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 n° 2282801, e inscrito no CNPJ/MF sob o n° 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 n° 5.066.718 IFP/RJ e inscrita no CPF n° 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 n° 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:

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 Conveniante 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
Conveniante

Santa Casa de Bom Jardim
Cecília Helena de S. Barroso
CPF: 501 [illegible]07-49
Provedora

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

Testemunhas:

CPF nº.:

CPF nº.:

ANEXO A – DOS EXAMES CONTRATUALIZADOS

PROCEDIMENTO	VALOR
ANGIORESSONANCIA	R$ 432,00
ANGIOTOMOGRAFIA	R$ 600,00
COLANGIORESSONANCIA E URORRESSONANCIA	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
ULTRASSONOGRAFIA (USG)	R$ 86,40
ULTRASSONOGRAFIA (USG) COM BIOPSIA	R$ 324,00
ULTRASSONOGRAFIA (USG) COM DOPPLER	R$ 129,60
ULTRASSONOGRAFIA (USG) DE ABDOMEM TOTAL	R$ 129,60
ULTRASSONOGRAFIA (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

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; Bartholinectomia; Retocele; Ciostocele; Prolapso Genital; Exerese de cisto pilonidal.	R$ 1.600,00 por procedimento
Bloco D	Pequenas cirurgias, excluindo procedimentos faciais. e/ou plásticos/reparadores.	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.

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$:

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
PROCURADORIA JURÍDICA

Procuradoria Jurídica
Processo Administrativo: 3757/2024
Ref.: Contratualização nº. 001/2023

EXTRATO DE TERMO ADITIVO N° 008/2024

A) PARTES:
CONVENIANTE: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, inscrito no CNPJ sob o nº 11.867.889/0001-25.
CONVENIADA: HOSPITAL DR. CELSO ERTHAL – SANTA CASA DE BOM JARDIM, inscrito no CNPJ sob o n° 28.791.671/0001-37.

B) OBJETO: O presente Termo Aditivo tem como objeto a prorrogação de prazo à Contratualização n° 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.

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