



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Prefeitura Municipal de Bom Jardim
Secretaria Municipal de Saúde

Termo Aditivo nº. 008/2024.

Ref.: Contratualização nº. 001/2023

**TERMO ADITIVO DE PRAZO AO TERMO DE
CONVÊNIO Nº. 001/2023, QUE ENTRE SI
CELEBRAM O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E
O HOSPITAL DR. CELSO ERTHAL – SANTA
CASA DE BOM JARDIM.**

O **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica de direito público, situado na Praça Governador Roberto Silveira, 144 – Centro – Bom Jardim/RJ, inscrito no CNPJ sob o nº 11.867.889/0001-25, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Saúde **MAX DE LIMA CARIELLO**, brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade nº. 07.589.132-5, expedida pelo IFP/RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº. 003.184.107-45, com endereço profissional na Praça Governador Roberto Silveira, nº. 44, Centro, Bom Jardim/RJ, e o **HOSPITAL DR. CELSO ERTHAL – SANTA CASA DE BOM JARDIM**, inscrito no Cadastrado Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES sob o nº 2282801, e inscrito no CNPJ/MF sob o nº 28.791.671/0001-37, localizado na Rua João Figueira Rodrigues, nº 36 – centro, Bom Jardim/RJ, neste ato representado por sua Provedora **Sra. Cecília Helena de Souza Barroso**, brasileira, solteira, portadora da Carteira de Identidade nº 5.066.718 IFP/RJ e inscrita no CPF nº 501.138.607-49, residente e domiciliada no município de Bom Jardim/RJ, com base no Processo Administrativo nº. 3757/2024, resolvem celebrar o presente Termo Aditivo de Prazo à Contratualização nº. 001/2023, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:

O presente Termo Aditivo tem como objeto a prorrogação de prazo à Contratualização nº 001/2023, pelo período de 12 (doze) meses, bem como a alteração dos anexos A e C, objetivando a inclusão/exclusão de exames e renegociação de valores. Também objetiva a alteração da forma de comprovação das transferências, com apresentação de relatório de composição dos custos de cada remoção e possibilita o reajustamento de valores em casos de aumento ou redução de metas.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA RATIFICAÇÃO:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Prefeitura Municipal de Bom Jardim
Secretaria Municipal de Saúde

Ficam ratificadas as demais cláusulas do Termo de Contratualização originário, desde que não contrariem o que ficou convencionado no presente Termo Aditivo.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA PUBLICAÇÃO:

A Conveniente providenciará a publicação deste Termo Aditivo, em extrato, no órgão da Imprensa Oficial do Município, no prazo de 20 (vinte) dias a contar de sua assinatura.

CLÁUSULA QUARTA - DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca do Município de Bom Jardim/RJ para dirimir questão sobre a execução do Convênio e seus aditivos que não puderem ser resolvidos de comum acordo pelos partícipes, nem pelo Conselho Municipal de Saúde.

E, por estarem, assim justos e acordados, os partícipes firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

Bom Jardim, 01 de julho de 2024.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Conveniente

Santa Casa de Bom Jardim
Cecília Helena de S. Barroso
CPF 501 103 607-40
Previdência

HOSPITAL DR. CELSO ERTHAL – SANTA CASA DE BOM JARDIM
Conveniada

Testemunhas:

CPF nº.:

CPF nº.:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Prefeitura Municipal de Bom Jardim
Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO A – DOS EXAMES CONTRATUALIZADOS

PROCEDIMENTO	VALOR
ANGIORESSONANCIA	R\$ 432,00
ANGIOTOMOGRRAFIA	R\$ 600,00
COLANGIORESSONANCIA E UORRESSONANCIA	R\$ 432,00
CORE BIOPSIA	R\$ 270,00
DENSITOMETRIA ÓSSEA	R\$ 75,60
ECO DE AORTA	R\$ 183,60
ECO DE CAROTIDA	R\$ 183,60
ECO DE ILIACA	R\$ 183,60
ECO DE VERTEBRAL	R\$ 183,60
ECO PARA FISTULA	R\$ 183,60
ECO PERIFÉRICO (ARTERIAL E VENOSO)	R\$ 183,60
ECOCARDIOGRAMA	R\$ 151,20
ECODOPPLER DE ARTERIA RENAL	R\$ 151,20
ELETROENCEFALOGRAMA (EEG)	R\$ 183,60
ELETROENCEFALOGRAMA (EEG) PROLONGADO	R\$ 183,60
ELETROENCEFALOGRAMA (ECG) COM SEDAÇÃO	R\$ 300,00
ELETRONEUROMIOGRAFIA POR SEGMENTO	R\$ 260,00
ENTEROGRAFIA POR TOMOGRAFIA	R\$ 280,80
ESCANOMETRIA	R\$ 75,60
MAMOGRAFIA BILATERAL	R\$ 70,20
MAPEAMENTO CEREBRAL	R\$ 183,60
RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE COLUNA VERTEBRAL	R\$ 250,00
RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 250,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEDULA	R\$ 1.296,00
RESSONANCIA MAGNÉTICA (com ou sem contraste)	R\$ 432,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CARDÍACA	R\$ 700,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM SEDAÇÃO E ANESTESIA	R\$ 1.800,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (com ou sem contraste)	R\$ 280,80
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM SEDAÇÃO E ANESTESIA	R\$ 1.600,00
ULTRASSONOGRRAFIA (USG)	R\$ 86,40
ULTRASSONOGRRAFIA (USG) COM BIOPSIA	R\$ 324,00
ULTRASSONOGRRAFIA (USG) COM DOPPLER	R\$ 129,60
ULTRASSONOGRRAFIA (USG) DE ABDOMEM TOTAL	R\$ 129,60
ULTRASSONOGRRAFIA (USG) MORFOLÓGICA (1° e/ou 2° semestre)	R\$ 129,60

OBS.: Os procedimentos serão executados de acordo com o encaminhamento da Direção de Controle, Avaliação e Regulação, mediante a demanda e a necessidade de



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Prefeitura Municipal de Bom Jardim
Secretaria Municipal de Saúde

cada Paciente, havendo um limitador financeiro de execução no valor mensal de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais).

ANEXO B – DAS CIRURGIAS CONTRATUALIZADAS

Bloco A	Colecistectomia; Laqueadura; Vasectomia; Histerectomia.	R\$ 3.500,00 por procedimento
Bloco B	Ooforectomia; Herniorrafia epigástrica; Herniorrafia incisional; Herniorrafia umbilical; Hemorroidectomia; Exerese de cisto pilonidal.	R\$ 2.250,00 por procedimento
Bloco C	Postectomia; Varicocele; Bartholinetomia; Retocele; Cistocele; Prolapso Genital; Exerese de cisto pilonidal.	R\$ 1.600,00 por procedimento
Bloco D	Pequenas cirurgias, excluindo procedimentos faciais. e/ou plásticos/repadores.	R\$ 300,00 por procedimento

OBS.: Os procedimentos serão executados de acordo com o encaminhamento da Direção de Controle, Avaliação e Regulação, mediante a demanda e a necessidade de cada Paciente, sendo o pagamento realizado mediante comprovação da execução.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Prefeitura Municipal de Bom Jardim
Secretaria Municipal de Saúde

**ANEXO C – DAS REMOÇÕES EM AMBULÂNCIA COM SUPORTE DE UTI MÓVEL
CONTRATUALIZADAS**

O pagamento referente às remoções de pacientes em ambulância com suporte de UTI móvel será realizado mediante a comprovação da remoção, com a apresentação da Planilha de Remoções, de acordo com a indicação médica devidamente atestada e assinada e o nome da Empresa responsável, a quilometragem, o dia da semana e horário, o grau de gravidade do Paciente (estável, grave e gravíssimo), informando o nome do mesmo, o hospital para o qual foi transferido, o quadro clínico do enfermo, a equipe e o médico responsável pela transferência, bem como a aparelhagem da UTI móvel e o valor pago, (conforme abaixo discriminado).

Os valores serão variáveis, independentemente da quilometragem percorrida, tendo em vista que os valores orçados terão como referência o grau de gravidade do Paciente, bem como demais indicações constantes na planilha de remoção, o que interfere diretamente na composição da equipe técnica e dos valores praticados pelas empresas prestadoras do serviço em questão.

PLANILHA REFERENTE ÀS TRANSFERÊNCIAS DE PACIENTES - UTI MÓVEL

PACIENTE	DATA	DIAGNÓSTICO	LOCAL DESTINO	JUSTIFICATIVA	COMPOSIÇÃO DE CUSTOS	VALOR
					EMPRESA DE TRANSPORTE: QUILOMETRAGEM: DIA DA SEMANA E HORÁRIO: GRAU DA URGÊNCIA: TIPO DE TRANSPORTE: EQUIPE: MEDICO RESPONSAVEL: CRM: EQUIPAMENTOS:	
TOTAL DE PACIENTES TRANSFERIDOS				VALOR TOTAL DAS TRANSFERÊNCIAS		R\$:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Prefeitura Municipal de Bom Jardim
Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO D – DAS ENDOSCOPIAS E COLONOSCOPIAS CONTRATUALIZADAS

Colonoscopia com anestesia e Polipectomia	R\$ 950,00 por procedimento
Colonoscopia com anestesia sem Polipectomia	R\$ 900,00 por procedimento
Endoscopia Digestiva sem Polipectomia	R\$ 450,00 por procedimento
Endoscopia Digestiva Alta com anestesia e Polipectomia	R\$ 700,00 por procedimento

OBS.: Os procedimentos serão executados de acordo com o encaminhamento da Direção de Controle, Avaliação e Regulação, mediante a demanda e a necessidade de cada Paciente, havendo um limitador financeiro de execução no valor mensal de R\$ 34.703,48 (trinta e quatro mil, setecentos e três reais e quarenta e oito centavos).

DIÁRIO OFICIAL

DO MUNICÍPIO DE BOM JARDIM – ESTADO DO RIO DE JANEIRO

QUARTA-FEIRA, 17-07-2024

PRAÇA GOVERNADOR ROBERTO SILVEIRA, Nº 44 - CENTRO – BOM JARDIM - RJ |

ANO II - EDIÇÃO 227



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE RATIFICAÇÃO DISPENSA DE LICITAÇÃO – Art.75, VIII da Lei 14.133/21.

À vista dos elementos contidos no Processo Administrativo nº.4666/2024 em atendimento ao solicitado nos autos do Processo Judicial nº 0800629-69.2024.8.19.0009, e no uso das atribuições que me foram conferidas, e ainda de acordo com o disposto no art. 75, VIII, da Lei 14.133/21, declaro RATIFICADA a contratação abaixo referida. AUTORIZO, conseqüentemente, a contratação nos seguintes termos:

CONTRATANTE: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, inscrito no CNPJ sob o nº 11.867.889/0001-25.

CONTRATADA: VERITAS FARMA DISTRIBUIDORA LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 53.204.333/0001-07.

OBJETO: Empenho referente à aquisição do medicamento “ENOXAPARINA” para Paciente, conforme solicitação nos autos do processo administrativo nº 4666/2024.

VALOR: Pelo objeto ora contratado a Contratante pagará a Contratada o valor de R\$ 7.196,40 (sete mil e cento e noventa e seis reais e quarenta centavos).

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: Programa de Trabalho nº: 10.302.0064.2.071 e Natureza da Despesa nº: 3390.32.00.00.

Dê-se ciência desta decisão aos interessados, providencie-se a celebração do contrato, se necessário, e o empenhamento da despesa nas dotações próprias do orçamento vigente, e publique-se o presente ato na imprensa oficial, para fins de eficácia da RATIFICAÇÃO aqui proferida.

MAX DE LIMA CARIELLO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE