



CONVÊNIO nº 017/15, que entre si celebram o **MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ** e a **ASSOCIAÇÃO FUNDO DE INCENTIVO A PESQUISA - AFIP**, para atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde.

Processo nº 17.370-4/2015

Pelo presente Instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ**, neste ato representado pelo Prefeito, Sr. **PEDRO BIGARDI**, presente também, Sr. **LUÍS CARLOS CASARIN**, Secretário Municipal de Saúde, adiante denominada apenas **PREFEITURA**, e, de outro, **ASSOCIAÇÃO FUNDO DE INCENTIVO A PESQUISA - AFIP**, inscrita no CNPJ sob nº 47.673.793/0004-16, com endereço à Rua Marselhesa, nº 500, Bairro Vila Clementino, na cidade de São Paulo, neste ato representado por seu Presidente, Sr. **SÉRGIO TUFIK**, portador do RG nº 3.221.965 e do CPF nº 664.725.478-15, doravante designada simplesmente **CONVENIADA**, celebram o presente **CONVÊNIO**, que se regerá pela Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

I – O presente **CONVÊNIO** tem por objeto a execução pela **CONVENIADA** de serviços de sua especialidade, conforme estatutos sociais, que consistem em procedimentos com finalidade diagnóstica por meio de imagem (MAMOGRAFIA, ULTRA-SONOGRAFIA, RAIOS-X SIMPLES E CONTRASTADO) distribuídos por níveis de complexidade de acordo com as normas do SUS, a pacientes encaminhados pela Rede Básica e Ambulatorial do Município de Jundiaí e Região, conforme regulação da SMS e Plano de Trabalho e Anexos que passam a fazer parte integrante do presente convênio.

Parágrafo único – Os procedimentos de que trata esta cláusula, são os constantes do Anexo I e integram a Tabela SIA/SUS do Ministério da Saúde.

II - Os serviços a serem executados estão restritos a uma base territorial populacional, conforme Plano de Saúde do **MUNICÍPIO** e serão ofertados com base nas indicações técnicas, planejamento e regulação da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES TÉCNICAS DE EXECUÇÃO

I – Os serviços objeto deste Convênio serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento da **CONVENIADA**, no seguinte endereço: Rua Marechal Deodoro da Fonseca, nº 201, Centro, Jundiaí – SP.

II – A **CONVENIADA** deverá manter o funcionamento do estabelecimento em horário comercial, podendo ser estendido em comum acordo com esta



SMS, desde que preserve o conforto, segurança e adequação às necessidades específicas para a realização do procedimento.

III – Os serviços objeto deste convênio deverão contemplar todas as faixas etárias que dele necessitem, e deverão ainda ser executados considerando:

a) qualquer material ou insumo necessário para a execução dos exames será por conta da **CONVENIADA**;

b) os laudos deverão respeitar as normas técnicas vigentes, segundo o Colégio Brasileiro de Radiologia com análise interpretativa quando pertinente. Em caso de exame com anormalidade marcante e que importe risco ao paciente, a **CONVENIADA** se compromete informar à Unidade solicitante para providências;

c) a **CONVENIADA** deverá disponibilizar os resultados dos exames de rotina em até 07 (sete) dias corridos com laudo descritivo e imagem;

d) a **CONVENIADA** deverá manter atualizado o prontuário dos usuários e o arquivo eletrônico dos exames pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;

e) a **CONVENIADA** deverá utilizar o sistema informatizado disponibilizado pelo **MUNICÍPIO** para controle do agendamento, realização e faturamento dos procedimentos de acordo com definição da SMS;

f) a **CONVENIADA** disponibilizará local apropriado e de fácil acesso aos usuários (idosos, gestantes, portadores de necessidades especiais) para a realização dos exames, com sala de espera dimensionada de forma adequada e dentro do Município de Jundiaí, garantindo a acessibilidade do paciente;

g) a **CONVENIADA** participará de reuniões técnicas com a SMS/DACA a cada 02 meses ou quando se fizer necessário;

h) a **CONVENIADA** deverá informar por escrito a SMS/DACA todos os preparos e cuidados referente à fase de cada exame previsto neste plano de trabalho. Deverá também disponibilizar contraste e insumos inerentes aos procedimentos;

i) a **CONVENIADA** deverá manter cópia do laudo dos exames realizados para eventual conferência/auditoria da SMS, sendo que os mesmos configuram documentos comprobatórios da realização dos exames, devendo estar disponibilizados no prestador para remoção;

j) em caso de intercorrência, cabe a **CONVENIADA** realizar o primeiro atendimento e garantir atenção até a melhora do paciente ou a chegada do serviço de remoção;



k) a **CONVENIADA** deverá ter médico responsável com presença frequente na Unidade de Jundiaí, onde serão realizados os procedimentos, e disponibilizar contato eletrônico e telefone celular para acesso da equipe médica da rede;

l) a **CONVENIADA** deverá manter gerente administrativo com presença na Unidade de Jundiaí durante todo o período de funcionamento;

m) a **CONVENIADA** deverá disponibilizar serviço de confirmação do agendamento do exame, por meio de ligação aos pacientes SUS agendados;

n) disponibilizar horários para confecção das agendas dos exames com periodicidade mínima trimestral, de acordo com a quantidade mensal conveniada, com flexibilidade de horários para exames de prioridade;

o) as imagens não poderão ser entregues exclusivamente em via digital (CD, pen drive ou acesso à internet);

p) em caso de necessidade de repetição de parte ou de todo o exame, decorrente de razões técnicas, a **CONVENIADA** deverá comunicar à unidade solicitante e disponibilizar de imediato nova data para a execução sem ônus para o **MUNICÍPIO**.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENIADA

I - A **CONVENIADA** não poderá cobrar do paciente, ou de seu acompanhante, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste Convênio.

II - A **CONVENIADA** responsabilizar-se-á por cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução dos serviços.

III - Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementares exercidos pelo **MUNICÍPIO** sobre a execução dos serviços, a **CONVENIADA** reconhece a prerrogativa de controle e a autoridade normativa genérica da Direção Nacional do SUS, decorrente da Lei 8.080/90, (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo específico, ou de notificação dirigida à **CONVENIADA**.

IV - É de responsabilidade exclusiva e integral da **CONVENIADA** a utilização de pessoal para execução dos serviços, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o **MUNICÍPIO** ou para o Ministério da Saúde, e ainda, a prestação dos serviços a serem executados não implica vínculo empregatício, nem exclusividade de colaboração entre o **MUNICÍPIO** e a **CONVENIADA**.



V- A **CONVENIADA** fica exonerada da responsabilidade pelo não atendimento de paciente amparado pelo SUS, na hipótese de atraso superior a 90 (noventa) dias de pagamento devido pelo **MUNICÍPIO**, ressalvado as situações de calamidade pública ou grave ameaça de ordem interna ou as situações de urgência ou emergência.

VI - Notificar o **MUNICÍPIO** quanto à eventual alteração de sua razão social e de mudança de sua Diretoria, Contrato ou estatuto, enviando ao **MUNICÍPIO**, no prazo de sessenta (60) 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.

VII - Seguir todos os protocolos, fluxos e regulação estabelecidos pelo **MUNICÍPIO**.

VIII - Será de inteira responsabilidade da **CONVENIADA** a indicação de outro serviço sem ônus ao **MUNICÍPIO**, no caso de interrupção do serviço de diagnóstico por um período superior a 03 (três) dias úteis, sendo que nesse caso o serviço deverá cumprir os mesmos pré-requisitos da **CONVENIADA**.

CLÁUSULA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONVENIADA

I - A **CONVENIADA** é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurada a **CONVENIADA** o direito de regresso.

II - A fiscalização ou o acompanhamento da execução dos serviços pelos órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONVENIADA** nos termos das legislações vigentes.

III - A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços, nos estritos termos do art. 14 da Lei 8.078, de 11/09/90, (Código de Defesa do Consumidor).

IV - A **CONVENIADA** é responsável pelos custos totais dos procedimentos.

CLÁUSULA QUINTA – DO VALOR, DO PAGAMENTO E DO REAJUSTE

I - Dá-se ao presente ajuste o valor anual de R\$ 2.562.075,60 (dois milhões quinhentos e sessenta e dois mil setenta e cinco reais e sessenta centavos), valor estimado mensal de R\$ 213.506,30 (duzentos e treze mil quinhentos e seis reais e trinta centavos), sendo o valor global R\$ 12.810.378,00 (doze milhões oitocentos e dez mil trezentos e setenta e oito reais).



II – O pagamento referente aos procedimentos conveniados se dará da seguinte forma:

§ 1º - O **MUNICÍPIO** realizará o pagamento mensal dos procedimentos executados/aprovados que são apurados mediante sistemas de informação padronizados pela SMS e Ministério da Saúde.

§ 2º - A **CONVENIADA** deverá apresentar até 5º dia do mês subsequente, ao **MUNICÍPIO**, documentos comprobatórios referentes à produção dos procedimentos efetivamente prestados aos usuários SUS, obedecendo para tanto, os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e SMS.

§ 3º Após a conferência e validação pela Secretaria de Saúde, será autorizada a emissão da Nota Fiscal e o pagamento será efetuado em até 05 dias úteis conforme cronograma de faturamento do Ministério da Saúde.

III - Os valores SUS dos procedimentos constantes no Anexo I serão reajustados automaticamente na forma estabelecida pela Direção Nacional do Sistema Único de Saúde – SUS.

IV- A **CONVENIADA** receberá, mensalmente, do **MUNICÍPIO**, a importância referente aos serviços efetivamente prestados e aprovados.

V - A **CONVENIADA** se responsabilizará em enviar as fichas comprobatórias do atendimento, a critério da Secretaria Municipal de Saúde/DACA para viabilizar auditoria técnica, analítica, operativa e administrativa.

VI - As contas rejeitadas pelo serviço de processamento de dados ou pela conferência técnica e administrativa serão devolvidas à **CONVENIADA** para as correções cabíveis, devendo ser reapresentadas no prazo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde. O documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original devidamente inutilizado por meio de carimbo, quando cabível.

VII - As contas rejeitadas quanto ao mérito serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação e controle do SUS.

CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

As despesas decorrentes da execução deste **CONVÊNIO** com relação aos valores custeados pelo **MUNICÍPIO** serão financiadas com recursos das dotações:

14.01.10.302.0176.2816.3.3.90.39.00.0000.0

14.01.10.302.0176.2816.3.3.90.39.00.0000.5001.

Parágrafo Único – Em caso de prorrogações as despesas serão suportadas por dotações destacadas especificamente para essa finalidade.



CLÁUSULA SÉTIMA – DA AVALIAÇÃO, CONTROLE E AUDITORIA.

I - A execução dos serviços será avaliada pelos órgãos competentes do SUS, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste Convênio, à verificação do movimento dos atendimentos e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

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

III - Anualmente, na hipótese de prorrogação, o **MUNICÍPIO** a seu critério vistoriará as instalações da **CONVENIADA** para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas iniciais, comprovadas por ocasião da assinatura deste convênio.

IV - Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da **CONVENIADA** poderá ensejar a não prorrogação do convênio ou ainda a revisão das condições ora estipuladas.

V - A fiscalização exercida pelo **MUNICÍPIO** sobre serviços a serem executados não eximirá a **CONVENIADA** de sua plena responsabilidade perante o **MUNICÍPIO**, ou para com os pacientes e terceiros decorrente de culpa ou dolo na execução dos serviços.

VI - A **CONVENIADA** facilitará ao **MUNICÍPIO** e ao seu órgão de Controle Interno o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores designados para tal fim.

VII - Em qualquer hipótese é assegurada a **CONVENIADA** amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da Lei Federal de Licitações e contratos administrativos e o direito à interposição de recurso.

VIII - A **CONVENIADA** deverá disponibilizar a critério do **MUNICÍPIO** os devidos documentos, fichas comprobatórias e seu espaço físico para reavaliação da qualidade e capacidade dos serviços.

CLÁUSULA OITAVA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Para fins de prestação de contas caberá a **CONVENIADA**:

I – A **CONVENIADA** deverá aplicar integralmente os recursos financeiros repassados pelo **MUNICÍPIO** conforme Plano de Trabalho e seus Anexos.



II – Apresentar, trimestralmente ao **MUNICÍPIO** junto à Secretaria Municipal de Saúde, o relatório das atividades desenvolvidas e pasta com cópia de todos os comprovantes de despesas mensalmente e da aplicação dos recursos financeiros recebidos, assinada pelo representante da **CONVENIADA**.

III – Manter os documentos originais de receitas e despesas referentes à comprovação da aplicação dos recursos vinculados ao convênio, depois de contabilizados, arquivados na entidade em protocolado próprio e à disposição para conferência e acompanhamento do **MUNICÍPIO**.

IV – Prestar contas ao **MUNICÍPIO**, no que couber, no molde da instrução normativa 02/2008 com alterações da Resolução 02/2015 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, até 31 de janeiro do exercício subsequente, dos recursos repassados durante o exercício anterior, e, se for o caso, até 30 (trinta) dias do término da vigência deste instrumento, sob a pena de ficar impedida de receber quaisquer outros recursos financeiros do **MUNICÍPIO**.

V – Manter a contabilidade, os procedimentos contábeis e os registros estatísticos em perfeita ordem sempre à disposição dos agentes públicos responsáveis pelo acompanhamento e controle, de forma a garantir o acesso às informações da correta aplicação e utilização dos recursos financeiros recebidos, nos moldes do Anexo I – Prestação de Contas que integra o presente convênio.

VI – Assegurar ao **MUNICÍPIO** as condições necessárias ao acompanhamento, supervisão, fiscalização e avaliação da execução dos serviços e ações do objeto deste convênio, com aprovação do Controle Interno conforme o art. 74 da CF/88 e Instrução Normativa.

VII – Atender a Lei Municipal 8.344/2014 que regula a transparência da gestão de recursos públicos municipais por entidades da área de saúde que os recebam, sem ônus ao Município, atendendo, destarte aos seguintes comandos: princípio da publicidade (art. 37, caput, da CF); art. 196 e seguintes da CF, em especial o inc. II do § 3º do art. 198 e da Lei Federal nº 12.527/11 – “Lei da Transparência”.

CLÁUSULA NONA – DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Convênio será de 60 (sessenta) meses, **a contar de 15 de julho de 2015**, rescindindo-se, de pleno direito o Convênio vigente com idêntico objeto, a partir da vigência desta avença.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

I - Todas e quaisquer alterações ou modificações das condições de execução do presente Convênio, inclusive as que importem em aumento, ou diminuição ou ainda da capacidade operativa da Conveniada, serão objeto de Termos Aditivos, a critério dos partícipes.



CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA DENÚNCIA E DA RESCISÃO

I - Este convênio poderá ser denunciado a qualquer tempo, desde que a parte interessada comunique à outra tal intenção, com 90 (noventa) dias de antecedência.

II - A inobservância de qualquer das cláusulas, condições ou obrigações estabelecidas neste instrumento, facultará à parte inocente considerá-lo rescindido de pleno direito, independentemente de qualquer ação ou notificação judicial.

III - Se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de até 90 (noventa) dias para ocorrer à rescisão, a critério da Administração.

IV - Poderá a **CONVENIADA**, rescindir o convênio no caso de descumprimento, pelo **MUNICÍPIO**, ou pelo Ministério da Saúde, de suas obrigações aqui previstas, em especial, no caso de atraso superior a 90 (noventa) dias dos pagamentos devidos. Caberá a **CONVENIADA** notificar ao **MUNICÍPIO**, apresentando o(s) motivo(s) da rescisão. A contar da data do recebimento da notificação, a **CONVENIADA** deverá manter a execução dos serviços por até 90 (noventa) dias, a critério da Administração.

V - Em caso de rescisão do convênio por parte do **MUNICÍPIO** não caberá a **CONVENIADA** direito a qualquer indenização, salvo na hipótese do artigo 79, parágrafo segundo, da Lei Federal nº 8.666/93.

VI - O presente **CONVÊNIO** rescinde os contratos ou convênios anteriores, celebrados entre as mesmas partes, que tenham por objeto a prestação de serviços de assistência à saúde consistentes em realização de procedimentos de diagnósticos por meio de imagem.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PUBLICAÇÃO

A eficácia deste Convênio fica condicionada a publicação do respectivo extrato no órgão de imprensa oficial do Município, no prazo de 20 (vinte) dias a contar da data de sua assinatura, contendo os seguintes elementos:

I – espécie, número do instrumento, nome e CNPJ/CPF dos partícipes e dos signatários;

II – resumo do objeto;

III – crédito pelo qual correrá a despesa e número, data e valor da Nota de Empenho;

IV – prazo de vigência e data de sua assinatura.



CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA- DO FORO

Para quaisquer questões judiciais oriundas da execução do presente convênio, fica eleito o foro desta Comarca de Jundiaí, Estado de São Paulo, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Aplicam-se à execução deste Convênio, bem como aos casos omissos, no que couber, a Lei nº 8.666/93 e os preceitos de direito público e, supletivamente, os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.

E por estarem assim justos e avençados, assinam o presente em 03 (três) vias de igual teor e para um só efeito de direito na presença das testemunhas abaixo.

Jundiaí, 31 de julho de 2015.


PEDRO BIGARDI
Prefeito

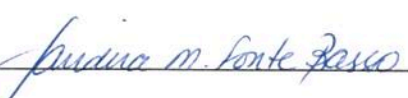

LUÍS CARLOS CASARIN
Secretário Municipal de Saúde


SÉRGIO TUFIK
Presidente da Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia

TESTEMUNHAS:


SHIRLEY BARBOSA

1. _____

2. 
8B

PLANO DE TRABALHO

A ASSOCIAÇÃO FUNDO DE INCENTIVO A PESQUISA – AFIP , instituição beneficente de assistência social, constituída sob forma de associação sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 47.673.793/0004-16, inscrição estadual isenta, situada na Rua Marselhesa, nº 500 – Vila Clementino – CEP 04020 - 060 São Paulo / SP , Fone/Fax (11) 5908-7070, e-mail: juridico@afip.com.br, com filial estabelecida no Município de Jundiaí – SP , na Avenida Marechal Deodoro da Fonseca, nº 201, Centro, CEP 13.201-002, representada através de seu Presidente Dr. Sérgio Tufik, brasileiro , médico, portador da cédula de identidade RG nº 3.221.965 e CPF/MF nº 664.725.478-15 , vem por meio desta submeter à apreciação de V. Sa. Plano de Trabalho para Prestação de Serviços de Exames de Imagem ao Município de Jundiaí – SP, a saber:

Objetivo:

Prestação de serviço pela Instituição AFIP para realização de procedimentos de diagnósticos por meio de imagem (MAMOGRAFIA, ULTRA-SONOGRAFIA, RAIOS – X SIMPLES E CONTRASTADO). Conforme proposta apresentada, para o município de Jundiaí.

Público Alvo: usuários SUS da rede de 0 a 110 anos.

PREVISÃO DE INÍCIO E FIM DA EXECUÇÃO DO OBJETO, BEM COMO DA CONCLUSÃO DAS ETAPAS E FASES PROGRAMADAS.

Ações e serviços de natureza contínua tendo o presente Plano de Trabalho a vigência de 60 meses com início a partir da assinatura do convênio.

METAS QUANTITATIVAS – valor dos serviços prestados

A META QUANTITATIVA fica vinculada à média mensal de 8.485 (oito mil quatrocentos e oitenta e cinco) exames de imagem, respeitando-se o **teto global anual de R\$ 2.562.075,60** conforme ANEXO I.

	MAMOGRAFIAS	QTD. ESTIMADA/MÊS	VALOR SUS UNITARIO	VALOR ESTIMADO MENSAL SUS	AFIP SUS	AFIP TOTAL
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	1950	R\$ 45,00	R\$ 87.750,00	R\$ 45,00	R\$ 87.750,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA UNILATERAL	100	R\$ 22,50	R\$ 2.250,00	R\$ 22,50	R\$ 2.250,00
	TOTAL MAMOGRAFIAS	2050		R\$ 90.000,00		R\$ 90.000,00

	ULTRASSONS	QTD. ESTIMADA/MÊS	VALOR SUS	VALOR ESTIMADO MENSAL	AFIP SUS	AFIP TOTAL
02.05.01.005-9	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	35	R\$ 42,90	R\$ 1.501,50	R\$ 42,90	R\$ 1.501,50
02.05.02.003-8	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS URINARIAS)	60	R\$ 24,20	R\$ 1.452,00	R\$ 24,20	R\$ 1.452,00
02.05.02.004-6	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	460	R\$ 37,95	R\$ 17.457,00	R\$ 37,95	R\$ 17.457,00
02.05.02.005-4	ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	175	R\$ 24,20	R\$ 4.235,00	R\$ 24,20	R\$ 4.235,00
02.05.02.006-2	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULACAO	200	R\$ 24,20	R\$ 4.840,00	R\$ 24,20	R\$ 4.840,00
02.05.02.007-0	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	16	R\$ 24,20	R\$ 387,20	R\$ 24,20	R\$ 387,20
02.05.02.009-7	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	300	R\$ 24,20	R\$ 7.260,00	R\$ 24,20	R\$ 7.260,00
02.05.02.010-0	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	31	R\$ 24,20	R\$ 750,20	R\$ 24,20	R\$ 750,20
02.05.02.011-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	5	R\$ 24,20	R\$ 121,00	R\$ 24,20	R\$ 121,00
02.05.02.012-7	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE	100	R\$ 24,20	R\$ 2.420,00	R\$ 24,20	R\$ 2.420,00
02.05.02.013-5	ULTRA-SONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	3	R\$ 24,20	R\$ 72,60	R\$ 24,20	R\$ 72,60
02.05.02.014-3	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	150	R\$ 24,20	R\$ 3.630,00	R\$ 24,20	R\$ 3.630,00
02.05.02.015-1	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	1	R\$ 39,60	R\$ 39,60	R\$ 39,60	R\$ 39,60
02.05.02.016-0	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	105	R\$ 24,20	R\$ 2.541,00	R\$ 24,20	R\$ 2.541,00
02.05.02.017-8	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSFONTANELA	1	R\$ 24,20	R\$ 24,20	R\$ 24,20	R\$ 24,20
02.05.02.018-6	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	1000	R\$ 24,20	R\$ 24.200,00	R\$ 24,20	R\$ 24.200,00
	TOTAL ULTRA-SONOGRAFIA	2642		R\$ 70.931,30		R\$ 70.931,30

RAIOS X SIMPLES	QTD. ESTIMADA/MÊS	VALOR SUS	VALOR ESTIMADO MENSAL SUS	AFIP SUS + 42%	AFIP TOTAL
02.04.01.003-9	1	R\$ 8,38	R\$ 8,38	R\$ 11,90	R\$ 11,90
RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)					
02.04.01.004-7	1	R\$ 6,96	R\$ 6,96	R\$ 9,88	R\$ 9,88
RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)					
02.04.01.005-5	4	R\$ 8,38	R\$ 33,52	R\$ 11,90	R\$ 47,60
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL					
02.04.01.006-3	82	R\$ 6,88	R\$ 564,16	R\$ 9,77	R\$ 801,14
RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)					
02.04.01.007-1	9	R\$ 9,15	R\$ 82,35	R\$ 12,99	R\$ 116,91
RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HI					
02.04.01.008-0	35	R\$ 7,52	R\$ 263,20	R\$ 10,68	R\$ 373,80
RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)					
02.04.01.009-8	1	R\$ 5,74	R\$ 5,74	R\$ 8,15	R\$ 8,15
RADIOGRAFIA DE LARINGE					
02.04.01.010-1	1	R\$ 9,03	R\$ 9,03	R\$ 12,82	R\$ 12,82
RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)					
02.04.01.011-0	1	R\$ 7,20	R\$ 7,20	R\$ 10,22	R\$ 10,22
RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)					
02.04.01.012-8	2	R\$ 8,38	R\$ 16,76	R\$ 11,90	R\$ 23,80
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)					
02.04.01.013-6	1	R\$ 7,98	R\$ 7,98	R\$ 11,33	R\$ 11,33
RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRAN					
02.04.01.014-4	150	R\$ 7,32	R\$ 1.098,00	R\$ 10,39	R\$ 1.558,50
RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)					
02.04.01.015-2	2	R\$ 7,20	R\$ 14,40	R\$ 10,22	R\$ 20,44
RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)					
02.04.02.003-4	16	R\$ 8,33	R\$ 133,28	R\$ 11,83	R\$ 189,28
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS					
02.04.02.004-2	156	R\$ 8,19	R\$ 1.277,64	R\$ 11,63	R\$ 1.814,28
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)					
02.04.02.005-0	1	R\$ 10,29	R\$ 10,29	R\$ 14,61	R\$ 14,61
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA					
02.04.02.006-9	387	R\$ 10,96	R\$ 4.241,52	R\$ 15,56	R\$ 6.021,72
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA					
02.04.02.007-7	15	R\$ 14,90	R\$ 223,50	R\$ 21,16	R\$ 317,40
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)					
02.04.02.008-5	1	R\$ 16,88	R\$ 16,88	R\$ 23,97	R\$ 23,97
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA					
02.04.02.009-3	119	R\$ 9,16	R\$ 1.090,04	R\$ 13,01	R\$ 1.548,19
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)					
02.04.02.010-7	2	R\$ 9,73	R\$ 19,46	R\$ 13,82	R\$ 27,64
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR					
02.04.02.012-3	3	R\$ 7,80	R\$ 23,40	R\$ 11,08	R\$ 33,24
RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA					
02.04.03.006-4	1	R\$ 9,05	R\$ 9,05	R\$ 12,85	R\$ 12,85
RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)					

02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	13	R\$	8,37	R\$	108,81	R\$	11,89	R\$	154,57
02.04.03.009-9	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	1	R\$	7,98	R\$	7,98	R\$	11,33	R\$	11,33
02.04.03.010-2	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	1	R\$	8,73	R\$	8,73	R\$	12,40	R\$	12,40
02.04.03.012-9	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)	4	R\$	5,56	R\$	22,24	R\$	7,90	R\$	31,60
02.04.03.013-7	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	1	R\$	14,32	R\$	14,32	R\$	20,33	R\$	20,33
02.04.03.014-5	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	1	R\$	12,02	R\$	12,02	R\$	17,07	R\$	17,07
02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	677	R\$	9,50	R\$	6.431,50	R\$	13,49	R\$	9.132,73
02.04.03.016-1	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	1	R\$	6,55	R\$	6,55	R\$	9,30	R\$	9,30
02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	400	R\$	6,88	R\$	2.752,00	R\$	9,77	R\$	3.908,00
02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	7	R\$	6,42	R\$	44,94	R\$	9,12	R\$	63,84
02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	1	R\$	7,40	R\$	7,40	R\$	10,51	R\$	10,51
02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	30	R\$	7,40	R\$	222,00	R\$	10,51	R\$	315,30
02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	1	R\$	7,40	R\$	7,40	R\$	10,51	R\$	10,51
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE BRACO	10	R\$	7,77	R\$	77,70	R\$	11,03	R\$	110,30
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	2	R\$	7,40	R\$	14,80	R\$	10,51	R\$	21,02
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	67	R\$	5,90	R\$	395,30	R\$	8,38	R\$	561,46
02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	1	R\$	5,62	R\$	5,62	R\$	7,98	R\$	7,98
02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MAO	180	R\$	6,30	R\$	1.134,00	R\$	8,95	R\$	1.611,00
02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	44	R\$	6,00	R\$	264,00	R\$	8,52	R\$	374,88
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO (TRES POSICOES)	100	R\$	7,98	R\$	798,00	R\$	11,33	R\$	1.133,00
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	99	R\$	6,91	R\$	684,09	R\$	9,81	R\$	971,19
02.04.05.011-1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	24	R\$	10,73	R\$	257,52	R\$	15,24	R\$	365,76
02.04.05.012-0	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	3	R\$	15,30	R\$	45,90	R\$	21,73	R\$	65,19
02.04.05.013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	59	R\$	7,17	R\$	423,03	R\$	10,18	R\$	600,62
02.04.06.003-6	ESCANOMETRIA	4	R\$	7,77	R\$	31,08	R\$	11,03	R\$	44,12
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	120	R\$	7,77	R\$	932,40	R\$	11,03	R\$	1.323,60
02.04.06.007-9	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	4	R\$	7,77	R\$	31,08	R\$	11,03	R\$	44,12
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	99	R\$	6,50	R\$	643,50	R\$	9,23	R\$	913,77

02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE BACIA	93	R\$	7,77	R\$	722,61	R\$	11,03	R\$	1.025,79
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	86	R\$	6,50	R\$	559,00	R\$	9,23	R\$	793,78
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE COXA	16	R\$	8,94	R\$	143,04	R\$	12,69	R\$	203,04
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	333	R\$	6,78	R\$	2.257,74	R\$	9,63	R\$	3.206,79
02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	78	R\$	7,16	R\$	558,48	R\$	10,17	R\$	793,26
02.04.06.014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3	2	R\$	9,29	R\$	18,58	R\$	13,19	R\$	26,38
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	154	R\$	6,78	R\$	1.044,12	R\$	9,63	R\$	1.483,02
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA	27	R\$	8,94	R\$	241,38	R\$	12,69	R\$	342,63
02.04.06.017-6	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	1	R\$	9,29	R\$	9,29	R\$	13,19	R\$	13,19
	TOTAL RAIOS X SIMPLES	3735				30.100,89				42.743,05

	RAIOS X CONTRASTADOS	QTD. ESTIMADA/MÊS	VALOR SUS	VALOR ESTIMADO MENSAL SUS	AFIP 3,5X SUS	AFIP TOTAL
02.04.03.008-0	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	1	R\$ 19,24	R\$ 19,24	R\$ 67,34	R\$ 67,34
02.04.05.001-4	CLUSTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	10	R\$ 47,76	R\$ 477,60	R\$ 167,16	R\$ 1.671,60
02.04.05.005-7	FISTULOGRAFIA	3	R\$ 45,34	R\$ 136,02	R\$ 158,69	R\$ 476,07
02.04.05.006-5	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	3	R\$ 45,34	R\$ 136,02	R\$ 158,69	R\$ 476,07
02.04.05.014-6	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	10	R\$ 35,22	R\$ 352,20	R\$ 123,27	R\$ 1.232,70
02.04.05.015-4	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	5	R\$ 47,59	R\$ 237,95	R\$ 166,57	R\$ 832,85
02.04.05.017-0	URETROCISTOGRAFIA	8	R\$ 52,11	R\$ 416,88	R\$ 182,39	R\$ 1.459,12
02.04.05.018-9	UROGRAFIA VENOSA	18	R\$ 57,40	R\$ 1.033,20	R\$ 200,90	R\$ 3.616,20
	TOTAL RAIOS X CONTRASTADOS	58		R\$ 2.809,11		R\$ 9.831,95

TOTAL MENSAL	8.485	R\$	193.841,30	R\$	213.506,30
---------------------	--------------	------------	-------------------	------------	-------------------

DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Para os exames SUS do ANEXO I:

A Prefeitura realizará o pagamento mensal dos procedimentos realizados/aprovados que serão apurados mediante sistemas de informação padronizados da Secretaria de Saúde/ Ministério da Saúde.

A AFIP deverá apresentar no 5º dia do mês subsequente, à Prefeitura, documentos comprobatórios referentes à produção dos procedimentos efetivamente prestados aos usuários SUS, obedecendo para tanto, os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e SMS.

Após a conferência e validação pela PMJ/Secretaria de Saúde, será autorizada a emissão da Nota Fiscal e o pagamento será efetuado em até 05 dias úteis conforme cronograma de faturamento do Ministério da Saúde.

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

DESCRIÇÃO	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08
Procedimentos SUS – Conforme Anexo I	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30

DESCRIÇÃO	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12	Mês 13	Mês 14	Mês 15	Mês 16
Procedimentos SUS – Conforme Anexo I	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30

DESCRIÇÃO	Mês 17	Mês 18	Mês 19	Mês 20	Mês 21	Mês 22	Mês 23	Mês 24
Procedimentos SUS – Conforme Anexo I	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30

DESCRIÇÃO	Mês 25	Mês 26	Mês 27	Mês 28	Mês 29	Mês 30	Mês 31	Mês 32
Procedimentos SUS – Conforme Anexo I	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30

DESCRIÇÃO	Mês 33	Mês 34	Mês 35	Mês 36	Mês 37	Mês 38	Mês 39	Mês 40
Procedimentos SUS – Conforme Anexo I	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30

DESCRIÇÃO	Mês 41	Mês 42	Mês 43	Mês 44	Mês 45	Mês 46	Mês 47	Mês 48
Procedimentos SUS – Conforme Anexo I	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30

DESCRIÇÃO	Mês 49	Mês 50	Mês 51	Mês 52	Mês 53	Mês 54	Mês 55	Mês 56
Procedimentos SUS – Conforme Anexo I	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30

DESCRIÇÃO	Mês 57	Mês 58	Mês 59	Mês 60
Procedimentos SUS – Conforme Anexo I	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30	R\$ 213.506,30

DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:

Disponibilizar horários para confecção das agendas dos exames com periodicidade trimestral, de acordo com a quantidade mensal conveniada, com flexibilidade de horários para exames de prioridade.

Informar por escrito a SMS/DACA todos os preparos e cuidados referentes à fase de cada exame previsto neste plano de trabalho. Deverá também disponibilizar contraste e insumos inerentes aos procedimentos.

Possuir acomodações adequadas para o paciente e acompanhante, antes, durante e após a realização dos procedimentos.

Manter o funcionamento do estabelecimento em horário comercial, podendo ser estendido em comum acordo com esta SMS; desde que preserve o conforto, segurança e adequação às necessidades específicas para a realização de cada procedimento.

As imagens não poderão ser entregues exclusivamente em via digital (CD, pen drive ou acesso à internet).

Disponibilizar o resultado dos exames em até 07 dias corridos com laudo descritivo e imagem.



Manter cópia dos laudos dos exames para eventual conferência / auditoria da SMS, sendo que os mesmos configuram documentos comprobatórios da realização dos exames, devendo estar disponibilizados no prestador de remoção.

Os laudos devem respeitar as normas de técnicas vigentes, segundo Colégio Brasileiro de Radiologia com análise interpretativa quando pertinente. Em caso de exame com anormalidade marcante e que importe risco ao paciente, o prestador se compromete a informar à unidade solicitante para que providências urgentes sejam tomadas.

Em caso de necessidade de repetição de parte ou todo exame decorrente de razões técnicas, o prestador deverá comunicar à unidade solicitante e disponibilizar de imediato nova data para execução sem ônus para a PMJ.

Deverá ter médico responsável com presença frequente na unidade de Jundiaí e disponibilizar telefone celular e e-mail para acesso à equipe médica da rede.

Deverá manter gerente administrativo com presença da Unidade de Jundiaí durante todo o período de funcionamento do mesmo.

Deverão ser mantidas reuniões técnicas coma a SMS / DACA a cada 02 meses ou quando se fizer necessário.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'F' followed by a vertical line and a horizontal stroke.

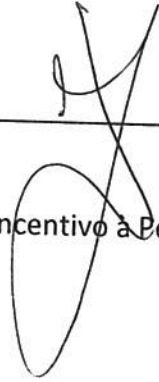
A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'F' followed by a vertical line and a horizontal stroke.

Quadro de aplicação dos recursos

Categoria de Despesas	AV%
Recursos Humanos	22,20
Serviços com Terceiros	3,36
Material de Consumo	7,49
Alugueis e Condomínio	6,97
Energia Elétrica	0,72
Água e Esgoto	0,37
Telefone	0,28
Serviços Médicos	30,41
Diversos	10,56
Desp. Tributária	0,31
Custo Corporativo	14,97
Custo dos Exames Realizados no Apoio Central	2,36
Totais	100,00

São Paulo, 12 de junho de 2015





 Dr. Sérgio Tufik
 Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa - AFIP

