

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS , QUE ENTRE SI CELEBRAM
O HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO-UPAE
AFOGADOS DA INGAZEIRA E IC DERMA-
INSTITUTO DE CLÍNICAS E
DERMATOLOGIA LTDA-EPP, NA FORMA E
CONDIÇÕES QUE ESTIPULAM.**

Pelo presente instrumento de contrato que entre si celebram de um lado o **HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO-UPAE AFOGADOS DA INGAZEIRA**, com endereço à Rua Antônio Alves dos Santos, s/nº, Centro, Afogados da Ingazeira, PE, inscrita no CNPJ sob o nº **10.583.920/0006-48**, neste ato representado por **GIL MENDONÇA BRASILEIRO**, portador da cédula de identidade RG. nº 1.006.466 – SDS - PE e CPF nº 122.850.644-20, residente e domiciliado na Rua Carlos Pessoa Monteiro, 197, apto.102, Casa Caiada, Olinda/PE, doravante denominado **CONTRATANTE**, e o outro lado a empresa **IC DERMA-INSTITUTO DE CLÍNICAS E DERMATOLOGIA LTDA- EPP**, estabelecida na Avenida Eduardo Mclain, 440, sala 603, Edifício Cariri- MED CENTER, Bairro Triângulo, Juazeiro do Norte, CE, por seus representantes legais, **CÍCERO INÁCIO DE OLIVEIRA, PEDRO INÁCIO DE OLIVEIRA e ANA MARIA CARRENO VALÉRIO**, 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 de consultas ambulatoriais em dermatologia para pacientes da **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO ÚNICO – – A prestação dos serviços será executada nas dependências da **Unidade Pernambucana de Atenção Especializada- UPAE- Afogados da Ingazeira**, sito à Rua Antônio Alves dos Santos, s/nº, Centro, Afogados da Ingazeira, PE.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

2.1. Pela execução dos serviços, o **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** o valor do quantitativo de consultas realizadas, sendo o valor unitário da consulta R\$40,00 (quarenta reais), tendo como valor de quantitativo total mensal mínimo de **R\$ 8.000,00** (oito mil reais), mediante apresentação da Nota Fiscal/Fatura devidamente atestada pelo Setor Competente do **CONTRATANTE**.

72



2.2. O pagamento correspondente ao objeto deste Contrato, será efetuado preferencialmente através de crédito em conta corrente da **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**, 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 comprovar sua regularidade com a Seguridade Social (CND), devendo apresentar também Certidão de Dívida Ativa da União e Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Contrato será de 01(um) 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 serviços médicos de consultas ambulatoriais em dermatologia para pacientes da **CONTRATANTE**, na **Unidade Pernambucana de Atenção Especializada-UPAE- Afogados da Ingazeira**, devendo atender pacientes, garantindo resolutividade na consecução do objeto contratado, principalmente no que concerne ao bom trato no atendimento prestado aos seus usuários.

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

73



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 **UPAE AFOGADOS DA INGAZEIRA**, 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 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.

74



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.

Afogados da Ingazeira, 01 de outubro de 2014.


CONTRATANTE
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPAC AFOGADOS DA INGAZEIRA
GIL MENDONÇA BRASILEIRO

CONTRATADA
IC DERMA- INSTITUTO DE CLÍNICAS E DERMATOLOGIA LTDA-EPP
CÍCERO INÁCIO DE OLIVEIRA

 2º OFÍCIO

CONTRATADA
IC DERMA- INSTITUTO DE CLÍNICAS E DERMATOLOGIA LTDA-EPP
PEDRO INÁCIO DE OLIVEIRA

 2º OFÍCIO

CONTRATADA
IC DERMA- INSTITUTO DE CLÍNICAS E DERMATOLOGIA LTDA-EPP
ANA MARIA CARRENO VALÉRIO

 2º OFÍCIO

Testemunhas

CPF:

CPF:

Bel. Paulo de Tarso G. Machado Bel. Cícero A. G. Machado • Bel. João G. Machado
Tabelião Substitutos
Cartório Machado Av. Padre Cícero, 2030 • Salesianos • CEP 63050-292 • Telefax: (88) 3511.2042 - 3512.1313 - 3511.1518
2º Ofício E-mail: jnpaulo@uol.com.br • Juazeiro do Norte - CE

RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconheço (POR SEMELHANÇA) a firma de:
CÍCERO INÁCIO DE OLIVEIRA, PEDRO INÁCIO DE OLIVEIRA NETO e ANA MARIA
CARRENO VALÉRIO. Em testemunho da verdade. Dou fé.
Juazeiro do Norte-Ceará, 27/11/2014.

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

MARIA REGINA GONDIM MACHADO COUTO
Confira os dados do ato.
[EM:2.00][RE:13][SE:0.78][FA:0.10][SS:0.04][TT:06]
Bel. Paulo de Tarso G. Machado Bel. Cícero A. G. Machado Bel. João G. Machado Maria Regina G. Machado Couto

