



INSTRUMENTO PARTICULAR DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE DIÁLISE

CONTRATANTE: INSTITUTO VIDA FORTE, CNPJ 12.081.689/0001-05, estabelecida na Av. Tancredo Neves, Nº2421, Edifício Empresarial Redenção, Salas 1403/1404, Bairro Caminho das Arvores, Salvador/Ba, representada pelo Presidente, ELMO LUIZ ALVES LEMOS FILHO, brasileiro, divorciado, contador, inscrito no CPF: 900.720.065-87.

CONTRATADA: AMA RENALCLIN S/C LTDA, CNPJ 08.661.478/0001-74, estabelecida na Rua Lago Itaparica, Nº195, Bairro Caminho dos Lagos, Paulo Afonso/Ba, representada por seus Sócios Proprietários, ADIRLENE PONTES DE OLIVEIRA TENORIO, brasileira, casada, médica, inscrita no CPF: 025.225.184-96, e MARCEL CHRISTIAN MACHADO TENORIO, brasileiro, casado, médico, inscrito no CPF: 932.181.504-00.

1. OBJETO

1.1 O presente termo tem por objeto a Contratação de empresa especializada em serviço de nefrologia (diálise), AMA RENALCLIN S/C LTDA, CNPJ 08.661.478/0001-74 situada na Rua Lago Itaparica nº195, Caminho dos Lagos, Paulo Afonso. A prestação de serviço abrange recursos humanos: equipe médica e de enfermagem, ambas especializadas em nefrologia, técnico em manutenção das máquinas de hemodiálise e tratamento de água; assim como insumos específicos (Capilar, Kit de Linhas, Heparina, Equipo, Isolador, Cateter, Solução Ácida e Básica) para realização das sessões e implantes de acesso central venoso para hemodiálise, de acordo com as necessidades do Hospital Municipal Aroldo, situado à Avenida Wilson Pereira, Nº 155, BTNIII, Paulo Afonso – BA. Através de prestação de serviços especializados, de forma contínua, de acordo com as condições e especificações constantes deste

AMA-RENALCLIN S/C LTDA

Rua Lago Itaparica, 195 – Caminho dos Lagos – Fone: (075) 99127-6085 – Paulo Afonso – BA
CNPJ: 08.661.478/0001-74 e-mail: amarenalclin@gmail.com

documento. A Contratação de empresa especializada em Hemodiálise visa atender a população do nosso município e região.

2. DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 A contratação da empresa contempla serviço assistencial médico para acompanhamento de diálise (avaliação, indicação e tratamento) em pacientes do Hospital Municipal de Paulo Afonso, internados dentro da UTI

2.2 Fornecimento de materiais, máquina de hemodiálise, suas instalações e transporte, bem como os profissionais médicos e equipe de enfermagem, incluso também o técnico em manutenção das máquinas de hemodiálise e tratamento de água.

2.3 A prestação de serviço não gera vínculo empregatício entre os colaboradores da CONTRATADA e a CONTRATANTE, ficando vedada qualquer relação entre estes que caracterize pessoalidade e subordinação direta.

2.4 As demais relações institucionais entre a CONTRATANTE e CONTRATADA serão realizadas por meio da Coordenação do Hospital e o gestor/administrador designado pela CONTRATADA.

3. ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1 Os serviços a serem contratados para atendimento dos usuários da UTI do Hospital Municipal de Paulo Afonso consistem na prática de ato médico assistencial por meio de colaboradores da empresa CONTRATADA, bem como todos os atos necessários para execução da prestação de serviço da contratação.

3.2 Os serviços de Nefrologia a serem prestados contemplam as seguintes atividades: A) Cobertura de médico nefrologista com visita diária para avaliação e prescrição dos pacientes em avaliação, na UTI ; B) Plantão sobreaviso de 12 horas diárias todos os dias da semana, de domingo à domingo; C) Disponibilizar o técnico de enfermagem 12 horas por dia para realização das sessões de hemodiálise sob supervisão de enfermeiro com especialização em nefrologia, responsável técnico pelo serviço presencial, devendo realizar visitas diárias; D) Dispor técnico em manutenção das máquinas para hemodiálise, com cobertura de 12 horas por dias; E) Realização das sessões de hemodiálise através da avaliação e consequente solicitação do médico

nefrologista da empresa CONTRATADA, sendo ele responsável por realizar visitas diárias para essa avaliação em todos os leitos ocupados, no período das 7h às 19h. F) Passagem de cateter de hemodiálise, incluindo insumos necessários; G) Sessão de hemodiálise, convencional e estendida e materiais necessários; H) Fornecimento de máquinas de hemodiálise; I) Realizar a manutenção dos equipamentos fornecidos.

3.3 A estimativa é baseada na evolução para hemodiálise de 25% dos 10 leitos disponíveis na UTI do HMPA, sendo um total de setenta e cinco (75) sessões mensalmente.

3.4 Vale ressaltar que as quantidades acima devem ser consideradas como estimativas, ficando a cargo da CONTRATANTE o acréscimo do aumento no número de sessões, mediante reajuste no CONTRATO.

4. CUSTO

4.1 A presente despesa tem custo fixo, mensal de R\$ 138.900,00 (cento e trinta e oito mil e novecentos reais, agencia nº 0621/1 conta corrente nº 39160-3/ Banco do Brasil.

4.2 O valor da presente despesa, deverá ser pago até o quinto dia útil, subsequente ao mês da prestação do serviço

5. PRAZO DE VIGÊNCIA E ENTREGA

O prazo de vigência do referido contrato será de 06 (seis) meses, contados a partir da data da assinatura do contrato, expedida pela CONTRATANTE, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, a critério da CONTRATANTE. Com prazo de 15 (quinze) dias para iniciar os trabalhos a partir da assinatura do contrato.

6. LOCAL DE REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

As sessões de hemodíalises serão realizadas nas dependências da UTI do Hospital de Municipal de Paulo Afonso, situado à Avenida Wilson Pereira n ° 155, BTNIII, Paulo Afonso – BA, em dias e horários a serem estabelecidos entre a CONTRATADA e o CONTRATANTE.

7. DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE



7.1 Fiscalizar e acompanhar a execução do objeto contratual.

7.2 Comunicar à Contratada toda e qualquer ocorrência relacionada com a execução do objeto contratual, diligenciando nos casos que exigem providências corretivas.

7.3 Providenciar os pagamentos à Contratada à vista das Notas Fiscais/Faturas devidamente atestadas pelo Setor Competente.

7.4 Responsabilizar pelos equipamentos da empresa CONTRATADA no período oposto ao da prestação de serviço (19h às 7h), em caso de furto/roubo, ou qualquer intercorrência na qual possa danificar o equipamento.

8. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

8.1 Efetuar pontualmente o pagamento de todas taxas e impostos que incidam ou venham a incidir em suas atividades e/ou execução do objeto.

8.2 A contratada é responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do contrato, não gerando nenhum compromisso a contratante;

8.3 A empresa é obrigada a refazer, às suas expensas, no total ou em parte, os serviços que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções, resultantes da má execução do contrato, decorrentes de sua culpa ou dolo, sem prejuízo da indenização cabível à Prefeitura Municipal.

8.4 Elaborar as escalas de trabalho dos profissionais.

8.5 Não apresentar, em hipótese alguma, cobrança por serviços médicos aos usuários do SUS, cabendo a CONTRATADA todas as responsabilidades caso tal fato ocorra.

8.6 Cumprir todas as especificações dos serviços supracitadas com responsabilidade.

9. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

9.1 O pagamento devido à CONTRATADA será efetuado mensalmente, através de crédito em conta corrente, após o recebimento da Nota Fiscal/Fatura no Setor Contábil e atestada pela CONTRATANTE, no prazo, no valor e condições estabelecidas no Contrato; não sendo admitida outra forma de pagamento.



10. RECISÃO CONTRATUAL

10.1 Cabe à empresa CONTRATADA rescindir o aludido contrato em decorrência do descumprimento pela CONTRATANTE, no caso, de cláusula contratual, exigindo eventuais reparações previstas em contrato.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1 O início da oferta dos atendimentos deverá ser imediato após a assinatura do contrato de Prestação de Serviço entre as partes.

Paulo Afonso, 16 de agosto de 2020



Adirlene Pontes de Oliveira Tenorio
CPF: 025.225.184-96
Sócia Proprietária



Marcel Christian Machado Tenorio
CPF: 932.181.504-00
Sócio Proprietário



Elmo Luiz Alves Lemos Filho
CPF: 900.720.065-87
Presidente

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO ANA PAULA ALVES DA SILVA
RUA FLÓRIDA, 1540, AMAURY ALVES DE MENEZES, CEP: 48605-134, PAULO AFONSO/BA
FONE/FAX: (75)3281-0916 - E-MAIL: tabelionatopauloafonso@hotmail.com

Reconheço por semelhança a(s) firma(s) de ADIRLENE PONTES DE OLIVEIRA TENORIO E MARCEL CHRISTIAN MACHADO TENORIO

Em testemunho da verdade: Jose Airton Dos Santos Junior, Escrevente Autorizado. A etiqueta só tem validade acompanhada do QR Code. - Paulo Afonso - BA 2/10/2020. Valor do Ato: R\$ 10.40 Emol: R\$ 5.02 Taxa: R\$ 5.38

2906.AB740878-7 E 2906.AB740879-5

SELO RECONHECIMENTO
www.tiba.ius.br/autenticidade

