

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 Gonzalez, 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: CLIPAR- CLÍNICA PARANAENSE DE RADIOLOGIA S/S LTDA, pessoa jurídica de Direito privado, inscrito no CNPJ sob o número 77.795.003/0002-74 com endereço a Praça Rui Barbosa, 245 Centro- Curitiba/PR CEP 80.010-030 neste ato representado por seu representante legal Dr. Maurizio Pedrazzani, Sócio-Proprietário inscrito no CPF sob nº110.382.339-68, RG. 506.176 doravante denominada CONTRATADA.

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

Cláusula Primeira - Do Objeto:

1.1 A **CONTRATADA** prestará serviços em Exames de Imagens, 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 agendados via telefone nas dependências da contratada de acordo, nos dias e horários por ela fornecidos:

08hrs às 12hrs e das 14hrs às 18hrs segunda à sexta.

Sábados: 08hrs as 12hrs.

Das 19 às 07hrs de segunda a segunda inclusive nos finais de semana e feriados.

O Acesso para entrada de Ambulância pela Rua: Visconde de Guarapuava, outros acessos da-se pela Praça Rui Barbosa. Anexo ao Hospital Santa Casa.

Telefones para pré- agendamentos dos Exames de Imagens:

- 1) (41) 3207-3215
- 2) (41) 3232-6131

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 de Imagens prestados aos Clientes/ Pacientes da **CONTRATANTE**.
- 3.2 Os valores dos procedimentos realizados na **CLIPAR - CLINICA PARANAENSE DE RADIOLOGIA S/S LTDA** obedecerão à tabela Anexo I a qual é parte integrante deste contrato.
- 3.3 *Os exames realizados no período após as 18hrs de segunda à sexta, sábados, domingos e feriados terão valores acrescidos conforme tabela ANEXO I deste contrato.*

3.4 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;

42 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.

43 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.

44 A CONTRATADA responsabilizar-se-á perante os Clientes/ Pacientes do CONTRATANTE tão somente no que diz respeito à qualidade do atendimento médico, em exame de Imagem 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:

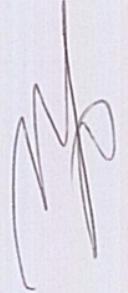
6.1 O presente Contrato tem o prazo de 12 (doze) meses, com início na assinatura deste Instrumento, podendo ser renovado automaticamente.

6.2. O presente Contrato não poderá ser cedido estendido ou transferido a terceiros sem o prévio e expresse 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.

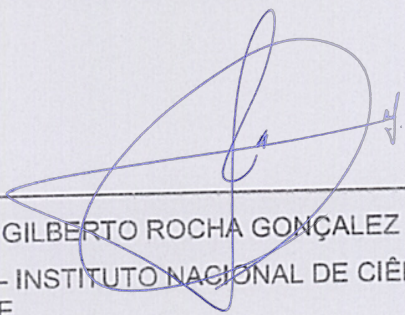


Cláusula Oitava - Do Foro:

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

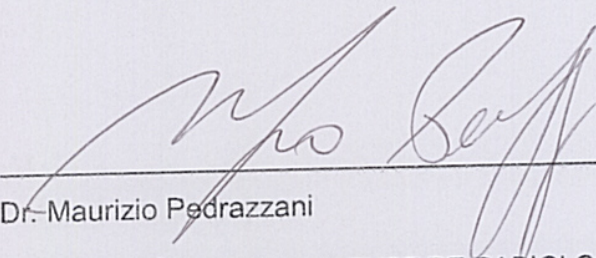
E por estarem justas e acordadas, as partes contratantes assinam o presente contrato juntamente com 02 (duas) testemunhas, em 02(duas) vias de igual teor e forma, para um só fim legal.

Curitiba, 01 de Setembro de 2018.



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

CONTRATANTE



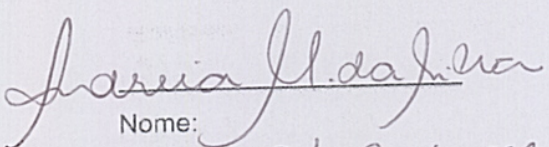
Dr. Maurizio Pedrazzani

CLIPAR- CLÍNICA PARANAENSE DE RADIOLOGIA
S/S LTDA

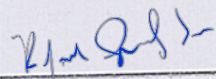
CONTRATADA

Clínica Paranaense de Radiologia
Praça Rui Barbosa, 245
Curitiba – Paraná
CNPJ: 77.795.003/0002-74
Fone/Fax: (41) 3232-6131

Testemunhas:



Nome: Maria J. da Silva
RG: 5.623.459-04 RR
CPF: 855.744.309.91



Nome: Rafael de Souza
RG: 42.220.000
CPF: 379.212.808.79

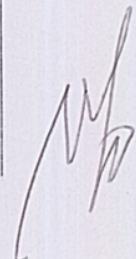
em branco

Mh

Tabela de Valores

ULTRASSONOGRAFIA - Horários conforme escala Médica

40901033	ULTRASSONOGRAFIA GLANDULAS SALIVARES (TODAS)	R\$ 60,00
40901130	ULTRASSONOGRAFIA ABDOME SUPERIOR (FIGADO OU VIAS BILIARES OU VESICULA OU PANCREAS OU BAÇO)	R\$ 60,00
40901157	ULTRASSONOGRAFIA APARELHO URINÁRIO FEMININO (RINS OU URETERES OU BEXIGA)	R\$ 60,00
40901165	ULTRASSONOGRAFIA APARELHO URINÁRIO MASCULINO (RINS OU URETERES OU BEXIGA OU PROSTATA)	R\$ 60,00
40901181	ULTRASSONOGRAFIA ABDOME INFERIOR FEMININO (BEXIGA OU UTERO OU OVARIO OU ANEXOS)	R\$ 60,00
40901173	ULTRASSONOGRAFIA ABDOME INFERIOR MASCULINO (BEXIGA OU PROSTATA OU VESICULAS SEMINAIS)	R\$ 60,00
40901122	ULTRASSONOGRAFIA ABDOME TOTAL (INCLUI ABDOME INFERIOR)	R\$ 60,00
40901220	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES	R\$ 60,00
40901211	ULTRASSONOGRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS OU MUSCULO)	R\$ 60,00
40901114	ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS	R\$ 60,00
40901238	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 60,00
40901297	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA 1 TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	R\$ 60,00
40901289	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA GESTAÇÃO MULTIPLA COM DOPPLER COLORIDO (CADA)	R\$ 60,00
40901149	ULTRASSONOGRAFIA RETROPERITONIO (GRANDES VASOS OU ADRENAIS)	R\$ 60,00
40901300	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (INCLUI ABDOME INFERIOR FEMININO)	R\$ 60,00
40901203	ULTRASSONOGRAFIA DE ÓRGÃOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE OU ESCROTO OU PENIS OU CRANIO)	R\$ 60,00
40901270	ULTRASSONOGRAFIA GESTAÇÃO MULTIPLA: CADA FETO	R\$ 60,00
40901505	OBSTETRICA PERFIL BIOFISICO FETAL	R\$ 60,00
40901246	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 60,00
40901254	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 60,00



TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA Horário 08hrs as 18hrs

41001010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO OU SELA TURSICA OU ORBITAS	R\$ 135,00
41001028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU ORELHAS	R\$ 135,00
41001036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE OU SEIOS DA FACE	R\$ 135,00
41001044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES TEMPOROMANDIBULARES	R\$ 135,00
41001060	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREOIDE E FARINGE)	R\$ 135,00
41001079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 190,00
41001095	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, PELVE E RETROPERITONIO)	R\$ 190,00
41001109	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 135,00
41001117	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE OU BACIA	R\$ 135,00
41001125	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR (ATE 3 SEGMENTOS)	R\$ 135,00
41001141	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACAO (ESTERNOCLAVICULAR OU OMBRO OU COTOVELO OU PUNHO OU SACROILIACAS OU COXOFEMORAL OU JOELHO)	R\$ 189,00
41001150	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRACO OU ANTEBRACO OU MAO OU COXA OU PERNA OU PE)	R\$ 135,00
41001133	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA - SEGMENTO ADICIONAL	R\$ 135,00
	TOMOGRAFIA COM A UTILIZACAO DE USO DE CONTRASTE AGRESCIMO POR EXAME	R\$ 58,00

ADICIONAL PARA USO DE CONTRASTE

R\$ 50,00

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA Horário 19hrs as 07hrs

41001010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO OU SELA TURSICA OU ORBITAS	R\$ 190,00
41001028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU ORELHAS	R\$ 190,00
41001036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE OU SEIOS DA FACE	R\$ 190,00
41001044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES TEMPOROMANDIBULARES	R\$ 190,00

41001060	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREOIDE E FARINGE)	R\$ 190,00
41001079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 285,00
41001095	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, PELVE E RETROPERITONIO)	R\$ 285,00
41001109	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 190,00
41001117	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE OU BACIA	R\$ 190,00
41001125	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR (ATE 3 SEGMENTOS)	R\$ 190,00
41001141	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACAO (ESTERNOCLAVICULAR OU OMBRO OU COTOVELO OU PUNHO OU SACROILIACAS OU COXOFEMORAL OU JOELHO)	R\$ 190,00
41001150	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRACO OU ANTEBRACO OU MAO OU COXA OU PERNA OU PE)	R\$ 190,00
41001133	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA - SEGMENTO ADICIONAL	R\$ 190,00
	TOMOGRAFIA COM A UTILIZACAO DE USO DE CONTRASTE ACRESCIMO POR EXAME	R\$ 58,00

ADICIONAL PARA USO DE CONTRASTE

R\$ 50,00