



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITACAJÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua Costa e Silva, s/n, Centro – Itacajá – TO cep: 77.720-000  
Fone (063) 3439-1479 E-Mail [itacaja@saude.to.gov.br](mailto:itacaja@saude.to.gov.br)

**PROCESSO ADMINISTRATIVO N º 024/2023  
DISPENSA Nº 018/2023**

**TERMO DE CONTRATO Nº 027/2023, ENTRE O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITACAJÁ E A EMPRESA BEM VIVER CLINICA MEDICA-LTDA CONTRATAÇÃO DE PESSOA JURIDICA PARA CUSTEIO DE INTRNAÇÃO COMPULSORIA EM CLINICA PARTICULAR EM CUMPRIMENTO A ORDEM JUDICIAL PROFERIDA NO PROCESSO Nº 0001267-90.2022.8.27.2723/TO DA COMARCA DE ITACAJA /TO. PARA ATENDER AS NECESSIDADES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITACAJÁ/TO.**

**CONTRATANTE: O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITACAJÁ**, Estado do Tocantins, inscrito no CNPJ sob nº 11.372.183/0001-92, localizado à Rua Costa e Silva, s/nº, Centro, Itacajá – TO, CEP: 77.720-000, neste ato representado pela sua atual Gestor o Sro. **GUSTAVO GUIMARÃES PAIVA**, brasileiro, casado, funcionário público, portador do RG nº 689-193 SSP-TO e do CPF Nº 036.355.181-66, residente em Avenida Castelo Branco, nº 94, Centro, Itacajá – TO.

**CONTRATADA: BEM VIVER CLINICA MEDICA-LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Rua Margem do Lago, S/N, anexo I Centro Três Ranchos –GO, CEP 75.720-000, inscrita no CNPJ nº. 25.534.201/0001-08, têm justos e certos o presente Contrato, mediante as Cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

Contratação de pessoa jurídica para custeio de Internação Compulsória em Clínica particular em cumprimento a Ordem judicial proferida no Processo nº 0001267-90.2022.8.27.2723/TO da Comarca de Itacajá – Tocantins, para atender as necessidades do Fundo Municipal de Saúde de Itacajá/TO.

**2. VALOR E FORMA DE PAGAMENTO**

**2.1.** O valor total estimado para a contratação é de **R\$ 41.000,00 (quarenta e um mil reais)**, dividido em **10 (dez) parcelas**, sendo pago a primeira parcela de **R\$ 5.000,00 (cinco mil reais)** e **09 (nove) parcelas de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais)**.

**3. DO REGIME DE EXECUÇÃO**

**3.1.** Os serviços deverão ser iniciados imediatamente, após a assinatura do contrato.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITACAJÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua Costa e Silva, s/n, Centro – Itacajá – TO cep: 77.720-000  
Fone (063) 3439-1479 E-Mail [itacaja@saude.to.gov.br](mailto:itacaja@saude.to.gov.br)

**3.2.** Nos serviços contratados deverão estar inclusos, os seguintes serviços a serem executados exclusivamente nas dependências da Clínica:

- Atendimento médico psiquiátrico;
- Atendimento com clínicos geral;
- Acompanhamento com equipe de enfermagem (enfermeiros padrão e técnicos de Enfermagem);
- Atendimento com grupo de psicólogos especialistas (individual e grupo);
- Atendimento com Pedagoga especialista (pedagoga em formação Educador);
- Atendimento com assistente social;
- Atendimento com especialistas em dependência química;
- Educador Físico;
- Atividade física e recreação;
- Hotelaria com suítes coletivas,
- Espaço físico para atividades lúdicas, terapêuticas e desportivas;
- Alimentação dotadas de 5 refeições diárias.

**3.3.** O transporte do menor até a Clínica será por conta do município de Itacajá.

#### **4. DO CONTRATO**

**4.1.** A contratação se efetivará através da assinatura do competente termo contratual e terá validade de 09 (nove) meses, que é o prazo para a duração do tratamento;

**4.2.** O termo de contrato a ser firmado conterá as obrigações, direitos e responsabilidades das partes relativas aos serviços objeto desta contratação, estendendo-se às constantes neste Termo de Referência;

#### **5. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

**5.1.** Efetuar o pagamento da Contratada em até 30 (trinta) dias corridos após apresentação da Nota Fiscal e o respectivo aceite do Servidor Responsável pelo recebimento;

**5.2.** Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pela Contratada;

**5.3.** Recusar nas seguintes hipóteses:

**a)** Nota Fiscal com especificação, e/ou quantidades, e/ou valor em desacordo com o discriminado neste TR e proposta contratada;

**b)** Os serviços, no todo ou em parte, executados em desacordo com as especificações de sua proposta e das normas e regulamentos a que se sujeitam o objeto;



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITACAJÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua Costa e Silva, s/n, Centro – Itacajá – TO cep: 77.720-000  
Fone (063) 3439-1479 E-Mail [itacaja@saude.to.gov.br](mailto:itacaja@saude.to.gov.br)

**5.4.** Exercer a fiscalização do Contrato, por servidores especialmente designados;

**5.5.** A Contratante obriga-se a proporcionar todas as facilidades para que a Contratada possa desempenhar os compromissos assumidos de acordo com as especificações deste Termo de Referência.

## **6. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

**6.1.** Manter durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações por elas assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na contratação;

**6.2.** Responsabilizar-se pelos danos causados direta ou indiretamente, ao Fundo Municipal de Saúde ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo, quando da execução dos serviços contratados;

**6.3.** Arcar com todas as despesas relativas aos atendimentos especializados, hospedagem, alimentação e demais atividades correlacionadas, que sejam executadas dentro das dependências da Clínica;

**6.4.** Providenciar a correção ou a substituição dos serviços, dentro do prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, com defeitos, falhas ou irregularidades constatadas pela Contratante durante o recebimento;

**6.5.** Assegurar e facilitar à Contratante o acompanhamento, a fiscalização e o acesso às informações referentes ao objeto do contrato;

**6.6.** Atender prontamente às solicitações da CONTRATANTE para a prestação de esclarecimentos;

**6.7.** Não transferir a outrem, no todo ou em parte, o objeto do contrato.

## **7. DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO**

**7.1.** O Gestor do Contrato deverá manter permanente fiscalização para fins de acompanhamento e controle da execução do contrato, agindo de forma pró-ativa e preventiva, requerendo se necessário parecer de auditoria independente, sempre que houver indícios de desvios dos objetivos, não eximindo a contratada de sua plena responsabilidade de culpa ou dolo na execução contrato;

**7.2.** O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas estabelecidas e as normas constantes da legislação aplicada, respondendo cada qual pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

## **8. DO PAGAMENTO E DO REAJUSTAMENTO**



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITACAJÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua Costa e Silva, s/n, Centro – Itacajá – TO cep: 77.720-000  
Fone (063) 3439-1479 E-Mail [itacaja@saude.to.gov.br](mailto:itacaja@saude.to.gov.br)

**8.1.** A Contratada deverá protocolizar perante o Fundo Municipal de Saúde de Itacajá - TO, a Nota Fiscal, que após conferência e aprovação pelo recebimento provisório e definitivo, será atestada e posteriormente paga, diretamente na conta corrente de titularidade da Contratada;

**8.2.** Na ocorrência de rejeição da(s) Nota(s) Fiscal (is), motivada por erro ou incorreções, o prazo estipulado no item anterior, passará a ser contado a partir da data da sua representação;

**8.3.** O prazo previsto para pagamento que será de até 30 (trinta) dias corridos a partir da data do protocolo, tendo recebido o atesto;

**8.4.** Os valores a serem pagos pelo objeto da contratação serão os constantes da proposta contratada.

## **9. DO RECEBIMENTO DO OBJETO.**

**9.1.** O recebimento dos serviços se efetivará após ser conferido, e aceito pelo fiscal do contrato, mediante atesto nas Notas Fiscais;

**9.2.** Caso seja detectada alguma irregularidade, a Contratada será notificada para substituir os serviços recusados no prazo de até 05 (cinco) dias, a contar do recebimento da notificação. A Contratada poderá solicitar prorrogação desse prazo, mediante aceitação prévia da Contratante.

**9.3.** O recebimento provisório ou definitivo não exclui a responsabilidade civil pela solidez e segurança do serviço, nem ético-profissional pela perfeita execução do Contrato, dentro dos limites estabelecidos pela lei ou pelo Contrato.

**9.4.** A Administração rejeitará, no todo ou em parte, serviço executado em desacordo com o instrumento contratual.

## **10. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

**10.1.** A empresa que deixar de executar os serviços ou apresentar documentação falsa exigida para a contratação, ensejar o retardamento da execução de seu objeto, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do contrato, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal, ficará impedido de licitar e contratar com o Município de Itacajá, pelo prazo de até 02 (dois) anos, sem prejuízo de multa de até 10% (dez por cento) do valor estimado/contratado e demais cominações legais estipuladas no Contrato.

**10.2.** Caso a multa não seja paga no prazo previsto no subitem anterior, ela será descontada por ocasião do pagamento posterior a ser efetuado pela Contratante, sob pena de inscrição em Dívida Ativa.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITACAJÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua Costa e Silva, s/n, Centro – Itacajá – TO cep: 77.720-000  
Fone (063) 3439-1479 E-Mail [itacaja@saude.to.gov.br](mailto:itacaja@saude.to.gov.br)

**10.3.** A aplicação de quaisquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo, que assegure o contraditório e a ampla defesa.

## **11. DO FORO**

As partes elegem o foro da Comarca de Itacajá – TO, para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios decorrentes do presente contrato.

E por estarem assim ajustadas, firmam este instrumento em 03 (TRES) vias de igual teor e forma.

Itacajá - TO, 26 de abril de 2023.

---

**GUSTAVO GUIMARÃES PAIVA**  
Secretário Municipal de Saúde  
CONTRANTE

---

**BEM VIVER CLINICA MEDICA-LTDA**  
CONTRATADA

### **Testemunhas:**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_