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@elogica.com.br

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, QUE ENTRE SI CELEBRAM O HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - HOSPITAL EDUARDO CAMPOS E A EMPRESA CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE SÃO VICENTE LTDA, NA FORMA E CONDIÇÕES QUE ESTIPULAM.

Pelo presente instrumento de contrato que entre si celebram de um lado o **HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO / HOSPITAL EDUARDO CAMPOS,** situado na BR 232, Km 418, Serra Talhada, PE, inscrito no CNPJ/MF sob o n° **10.583.920/0011-05,** neste ato representado por Sr. **GIL MENDONÇA BRASILEIRO**, brasileiro, casado, odontólogo, portador da cédula de identidade RG. n° [redacted]SDS -PE e inscrito no CPF sob nº [redacted], residente e domiciliado na Rua [redacted], doravante denominado **CONTRATANTE** e o outro lado a **EMPRESA CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE SÃO VICENTE LTDA,** pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 10.280.543/0001-63, com endereço a Rua Inocêncio Gomes Andrada, 603, Bairro Nossa Senhora da Penha, Serra Talhada, PE, neste ato representada por **CLÓVIS ALVES DE CARVALHO FILHO,** brasileiro, casado, médico, portador do RG sob o nº [redacted]SDS-PE, inscrito no CPF sob o nº [redacted], residente e domiciliado em Serra Talhada/PE, 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 execução pela **CONTRATADA,** de serviços médicos em procedimentos de tomografias computadorizadas e emissão de laudos, bem como outros procedimentos e exames, para pacientes do Hospital Eduardo Campos/Serra Talhada/PE, nas especificações contidas na Tabela de Preços e Procedimentos, que fica integrando o presente instrumento.

PARÁGRAFO ÚNICO – A prestação dos serviços descrita será realizada na sede da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

2.1. Pela execução dos serviços, o **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA,** o valor mensal equivalente ao quantitativo de exames realizados e laudos emitidos, com valor unitário descrito em Tabela de Preços e Procedimentos da **CONTRATADA**, mediante apresentação da Nota Fiscal/Fatura devidamente atestada pelo Setor Competente do **CONTRATANTE.**

2.2. 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 30 (trinta) dias do recebimento da nota fiscal atestada. Para fazer jus ao pagamento, a **CONTRATADA** deverá apresentar todas as competentes certidões de regularidade fiscal (FGTS, gefip, receita federal, estadual e municipal), como condição de recebimento mensal.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Contrato será de 12 (doze) meses, contado da data da sua assinatura, podendo ser renovado, mediante Termo Aditivo.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

Constituem obrigações das partes, sem prejuizo 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 serviços médicos em procedimentos de tomografias computadorizadas e emissão de laudos, bem como demais exames descritos na tabela da **CONTRATADA**, para pacientes do Hospital Eduardo Campos/Serra Talhada/PE para pacientes do **CONTRATANTE,** garantindo resolutividade na consecução do objeto contratado.

4.1.5. Arcar com todas as despesas incidentes sobre o objeto contratado, tais como impostos, taxas e fretes;

4.1.6. Manter em seu Quadro de Pessoal, responsável técnico, registrado no devido órgão de classe, que resguarde o **CONTRATANTE** sobre qualquer reclamação perante a responsabilidade técnica da **CONTRATADA** para execução do objeto contratual.

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

4.1.8. Disponibilizar para direção médica do **CONTRATANTE,** relação de médicos integrantes da **CONTRATADA,** aptos para realizar os procedimentos de tomografias computadorizadas e emitir os laudos.

4.1.9. Prestar os serviços nos termos da cláusula primeira deste contrato, conforme melhor técnica, utilizando todos os seus esforços, conhecimentos e meios a salvaguardar a vida e integridade do paciente, e ficando responsável por indenizar o dano causado ao paciente seja por sua ação ou omissão, em decorrência do serviço prestado.

4.1.10. A **CONTRATADA**, desde já, obriga-se a manter o mais completo e absoluto sigilo em relação a toda e qualquer informação, dados, documento, instruções procedimentos administrativos e operacionais arquivos, dados do **CONTRATANTE**, de seus funcionários e de pessoas por ela atendidas, das quais venham a ter conhecimento ou acesso em razão deste Contrato, não podendo, sob qualquer pretexto, utilizá-las para si, divulgar, revelar, reproduzir ou delas dar conhecimento a terceiros, sem a prévia expressa autorização do **CONTRATANTE**, salvo na medida de necessário para a execução de suas obrigações e prerrogativas conferidas neste Contrato, ou conforme seja exigido pela legislação aplicável ou por determinação de autoridade judicial ou administrativa competente, responsabilizando-se, em caso de descumprimento dessa obrigação assumida por eventuais perdas e danos, lucros cessantes e demais cominações legais.

4.1.11. A **CONTRATADA**, além de guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento contratual, compromete-se a adotas as melhores práticas para respeitar a legislação vigente, inclusive a **Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).**

4.1.12. A **CONTRATADA** obriga-se ao dever de confidencialidade e sigilo de todas as informações e dados pessoais a que tenha acesso por virtude da execução contratual, devendo assegurar-se de que seus colaboradores, consultores, sócios, prestadores de serviço, no exercício de suas funções que tenham acesso e ou conhecimento da informação e/ou dados pessoais tratados, estejam obrigados ao sigilo profissional.

4.1.13. A **CONTRATADA** obriga-se a realizar o tratamento de dados pessoais de acordo com as disposições legais vigentes, inclusive a **Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD),** visando dar efetiva proteção aos dados coletados de pessoas naturais e jurídicas que possam identificá-las e torná-las identificáveis, utilizando-os de tais dados tão-somente para os fins necessários à execução do objeto deste Contrato, ou nos limites do consentimento expressamente manifestado por escrito por respectivos titulares, quando for o caso.

4.1.14. A **CONTRATADA** responsabiliza-se única e exclusivamente sobre a utilização dos dados obtidos por meio do presente Contrato, sendo terminantemente vedada a utilização de tais informações para fins diversos daqueles relativos ao objeto do contrato, bem como outros fins ilícitos, ou que, de qualquer forma, atentem contra moral e os bons costumes.

4.1.14.O sigilo e confidencialidade e as restantes obrigações previstas nessa cláusula deverão permanecer em vigor mesmo após o término da vigência do presente contrato.

4.2. DO CONTRATANTE

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

4.2.2. Ficam designadas como Gestora do Contrato **PATRÍCIA QUEIROZ DE FARIAS CAJUEIRO**, inscrita no CPF sob o nº 034.889.944-06 e como Fiscal do Contrato **FERNANDA BARBOSA DE MELO**, inscrita no CPF sob o nº 039.873.174-85, que assinam o presente contrato com o representante legal do **CONTRATANTE**, com as funções de acompanhar a execução contratual e fiscalizar a correta utilização dos recursos oriundos desta contratação, respectivamente.

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

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

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 às 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;

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 03(três) 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.

Serra Talhada, 01 de janeiro de 2023.

CONTRATANTE
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
GIL MENDONÇA BRASILEIRO

CONTRATADA
EMPRESA CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE SÃO VICENTE LTDA
CLÓVIS ALVES DE CARVALHO FILHO

GESTORA DO CONTRATO
PATRÍCIA QUEIROZ DE FARIAS CAJUEIRO

FISCAL DO CONTRATO
FERNANDA BARBOSA DE MELO

Testemunhas

CPF:

CPF:

Hospital São Vicente
CNPJ 10.280.543/0001-63 - Insc. Estadual - Isenta
.Rua Inocêncio Gomes de Andrada, N. º 603 – centr
Fone (87) 3831-9150 - Serra Talhada - PE
E-mail – hospitalsaovicenteltda@gmail.com.br

PROCEDIMENTOS POR IMAGEM / TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

	Descrição	Valor do Procedimento	Valor do Laudo
1	Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical c/ ou s/ Contraste	R$ 153,04	R$ 59,00
2	Tomografia Computadorizada de Coluna Lombo-Sacra c/ ou s/ Contraste	R$ 178,34	R$ 59,00
3	Tomografia Computadorizada de Coluna Torácica c/ ou s/ Contraste	R$ 153,04	R$ 59,00
4	Tomografia Face/ Seios da Face/ Articulações Temporo-Mandibulares	R$ 153,04	R$ 59,00
5	Tomografia Computadorizada do Pescoço	R$ 153,04	R$ 59,00
6	Tomografia Computadoriza da Sela Turcica	R$ 171,89	R$ 59,00
7	Tomografia Computadorizada do Cranio	R$ 171,89	R$ 59,00
8	Tomografia Computadorizada de Articulações do Membro Superior	R$ 153,04	R$ 59,00
9	TC de Segmentos Apendiculares (Braço,Antebraço,Mão,Coxa,Perna,Pé)	R$ 153,04	R$ 59,00
10	Tomografia Computadorizada de Torax	R$ 240,62	R$ 59,00
11	Tomografia Computadorizada de Abdomem Superior	R$ 244,55	R$ 59,00
12	Tomografia Computadoriza de Articulações de Membro Inferior	R$ 153,04	R$ 59,00
13	Tomografia Computadorizada de Pelve/Bacia/Abdomem Inferior	R$ 244,55	R$ 59,00

Serra Talhada, 02 de agosto de 2022.

Clovis Alves de Carvalho Filho
Superintendente

Hospital São Vicente
CNPJ 10.280.543/0001-63 - Insc. Estadual - Isenta
.Rua Inocêncio Gomes de Andrada, N. º 603 – centr
Fone (87) 3831-9150 - Serra Talhada - PE
E-mail – hospitalsaovicenteltda@gmail.com.br

PROCEDIMENTOS POR IMAGEM / RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

	Descrição	Valor do Procedimento	Valor do Laudo
1	Angioressonância Cerebral	R$ 474,07	R$ 59,00
2	Ressonância Magnética de Articulação Temporo-Mandibular (Bilateral)	R$ 474,07	R$ 59,00
3	Ressonância Magnética de Coluna Cervical/Pescoço	R$ 474,07	R$ 59,00
4	Ressonânia da Coluna Lombo-Sacra	R$ 474,07	R$ 59,00
5	Ressonância Magnética de Coluna Torácica	R$ 474,07	R$ 59,00
6	Ressonânia Magnética do Cranio	R$ 474,07	R$ 59,00
7	Ressonância Magnética de Sela Turcica	R$ 474,07	R$ 59,00
8	Ressonânia Magnética de Membro Superior (Unilateral)	R$ 474,07	R$ 59,00
9	Ressonância Magnética de Torax	R$ 474,07	R$ 59,00
10	Ressonância Magnética de Abdome Superior	R$ 474,07	R$ 59,00
11	Ressonância Magnética da Bacia/Pelve/ Abdomem Inferior	R$ 474,07	R$ 59,00
12	Ressonânia Magnética de Membro Inferior (Unilateral)	R$ 474,07	R$ 59,00
13	Ressonância Magnética de Vias Biliares/Colangiorrenancia	R$ 474,07	R$ 59,00

Serra Talhada, 02 de agosto de 2022.

Clovis Alves de Carvalho Filho
Superintendente

Hospital São Vicente
CNPJ 10.280.543/0001-63 - Insc. Estadual - Isenta
.Rua Inocêncio Gomes de Andrada, N. º 603 – centr
Fone (87) 3831-9150 - Serra Talhada - PE
E-mail – hospitalsaovicenteltda@gmail.com.br

ATENDIMENTOS ESPECIALIZADOS

	Descrição	Valor do Procedimento
1	Assistência Clínica Vascular	R$ 400,00
2	Assistência Clínica Neurólogica	R$ 400,00
3	Assistência Clínica Ortopédica	R$ 400,00
4	Assistência Clínica Urológica	R$ 400,00
5	Assistência Clínica Gastroenterológica	R$ 400,00
6	Assistência Clínica Oftalmológica	R$ 400,00
7	Assistência Clínica Otorrinolaringológica	R$ 400,00
8	Assistência Clínica Ginecológica	R$ 400,00
9	Assistência Clínica Odontológica	R$ 400,00
10	Serviço de Endoscopia Digestiva Alta e Baixa	R$ 400,00

Serra Talhada, 02 de agosto de 2022.

Clovis Alves de Carvalho Filho
Superintendente