Hospital do Tricentenário
Rua Farias Neves Sobrinho, 232 Bairro Novo
CEP: 53.120-420 - Olinda - PE
Fone: 0**81-3429 2022 - Fax: 0**81-3429 1010
E-Mail: htri@elogica.com.br

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, QUE ENTRE SI CELEBRAM O HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO / HOSPITAL JOÃO MURILO E A EMPRESA BIOIMAGEM S/S LTDA - EPP, NA FORMA E CONDIÇÕES QUE ESTIPULAM.

Pelo presente instrumento de contrato, que entre si celebram, de um lado o **HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO – HOSPITAL JOÃO MURILO**, com endereço à Avenida Henrique de Holanda, 87, Vitória de Santo Antão, PE, inscrito no CNPJ/MF sob o n° **10.583.920/0004-86**, neste ato representado por **GIL MENDONÇA BRASILEIRO**, brasileiro, casado, odontólogo, portador da cédula de identidade RG. n°1.006.466 – SDS - PE e CPF nº 122.850.644-20, residente e domiciliado na Rua Carlos Pessoa Monteiro, 197, aptº102, Bairro Casa Caiada, Olinda/PE, doravante denominado **CONTRATANTE**, e do outro lado a **EMPRESA BIOIMAGEM S/S LTDA-EPP,** estabelecida na AV. Conselheiro Rosa e Silva,1206, Aflitos, Recife, PE, inscrita no CNPJ sob nº 05.977.621/0001-43, por sua representante legal, **ANA SOFIA FRANÇA CRUZ XIMENES**, brasileira, médica, portadora de cédula de identidade nº 2.497.218- SSP/PE, inscrito do CPF/MF sob o nº 440.867.764-72, doravante denominada **CONTRATADA**, tem justo e acordado o presente contrato, mediante as cláusulas a seguir enumeradas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Constitui objeto do presente Contrato, a realização pela **CONTRATADA,** de **VISITAS** e **EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA DOS RECÉM-NASCIDOS DA UTI e UCI NEONATAL,** exame indispensável para promoção de diagnóstico clínico dos pacientes.

PARÁGRAFO ÚNICO – A prestação dos serviços será realizada na sede da **CONTRATANTE**, sito à Avenida Henrique de Holanda, 87, Vitória de Santo Antão, PE.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

2.1. Pela realização do objeto deste Contrato, o **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** o valor mensal equivalente ao quantitativo de visita/exames realizados, **conforme preço da TABELA DA CONTRATADA,** mediante apresentação da Nota Fiscal/Fatura devidamente atestada pelo Setor Competente do **CONTRATANTE.**

VISTO JURÍDICO OABPE 14658

2.2. O preço unitário da visita será de R$ o valor de **R$ 1.438,88** (hum mil, quatrocentos e trinta e oito reais e oitenta e oito centavos), sendo pactuado que, cada visita técnica poderá atender a diversos pacientes e realizar diversos exames, pelo valor de 01 visita técnica.

2.3. Caso seja necessária realização de exames ambulatoriais e de outras áreas, estes não estão inclusos no valor acordado, sendo cobrados mediante **TABELA** a ser pactuada.

2.4.Cada visita consiste em atendimento a pacientes e realização de exames de ultrassonografias no quantitativo de RNs existentes a serem examinados, sendo cobrado o valor de 01 única visita.

2.5.O pagamento correspondente ao objeto deste Contrato, será efetuado preferencialmente através de crédito em conta corrente do **BANCO SANTANDER,** ou qualquer instituição bancária indicada pela **CONTRATADA** em até 10 (dez) dias do recebimento da nota fiscal atestada.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Contrato será de 01 (hum) ano, contado da data da sua assinatura, podendo ser renovado, mediante Termo Aditivo.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

Constituem obrigações das partes, sem prejuízo das disposições previstas na Lei:

4.1. DA CONTRATADA

4.1.1. Responsabilizar-se por todas as despesas e providências que se tornem necessárias ao fiel cumprimento do presente Contrato;

4.1.2. Responsabilizar - se por todos os encargos trabalhistas, previdenciários, securitários, fiscais, comerciais, civis e criminais, resultantes da execução deste Contrato, no tocante aos seus empregados, dirigentes e prepostos,

4.1.3. Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente ao **CONTRATANTE** ou a terceiros em decorrência de sua culpa ou dolo na execução do presente instrumento, não sendo excluída ou reduzida tal responsabilidade pela fiscalização/acompanhamento pelo **CONTRATANTE;**

4.1.4. Realizar **VISITAS/EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA DOS RECÉM-NASCIDOS DA UTI e UCI NEONATAL,** exame indispensável para promoção de diagnóstico.

4.1.5. Estabelecer que cada visita consiste em atendimento a pacientes e realização de exames de ultrassonografias no quantitativo de RNs existentes a serem examinados, sendo cobrado o valor de 01 única visita.

Hospital do Tricentenário
Rua Farias Neves Sobrinho, 232 Bairro Novo
CEP: 53.120-420 - Olinda - PE
Fone: 0**81-3429 2022 - Fax: 0**81-3429 1010
E-Mail: htri@elogica.com.br

4.1.6. Arcar com todas as despesas incidentes sobre o objeto contratado, tais como impostos, taxas, etc.

4.1.7. O retardamento, não justificado, na execução do objeto deste Contrato, considerar-se-á como infração contratual;

4.1.8. Responsabilizar-se pelo bom uso do aparelho de USG, fornecido pela **CONTRATANTE**, exclusivamente no período da realização dos exames, bem como os danos e avarias causadas decorrente da má utilização.

4.2. DO CONTRATANTE

4.2.1. Tomar todas as providências para o fiel cumprimento das cláusulas deste Contrato.

4.2.2. Designar servidor ou comissão composta por servidores da **CONTRATADA**, para acompanhamento e fiscalização da prestação dos serviços.

4.2.3. Efetuar o pagamento na forma regulada pela **CLÁUSULA SEGUNDA** do presente instrumento.

4.2.4. Notificar a **CONTRATADA** caso seja verificada alguma irregularidade que diga respeito ao presente Contrato.

4.2.5. Fornecer a **CONTRATADA** o equipamento para realização das **USGs,** bem como responsabilizar-se pela remoção do aparelho para o local dos exames e seu retorno á sala da USG.

CLÁUSULA QUINTA – DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO

A **CONTRATADA** fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições estabelecidas neste instrumento, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, sem que haja prejuízos ás partes.

CLÁUSULA SEXTA – DAS PENALIDADES

Na hipótese da **CONTRATADA** não cumprir as obrigações assumidas no presente Contrato, ressalvados os casos fortuitos ou de força maior, devidamente justificados e comprovados a juízo do **CONTRATANTE**, poderão ser aplicadas, conforme a natureza e gravidade da falta cometida, as seguintes sanções, garantida e defesa prévia:

6.1. Advertência;

VISTO JURÍDICO OAB/PE 14656

Hospital do Tricentenário
Rua Farias Neves Sobrinho, 232 Bairro Novo
CEP: 53.120-420 - Olinda - PE
Fone: 0**81-3429 2622 - Fax: 0**81-3429 1010
E-Mail: htri@ciosgica.com.br

6.2. Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor total do Contrato;

CLÁUSULA SETIMA – DA RESCISÃO

Qualquer uma das partes pode rescindir o presente instrumento, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, não cabendo qualquer indenização aos contratantes.

CLÁUSULA OITAVA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos serão resolvidos pelas partes contratantes, de comum acordo.
E por estarem justos e acordados, as partes assinam o presente contrato em 02 (DUAS) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas ao final nomeadas e assinadas.

As partes elegem o foro da Comarca de Olinda/PE, para dirimir qualquer dúvida relativa ao presente contrato, renunciando de logo a quaisquer outros por mais privilegiado que seja.

Vitória de Santo Antão, **01 de abril de 2019.**

CONTRATANTE
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
GIL MENDONÇA BRASILEIRO

CONTRATADA
EMPRESA BIOIMAGEM S/S LTDA – EPP
ANA SOFIA FRANÇA CRUZ XIMENES

Testemunhas

_____
CPF:

_____
CPF:

VISTO JURÍDICO OAB/PE 14658