

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE  
SERVIÇOS , QUE ENTRE SI CELEBRAM  
O HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO /  
BRITES DE ALBUQUERQUE E A EMPRESA  
CONSULT LAB LABORATÓRIO DE  
ANÁLISES CLÍNICAS LTDA, NA FORMA E  
CONDIÇÕES QUE ESTIPULAM.**

Pelo presente instrumento de contrato que entre si celebram de um lado o **HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO/BRITES DE ALBUQUERQUE**, com endereço à Avenida Pan Nordestina, 4215, Cidade Tabajara, Olinda, PE, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.583.920/0005-67, neste ato representado por **GIL MENDONÇA BRASILEIRO**, brasileiro, casado, odontólogo, 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, Bairro Casa Caiada, Olinda/PE, doravante denominado **CONTRATANTE**, e o outro lado a **EMPRESA CONSULT LAB LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDA**, estabelecida na Rua Professor Cândido Pessoa, 123, Bairro Novo, Olinda, PE, inscrita no CNPJ sob nº 31.145.185/0001-56, por seu representante legal, Sr. **REINALDO ALVES CARNEIRO DE ALBUQUERQUE**, brasileiro, casado, portador do CPF sob o nº 095.118.654-04, 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 laboratoriais com realização de coleta e processamento dos exames diagnósticos no segmento de análises clínicas, no fornecimento de equipamentos e insumos, 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 à subcontratação.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – Os serviços supracitados serão executados nas dependências da sede da **MATERNIDADE BRITES DE ALBUQUERQUE**, sito à Avenida Pan Nordestina, 4215, Cidade Tabajara, Olinda, PE, sob gerenciamento do **CONTRATANTE**.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - A proposta comercial da **CONTRATADA** é parte integrante do presente contrato, que dispõe sobre a contratação de equipe composta de biomédicos, técnicos de laboratório e flebotomistas, atuando em regime de 24(vinte e quatro) horas por dia, incluindo sábados, domingos e feriados.

**PARÁGRAFO TERCEIRO-** Serão disponibilizados equipamentos de propriedade da **CONTRATADA**, automatizados, no setor de Bioquímica, Hematologia, Coagulação e Eletrófilos, que venham a abranger a rotina da Unidade Hospitalar.

**PARÁGRAFO QUARTO-** Será permitido à **CONTRATANTE** o acesso ao sistema de laudos para a liberação dos resultados on line.

**PARÁGRAFO QUINTO-** Fará parte integrante deste contrato, instrumento de cessão do espaço físico pertencente à **CONTRATANTE** para processamento dos exames que serão exclusivos para os pacientes da **CONTRATANTE**, sendo vedado o processamento/operacionalização de exames de pacientes que não sejam da **CONTRATANTE** nesse espaço físico.

## CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

2.1. Pela realização dos exames e atividades contratadas, objeto deste Contrato, o **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** o valor mensal equivalente ao quantitativo exames realizados no preço da Tabela do SUS, 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**. 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.

2.3. A **CONTRATANTE** remunerará a **CONTRATADA** pelos serviços baseada na Tabela SUS, sendo que os exames que não constam na Tabela do SUS serão faturados com base em valores previamente acordados pelas partes.

2.3.1. Os exames de culturas automatizadas (**hemocultura, urocultura, culturas em geral/SWABS**) e **dosagem de troponina, CPK e CKMB**, serão remunerados com o valor:

Valor unitário das culturas : R\$ 35,00 (trinta e cinco reais).

Valor unitário de dosagem de troponina : R\$ 15,00 (quinze reais).

Valor unitário de dosagem de CPK e CKMB: R\$ 8,00 (oito reais).

2.4. Os exames serão coletados nos pacientes, por técnicos da **CONTRATADA** e será realizada a análise clínica patológica pelos técnicos da **CONTRATADA**.

MARCELA MORENO  
GALDINO  
MARQUES:08918568460

Assinado de forma digital por  
MARCELA MORENO GALDINO  
MARQUES:08918568460  
Dados: 2020.05.04 07:27:35 -03'00'

2.5. Os valores dos exames previstos na **TABELA SUS** serão reajustados conforme atualização oficial, ao passo que os demais exames poderão sofrer reajustes desde que pactuados entre as partes.

### CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Contrato será de 05 ( cinco ) meses, 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. Recolher todos os encargos sociais, previdenciários e trabalhistas, sendo que a **CONTRATANTE** não manterá nenhum vínculo empregatício com os funcionários da **CONTRATADA**.

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

4.1.6. Apresentar mensalmente, junto com a Nota Fiscal/Fatura dos serviços os comprovantes de recolhimento de **INSS e FGTS**.

4.1.7. Arcar com todas as despesas incidentes sobre o objeto contratado, tais como impostos, taxas e fretes, bem como toda logística envolvida para a realização dos serviços de apoio diagnóstico, inclusive o transporte do material biológico.



4.1.8. 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.

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

4.1.10. Fornecer à **CONTRATANTE** os equipamentos, insumos e materiais necessários ao funcionamento do serviço.

4.1.11. Realizar todos os serviços de exames laboratoriais da **CONTRATANTE**, cumprindo todas as regras sobre o sigilo médico no tocante ao resultado dos exames.

4.1.12. Manter cobertura diária, todos os dias, inclusive feriados, com realização dos exames e sua entrega imediata.

4.1.13. Disponibilizar para direção médica da **CONTRATANTE**, relação dos profissionais da **CONTRATADA** e responsável técnico para controle efetivo e sempre que houver mudança de profissional manter a direção médica ciente do novo quadro técnico.

4.1.14. Terá um espaço físico cedido para funcionamento do Posto de Coleta.

4.1.15. 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.

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

## 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 **HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO/BRITES DE ALBUQUERQUE**, 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.

## 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;

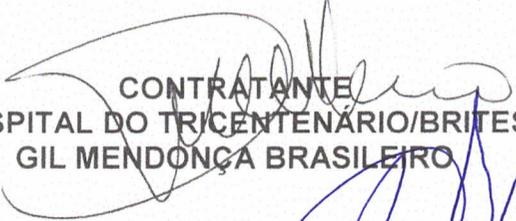
#### **CLÁUSULA SETIMA – DA RESCISÃO**

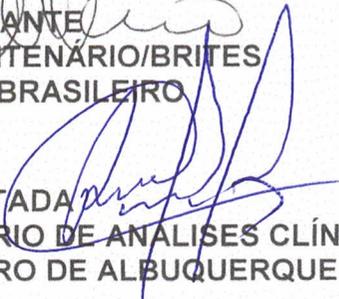
Qualquer uma das partes pode rescindir o presente instrumento, com antecedência mínima de 30(trinta) dias, não cabendo qualquer indenização aos contratantes.

#### **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.

Olinda, 08 de abril de 2020.

  
**CONTRATANTE**  
**HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO/BRITES**  
**GIL MENDONÇA BRASILEIRO**

  
**CONTRATADA**  
**EMPRESA CONSULT LAB LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDA**  
**REINALDO ALVES CARNEIRO DE ALBUQUERQUE**

Testemunhas

\_\_\_\_\_ CPF:

\_\_\_\_\_ CPF: