



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415, Centro, CEP: 68390-000 - Ourilândia do Norte - PA
CNPJ: 22.980.643/0001-81 www.ourilandia.pa.gov.br fone: (94) 3434-1289/1284



CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº 0122/2023 – PMON – SMS

CONTRATO ADMINISTRATIVO, QUE ENTRE SE CELEBRAM, A **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/FMS DE OURILÂNDIA DO NORTE**, E DO OUTRO, A **EMPRESA HOSPITAL SANTA LUCIA LTDA - EPP**, PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS **AMBULATORIAIS E LABORATORIAIS DE FORMA COMPLEMENTAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS** PROCEDIMENTOS QUE FAZEM PARTE DO SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS (SIGTAP), TABELA SIA/SUS, CONSTANTES DA TABELA DIFERENCIADA MUNICIPAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE OURILÂNDIA DO NORTE-PARÁ.

Pelo presente instrumento de contrato administrativo de um lado o Município de Ourilândia do Norte - Pará, com sede na Prefeitura Municipal, na figura da **Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde De Ourilândia do Norte - Pará**, pessoa jurídica de direito público, localizado na Avenida Goiás, nº 1825, inscrito no CNPJ sob o nº 11.441.605/0001-34, neste ato representado pela Secretária Municipal de Saúde, **Sr.ª Geiza Da Silva Dantas**, brasileira, solteira, portadora do RG Nº 4374181 PC/PA e do CPF Nº 755.691.912-91, residente e domiciliada na Av. Manoel de Barros, nº 1645, Centro, São Felix do Xingu – PA, CEP 68380-000, de ora em diante denominados simplesmente de **CONTRATANTE** e de outro a empresa **Hospital Santa Lúcia Ltda - EPP**, com sede na Avenida das Nações, nº 1736, Centro, nesta cidade de Ourilândia do Norte - Pará, inscrito no CGC sob o nº 14.127.104/0001-76, de responsabilidade da Sra. **Marcia Helena Casanova Pereira Veloso**, brasileira, divorciada, médica, portadora da cédula de identidade nº 1351706 3º via SSP/PA, CPF nº 134.895.852-91, residente e domiciliada na Rua 19, nº 610, bairro: Centro, CEP: 68390-000 Ourilândia do Norte - Pará, da Sra. **Vanja Maria Casanova Pereira**, brasileira, viúva, aposentada, RG nº. 1805615, expedida pela SSP/PA e CPF Nº 319.330.922-20, residente e domiciliada na Praça Magalhães nº 164, Canal Reduto, CEP: 66053-140 Belém - Pará, doravante denominado **CONTRATADO**, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e seguintes; a Lei Orgânica do Município, as Leis 8.080/90 e 8.142/90; as normas gerais da Lei Federal nº 8.666/93 de Licitações e Contratos Administrativos, com as alterações posteriores, sob referência, fundamentada no *Caput* do Artigo 25, da Lei Federal Nº 8.666/93, resolve celebrar o presente contrato de prestação de serviços, mediante o **Processo Administrativo nº 0003/2023 oriundo da Chamada Pública nº 0003/2023-PMON- SMS**, inserida nos autos do processo sob referência, fundamentada no *caput* do artigo 25, da lei federal 8.666/93, resolve celebrar o presente contrato de prestação de serviços, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente contrato tem como objeto a **Prestação de Serviços de Exames Laboratoriais e Ambulatoriais Constantes dos Blocos: 01, 02, 03, 04 e 05** pelo **CONTRATADO**, integrante da rede privada de serviços de saúde localizada no Município de Ourilândia do Norte - Pará, de forma complementar aos serviços da Rede de Saúde Pública Municipal, conforme demandas e solicitações da Secretaria Municipal de Saúde, observando a Tabela de Preços anexos.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Os serviços ora **CONTRATADOS**, referidos na Cláusula Primeira serão executados pelo **CONTRATADO**, com sede à Avenida das Nações, n.º 1736 – Centro – Ourilândia do Norte - Pará, com Alvará de Licença de



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415, Centro, CEP: 68390-000 - Ourilândia do Norte - PA
CNPJ: 22.980.643/0001-81 www.ourilandia.pa.gov.br fone: (94) 3434-1289/1284



Funcionamento expedida pela Prefeitura Municipal de Ourilândia do Norte - Pará, sob o n.º 36/2023 e sob a responsabilidade técnica da diretora clínica, **Dra. Marcia Helena Casanova Pereira Veloso**, brasileira, divorciada, médica, portadora da carteira de identidade nº 1351708 3ª via PC/PA, CIC nº 134.895.852-91; com sede à Avenida das Nações, n.º 1736 – Centro – Ourilândia do Norte – Pará.

§ 1º - A eventual mudança de endereço do estabelecimento do **CONTRATADO** deverá ser imediatamente comunicada ao **CONTRATANTE**, que analisará a conveniência de manter os serviços ora contratados em outro endereço, podendo, ainda, rever as condições do contrato e, até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente. A mudança do Diretor Clínico, também será comunicada ao **CONTRATANTE**, bem como as alterações cadastrais que impliquem mudanças nos valores contratados.

§ 2º - Os serviços executados pelo **CONTRATADO** deverão atender as necessidades do **CONTRATANTE**, que encaminhará os usuários do SUS/ON, em consonância com a planilha de Discriminação dos Procedimentos Programados para Compra e obedecerá ao seguinte fluxo:

I – A Assistência ambulatorial compreende: consultas, procedimentos médicos, pequenas cirurgias, assistência prestada por pessoal de enfermagem, serviços auxiliares de diagnose e terapia e outros especificados em Planilha anexa.

II – Todas as consultas e serviços auxiliares de diagnose e terapia previstos neste Contrato, deverão estar à disposição da Secretaria Municipal de Saúde de Ourilândia do Norte – Pará.

III – Os encaminhamentos para as consultas e os serviços auxiliares de diagnose e terapia serão feitos pela Secretaria Municipal de Saúde, segundo normas expedidas pelo **CONTRATANTE**, dentro dos limites estabelecidos por este, de acordo com a Planilha de Discriminação dos Procedimentos Programados para Compra.

IV – Os casos de urgência e emergência serão autorizados, segundo limite fixado pelo **CONTRATANTE**, pela Secretaria Municipal de Saúde, salvo casos de impossibilidade técnica ou operacional quando será facultado o atendimento direto pelo **CONTRATADO**, também segundo limite fixado pelo **CONTRATANTE**. Nas situações de urgência ou de emergência o médico responsável pelos serviços ambulatoriais do contratado procederá ao exame do paciente e avaliará a necessidade do atendimento.

V – O **CONTRATANTE** estabelecerá normas para definir o fluxo de atendimento, sua comprovação, a realização de exames subsequentes, o local de revisão das contas ambulatoriais e outros procedimentos necessários ao ágil relacionamento com o **CONTRATADO** e a satisfação do usuário do SUS/ON.

CLÁUSULA TERCEIRA – NORMAS GERAIS E DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

Os serviços ora contratados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento contratado e por profissionais que, não estando incluídos nas categorias referidas nos incisos I, II e III do § 1º desta cláusula, são admitidos nas dependências do contratado para prestar serviços decorrentes de contrato celebrado, em separado, com o **CONTRATANTE**.

§ 1º - Para os efeitos deste contrato consideram-se profissionais do próprio estabelecimento **CONTRATADO**:

I – O membro do seu corpo clínico;

II – O profissional que tenha vínculo empregatício com o **CONTRATADO**;

III – O profissional autônomo que, eventual ou permanentemente, presta serviços ao **CONTRATADO**.



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415, Centro, CEP: 68390-000 - Ourilândia do Norte - PA
CNPJ: 22.980.643/0001-81 www.ourilandia.pa.gov.br fone: (94) 3434-1289/1284



IV – O profissional autônomo autorizado pelo CONTRATADO a exercer a profissão nas suas dependências.

§ 2º - Equiparam-se ao profissional autônomo, definido nos incisos III e IV do parágrafo primeiro desta cláusula, a empresa, a cooperativa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerçam atividades na área de saúde.

I – é vedada a cobrança por serviços médicos, as doações em dinheiro ou o fornecimento de material ou medicamento para serviços auxiliares de diagnose e terapia a nível ambulatorial, que estejam incluídos na Planilha em anexo, por pacientes encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde.

II – o CONTRATADO responsabilizar-se-á por cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

§ 3º - Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercido pelo CONTRATANTE sobre a execução do objeto deste contrato, as partes reconhecem a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1.990 e do Decreto Federal nº 1.651 de 28 de setembro de 1.995.

§ 4º - É de responsabilidade exclusiva e integral do CONTRATADO a contratação e utilização de pessoal para execução do objeto deste contrato, incluídos os vencimentos e os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o CONTRATANTE.

§ 5º - O CONTRATADO fica obrigado a informar, semanalmente, a quantidade de procedimentos ambulatoriais e de serviços auxiliares de diagnose e terapia realizados, autorizados nos termos deste contrato, bem como a fonte de encaminhamento.

§ 6º - O CONTRATADO exime-se da responsabilidade pelo não atendimento de paciente amparado pelo SUS/ON, na hipótese de atraso de 90 (noventa) dias no pagamento devido pelo poder público, ressalvado as situações de calamidade pública ou grave ameaça da ordem interna e/ou as situações de urgência ou emergência.

§ 7º - O CONTRATADO se obriga ainda a:

I – manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei.

II – não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

III – atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, considerando os critérios da equidade e mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços.

IV – afixar aviso, em local visível, de sua condição de Entidade Prestadora de Serviços de Saúde Ambulatorial, de SADT – Serviços auxiliares de Diagnose e Terapia, contratada de forma complementar aos serviços públicos do contratante, atendendo os procedimentos constantes na Planilha de Discriminação dos Procedimentos Programados para Compra, dentro dos limites estipulados neste Contrato.

V – admitir, em suas dependências, para realizar atos profissionais com utilização da infraestrutura hospitalar, desde que respeitadas às exigências contidas no regimento do corpo clínico, o profissional autônomo contratado diretamente pelo CONTRATANTE.

VI – justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional necessário a realização dos procedimentos previstos neste contrato.

VII – permitir a visita do paciente em observação, respeitando-se a rotina do serviço.



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415, Centro, CEP: 68390-000 - Ourilândia do Norte - PA
CNPJ: 22.980.643/0001-81 www.ourilandia.pa.gov.br fone: (94) 3434-1289/1284



- VIII – esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.
- IX – respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar, por escrito, a prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.
- X – Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes.
- XI – Encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Relatório Mensal da Comissão de Infecção Hospitalar, conforme data limite estabelecida pela SMS.
- XII – Encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Relatório Mensal da Comissão de Ética Médica, conforme data limite estabelecida pela SMS.
- XIII – Encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Relatório Mensal da Comissão de Óbito, conforme data limite estabelecida pela SMS.
- XIV - Encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Relatório Mensal da Comissão de Prontuário, conforme data limite estabelecida pela SMS.
- XV – Notificar o CONTRATANTE, situado na jurisdição do CONTRATADO, de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança de sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao CONTRATANTE, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas.

CLÁUSULA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CONTRATADO

O CONTRATADO fica responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos da Secretaria Municipal de Saúde e a terceiros a eles vinculados, que sejam decorrentes de falta de infraestrutura física do hospital; equipamentos danificados; escassez e/ou inexistência de materiais, medicamentos e insumos essenciais ao cumprimento do objeto deste contrato; falta de recursos humanos necessários à execução dos serviços ora contratados; danos causados pela inexistência ou irregularidade das comissões necessárias; e outros problemas que caracterizem falta de estrutura e organização do hospital.

§ 1º - A fiscalização ou acompanhamento da execução deste contrato pelos órgãos competentes da SMS, não exclui nem reduz a responsabilidade do CONTRATADO nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos.

§ 2º - A responsabilidade de que trata essa cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços, nos estritos termos do artigo 14 da Lei 8.078 de 11/09/90 (Código de Defesa do Consumidor).

CLÁUSULA QUINTA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

Os recursos orçamentários necessários ao cumprimento das despesas previstas neste contrato ficam vinculados às receitas do Fundo Municipal de Saúde, previstas no Orçamento Municipal e às transferências de recursos do Ministério da Saúde.

Os recursos necessários para execução das atividades ambulatoriais, consignadas no Fundo Municipal de Saúde de Ourilândia do Norte são provenientes de transferências federais, estaduais e municipais mensais.

§ 1º - Os recursos necessários à cobertura das despesas relativas à execução das atividades consignadas no objeto do presente contrato terão a seguinte classificação orçamentária:



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415, Centro, CEP: 68390-000 - Ourilândia do Norte - PA
CNPJ: 22.980.643/0001-81 www.ourilandia.pa.gov.br fone: (94) 3434-1289/1284



10.302.0003.2.066 – Manutenção Bloco de Custeio MAC – Ambulatorial e Hospitalar

3.3.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.

CLÁUSULA SEXTA – DO PREÇO

O CONTRATANTE pagará, mensalmente, ao CONTRATADO, pelos serviços efetivamente prestados, a soma dos valores unitários de cada procedimento autorizado, conforme Tabela Unificada do SUS/Tabela Municipal (anexo - I) em vigor, editada pelo Ministério da Saúde.

§ 1º - O valor total do presente Contrato terá Teto Financeiro Anual de **R\$ 1.167.467,45 (Um milhão cento e sessenta e sete mil, quatrocentos e sessenta e reais e quarenta e sete centavos)**, pagável mensalmente de acordo com a apuração medida pela Secretaria Municipal de Saúde.

§ 2º - De acordo com a capacidade operacional do CONTRATADO e as necessidades do CONTRATANTE, o valor total estimado para este contrato poderá sofrer variação de até 25% (vinte e cinco por cento) sobre a média estipulada.

§ 3º - Excepcionalmente, se houver alterações do Teto Financeiro Global do município em mais de 25% (vinte e cinco por cento) do valor atual, em decorrência de revisões da PPI – Programação Pactuada e Integrada do Estado, ou do advento de mudanças na Política de Saúde, a nível Estadual ou Federal, serão permitidos, mediante termo aditivo, acréscimos ou decréscimos proporcionais à alteração, até o máximo de 50% (cinquenta por cento) nos valores limites deste contrato, durante o período de sua vigência, incluídas as prorrogações, mediante justificativa aprovada pela Secretária Municipal de Saúde.

§ 4º - O CONTRATANTE se obriga a pagar exclusivamente os serviços por ele autorizados, não incorrendo em qualquer pagamento a não utilização plena dos serviços contratados.

§ 5º - O valor do Teto Mensal poderá variar de acordo com a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA REVISÃO DE PREÇO

Os valores estipulados serão revistos na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde, garantido sempre o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, nos termos do artigo 26 da Lei nº 8.080/90 e nos termos da Lei Federal de Licitações e contratos administrativos.

Parágrafo único - A revisão da Tabela Unificada do SUS independe de Termo Aditivo, sendo necessário anotar no processo a origem e autorização da revisão dos valores, com a data da publicação do D.O.U.

CLÁUSULA OITAVA – DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.

A apresentação das contas e as condições de pagamento serão feitas conforme o disposto abaixo:

I – O CONTRATADO apresentará mensalmente ao CONTRATANTE, até o dia 15 de cada mês, os laudos da competência vigente, em duas vias de igual forma e teor, devidamente aprovados pelo supervisor/auditor do SUS/ON, e os documentos referentes aos serviços efetivamente prestados, para apreciação do setor de controle, avaliação e auditoria e posterior emissão de AIH's pelo CONTRATANTE, que devolverá ao CONTRATADO as 1ªs vias dos laudos, bem como as 1ªs vias das respectivas AIH's.

II - O CONTRATANTE terá o prazo de até 60 (sessenta) dias úteis a contar da data limite de apresentação dos laudos para efetuar o pagamento ao CONTRATADO.



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415, Centro, CEP: 68390-000 - Ourilândia do Norte - PA
CNPJ: 22.980.643/0001-81 www.ourilandia.pa.gov.br fone: (94) 3434-1289/1284



III – Os laudos referentes à internação serão obrigatoriamente checados pelos órgãos competentes do SUS/ON.

IV – Para fins de prova da data de apresentação das contas e observância dos prazos de pagamento será entregue ao CONTRATADO recibo datado e assinado ou rubricado pelo servidor do CONTRATANTE, com aposição do respectivo carimbo funcional, referente ao número de laudos entregues (classificados por clínica).

V – Os laudos rejeitados por falhas no preenchimento que não venham a afetar o mérito da internação e da cobrança serão imediatamente devolvidos ao CONTRATADO para as correções cabíveis que deverão ocorrer no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a devolução. O documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original devidamente inutilizado, salvo nos casos em que não for necessário a inutilização do original.

VI – Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas, por culpa do contratante, este garantirá ao CONTRATADO o pagamento, no prazo avençado nesse contrato, pelos valores do mês imediatamente anterior, acertando-se as diferenças, quando houver, no pagamento seguinte.

VII – As contas hospitalares rejeitadas quanto ao mérito da internação e/ou cobrança será objeto de análise pelos órgãos de avaliação, controle e auditoria do CONTRATANTE, ficando à disposição do CONTRATADO que ao ser notificado, terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para apresentar recurso, que também será julgado no prazo máximo de 10 (dez) dias. Os laudos rejeitados em decorrência da não apresentação de defesa justificável serão retidos no setor de controle, avaliação e auditoria da SMS a fim de que se procedam as providências cabíveis.

CLÁUSULA NONA – DA OBRIGAÇÃO DE PAGAR

O não cumprimento pelo Ministério da Saúde da obrigação assumida de Interviente - Pagador dos valores constantes deste contrato não transfere para o CONTRATANTE a obrigação de pagar os serviços ora contratados, os quais são de responsabilidade do Ministério da Saúde para todos os efeitos legais, conforme portaria nº 1.286 de 26/10/93.

Parágrafo Único - O CONTRATANTE se responsabilizará pelos encargos financeiros assumidos além do limite dos recursos que lhe são destinados, ficando o Ministério da Saúde exonerado do pagamento de eventual excesso.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO.

A execução do presente contrato será avaliada pelo CONTRATANTE, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, nos termos da legislação pertinente, sem prejuízo à observância do cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste contrato.

§ 1º - Sob critérios definidos em normatização complementar, poderá em casos específicos ser realizada auditoria especializada.

§ 2º - Anualmente o CONTRATANTE vistoriará as instalações do CONTRATADO para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas do CONTRATADO, comprovadas por ocasião da assinatura deste contrato.

§ 3º - Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do CONTRATADO poderá ensejar a rescisão deste contrato ou a revisão das condições ora estipuladas.



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415, Centro, CEP: 68390-000 - Ourilândia do Norte - PA
CNPJ: 22.980.643/0001-81 www.ourilandia.pa.gov.br fone: (94) 3434-1289/1284



§ 4º - A fiscalização exercida pelo CONTRATANTE sobre os serviços ora contratada não eximirá o CONTRATADO da sua plena responsabilidade perante o CONTRATANTE, ou para com os pacientes e terceiros decorrentes de culpa ou dolo na execução do contrato.

§ 5º - O CONTRATADO facilitará ao CONTRATANTE o acompanhamento e fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores do CONTRATANTE designados para tal fim.

§ 6º - Em qualquer hipótese é assegurado ao CONTRATADO amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS PENALIDADES E DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS.

A inobservância, pelo CONTRATADO, de cláusula ou obrigação constante deste contrato ou de dever originado da norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará o CONTRATANTE, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 86, 87 e 88 da Lei Federal nº 8.666/93 e modificações feitas pela Lei nº 8.883/94, combinado com o disposto no § 2º, do artigo 7º, da Portaria nº 1.286/93, do Ministério da Saúde, ou seja:

- a) Advertência escrita;
- b) Multa de até 20% (vinte por cento) do valor mensal do contrato;
- c) Multa mora/ dia de até 1/60 (um sessenta avos) do valor mensal do contrato;
- d) Suspensão temporária das internações, pagamentos e do direito de licitar ou contratar com o SUS/ON;
- e) Declaração de inidoneidade para contratação com o SUS/ON;
- f) Rescisão do contrato.

§ 1º - A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada a sua avaliação na situação e circunstância objetivas em que ele ocorreu, através de auditoria assistencial ou inspeção, e dela será notificado o CONTRATADO.

§ 2º - As sanções previstas nas alíneas “a” e “c” desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a da alínea “b”, conforme parágrafo terceiro do artigo 86 da Lei 8.666/93.

§ 3º - O valor da multa ou multa/mora/dia, será descontado dos pagamentos devidos pelo CONTRATANTE ao CONTRATADO.

§ 4º - Na aplicação das penalidades previstas nas alíneas “a”, “b”, “c” e “d” o CONTRATADO terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para interpor recurso administrativo, dirigido ao Secretário Municipal de Saúde, gestor do SUS/ON.

§ 5º - A suspensão temporária das internações será determinada até que o contratado corrija a omissão ou irregularidade específica, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias.

§ 6º - A penalidade de rescisão poderá ser aplicada independentemente da ordem das sanções previstas nesta cláusula. A reincidência do CONTRATADO em qualquer irregularidade tornará o contrato passível de rescisão.

§ 7º - Da decisão do CONTRATANTE em rescindir o presente contrato cabe, inicialmente, pedido de reconsideração, no prazo de 10 (dez) dias úteis, a contar da ação intimação do ato.



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415, Centro, CEP: 68390-000 - Ourilândia do Norte - PA
CNPJ: 22.980.643/0001-81 www.ourilandia.pa.gov.br fone: (94) 3434-1289/1284



§ 8º - Sobre o pedido de reconsideração, formulado nos termos do parágrafo anterior, o CONTRATANTE deverá manifestar-se no prazo de 15 (quinze) dias úteis e poderá ao recebê-lo atribuir-lhe eficácia suspensiva.

§ 9º - A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula, não eximirá o direito do CONTRATANTE em exigir o ressarcimento integral dos prejuízos e das perdas e danos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente da responsabilidade criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA RESCISÃO

Constitui motivos para rescisão do presente contrato o não cumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos, sem prejuízo das multas cominadas na cláusula décima primeira.

§ 1º - O CONTRATADO reconhece desde já os direitos do CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista na legislação referente a licitações e contratos administrativos.

§ 2º - Em caso de rescisão contratual por qualquer das partes, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, fica a critério do CONTRATANTE observar o prazo de até 120 (cento e vinte) dias para ocorrer à rescisão. Se neste prazo o CONTRATADO negligenciar a prestação dos serviços ora contratados, a multa cabível poderá ser duplicada.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

A vigência do presente contrato será de **12(doze)** meses a contar a partir da data de sua assinatura e encerra-se em 14/03/2024.

Por se tratar de serviço de prestação contínua, a vigência poderá ser prorrogada nos termos do Artigo 57 da lei 8.666/93 se de interesse da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS ALTERAÇÕES

Qualquer alteração do presente contrato será objeto de termo aditivo, na forma da legislação referente a licitações e contratos administrativos.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

O presente extrato deste contrato será publicado nos murais da Prefeitura Municipal de Ourilândia do Norte, Secretaria Municipal de Saúde e no Diário Oficial da União no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL À EXECUÇÃO DO CONTRATO.

A legislação aplicável à execução deste contrato é composta pelas Leis Federais 8.080/90, 8.666/93, 8.883/94 e legislação complementar pertinente, fazendo parte integrante deste termo, todo **Processo Administrativo nº 0003/2023 oriundo da Chamada Pública nº 0003/2023-PMON- SMS.**



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415, Centro, CEP: 68390-000 - Ourilândia do Norte - PA
CNPJ: 22.980.643/0001-81 www.ourilandia.pa.gov.br fone: (94) 3434-1289/1284



CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO FORO

As partes elegem o foro da Comarca de Ourilândia do Norte - Pará, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do presente contrato que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E por estarem justas e contratadas, de pleno acordo com as cláusulas e condições ora fixadas, firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor, para um só efeito legal, perante testemunhas abaixo assinadas.

Ourilândia do Norte – Pará, 13 de março de 2023

Geiza da Silva Dantas
Secretária Municipal de Saúde
Contratante

Hospital Santa Lucia Ltda - EPP
CNPJ: 14.127.104/0001-76
Contratado

Anexo I

Tabela Diferenciada Municipal

BLOCO 1 - COLPOSCOPIA				
NUM. DE ORDEM	CODIGO	PRODUTOS	UNID	VALOR UNITÁRIO
1	021104002-9	COLPOSCOPIA	UNID	R\$ 28,00
BLOCO 2 - ENDOSCOPIAS				
NUM. ORDEM	CODIGO	PRODUTOS	UNID	VALOR UNITÁRIO
1	20904002-5	Laringoscopia Direta para Retirada de Corpo Estranho	UNID	R\$ 119,45
2	20901003-7	Gastro – Duodenoscopia Incluindo Biopsia - EDA	UNID	R\$ 42,00
3	40701025-4	Endoscopia	UNID	R\$ 200,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415, Centro, CEP: 68390-000 - Ourilândia do Norte - PA
CNPJ: 22.980.643/0001-81 www.ourilandia.pa.gov.br fone: (94) 3434-1289/1284



BLOCO 3 - RADIOLOGIA				
NUM. ORDEM	CODIGO	PRODUTOS	UNID	VALOR UNITÁRIO
1	***	RADIOGRAFIA (RAIO-X) obs:Todas as radiografias passaram a custar R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) cada.	UNID	R\$ 35,00
2	020405001-4	Clister Opaco com Duplo Contraste	UNID	R\$ 73,50
3	020405014-6	Esôfago Hiato Estômago e Duodemo	UNID	R\$ 68,60
4	020405018-9	Urografia Venosa com Bexiga Pré e Pós Micção (Simples ou com Macro- dose - Dripping)	UNID	R\$ 75,45
5	020405017-6	Panorâmica de Membros Inferiores	UNID	R\$ 35,70
BLOCO 4 - CONSULTAS/AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS				
NUM. ORDEM	CODIGO	PRODUTOS	UNID	VALOR UNITÁRIO
1	030101006-4	Acompanhamento Avaliativo/ Avaliação Portadores Diabetes Mellitus Realizada por Médico	UNID	R\$ 40,00
2	030111001-8	Acompanhamento Paciente Médico e Grande Queimado – Atendimento Básico	UNID	R\$ 140,00
3	030111002-6	Acompanhamento Paciente Atendimento Intermediário	UNID	R\$ 70,00
4	030111002-6	Acompanhamento Pequeno Queimado – Atendimento Básica	UNID	R\$ 42,00
5	020101001-1	Ammiocentese	UNID	R\$ 63,00
6	021104001-0	Ammioscopia	UNID	R\$ 10,50
7	040806004-2	Amputação de Dedo – por Dedo (Quirodáctilos)	UNID	R\$ 119,45
8	020101031-4	Anestesia Regional	UNID	R\$ 70,00
9	***	Aplicação de Soro Antiofídico, Sat e Similares.	UNID	R\$ 60,00
10	030309001-4	Artrocentese da Articulação Coxo - Femural	UNID	R\$ 119,45
11	030309001-4	Artrocentese do Cotovelo	UNID	R\$ 42,00
12	030309001-4	Artrocentese do Joelho	UNID	R\$ 140,00
13	030309001-4	Artrocentese do Punho	UNID	R\$ 119,45
14	030309001-4	Artrocentese Escapulo Umeral	UNID	R\$ 42,00
15	030106002-9	Atendimento Médico com Observação até 24 horas	UNID	R\$ 90,00
16	030106006-1	Atendimento Médico Especializado em Urgência e Emergência	UNID	R\$ 40,00
17	020101002-1	Autonomização de Retalho	UNID	R\$ 119,45
18	030101007-2	Avaliação Médica	UNID	R\$ 40,00
19	040907015-7	Bartolinectomia	UNID	R\$ 119,45
20	020101004-6	Biopsia Anu – Retal	UNID	R\$ 63,00
21	020101031-3	Biopsia Cirúrgica de Articulações Sacro- Ilíaca	UNID	R\$ 146,71
22	020101033-0	Biopsia Cirúrgica de Cotovelo	UNID	R\$ 150,61
23	020101056-9	Biopsia Cirúrgica de Mama	UNID	R\$ 56,00
24	020101032-1	Biopsia Cirúrgica de Ossos da Perna	UNID	R\$ 151,02
25	020101032-1	Biopsia Cirúrgica de Ossos do Pé	UNID	R\$ 151,02
26	020101033-0	Biopsia Cirúrgica de Punho	UNID	R\$ 150,61
27	020101033-0	Biopsia Cirúrgica de Úmero	UNID	R\$ 150,61
28	020101032-1	Biopsia Cirúrgica do fêmur	UNID	R\$ 151,02
29	020101033-0	Biopsia Cirúrgica em Ossos da Mão	UNID	R\$ 150,61
30	020101008-9	Biopsia de Aparelho Auricular C.A. E.	UNID	R\$ 54,60
31	020101026-7	Biopsia de Bainha Tendinosa ou Tendão	UNID	R\$ 119,45
32	020101052-6	Biopsia de Boca	UNID	R\$ 42,00
33	020101007-0	Biopsia de Bolsa Escrotal	UNID	R\$ 42,00
34	020101066-6	Biopsia de Colo Uterino ou Endométrio	UNID	R\$ 50,40
35	020101010-0	Biopsia de Cordão Espermático (Unilateral)	UNID	R\$ 119,45



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415, Centro, CEP: 68390-000 - Ourilândia do Norte - PA
CNPJ: 22.980.643/0001-81 www.ourilandia.pa.gov.br fone: (94) 3434-1289/1284



ADM: 2021/2024

36	020101017-8	Biopsia de Epidídimo	UNID	R\$ 119,45
37	020101022-4	Biopsia de Gânglio Linfático	UNID	R\$ 70,00
38	020101023-2	Biopsia de Glândula Salivar	UNID	R\$ 42,00
39	020101019-4	Biopsia de Hipofaringe	UNID	R\$ 63,00
40	020101052-6	Biopsia de Lábios	UNID	R\$ 42,00
41	020101052-6	Biopsia de Língua ou de Glândulas Salivares	UNID	R\$ 42,00
42	020101028-3	Biopsia de Músculo	UNID	R\$ 70,00
43	020101030-5	Biopsia de Omoplata	UNID	R\$ 146,20
44	020101019-4	Biopsia de Orofaringe	UNID	R\$ 70,00
45	020101034-8	Biopsia de Osso Mandibular	UNID	R\$ 119,45
46	020101034-8	Biopsia de Osso Maxilar	UNID	R\$ 119,45
47	020101035-6	Biopsia de Pálpebras	UNID	R\$ 42,00
48	020101047-0	Biopsia de Paratireóide	UNID	R\$ 119,45
49	020101037-2	Biopsia de Parede Abdominal	UNID	R\$ 50,40
50	020101036-4	Biopsia de Pavilhão Auricular	UNID	R\$ 42,00
51	020101038-0	Biopsia de Pênis	UNID	R\$ 42,00
52	020101039-9	Biopsia de Pirâmide Nasal/ Exerese de Lesão	UNID	R\$ 70,00
53	020101040-2	Biopsia de Pleura com Agulha	UNID	R\$ 140,00
54	020101044-5	Biopsia de Seios Paranasais	UNID	R\$ 105,00
55	020101052-6	Biopsia de Tecido da Cavidade Bucal	UNID	R\$ 42,00
56	020101046-1	Biopsia de Testículo - por Testículo	UNID	R\$ 119,45
57	020101047-0	Biopsia de Tireoide	UNID	R\$ 119,45
58	020101032-1	Biopsia de Tornozelo	UNID	R\$ 151,02
59	020101051-8	Biopsia de Vulva	UNID	R\$ 50,40
60	020101019-5	Biopsia do Cavum	UNID	R\$ 54,60
61	020101039-10	Biopsia do Nariz	UNID	R\$ 54,60
62	020101050-0	Biopsia do Saco Vaginal	UNID	R\$ 50,40
63	020101016-0	Biopsia Endométrio p/ Aspiração Manual intra Uterina - AMIU	UND	R\$ 68,55
64	020101021-6	Biopsia Hepática	UNID	R\$ 119,45
65	020101037-2	Biopsia Pele, Tecido Celular ou Gânglio Subcutâneo.	UNID	R\$ 42,00
66	020101045-3	Biopsia Sinovial	UNID	R\$ 119,45
67	020101002-0	Biopsia/Punção de Tumores Superficiais de Pele	UNID	R\$ 42,00
68	020101032-1	Bolsa de Colostomia com Adesivos Microporo Drenável e/ou Fechado	UNID	R\$ 9,00
69	020101032-1	Bolsa de Colostomia com Adesivos Microporo Fechada	UNID	R\$ 7,30
70	040806008-5	Bursectomia	UNID	R\$ 119,45
71	030308002-7	Calosidade e/ou Mal Perfurante (Desbastamento)	UNID	R\$ 42,00
72	021101001-4	Capilaroscopia	UNID	R\$ 140,00
73	020101028-4	Cateterismo de Veia Central por Punção	UNID	R\$ 70,00
74	021109002-6	Cateterismo Uretral	UNID	R\$ 21,00
75	030903001-3	Cateterismo Vesical Evacuador	UNID	R\$ 21,00
76	030308001-9	Cauterização Química de Pequenas Lesões (Até 5 Lesões)	UNID	R\$ 50,40
77	040906001-1	Cerclagem do Colo Uterino	UNID	R\$ 50,40
78	040806008-5	Cirurgia de Higroma	UNID	R\$ 119,45
79	040901009-0	Cistostomia Supra Púbrica	UNID	R\$ 119,45
80	030601001-1	Coleta de Sangue (Não Cobrar p/ ser Utilizada em Paciente Internado)	UNID	R\$ 28,00
81	030101006-4	Consulta em Ginecologia	UNID	R\$ 40,00
82	030101006-4	Consulta em Ginecologia – Obstetrícia	UNID	R\$ 40,00
83	030101006-4	Consulta em Pediatria	UNID	R\$ 40,00
84	030101006-4	Consulta Médica para Hanseníase	UNID	R\$ 40,00
85	030101006-4	Consulta para Diagnostico Diabetes Mellitus Realizada	UNID	R\$ 40,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415, Centro, CEP: 68390-000 - Ourilândia do Norte - PA
CNPJ: 22.980.643/0001-81 www.ourilandia.pa.gov.br fone: (94) 3434-1289/1284



ADM: 2021/2024

		por Médico		
86	030106003-7	Consulta/ Atendimento de Urgência em Clinicas Básicas	UNID	R\$ 40,00
87	030106005-3	Consulta/ Atendimento de Urgência em Clinicas Básicas com RE	UNID	R\$ 40,00
88	040905003-9	Correção de Parafimose	UNID	R\$ 70,00
89	030903004-8	Criocauterização/ Eletrocoagulação de colo Uterino ou Cauterização Química	UNID	R\$ 42,00
90	040101001-5	Curativo com Debridamento em Pé Diabético	UNID	R\$ 70,00
91	030110015-3	Curativo Grande Pós Alta	UNID	R\$ 49,00
92	***	Curativo Médio Pós Alta	UNID	R\$ 35,00
93	020101001-2	Curativo Pequeno Pós Alta	UNID	R\$ 21,00
94	040101002-3	Curativo por Paciente	UNID	R\$ 10,00
95	030106005-4	Curativo Pós Alta	UNID	R\$ 21,00
96	030106003-8	Curetagem Pós Abortamento	UNID	R\$ 119,45
97	040906004-6	Curetagem Semiótica com ou sem Dilatação do Colo	UNID	R\$ 119,45
98	020101030-6	Debridamento de Ulcera ou Necrose	UNID	R\$ 119,45
99	040101001-5	Debridamento e Curativo de Escara ou Ulceração	UNID	R\$ 70,00
100	030101006-4	Descolamento Manual da Placenta	UNID	R\$ 119,45
101	040702012-8	Dilatação Digital ou Instrumental do Anus e/ ou Reto	UNID	R\$ 42,00
102	040906006-2	Dilatação do Colo Uterino	UNID	R\$ 119,45
103	040602009-4	Dissecção de Veia ou Artéria (Também Hemostasia de Varizes)	UNID	R\$ 70,00
104	040702013-6	Drenagem de Abscesso Anu - Retal	UNID	R\$ 105,00
105	040904001-0	Drenagem de Abscesso de Bolsa Escrotal	UNID	R\$ 63,00
106	030904002-9	Drenagem de Abscesso de Epidídimo	UNID	R\$ 63,00
107	040401005-9	Drenagem de Abscesso Faríngeo	UNID	R\$ 119,45
108	040702014-4	Drenagem de Abscesso Isquio - Retal	UNID	R\$ 87,50
109	040101010-4	Drenagem de Abscesso ou Hematoma (do Septo Nasal)	UNID	R\$ 63,00
110	040501004-4	Drenagem de Abscesso Palpebral	UNID	R\$ 42,00
111	040401007-5	Drenagem de Furúnculo C. A. E.	UNID	R\$ 42,00
112	040904002-9	Drenagem do Deferente	UNID	R\$ 119,45
113	040401009-1	Ducha de Politzer - por C. A. E.	UNID	R\$ 42,00
114	040702016-0	Eletrocauterização de Lesão Anal Transparietal	UNID	R\$ 70,00
115	040101004-0	Eletrocoagulação (Granuloma, Verruga etc)	UNID	R\$ 50,40
116	040101004-0	Eletrocoagulação de Lesões Cutâneas do pênis/ pubiana (Também Cauterização Química ou Criocauterização)	UNID	R\$ 60,00
117	040701032-7	Esclerose de Varizes Esofagianas	UNID	R\$ 119,45
118	030101007-3	Esvaziamento Percutâneo de Cisto Mamário	UNID	R\$ 42,00
119	040906009-7	Excisão de Pólipo Uterino	UNID	R\$ 119,45
120	040101003-1	Excisão e Drenagem de Abscesso, Panarício, etc.	UNID	R\$ 42,00
121	040602013-2	Excisão e Sutura de Hemangioma	UNID	R\$ 70,00
122	040101005-8	Excisão e Sutura de Leito Ungueal (Também Excisão e Sutura de Unha Encravada Pela Dobra Ungueal)	UNID	R\$ 63,00
123	040402009-7	Excisão e Sutura de Lesão na Boca (Também Excisão de Tumor)	UNID	R\$ 119,45
124	040602014-0	Excisão e Sutura de Linfangioma ou Nervos	UNID	R\$ 119,45
125	040101005-8	Excisão e Sutura de Tegumento na Face	UNID	R\$ 70,00
126	040101007-4	Excisão e Sutura de Tumores da Orelha	UNID	R\$ 119,45
127	040402010-0	Excisão em Cunha do Lábio	UNID	R\$ 119,45
128	040702022-5	Excisão Local de tumor Anu Retal	UNID	R\$ 119,45
129	040101006-6	Excisão/ Sutura Simples Peq. Lesões de Pele/ Mucosa (Diversas, Incluindo em Pirâmide Nasal)	UNID	R\$ 42,00
130	040501007-9	Exerese de Calázio	UNID	R\$ 50,40
131	040101005-8	Exerese de Calo	UNID	R\$ 42,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415, Centro, CEP: 68390-000 - Ourilândia do Norte - PA
CNPJ: 22.980.643/0001-81 www.ourilandia.pa.gov.br fone: (94) 3434-1289/1284



ADM: 2021/2024

132	040904006-1	Exerese de Cisto de Bolsa Escrotal	UNID	R\$ 63,00
133	040904008-8	Exerese de Cisto de Cordão Espermático	UNID	R\$ 210,00
134	040904007-0	Exerese de Cisto de Epidídimo	UNID	R\$ 210,00
135	040102008-8	Exerese de Cisto Sacro- Coccigeo	UNID	R\$ 119,45
136	040101007-4	Exerese de Cisto Sebáceo	UNID	R\$ 42,00
137	040907014-9	Exerese de Cisto Vaginal (e Outras Lesões Benigna)	UNID	R\$ 119,45
138	040907015-7	Exerese de Glandula de Skene	UNID	R\$ 119,45
139	040101007-4	Exerese de Lipoma (Também Cisto, Nódulos e Outros Tumores Subcutâneos)	UNID	R\$ 42,00
140	040401012-1	Exerese de Tumor Benigno de C. A. E. Pavilhão Auricular (Pólipos; Cistos Pré- Auricular – Coloboma Auris etc)	UNID	R\$ 119,45
141	040401012-1	Exerese de Tumor Benigno Intranasal Prof. 18,34,72 e 85	UNID	R\$ 119,45
142	040101007-4	Exerese de Tumor de Pele	UNID	R\$ 119,45
143	040904010-0	Exploração Cirúrgica do Deferente	UNID	R\$ 119,45
144	040907016-5	Extirpação de Lesão de Vulva/ Períneo (Eletrocoagulação ou Fuguração) Também Cauterização de Nódulos e Outras Lesões Nodulares	UNID	R\$ 42,00
145	030101006-4	Extirpação de Mama Supranumerária	UNID	R\$ 119,45
146	030101006-4	Extirpação de Mamilos	UNID	R\$ 42,00
147	040907017-3	Extração de Corpo Estranho na Vagina	UNID	R\$ 119,45
148	040802010-5	Fasciotomia Palmar	UNID	R\$ 119,45
149	020101017-9	Fratura de Mandibula por Hemiface	UNID	R\$ 140,00
150	040101008-2	Frenectomia	UNID	R\$ 42,00
151	040101009-0	Fulguração/ Cauterização Química de Lesões Cutâneas	UNID	R\$ 50,40
152	020101019-5	Glossorrafia	UNID	R\$ 210,00
153	040907018-1	Himenotomia	UNID	R\$ 63,00
154	020903001-1	Histeroscopia Cirúrgica para Biopsia Dirigida e Remoção de Corpo Estranho	UNID	R\$ 210,00
155	021104004-5	Histeroscopia Diagnostica	UNID	R\$ 119,45
156	030110010-3	Inalação/ Nebulização	UNID	R\$ 10,00
157	040905005-9	Incisão de Prepúcio	UNID	R\$ 70,00
158	040402005-4	Incisão e Drenagem de Abscesso da Boca e Anexo	UNID	R\$ 42,00
159	041001001-4	Incisão e Drenagem de Abscesso de Mama	UNID	R\$ 119,45
160	040902001-0	Incisão e Drenagem de Abscesso Peri- Uretral	UNID	R\$ 63,00
161	040101010-4	Incisão e Drenagem de Celulite	UNID	R\$ 42,00
162	040101010-4	Incisão e Drenagem de Fleimão	UNID	R\$ 70,00
163	040902002-8	Incisão e Drenagem de Fleimão Urinoso	UNID	R\$ 50,40
164	040907012-2	Incisão e Drenagem de Glândula de Bartholine ou Skene	UNID	R\$ 50,40
165	040101010-4	Incisão e Drenagem de Hematoma	UNID	R\$ 42,00
166	040401015-6	Infiltração Medicamentosa em Corneto Inferior	UNID	R\$ 21,00
167	030309004-9	Injeção Intra – Articulares	UNID	R\$ 28,00
168	***	Laudos Periciais (Exame de corpo de delito, Conjunção Carnal, Atestado de Óbito e Laudo Cadavérico)	UNID	R\$ 100,00
169	040602020-5	Linfadenectomia Profunda	UNID	R\$ 140,00
170	040602029-9	Linfadenectomia Superficial	UNID	R\$ 84,00
171	040806015-8	Manipulação para Correção de Contratura em Flexão de Joelho	UNID	R\$ 119,45
172	040902007-9	Meatotomia Simples	UNID	R\$ 119,45
173	040401024-6	Miringotomia	UNID	R\$ 42,00
174	040305008-1	Neuroctomia Diferenciada de Nervos Periféricos Prof 27,28 Também Neuroma	UNID	R\$ 210,00
175	040704019-6	Paracentese Abdominal	UNID	R\$ 63,00
176	040905006-7	Plástica de Freio Balano - Prepuçial	UNID	R\$ 119,45
177	030101006-4	Plástica Mamária Masculina	UNID	R\$ 140,00
178	040704021-8	Pneumoperitonio (Sessão)	UNID	R\$ 63,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415, Centro, CEP: 68390-000 - Ourilândia do Norte - PA
CNPJ: 22.980.643/0001-81 www.ourilandia.pa.gov.br fone: (94) 3434-1289/1284



ADM: 2021/2024

179	020901003-7	Polipectomia de Esôfago	UNID	R\$ 119,45
180	020901003-7	Polipectomia de Duodeno	UNID	R\$ 119,45
181	020901003-7	Polipectomia de Estomago	UNID	R\$ 119,45
182	040905008-3	Postectomia	UNID	R\$ 140,00
183	040101006-7	Primeiro Atendimento em Pacientes com Pequenas Queimaduras	UNID	R\$ 70,00
184	020101047-0	Punção de Tireóide	UNID	R\$ 119,45
185	020101064-0	Punção Diagnostica ou de Esvaziamento	UNID	R\$ 70,00
186	020101061-6	Punção do Fundo de Saco Vaginal	UNID	R\$ 50,40
187	020101062-3	Punção Exploradora do Deferente	UNID	R\$ 70,00
188	020101063-1	Punção Lombar c/ Raquimanometria	UNID	R\$ 56,00
189	020101063-1	Punção Lombar para Coleta de Liquor	UNID	R\$ 56,00
190	040901035-9	Punção ou Aspiração Vesical	UNID	R\$ 42,00
191	030106006-2	Punção Traqueal com Aspiração/ Traqueostomia	UNID	R\$ 210,00
192	020101034-8	Punção/ Biopsia de Ossos	UNID	R\$ 70,00
193	020101058-5	Punções ou Biopsia de Mama	UNID	R\$ 42,00
194	020101021-7	Reconstrução Parcial do Lábio Traumatizado	UNID	R\$ 210,00
195	040702037-3	Redução Manual de Procedência de Reto	UNID	R\$ 63,00
196	020101019-4	Remoção de Calculo Salivar	UNID	R\$ 42,00
197	040401027-0	Remoção de Cerumen de C. A. E.	UNID	R\$ 42,00
198	020101022-5	Remoção de Corpo Estranho da Região – Maxilo – Facial	UNID	R\$ 140,00
199	030307003-0	Remoção Manual de Fecaloma	UNID	R\$ 105,00
200	040806008-5	Ressecção Cirúrgica de Bolsa Pré- Rotuliana	UNID	R\$ 119,45
201	040806008-5	Ressecção de Bolsa Sinovial de Cotovelo	UNID	R\$ 140,00
202	040902008-7	Ressecção de Caruncula	UNID	R\$ 119,45
203	040806021-2	Ressecção de Cisto Sinovial (Outras Articulações)	UNID	R\$ 119,45
204	040806022-0	Ressecção de Exostose	UNID	R\$ 140,00
205	040401012-1	Ressecção de Tumores da Face, por Via Externa ou Endobucal /N	UNID	R\$ 119,45
206	040806030-1	Ressecção Muscular	UNID	R\$ 119,45
207	040101005-8	Ressutura	UNID	R\$ 70,00
208	030106002-10	Ressutura de Episiorrafia Pós - Parto	UNID	R\$ 119,45
209	040401031-8	Retirada Corpo Estranho em C. A. E., Sob Anestesia Geral	UNID	R\$ 119,45
210	040401031-8	Retirada Corpo Estranho em Faringe	UNID	R\$ 54,60
211	040401031-8	Retirada Corpo Estranho Faringe Sob Anestesia Geral	UNID	R\$ 119,45
212	040401031-8	Retirada Corpo Estranho Nariz Sob Anestesia Geral	UNID	R\$ 70,00
213	040401030-0	Retirada de Corpo Estranho da Cavidade Auditiva (CAE e Pavilhão Auricular) e Nasal (Nariz e Pirâmide Nasal)	UNID	R\$ 42,00
214	040505025-9	Retirada de Corpo Estranho da Córnea/ Esclera	UNID	R\$ 70,00
215	030307004-8	Retirada de Corpo Estranho de Esôfago	UNID	R\$ 119,45
216	030307005-6	Retirada de Corpo Estranho de Estomago ou Duodeno	UNID	R\$ 119,45
217	040702039-0	Retirada de Corpo Estranho do reto	UNID	R\$ 63,00
218	040101011-2	Retirada de Corpo Estranho Subcutâneo	UNID	R\$ 50,00
219	040806035-2	Retirada de Material de Síntese (Fio de Kirschner Haste PA (Transosseo)	UNID	R\$ 50,40
220	040806035-2	Retirada de Material de Síntese (Fio de Kirschner Haste PA (Intra Ósseo)	UNID	R\$ 119,45
221	030110015-2	Retirada de Pontos	UNID	R\$ 7,00
222	030110015-2	Retirada de Pontos de Cirurgias Básica – por paciente	UNID	R\$ 14,00
223	030101006-4	Reversão de Mamilo Invertido	UNID	R\$ 119,45
224	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Úmero Tipo Auxilio Palmar ou Pendente	UNID	R\$ 147,00
225	030309008-1	Revisão com Imobilização não Gessada em Lesão da Coluna Vertebral Taraco Lombar	UNID	R\$ 280,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415, Centro, CEP: 68390-000 - Ourilândia do Norte - PA
CNPJ: 22.980.643/0001-81 www.ourilandia.pa.gov.br fone: (94) 3434-1289/1284



ADM: 2021/2024

226	030309009-0	Revisão com troca de Aparelho Gessado em Lesão de Articulac Escapulo Umeral AP Gessado Toraco	UNID	R\$ 175,00
227	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Articulação Coxo – Femural AP Gessado Pelvi Pod.	UNID	R\$ 280,00
228	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Cotovelo / AP Gessado Áxilo Palmar	UNID	R\$ 147,00
229	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Cotovelo/B AP Gessado Toraco – B	UNID	R\$ 175,00
230	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Osso da Perna- Tíbia e Fíbula	UNID	R\$ 119,00
231	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Tornozelo Tipo Bota	UNID	R\$ 119,00
232	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Úmero – TI AP Gessado Toraco Braquial	UNID	R\$ 175,00
233	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão do Quadril – AP Gessado Pelvi Pod.	UNID	R\$ 280,00
234	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão Pélvica-AP	UNID	R\$ 280,00
235	030309009-0	Revisão Com Troca de Aparelho Gessado em Lesões de Antebraço AP Gessado Axilo Palmar	UNID	R\$ 161,00
236	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesões de Articulaca Acrômio Clavicular	UNID	R\$ 175,00
237	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Mão – Luva Gessada	UNID	R\$ 56,00
238	030309007-3	Revisão com Troca de Imobilização não Gessada em Lesão de Tornozelo Tipo Cruro POD.	UNID	R\$ 175,00
239	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Punho – Luva Gessada	UNID	R\$ 182,00
240	040802029-6	Revisão de Coto Amputado (Antebraço)	UNID	R\$ 105,00
241	040802029-6	Revisão de Coto Amputado (Braço)	UNID	R\$ 105,00
242	040805033-0	Revisão de Coto Amputado (Coxa)	UNID	R\$ 105,00
243	040805033-0	Revisão de Coto Amputado (Perna)	UNID	R\$ 105,00
244	040805033-0	Revisão de Coto Amputado (Tornozelo)	UNID	R\$ 105,00
245	040805033-0	Revisão de Coto Amputado Ossos do Pé	UNID	R\$ 105,00
246	030309011-1	Revisão de tratamento da Coluna Cervical com Colar Gessado	UNID	R\$ 210,00
247	040806042-5	Revisão do Coo Amputado (Punho ou Dedo)	UNID	R\$ 105,00
248	030309011-1	Revisão e Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Coluna Vertebral	UNID	R\$ 280,00
249	020101007-1	Revisão e Troca de Aparelho Gessado em Lesão dos Ossos da Face	UNID	R\$ 119,00
250	030309011-1	Revisão e Troca de Gesso em Lesão de Coluna Vertebral - Colete	UNID	R\$ 280,00
251	030602004-1	Sangria Terapêutica	UNID	R\$ 42,00
252	040402009-7	Sutura de Ferida da Mucosa Bucal e Face	UNID	R\$ 70,00
253	040101005-8	Sutura de Ferimentos Extensos, com ou sem Debridamento.	UNID	R\$ 119,45
254	030101006-5	Sutura de Laceração de Trajeto Pélvico (Parto Antes da ADMI)	UNID	R\$ 119,45
255	040101006-6	Sutura Simples de Pequenas Lesões	UNID	R\$ 50,00
256	040401034-2	Tamponamento Anterior (Epistaxe)	UNID	R\$ 70,00
257	040401034-2	Tamponamento Antero – Posterior	UNID	R\$ 119,45
258	040806045-0	Tenomiografia	UNID	R\$ 119,45
259	040802030-0	Tenossinovite Abscesso de Mão e Dedos – por Drenagem	UNID	R\$ 119,45
260	***	Toracocentese	UNID	R\$ 119,45



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415, Centro, CEP: 68390-000 - Ourilândia do Norte - PA
CNPJ: 22.980.643/0001-81 www.ourilandia.pa.gov.br fone: (94) 3434-1289/1284



ADM: 2021/2024

261	030309004-9	Tração Cutânea	UNID	R\$ 42,00
262	020101004-7	Transecção de Retalhos (Também Excisão e Sutura com Rotação de Retalhos e Plástica em "Z")	UNID	R\$ 140,00
263	030602014-9	Transfusão da Unidade de Sangue Total	UNID	R\$ 70,00
264	040806065-4	Tratamento Cirúrgico da Polidactilia Articulada	UNID	R\$ 119,45
265	040806065-4	Tratamento Cirúrgico da Polidactilia não Articulada	UNID	R\$ 70,00
266	040806068-9	Tratamento Cirúrgico da Rutura do Aparelho Extensor do Dedo	UNID	R\$ 63,00
267	040806065-4	Tratamento Cirúrgico da Sindactilia de 2 Dígitos	UNID	R\$ 119,45
268	040806065-4	Tratamento Cirúrgico da Sindactilia Múltipla	UNID	R\$ 119,45
269	040402003-8	Tratamento Cirúrgico de Fistula Buco – Nasal	UNID	R\$ 210,00
270	040101013-9	Tratamento Cirúrgico de Fistula do Pescoço, por Aproximação (Exeresse de Cisto ou Fistula Branquial ou de Tireoglossos)	UNID	R\$ 210,00
271	020101023-3	Tratamento Cirúrgico de Fistula Extra Oral	UNID	R\$ 140,00
272	020101026-8	Tratamento Cirúrgico de Fistula Intra Oral	UNID	R\$ 210,00
273	040503011-8	Tratamento Cirúrgico de Miiase Palpebral	UNID	R\$ 42,00
274	040401039-3	Tratamento Cirúrgico de Pericondrite de Pavilhão	UNID	R\$ 119,45
275	030309030-8	Tratamento Conservador de Osteomielite (MMSS)	UNID	R\$ 70,00
276	030309021-9	Tratamento da Coluna Cervical com Colar Gessado	UNID	R\$ 210,00
277	030309025-1	Tratamento da Coluna Vertebral com Imobilização Gessada em M.	UNID	R\$ 280,00
278	030309023-5	Tratamento da Coluna Vertebral com Imobilização não Gessada Toraco	UNID	R\$ 280,00
279	030309025-1	Tratamento da Coluna Vertebral Torácica com Imobilização Gessada	UNID	R\$ 280,00
280	040801012-6	Tratamento de Fratura – Luxação ao Nível da Cintura (Escapular AP Gess Toraco – B)	UNID	R\$ 210,00
281	030309022-7	Tratamento de Fratura ao Nível do Cotovelo com Aparelho Gessado- Axilo Palmar	UNID	R\$ 147,00
282	030309022-7	Tratamento de Fratura ao Nível do Cotovelo com Aparelho Gessado- Toraco - B	UNID	R\$ 175,00
283	030309022-7	Tratamento de Fratura ao Nível dos Ossos do Antebraço com AP Gessado Axilo Pal	UNID	R\$ 161,00
284	030309012-0	Tratamento de Fratura da Clavícula/ Velpeau Gessado	UNID	R\$ 161,00
285	040805022-5	Tratamento de Fratura da Diáfise Tibial Associada ou não a Fratura de Fíbula AP Gess Cruro Pod.	UNID	R\$ 140,00
286	030309012-0	Tratamento de Fratura da Escápula/ Velpeau Gessado	UNID	R\$ 161,00
287	040805025-0	Tratamento de Fratura da Metáfise Distal do Fêmur e Proximal AP Gess Pelvi Pod.	UNID	R\$ 336,00
288	030309020-0	Tratamento de Fratura de Diáfise Tibial e/ ou Fibular com Apa Gessado Cruro Pod.	UNID	R\$ 119,00
289	030309018-9	Tratamento de Fratura de Esterno com Imobilização não Gessada	UNID	R\$ 84,00
290	030309016-2	Tratamento de Fratura de Falange com Tala de Alumínio ou Luva	UNID	R\$ 42,00
291	0303090200-0	Tratamento de Fratura de Metáfise Distal do Fêmur e/ou Proximal – Pelvi Podálico	UNID	R\$ 280,00
292	030309020-0	Tratamento de Fratura de Metáfise Femoral Proximal – Pelvi Podálico	UNID	R\$ 280,00
293	030309010-3	Tratamento de Fratura de Osso Metacárpico com Luva Gessada	UNID	R\$ 56,00
294	030309020-0	Tratamento de Fratura do Ante-Pé e Dedos com Bota Gessada	UNID	R\$ 119,00
295	030309016-2	Tratamento de Fratura do Punho com Luva Gessada	UNID	R\$ 182,00
296	030309020-0	Tratamento de Fratura do Retro-Pé e Médio – Pé com	UNID	R\$ 63,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415, Centro, CEP: 68390-000 - Ourilândia do Norte - PA
CNPJ: 22.980.643/0001-81 www.ourilandia.pa.gov.br fone: (94) 3434-1289/1284



ADM: 2021/2024

		Bota Gessada		
297	030309020-0	Tratamento de Fratura do Tornozelo com Aparelho Gessado Bota Gessada	UNID	R\$ 119,00
298	030309020-0	Tratamento de Fratura do Tornozelo com Aparelho Gessado Cruro Podálico	UNID	R\$ 175,00
299	040802016-4	Tratamento de Fratura do Úmero com Apar. Gessado Axilo – Palmar (com Redução)	UNID	R\$ 175,00
300	040802016-4	Tratamento de Fratura do Úmero com Apar. Gessado Toraco – B (com Redução).	UNID	R\$ 210,00
301	030309015-4	Tratamento de Fratura do Úmero com Aparelho Gessado Axilo - PA	UNID	R\$ 147,00
302	030309022-7	Tratamento de Fratura do úmero com Aparelho Gessado Toraco - Braquial	UNID	R\$ 175,00
303	040801012-6	Tratamento de Fratura e Fratura – Luxação ao Nível da Cintura (Escapular AP Gess Toraco – B)	UNID	R\$ 210,00
304	040802019-9	Tratamento de Fratura/ Fratura – Luxação Interessando Diáfise Umeral AP Gess Toraco -B	UNID	R\$ 210,00
305	040801013-4	Tratamento de Fratura/ Fratura- Luxação Escapulo – umeral com AP Gessado Toraco - B	UNID	R\$ 210,00
306	040801013-4	Tratamento de Fratura/ Fratura- Luxação Escapulo – Umeral/ Velpeau	UNID	R\$ 189,00
307	030309020-0	Tratamento de Fratura/ Lesão Ligamento ao Nível do Joelho AP	UNID	R\$ 175,00
308	030309012-0	Tratamento de Fratura/ Luxação/ Fratura- Luxação ao nível de Articulação Acrômio clavicular AP Gesso Toraco- B	UNID	R\$ 210,00
309	030309026-0	Tratamento de Lesão de Mecanismo Extensor com Tala de Alumínio (dedo)	UNID	R\$ 42,00
310	030309028-6	Tratamento de Lesão Ligamentar ao Nível do Tornozelo Retro	UNID	R\$ 175,00
311	040802022-9	Tratamento de Luxação / Fratura – Luxação ao Nível do Cotovelo AP Gessada Toraco – B	UNID	R\$ 210,00
312	040805021-7	Tratamento de Luxação / Fratura – Luxação/ Fratura do Tornozelo – AP Gessado Bota Gessada	UNID	R\$ 140,00
313	040805021-7	Tratamento de Luxação / Fratura – Luxação/ Fratura do Tornozelo – AP Gessado Cruro Pod.	UNID	R\$ 210,00
314	020101019-4	Tratamento de Luxação Temporo - Mandibular	UNID	R\$ 140,00
315	040805019-5	Tratamento de Luxação, Fratura – Luxação, Fratura do Ante – Pá e Médio Pé – Bota Gessada.	UNID	R\$ 140,00
316	040802022-9	Tratamento de Luxação/ Fratura – Luxação ao Nível do Cotovelo AP Gess Áxilo Palmar	UNID	R\$ 189,00
317	040805026-8	Tratamento de Luxação/ Fratura – Luxação ao Nível do Joelho c/ AP Gessado Pelvi Podálico	UNID	R\$ 210,00
318	040805029-2	Tratamento de Luxação/ Fratura – Luxação/ Fratura do Retro – Pé Bota Gessada	UNID	R\$ 77,00
319	040101010-4	Tratamento de Miiase Furunculoide	UNID	R\$ 42,00
320	20101016	Tratamento do Arco Zigomático	UNID	R\$ 140,00
321	020101008-10	Tratamento dos Ossos da Face	UNID	R\$ 119,00
322	020101010-1	Tratamento dos Ossos do Nariz	UNID	R\$ 84,00
323	040804035-1	Tratamento em Articulação Coxo – Femural com Imobilização Gessada AP Gess Pelvi Pos.	UNID	R\$ 336,00
324	030309014-6	Tratamento em Costelas com Imobilização não gessada	UNID	R\$ 84,00
325	040802024-5	Tratamento Fratura/ Luxação / Fratura – Luxação ao Nível do Punho AP Gess Áxilo Palmar	UNID	R\$ 271,00
326	030601003-8	Triagem Clínica de Doador (A) de Sangue	UNID	R\$ 28,00
327	020904024-0	Vasostomia	UNID	R\$ 119,45



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415, Centro, CEP: 68390-000 - Ourilândia do Norte - PA
CNPJ: 22.980.643/0001-81 www.ourilandia.pa.gov.br fone: (94) 3434-1289/1284



ADM: 2021/2024

328	***	Tomografia Computadorizada Sem Contraste. obs: Todas as tomografias sem contraste custarão R\$ 300,00 (trezentos reais) cada.	UNID	R\$ 300,00
329	***	Tomografia Computadorizada Com Contraste. obs: Todas as tomografias com contraste custarão R\$ 600,00 (seicentos reais) cada.	UNID	R\$ 600,00
330	030110023-3	Administração Tópica de Medicamento(s)	UNID	R\$ 15,00
331	030110022-5	Administração de Medicamento(s) por via Subcutânea	UNID	R\$ 15,00
332	030110021-7	Administração de Medicamento(s) por via Oral	UNID	R\$ 15,00
333	030110020-9	Administração de Medicamento(s) por via Intramuscular	UNID	R\$ 15,00
334	030110019-5	Administração de Medicamento(s) por via Endovenosa	UNID	R\$ 15,00
335	030110001-2	Administração de Medicamento(s) na Atenção Especializada	UNID	R\$ 15,00
BLOCO 5 - ULTRASSONOGRAFIAS				
NUM. ORDEM	CODIGO	PRODUTOS	UNID	VALOR UNITÁRIO
1	020502017-8	Ultrassonografia Craniana	UNID	R\$ 65,00
2	020502003-8	Ultrassonografia Hipocondrio Direto (Fígado Vesícula VI)	UNID	R\$ 65,00
3	020502013-5	Ultrassonografia Tórax (Extracardiaco)	UNID	R\$ 65,00
4	020502012-7	Ultrassonografia de Tireóide	UNID	R\$ 65,00
5	020502004-6	Ultrassonografia de abdômen Superior	UNID	R\$ 65,00
6	020502003-8	Ultrassonografia de abdômen Inferior	UNID	R\$ 65,00
7	020502004-6	Ultrassonografia Abdômen Total	UNID	R\$ 65,00
8	020502005-4	Ultrassonografia de Vias Urinárias	UNID	R\$ 65,00
9	020502007-0	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	UNID	R\$ 65,00
10	020502009-7	Ultrassonografia de Mama	UNID	R\$ 65,00
11	20502010-0	Ultrassonografia de Próstata Via Abdominal	UNID	R\$ 65,00
12	020502014-3	Ultrassonografia Obstétrica	UNID	R\$ 65,00
13	020502016-0	Ultrassonografia Pélvica	UNID	R\$ 65,00
14	020505018-6	Ultrassonografia Transvaginal	UNID	R\$ 65,00
15	***	Ultrassonografia de Próstata Transretal	UNID	R\$ 65,00
16	***	Ultrassonografia Diversos	UNID	R\$ 65,00
17	***	Ultrassonografia de Nádegas	UNID	R\$ 65,00
18	***	Ultrassonografia Inguinal	UNID	R\$ 65,00
19	***	Ultrassonografia Parótida	UNID	R\$ 65,00
20	***	Ultrassonografia de Partes Moles	UNID	R\$ 65,00
21	***	Ultrassonografia morfológica	UNID	R\$ 250,00

Geiza da Silva Dantas
Secretária Municipal de Saúde
Contratante

Hospital Santa Lucia Ltda - EPP
CNPJ: 14.127.104/0001-76
Contratado