



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)

## CONTRATO

**TERMO DE CONTRATO Nº 035/2021, ENTRE O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITACAJÁ E A EMPRESA DVTB MEDICAL EIRELI - ME VISANDO CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, CLÍNICO GERAL, PARA ATENDIMENTO AO MUNICÍPIO DE ITACAJÁ.**

**CONTRATANTE: O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITACAJÁ,** instituição de direito público municipal, inscrita no Ministério da Fazenda sob o nº 11.372.183/0001-92, com sede Rua Costa e Silva, s/nº, Centro, Itacajá – TO, CEP: 77.720-000 Estado do Tocantins, neste ato representado pela sua Gestora a senhora Diana Caroline Gomes Coelho, CPF 889.353.453-34, RG 1.106.807 SSP/TO, residente em Rua Pastor Benjamim Cardoso Reis, s/n, Centro, Itacajá – TO.

**CONTRATADA: DTVB MEDICAL EIRELI – ME,** pessoa jurídica de direito privado, com sede na Avenida Presidente Dutra, nº 779, Centro, Itacajá-TO, inscrita CNPJ nº. 24.158.893/0001-66, por seu Representante Legal, sr. Danilo Teodoro Vilela, RG 5201956/SSP-GO, CPF 029.768.501-51, têm justos e certos o presente Contrato, mediante as Cláusulas e condições seguintes:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA - FUNDAMENTO LEGAL**

**1.1.** O presente Contrato decorre da Adjudicação na forma da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, tudo constante do processo administrativo protocolado sob o nº 029/2021 Tomada de Preços n.º 001/2021 que passam a fazer parte integrante deste instrumento, independente de transcrição.

### **CLÁUSULA SEGUNDA – OBJETO E VALORES**

**2.1.** Constitui objeto do presente a **contratação pessoa jurídica para prestação de serviços médicos, clínico geral**, para atuar no município de Itacajá em Plantões de Urgência e Emergência, com carga horária de 24 horas, no Hospital Municipal Nossa Senhora da Conceição e para atuar como Responsável Técnico (Diretor Clínico) no Hospital Municipal Nossa Senhora da Conceição, conforme especificações constantes no Edital e respectiva Proposta de Preços, parte integrante deste Contrato independente de transcrição, sendo:



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)

<b>Fornecedor:</b> DTVB MEDICAL EIRELI - ME					
<b>CNPJ:</b> 24.158.893/0001-66		<b>Telefone:</b> (63) 9256-4343 / (63) 9297-3883			
<b>Endereço:</b> Avenida Presidente Dutra, nº 779, Centro, Itacajá-TO					
Item	DESCRIÇÃO	Unidade	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
04	Contratação de serviços médicos, clínico geral para atuar no município de Itacajá em Plantões de Urgência e Emergência, com carga horária de 08 (oito) plantões de 24 horas, no Hospital Municipal Nossa Senhora da Conceição.	SV	68	R\$ 1.733,00	R\$ 117.844,00
07	Contratação de serviços médicos, clínico geral, para atuar no município de Itacajá, como Responsável Técnico (Diretor Clínico) no Hospital Municipal Nossa Senhora da Conceição.	MÊS	8 meses e 15 dias	R\$ 5.000,00	R\$ 42.500,00
<b>VALOR TOTAL R\$</b>					<b>160.344,00</b>

### **CLÁUSULA TERCEIRA - CONDIÇÕES ESPECIAIS**

**3.1. A CONTRATADA** obriga-se a executar os serviços em perfeita harmonia e concordância com as normas adotadas pela **CONTRATANTE**, com especial observância dos termos do Edital e seus anexos.

**3.2.** Nos preços estabelecidos estão incluídas todas e quaisquer despesas da Contratante para executar o objeto deste instrumento, e qualquer outro encargo que incida ou venha a incidir sobre a execução do Contrato.

**3.3.** Os serviços deverão ser executados de acordo com as especificações do Edital do certame e no seu **Anexo I – Termo de Referência**, em local, quantidades e prazos estabelecidos.

### **CLÁUSULA QUARTA - DOS PRAZOS DE ENTREGA / PRESTAÇÃO**



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)

4.1. A Contratada realizará os serviços mensalmente, em conformidade com os Termos e Condições previamente determinadas.

#### **CLÁUSULA QUINTA - VALOR E FORMA DE PAGAMENTO**

5.1 O valor total da contratação é de **R\$ 160.344,00 (cento e sessenta mil, trezentos e quarenta e quatro reais)**.

5.2 Fica expressamente estabelecido que os preços contratados incluem todos os custos diretos e indiretos para a completa execução do avençado.

5.3. A Contratada, **MENSALMENTE** após a entrega dos serviços contratados, deverá protocolizar perante a CONTRATANTE, Nota Fiscal/Fatura, que no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contado da sua protocolização, após conferência e aprovação, será devidamente atestada, e será paga, diretamente na conta corrente de titularidade da Contratada;

5.4. 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;

5.5. O prazo previsto para pagamento que será de até 30 (trinta) dias corridos a partir da apresentação Nota Fiscal e seu respectivo atesto;

5.6. Os pagamentos serão efetuados através depósito bancário exclusivamente em conta corrente de titularidade da Contratada, sendo a garantia do referido pagamento a Nota de Empenho;

5.7. Os valores a serem pagos serão os constantes da proposta adjudicada.

#### **CLÁUSULA SEXTA – DA FORMA DE RECEBIMENTO**

6.1. Em conformidade com o artigo 74, inciso II, da Lei Federal nº 8.666/1993 o recebimento será feito mediante recibo.

6.2. O Recebimento será confiado a servidor designado oportunamente, pela Contratante.

6.3. 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, nos termos do art. 73, § 2º, da Lei Federal nº 8.666/1993.



**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)

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

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA**

**7.1** A duração do Contrato será de 08 (nove) meses e 15 (quinze) dias, e se dará a partir da data de sua assinatura, restrito ao seu respectivo *crédito orçamentário*, podendo ser prorrogado por igual período sucessivamente até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme art. 57 e 65 da Lei. 8.666/93.

#### **CLÁUSULA OITAVA - DOTAÇÃO E RECURSOS**

**8.1.** As despesas correrão à conta do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITACAJÁ-TO, na seguinte dotação orçamentária:

**Fundo Municipal de Saúde:**

**10.301.2704.2154 - 3.3.90.39 Fonte 401 R\$ 37.468,51 (trinta e sete mil, quatrocentos e sessenta e oito reais e cinquenta e um centavos)**

**10.122.2704.2153 - 3.3.90.39 Fonte 40 R\$ 66.024,00 (sessenta e seis mil, vinte e quatro reais)**

**10.122.2704.2153 - 3.3.90.39 Fonte 10 R\$ 56.851,49 (cinquenta e seis mil, oitocentos e cinquenta e um reais e quarenta e nove centavos)**

#### **CLÁUSULA NONA – DA FISCALIZAÇÃO**

**9.1.** O Gestor deste Contrato deverá manter permanente fiscalização da contratada para fins de acompanhamento e controle da execução do contrato agindo de forma pró-ativa e preventiva, não eximindo a contratada de sua plena responsabilidade de culpa ou dolo na entrega dos serviços, bem como das sanções previstas;

**9.2.** Conforme preconiza o artigo 66 da Lei 8.666/93, este contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas estabelecidas e as normas constantes da citada lei, respondendo cada qual pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

**9.3.** A Contratante realizará a fiscalização dos serviços por meio de servidor a ser designado oportunamente em ato próprio, na forma da Lei.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA - RESCISÃO 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)

**10.1.** O Contrato poderá ser rescindido unilateralmente pela **CONTRATANTE**, ou bilateralmente, sempre atendido a conveniência administrativa no interesse da Administração.

**1.2.** Os motivos para rescisão do Contrato são os enumerados no art. 78 de Lei 8.666/93.

**10.2.1.** Também caberá a rescisão do Contrato, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, quando a **CONTRATADA** transferir o objeto a outrem, no todo ou em parte.

**10.3** Em qualquer hipótese de rescisão, à **CONTRATADA** caberá receber o valor devido correspondente aos serviços já prestados até a data da dissolução do Contrato.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

**11.1.** Os dias e horários para a execução dos serviços serão estabelecidos pela Contratante, de forma que atenda com eficiência a demanda, obedecendo o cronograma/escala que serão encaminhados previamente ao representante da empresa.

**11.2.** Os serviços deverão obedecer aos horários e locais estabelecidos, podendo a **CONTRATANTE** alterá-lo de acordo com suas necessidades, desde que a contratada seja comunicada com antecedência de 24 horas.

**11.3.** Os serviços a serem executados e demais normas estão descritos no Termo de Referência, parte integrante do Edital, a que esse Contrato se originou.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES:**

**12.1.** Da **CONTRATANTE**:

**a)** Efetuar o pagamento da Contratada em até 30 (trinta) dias corridos após apresentação da Nota Fiscal e o respectivo aceite do Servidor Responsável pelos serviços;

**b)** Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pela Contratada;



**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)

- c)** Oferecer as condições mínimas necessárias para que a Contratada execute os serviços a ela designadas, a fim de que alcance os resultados e objetivos esperados;
- d)** Recusar nas seguintes hipóteses:
  - d.1)** Nota Fiscal com especificação, e/ou quantidades, e/ou valor em desacordo com o discriminado no Edital, seus anexos e proposta adjudicada;
  - d.2)** Os serviços, no todo ou em parte, prestados em desacordo com as especificações dos requisitos obrigatórios do Edital e seus anexos;
  - d.4)** Os serviços de baixa qualidade, ou inadequados para a sua finalidade e/ou outros problemas evidenciados em sua execução.
- e)** Exercer a fiscalização dos serviços, por servidores especialmente designados, na forma da Lei Nº. 8.666/ 93 e suas alterações;
- f)** A Contratante obriga-se a proporcionar todas as facilidades para que a Contratada possa desempenhar os compromissos assumidos de acordo com as especificações do Edital e seus Anexos.

#### **12.2. Da CONTRATADA:**

- a).** Manter durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações por elas assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
- b)** 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;
- c)** Arcar com todas as despesas relativas a impostos, contribuições previdenciárias, encargos trabalhistas, e outros encargos decorrentes do Contrato, haja vista a ausência de vínculo empregatício, solidariedade ou subsidiariedade com a Contratante;
- d).** Providenciar a imediata correção das deficiências, falhas ou irregularidades constatadas pela Contratante durante a execução dos serviços, quando houver;





**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)

- e). Assegurar e facilitar à Contratante o acompanhamento, a fiscalização e o acesso às informações referentes ao objeto do contrato;
- f) Cumprir fielmente os horários e escalas estipulados pela Contratante, no local por ela indicada, bem como seguir as normas e orientações dos Programas de Saúde aos quais estará sujeito;
- g). Proceder o início da prestação do serviço imediatamente, a partir da data de sua assinatura do contrato;
- h). Prezar pela qualidade dos serviços prestados, comprometendo-se a promover sua devida correção, arcando com o ônus necessário para tal, caso não atenda ao padrão de qualidade exigido, para que satisfaçam os anseios da população do município;
- i) Atender prontamente às requisições do CONTRATANTE para a prestação dos serviços, dentro do estabelecido;
- j). Prestar os serviços em conformidade com as normas e legislações a que o objeto contratado se submete, inclusive observar as obrigações constantes do item 2 do Termo de Referência.
- k). Não transferir a outrem, no todo ou em parte, o objeto do contrato.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO REAJUSTE**

**13.1.** Os valores a serem pagos pelo objeto desta licitação serão os constantes da proposta adjudicada, e serão fixos, não estando sujeitos a reajustamento durante a vigência dos 12 (doze) primeiros meses do Contrato.

**13.2.** Transcorridos os 12 (doze) primeiros meses, de comum acordo entre as partes, o contrato poderá ser reajustado utilizando-se os índices oficiais publicados pelo Governo Federal (IPCA ou substituto) para o período.

**13.3.** A Contratada fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais os acréscimos ou supressões que se fizerem, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do Contrato.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA VINCULAÇÃO**

**14.1.** O presente Contrato fica vinculado aos termos e condições determinados no Edital do Tomada de Preços nº 001/2021.



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)

## CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA LEGISLAÇÃO E CASOS OMISSOS

15.1. O presente instrumento, inclusive os casos omissos, regulam-se pela Lei de Licitações e Contratos administrativos (Lei Federal nº 8.666/1993).

## CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA– DO GESTOR E FISCAL DO CONTRATO

16.1. O servidor, e seu substituto, responsável pela respectiva Gestão e Fiscalização do presente Contrato será nomeado oportunamente, nos termos do inciso III c/c 63 e 67 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993; e, com base no art. 13, inciso IX, da Instrução Normativa TCE/TO nº 02/2008, de 07 de maio de 2008.

## CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS PENALIDADES

Pela inexecução total ou parcial do contrato, ou por ação, omissão ou negligência, a **CONTRATADA** infringir quaisquer das obrigações, caberá a aplicação, pela Administração, isolada ou cumulativamente, as seguintes penalidades:

17.1. O atraso injustificado na entrega dos serviços sujeitará a empresa, a juízo da Administração, à multa moratória de 0,5% (meio por cento) por dia de atraso, até o limite de 10% (dez por cento), conforme determina o artigo 86, da Lei nº 8666/93;

17.1.1. A multa prevista neste item será descontada dos créditos que a contratada possuir com a CONTRATANTE e poderá cumular com as demais sanções administrativas, inclusive com a multa prevista no item 7.2, b;

17.2. Ocorrendo a inexecução total ou parcial dos serviços, a Administração poderá aplicar Contratada, as seguintes sanções administrativas previstas no artigo 87 da Lei n. 8.666/93:

a) Advertência por escrito;

b) Multa administrativa com natureza de perdas e danos da ordem de até 20% (vinte por cento) sobre o valor total do contrato;

c) suspensão temporária de participar em licitações e impedimento de contratar com Município de Itacajá, por prazo não superior a dois anos;





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)

d) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição, ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade. A reabilitação será concedida após ressarcimento, pelo contratado, dos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no item “c”;

e) rescisão, nos termos do art. 77 da lei federal no 8.666/93.

**17.3.** A aplicação de quaisquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo, que assegure o contraditório e a ampla defesa, conforme os preceitos legais da Lei nº 8.666/93

#### CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DA EFICÁCIA E DA PUBLICAÇÃO

**18.1.** O presente instrumento será publicado, em resumo, no Diário Oficial Eletrônico do Município, que é condição indispensável para sua eficácia, consoante dispõe o artigo 61, parágrafo único da Lei nº 8.666/1993.

#### CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DO FORO

**19.1.** As questões decorrentes da execução deste Instrumento, que não possam ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas no Foro da Comarca de Itacajá - TO, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Fica expressamente vedada a vinculação deste Contrato em operação de qualquer natureza que a CONTRATADA tenha ou venha a assumir.

E, para firmeza e validade do que foi pactuado, lavrou-se o presente Contrato em **3 (três) vias de igual teor e forma**, para que surtam um só efeito, às quais, depois de lidas, são assinadas pelos representantes das partes **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**.



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)

Itacajá - TO, no dia 16 de abril de 2021

---

**CONTRATANTE**

**DIANA CAROLINE GOMES COELHO**  
Secretária Municipal de Saúde

---

**CONTRATADA**

**DTV B MEDICAL EIRELI-ME**  
Empresa Contratada

**Testemunhas:**

---

Nome:  
CPF:

---

Nome:  
CPF: