



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS,
QUE ENTRE SI CELEBRAM O INSTITUTO
SOCIAL DAS MEDIANEIRAS DA PAZ E CENTRO
HOSPITALAR ESPECIALIZADO DE ARARIPINA
LTDA, NA FORMA E CONDIÇÕES QUE
ESTIPULAM.**

Pelo presente instrumento de contrato que entre si celebram de um lado o **INSTITUTO SOCIAL DAS MEDIANEIRAS DA PAZ**, com endereço à Rua Teobaldo Gomes Torres, 510, Centro, Ouricuri /PE, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 10.739.225/0018-66, neste ato representado por **MARIA LUÍZA MOTA DA SILVA**, brasileira, solteira, portadora da cédula de identidade RG. nº 1.026.899 – SSP - SE e inscrita no CPF sob o nº 556.490.095-20, residente e domiciliada na Rua Vereador José Barreto de Alencar, 450, Centro, Araripina, PE, doravante denominado **CONTRATANTE**, e o outro lado a **CENTRO HOSPITALAR ESPECIALIZADO DE ARARIPINA LTDA**, com endereço na Rua Pedro José Rodrigues, s/nº, Centro, Araripina, PE, inscrita no CNPJ sob o nº 07.796.296/0001-48, neste ato representada por **LETÍCIA MARIA QUEIROZ VALGUEIRO DE ANDRADE**, brasileira, solteira, empresária, inscrita no CPF/MF sob o nº 035.452.384-82, 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 tomografias computadorizadas, para os pacientes do **HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA/OURICURI**, com mão de obra especializada, além de emissão do laudo de resultado dos referidos exames, bem como disponibilização de responsável técnico pela execução dos serviços contratados, sendo vedada a subcontratação, cuja **TABELA DE PREÇOS** consta na proposta da **CONTRATADA**, que faz parte integrante do presente instrumento.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

2.1. Pela execução dos serviços, objeto deste Contrato, o **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** o valor mensal equivalente ao quantitativo dos exames realizados, conforme tabela, cuja cópia da Tabela segue em anexo, 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 DO BRASIL**, ou qualquer instituição bancária indicada pela **CONTRATADA**. Para fazer jus ao pagamento mensal, a **CONTRATADA** deverá comprovar sua regularidade com a Seguridade Social (CND), GEFIP, devendo apresentar também Certidão de Dívida Ativa da União e Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais, até o 5º dia útil do mês subsequente.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Contrato será de 30 (trinta) dias, 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. Recolher todos os encargos sociais, previdenciários e trabalhistas, sendo que a **CONTRATANTE** não manterá nenhum vínculo empregatício com os funcionários da **CONTRATADA**.

4.1.4. Disponibilizar equipe devidamente treinada, capacitada e habilitada para execução dos exames de tomografias computadorizadas, se responsabilizando pela gestão técnica dos serviços que prestar, bem como pelos atos de seus profissionais envolvidos, além de indicar responsável técnico.

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

4.1.6. Realizar exames de tomografias computadorizadas para os pacientes do **HOSPITAL**, após solicitação do médico assistente, cumprindo todas as regras sobre o sigilo médico no tocante ao resultado dos exames, com realização dos procedimentos e sua entrega conforme prazo acordado com a Direção do Hospital.

4.1.7. Responder por qualquer procedimento fiscalizatório e eventual infração apurada por órgãos de fiscalização a si imputáveis em razão da realização dos serviços, seja de defesa do consumidor, órgãos governamentais sanitários dentre outros.

4.1.8. Manter em dia toda documentação referente à regularidade fiscal e licenças específicas em relação à atividade executada.

4.1.9. 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 expressa 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.



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

4.1.11. 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.

4.1.12. 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.

4.1.13. 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. Designar servidor ou comissão composta por servidores do **INSTITUTO SOCIAL DAS MEDIANEIRAS DA PAZ / HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA**, 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. Suspender o presente contrato caso haja qualquer fato superveniente, caso fortuito ou força maior. Também poderá ser suspenso ou extinto por determinação da Secretaria Estadual de Saúde.

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.



Instituto Social das
MEDIANEIRAS DA PAZ
ISMEP



**HOSPITAL REGIONAL
FERNANDO BEZERRA**



CLÁUSULA SEXTA – DA RESCISÃO

Qualquer uma das partes pode rescindir o presente instrumento, com antecedência mínima de 10(dez) dias, não cabendo qualquer indenização aos contratantes.

CLÁUSULA SETIMA – 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 Araripina/PE, para dirimir qualquer dúvida relativa ao presente contrato, renunciando de logo a quaisquer outros por mais privilegiado que seja.

Ouricuri, 01 de setembro de 2022.


Maria Luiza Mota de Silva
DIRETORA GERAL
Hospital Regional F. Bezerra

CONTRATANTE
INSTITUTO SOCIAL DAS MEDIANEIRAS DA PAZ
MARIA LUIZA MOTA DA SILVA

LETICIA MARIA QUEIROZ
VALGUEIRO DE
ANDRADE:03545238482

Assinado de forma digital por
LETICIA MARIA QUEIROZ VALGUEIRO
DE ANDRADE:03545238482
Dados: 2023.01.30 10:44:36 -03'00'

CONTRATADA
CENTRO HOSPITALAR ESPECIALIZADO DE ARARIPINA LTDA
LETÍCIA MARIA QUEIROZ VALGUEIRO DE ANDRADE

Testemunhas:

1. Felipe Mateus A. Silva CPF: 121.303.734-45

2. _____ CPF: _____

PROPOSTA DE PREÇOS

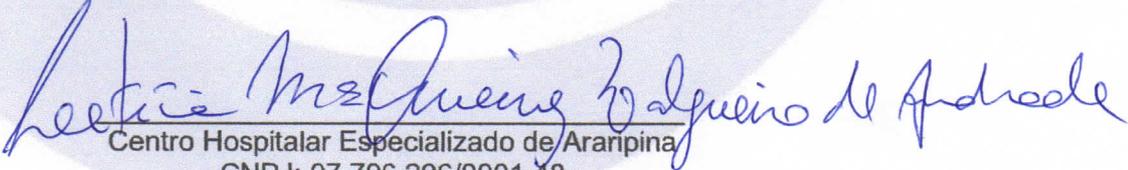
Ao HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA

Prezado senhor, em resposta a sua solicitação, segue proposta de preços da empresa IMEDIATA CLÍNICA DE SAÚDE E IMAGEM, Razão Social: CENTRO HOSPITALAR ESPECIALIZADO DE ARARIPINA LTDA, CNPJ 07.796.296/0001-48, para realização dos serviços abaixo relacionados:

TOMOGRAFIA EXAMES	HORARIOS	VALOR	
		SEM CONTRASTE	COM CONTRASTE
CRANIO	24 HORAS.	R\$ 275,00	R\$ 375,00
ANGIOTOMOGRAFIA CEREBRAL	24 HORAS.	-----	R\$ 475,00
FACE	24 HORAS.	R\$ 275,00	R\$ 375,00
MASTOIDE	24 HORAS.	R\$ 275,00	R\$ 375,00
PESCOÇO	24 HORAS.	R\$ 275,00	R\$ 375,00
CERVICAL	24 HORAS.	R\$ 275,00	R\$ 375,00
TORAX	24 HORAS.	R\$ 275,00	R\$ 375,00
TEP	24 HORAS.	R\$ 275,00	R\$ 375,00
ABD SUPERIOR	24 HORAS.	R\$ 275,00	R\$ 375,00
ABD TOTAL	24 HORAS.	R\$ 550,00	R\$ 650,00
PELVE	24 HORAS.	R\$ 275,00	R\$ 375,00
ANGIO ABDOMINAL	24 HORAS.	-----	R\$ 800,00
ENTEROTOMOGRAFIA	24 HORAS.	-----	R\$ 1100,00
VIAS URINARIAS	24 HORAS.	R\$ 550,00	R\$ 650,00
UROTOMOGRAFIA	24 HORAS.	R\$ 550,00	R\$ 650,00
COLUNA LOMBAR	24 HORAS.	R\$ 275,00	R\$ 375,00
COLUNA TORACICA OU DORSAL	24 HORAS.	R\$ 275,00	R\$ 375,00
ART. MAO,PE,JOELHO.TORNOZELO	24 HORAS	R\$ 275,00	R\$ 375,00
PUNHO,OMBRO,COTOVELO ETC	24 HORAS.	R\$ 275,00	R\$ 375,00

Araripina - PE 01de Setembro de 2022

Atenciosamente,



Centro Hospitalar Especializado de Araripina
CNPJ: 07.796.296/0001-48
LETICIA MARIA QUEIROZ VALGUEIRO DE ANDRADE
Sócio/ Gestor