

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS , QUE ENTRE SI CELEBRAM
O HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO/HTRI
REGIONAL AFOGADOS DA INGAZEIRA E A
EMPRESA ARC SERVIÇOS MÉDICOS E
HOSPITALARES LTDA ME, NA FORMA E
CONDIÇÕES QUE ESTIPULAM.**

Pelo presente instrumento de contrato que entre si celebram de um lado o **HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO/HTRI REGIONAL AFOGADOS DA INGAZEIRA**, com endereço à Avenida Manoel Virgínio Sobrinho, s/nº, Km 01, PE 320, Bairro Padre Pedro Pereira, Afogados da Ingazeira, PE, inscrito no CNPJ/MF sob o nº **10.583.929/0010-24**, neste ato representado por **GIL MENDONÇA BRASILEIRO**, brasileiro, divorciado, odontólogo, portador da Cédula de Identidade nº 1.006.466 – SDS - PE e CPF nº 122.850.644-20, residente e domiciliado na Rua Carlos Pessoa Monteiro, 197, apto.102, Casa Caiada, Olinda/PE, doravante denominado **CONTRATANTE** e o outro lado a **EMPRESA ARC SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES LTDA ME**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 28.629.942/0001-52, com endereço a Avenida Governador Carlos de Lima Cavalcanti, 3995, loja 27, Casa Caiada, Olinda, PE, neste ato representada por **ANTONIO ROBERTO CALIXTO DA SILVA**, brasileiro, casado médico, portador do CPF nº 077.966.174-53, residente e domiciliado no Recife, doravante denominado **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 de coordenação do Setor de Nutrição do Hospital Regional Emília Câmara, sob gestão do **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO ÚNICO – A prestação dos serviços supra descrita será realizada na sede do Hospital Regional Emília Câmara, sito à Avenida Manoel Virgínio Sobrinho, s/nº, PE 320, Bairro Padre Pedro Pereira, Afogados da Ingazeira, PE, sob gerenciamento do **CONTRATANTE**



CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

2.1. Pela execução dos serviços, o **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** o valor mensal de R\$ 3.200,00 (três mil e duzentos reais), 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 da **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**, ou qualquer instituição bancária indicada pela **CONTRATADA** em até 30 (trinta) dias do recebimento da nota fiscal atestada. Para fazer jus ao pagamento, a **CONTRATADA** deverá comprovar sua regularidade com a Seguridade Social (CND), devendo apresentar também Certidão de Dívida Ativa da União e Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Contrato será de 01 (hum) ano, 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. Realizar serviços de coordenação geral do Setor de Nutrição do **CONTRATANTE**, no Hospital Regional Emília Câmara/Afogados da Ingazeira/PE, garantindo resolutividade na consecução do objeto contratado.

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

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/ Hospital Regional Emília Câmara, 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 à **CONTRATADA**, caso seja verificada alguma irregularidade que diga respeito ao presente Contrato.

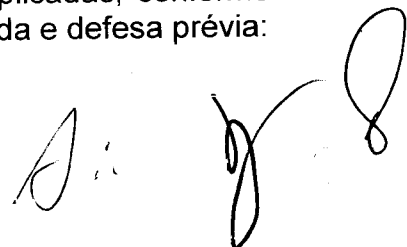
CLÁUSULA QUINTA – DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO

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.

Afogados da Ingazeira, 01 de dezembro de 2017.


CONTRATANTE
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO/ HTRI REGIONAL AFOGADOS DA INGAZEIRA
GIL MENDONÇA BRASILEIRO


CONTRATADA
EMPRESA ARC SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES LTDA ME
ANTONIO ROBERTO CALIXTO DA SILVA

Testemunhas

CPF:

CPF:

