

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES CONTRATANTES

CONTRATANTE: **INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**, pessoa jurídica de direito privado com sede na Rua: Emygdia Campolim, 131 Parque Campolim, Sorocaba/SP, inscrita no CNPJ sob o número 09.268.215/0001-62, neste ato representado por seu representante legal Sr. João Gilberto Rocha Gonçalves, inscrito no CPF sob nº106.006.248-89 ao final assinado, doravante denominada simplesmente CONTRATANTE.

Os Serviços serão prestados através de demanda UPA-CIC - Rua: Senador Accioly Filho, 3370 - Cidade Industrial, Curitiba/PR, referente ao contrato de gestão nº 495, entre INCS e Prefeitura Municipal de Curitiba.

CONTRATADA: **ATUAL – DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA - ME**, pessoa jurídica de Direito privado, inscrito no CNPJ sob o número 26.074.214.214/0001-04 com endereço a Avenida João Gualberto, 1946, Juvevê. Curitiba /PR, neste ato representado por seu representante legal Sr. Fernando Parchen Gibran, inscrito no CPF sob nº036.927.709-01, doravante denominada CONTRATADA.

Pelo presente instrumento particular, as partes acima identificadas têm entre si, certo e ajustado o presente contrato de Prestação de Serviços Médicos e Exames, mediante as cláusulas e condições abaixo mencionadas.

Cláusula Primeira - Do Objeto:

1.1 A **CONTRATADA** prestará serviços médicos em Exames, em suas dependências por seu quadro técnico – profissional aos Clientes/Pacientes da **CONTRATANTE**, mediante apresentação de guia de autorização emitida pela **CONTRATANTE**, os exames serão previamente agendadas via telefone nas dependências da contratada de acordo com sua capacidade de atendimento nos dias e horários por ela fornecidos.

Cláusula Segunda - Do Faturamento:

2.1 A **CONTRATADA** deverá enviar as faturas referentes aos serviços prestados do primeiro ao último dia útil do mês acompanhado de relatório de atendimento, das autorizações e nota fiscal e até o dia 05 do mês subsequente.

2.2 A Contratante efetuará o pagamento das faturas até o dia 20 do mês subsequente.

2.3. Em caso de atraso, incidirá sobre a fatura multa de 2% (dois por cento), além de correção monetária pelo IGP-M e juros moratórios de 1% ao mês, pro rata.

2.4 Caso ocorram glosas por parte da **CONTRATANTE**, esta deverá justificar e informar a **CONTRATADA** mediante documento por escrito a qual terá um prazo de 15 dias para interpor recurso.

2.5. O recurso deverá ser julgado em até 05 dias após a sua interposição, sob pena de se presumir a sua aceitação e a obrigação de pagar o valor glosado.

Cláusula Terceira – Da Remuneração:

3.1 A **CONTRATADA** será remunerada pelos serviços médicos prestados aos Clientes/ Pacientes da **CONTRATANTE**.

3.2 Os valores dos procedimentos realizados na **ATUAL – DIAGNOSTICO POR IMAGEM – ME** obedecerão à tabela Anexo I a qual é parte integrante deste contrato.

3.3 A **CONTRATANTE** não se responsabilizará pelo pagamento de débitos com despesas realizadas pelos Clientes/ Pacientes que não sejam as constantes na cláusula primeira deste contrato.

3.4. A **CONTRATADA** emitirá Nota Fiscal diretamente para a **CONTRATANTE**, e em hipótese alguma emitirá notas ou recibos para os seus Clientes/ Pacientes, de quem estará proibida de receber quaisquer valores pelos serviços prestados.

Cláusula Quarta - Das obrigações das Partes:

4.1 Contribuir para que os seus profissionais desempenhem suas atribuições de acordo com o Código de Ética de suas respectivas classes, e garantir que os mesmos estejam devidamente habilitados sem seus respectivos Conselhos Regionais, bem como perante aos órgãos públicos e privados competentes, sob as penas da Lei;

4.2 A **CONTRATADA** proporcionará aos Clientes/Pacientes da **CONTRATANTE** a mesma assistência dispensada aos seus clientes particulares não havendo restrições, discriminações tampouco privilégios não concedidos aos clientes particulares ou de outros convênios.

4.3 A **CONTRATANTE** deverá agir de boa-fé com o propósito de atingir aos melhores objetivos do presente Contrato, e deverá ressarcir à **CONTRATADA** caso ela venha a ser acionada judicialmente por qualquer beneficiário em razão de falhas na observância deste Contrato que possam ser imputadas ao **CONTRATANTE**.

4.4 A **CONTRATADA** responsabilizar-se-á perante os Clientes/ Pacientes do **CONTRATANTE** tão somente no que diz respeito à qualidade do atendimento médico, consulta ou exame propriamente dito, e não responderá por quaisquer fatos decorrentes da relação deles com o **CONTRATANTE**.

Cláusula Quinta - Do Reajuste:

5.1 Os reajustes dos valores pactuados no presente contrato poderão ser negociados entre as partes, respeitada a periodicidade mínima de 12 (doze) meses, contados da vigência do presente contrato.

Cláusula sexta - Da Vigência:

6.1 O presente Contrato tem o prazo de 12 (doze) meses, com início na assinatura deste Instrumento, podendo ser renovado automaticamente.

6.2. O presente Contrato não poderá ser cedido estendido ou transferido a terceiros sem o prévio e expresso consentimento da outra parte.

Cláusula Sétima - Da Rescisão:

7.1 Este contrato poderá ser rescindido, por qualquer das partes, a qualquer tempo, independentemente de interpelação judicial e sem cabimento de qualquer indenização, bastando para tanto comunicação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias à parte interessada, ficando as partes cientes de que a CONTRATADA estará desobrigada de qualquer atendimento a partir do 31º dia posterior à notificação, mesmo que o associado se apresente com guia liberada.

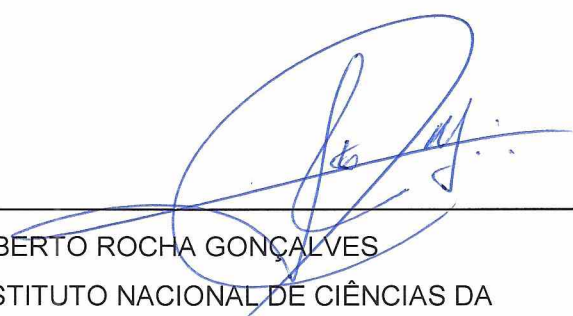
7.2. Os compromissos financeiros relacionados aos atendimentos feitos dentro do prazo de vigência e de carência deverão ser honrados pela CONTRATANTE até o dia 10 do mês subsequente ao encerramento definitivo do convênio.

Cláusula Oitava - Do Foro:

Fica eleito o Foro da Comarca Curitiba, Estado do Paraná, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas da interpretação ou execução deste Contrato.

E por estarem justas e acordadas, as partes contratantes assinam o presente contrato juntamente com 02 (duas) testemunhas, em 02(duas) vias de igual teor e forma, para um só fim legal.

Curitiba, 13 DE SETEMBRO de 2018.




JOÃO GILBERTO ROCHA GONÇALVES
INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE

CONTRATANTE




ATUAL - DIAGNÓSTICO POR IMAGEM LTDA-ME




FERNANDO PARCHEN GIBRAN
ATUAL – DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA - ME
CONTRATADA

Testemunhas:



Nome: Eduardo Cantieri
RG: 6.172.415-9
CPF: 007.031.639-22



Nome: Fernando Gibran
RG: 47.726.226-0
CPF: 329.217.808-73

 TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO CIVIL
TITULAR: GIOYANA MANFRON DA FONSECA MANGLIA
Av. Anita Garibaldi, 1250 – Cabral – Curitiba/PR – CEP: 80540-400
Tel: (41) 3077-3008 - www.cartoriodabarreirinha.com.br

Selo nº: HEK67 . 9b47a . EehYk - TZMfG . vxtlz
Valide esse selo em <http://funarpen.com.br>
Em: R\$4,19 Selo: R\$0,60 Fun: R\$1,06 ISS: R\$0,17 Fadop: R\$0,21
Curitiba-PR, 18 de Setembro de 2018 - 15:19:10h.

Reconheço por SEMELHANÇA a(s) firma(s) de
[0209738] - FERNANDO PARCHEN GIBRAN

Dou fé. Em test. da Verdade


SIRLEY FATIMA DE ALMEIDA CUNICO - ESCRIVENTE (053)




Tabela de Valores

ULTRASSONOGRAFIA ABDOME SUPERIOR (FIGADO OU VIAS BILIARES OU VESICULA OU PANCREAS OU BAÇO)	R\$ 65,00
ULTRASSONOGRAFIA APARELHO URINÁRIO FEMININO (RINS OU URETERES OU BEXIGA)	R\$ 65,00
ULTRASSONOGRAFIA APARELHO URINÁRIO MASCULINO (RINS OU URETERES OU BEXIGA OU PROSTATA)	R\$ 65,00
ULTRASSONOGRAFIA ABDOME INFERIOR FEMININO (BEXIGA OU UTERO OU OVARIO OU ANEXOS)	R\$ 65,00
ULTRASSONOGRAFIA ABDOME INFERIOR MASCULINO (BEXIGA OU PROSTATA OU VESICULAS SEMINAIS)	R\$ 65,00
ULTRASSONOGRAFIA ABDOME TOTAL (INCLUI ABDOME INFERIOR)	R\$ 80,00
ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES - PUNHO, COTOVELO, OMBRO, JOELHO, TORNOZELO CADA UM	R\$ 65,00
ULTRASSONOGRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS OU MUSCULO)	R\$ 65,00
ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS	R\$ 65,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 50,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA 1 TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	R\$ 55,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA GESTAÇÃO MULTIPLA COM DOPPLER COLORIDO (CADA)	R\$ 100,00
ULTRASSONOGRAFIA RETROPERITÔNIO (GRANDES VASOS OU ADRENAIS)	R\$ 65,00
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (INCLUI ABDOME INFERIOR FEMININO)	R\$ 65,00
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R\$ 65,00
ULTRASSONOGRAFIA DE ÓRGÃOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE OU ESCROTO OU PENIS OU CRANIO)	R\$ 65,00
ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL	R\$ 65,00
ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	R\$ 135,00
ULTRASSONOGRAFIA DERMATOLÓGIA - PELE	R\$ 65,00
ULTRASSONOGRAFIA GLANDULAS SALIVARES	R\$ 65,00
ULTRASSONOGRAFIA GLOBO OCULAR BILATERAL - SEMPRE COMPARATIVO	R\$ 65,00
ULTRASSONOGRAFIA GLOBO OCULAR COM DOPPLER COLORIDO BILATERAL	R\$ 110,00
ULTRASSONOGRAFIA HISTEROSONOGRAFIA	R\$ 90,00
ULTRASSONOGRAFIA PROSTATA TRANSRETAL INCLUI ABDOMEN SUPERIOR MASC	R\$ 75,00
ULTRASSONOGRAFIA TIREOIDE	R\$ 65,00
ULTRASSONOGRAFIA TIREOIDE COM DOPPLER	R\$ 135,00
ULTRASSONOGRAFIA ENDORRETAL BI PLANO (PARA ESTADIAMENTO DE TUMOR NO RETO)	R\$ 90,00
ULTRASSONOGRAFIA ESTADIAMENTO PARA ENDOMETRIOSE PROFUNDA	R\$ 150,00
ULTRASSONOGRAFIA TRIDIMENSIONAL (3D/4D) GEMELAR UM FETO	R\$ 350,00
ULTRASSONOGRAFIA TRIDIMENSIONAL (3D/4D) UM FETO	R\$ 250,00
ULTRASSONOGRAFIA GESTAÇÃO GEMELAR	R\$ 60,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA MORFOLÓGICA CADA FETO	R\$ 50,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 97,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 55,00
<hr/>	
DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR	R\$ 135,00
DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA INFERIOR	R\$ 135,00
DOPPLER COLORIDO DE ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA	R\$ 135,00
DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CAROTIDAS E VERTEBRAIS)	R\$ 135,00
DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL (SUBCLAVIAS E JUGULARES)	R\$ 135,00
DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR CADA	R\$ 140,00
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR CADA	R\$ 120,00
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR CADA	R\$ 120,00
DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAS - 2 EXAMES JUNTOS	R\$ 140,00
DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILIACAS	R\$ 140,00
DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA	R\$ 150,00
DOPPLER COLORIDO DE MEMBRO SUPERIOR CADA	R\$ 135,00
DOPPLER COLORIDO PENIANO SEM FARMACO	R\$ 135,00
DOPPLER COLORIDO PENIANO COM FARMACO	R\$ 145,00
DOPPLER COLORIDO TRANSCRANIANO OU TRANSFONTANELA	R\$ 120,00
DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS VISCERAIS	R\$ 150,00
<hr/>	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO SEM CONTRASTE	R\$ 170,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO COM CONTRASTE	R\$ 270,00

TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU ORELHAS	R\$ 170,00
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE FACE OU SEIOS DA FACE SEM CONTRASTE	R\$ 170,00
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE FACE OU SEIOS DA FACE COM CONTRASTE - ESTADIAMENTO DE TUMOR	R\$ 270,00
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES	R\$ 170,00
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE E FARINGE) SOMENTE COM CONTRASTE	R\$ 170,00
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX SEM CONTRASTE	R\$ 170,00
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX COM CONTRASTE	R\$ 270,00
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, PELVE E RETROPERITÔNIO) OU ENTEROTOMOGRÁFIA SOMENTE COM CONTRASTE	R\$ 325,00
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR SOMENTE COM CONTRASTE	R\$ 270,00
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE OU BACIA	R\$ 170,00
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 170,00
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL	R\$ 170,00
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBAR	R\$ 170,00
TOMOGRÁFIA APARELHO URINÁRIO COM CONTRASTE	R\$ 270,00
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO (ESTERNOCLAVICULAR OU OMBRO OU COTOVELO OU PUNHO OU SACROILÍACAS CADA)	R\$ 170,00
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRACO OU ANTEBRACO OU MAO OU COXA OU PERNA OU PE)	R\$ 170,00
TOMOGRÁFIA ESCANOMETRIA DIGITAL SEMPRE BILATERAL	R\$ 179,00
TOMOGRÁFIA JOELHOS COM PROTOCOLO DE LYON BILATERAL	R\$ 170,00
TOMOGRÁFIA ÓRBITAS SEM CONTRASTE	R\$ 170,00
TOMOGRÁFIA ÓRBITAS COM CONTRASTE	R\$ 270,00
TOMOGRÁFIA SELA TURSIKA	R\$ 170,00