
35	IOL MASTER	R\$ 150,00

LOTE 3 - CONSULTAS ESPECIALIZADAS

ITEM	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	VALOR
2	TESTE P/ ADAPTACAO DE LENTE DE CONTATO (sessão) - BINOCULAR	R\$ 90,00
3	CONSULTA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA	R\$ 65,00
4	CONSULTA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA INFANTIL	R\$ 95,00
5	CONSULTA ESPECIALIZADA EM GLAUCOMA + CAMPIMETRIA COMPUTADORIZA BINOCULAR	R\$ 145,00

Ipatinga, MG, 17 DE SETEMBRO DE 2020.

CONTRATANTE
CONSAÚDE

CONTRATADA
COBT SOCIEDADE MEDICA LTDA

TESTEMUNHAS:

1. _____ 2. _____
CPF: _____ CPF: _____