

CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES Nº112/2015

Contrato Particular de Prestação de Serviços Hospitalares que entre si celebram de um lado a **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE SÃO VICENTE DE PAULO**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 92.021.062/0001-06, com sede e foro na cidade de Passo Fundo - RS, na Rua Teixeira Soares, 808, neste ato representado pelo seu Administrador Sr. Ilário Jandir De David, brasileiro, casado, Administrador Hospitalar, doravante simplesmente denominada **“Contratada”** e de outro lado, **MUNICÍPIO DE FAXINALZINHO**, inscrita no CNPJ sob nº 92.453.851/0001-08, com sede na Avenida Lido Armando Oltramari nº1225, em Faxinalzinho, RS, neste ato representada pelo Sr. **SELSO PELIN**, brasileiro, casado, do comércio, portador do CPF n.º565.718.440-87, doravante simplesmente denominado **“Contratante”**, tem justos e contratado o que consta das cláusulas a seguir estipuladas:

DO OBJETO

Cláusula Primeira:

A Contratada compromete-se a prestar serviços de diagnóstico, respeitando a sua capacidade técnica, aos segurados da **Contratante**, conforme condições dispostas no presente Contrato.

DA IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO

Cláusula Segunda:

O segurado se identificará mediante apresentação de autorização para realização de procedimento expedida pela **Contratante**.

DO ATENDIMENTO

Cláusula Terceira:

A **Contratada** garantirá aos segurados da **Contratante**, desde que habilitada para tal, os serviços prestados no Centro de Diagnóstico, conforme Anexo I.

DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS

Cláusula Quarta:

A **Contratante** obriga-se pelo pagamento dos serviços prestados para a **Contratada**, adotando-se a tabela conforme o Anexo I.

Parágrafo Primeiro:

Os preços dos medicamentos e materiais cobrados na folha de gasto de sala serão conforme estabelece a Tabela Brasíndice.

Parágrafo Segundo:

Os valores dos serviços prestados serão reajustados anualmente ou a qualquer tempo de comum acordo entre as partes, tendo como referência a variação do IGPM ou INPC/IBGE do período.

DO PAGAMENTO

Cláusula Quinta:

A **Contratada** remeterá à **Contratante**, após o atendimento prestado ao segurado, a documentação correspondente aos serviços realizados, até o dia 20 de cada mês. O pagamento será efetivado no dia 05 do mês subsequente.

A **Contratante** fica autorizada a efetuar os pagamentos através do crédito direto em conta corrente da **Contratada** na agência do Banco do Rio Grande do Sul, conta número 06.002127.0-8, agência n.º 310, ou Banco do Brasil, conta número 2788-X, agência n.º 4090-8.

PRAZO DE VIGÊNCIA

Cláusula Sexta:

O presente Contrato tem prazo determinado por 01 (um) ano, podendo ser renovado automaticamente, mediante aprovação das partes, por igual período, com início de vigência a partir de 01 de setembro de 2015.

Cláusula Sétima:

O presente Contrato poderá ser alterado, desde que haja concordância por escrito de ambas as partes, passando as alterações a fazer parte integrante do mesmo.

Cláusula Oitava:

É facultada à **Contratante** quanto à **Contratada**, a rescisão unilateral do presente Contrato, sem quaisquer ônus, desde que a parte interessada comunique à outra, por escrito e de modo expresso com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula Nona:

As partes elegem o foro de Passo Fundo para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Contrato.

E, por estarem assim justos e contratados, assinam o presente Contrato em duas vias de igual teor e forma, perante as duas testemunhas abaixo assinadas.

Passo Fundo - RS, 28 de agosto de 2015.

Selso Pelin Prefeito de Faxinalzinho
CONTRATANTE

Ass. Hosp. Benef. São Vicente de Paulo
CONTRATADA

Registre-se Publique-se



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE SÃO VICENTE DE PAULO
Rua Teixeira Soares, 808 – CEP: 99.010-080 – Passo Fundo/RS – Caixa Postal nº 33
Fone: (0xx) 54-3316-4045 – Fax: (0xx) 54-3316-4015
email: sandra@hsvp.com.br

Obs.: Favor fazer o preenchimento de todos os campos e enviar via fax ou e-mail.

CADASTRO PARA CONVÊNIO

| |
|---|
| Prefeitura/Empresa: PREFEITURA DE FAXINALZINHO |
| Endereço: AVENIDA LIDO ARMANDO OLTRAMARI Nº: 1225 CEP: 99655-000 Bairro: CENTRO Cidade: FAXINALZINHO Estado: RIO GRANDE DO SUL |
| Fone: 54 3546 1150 OU 54 3546 1025 Fax: 54 3546 1001 |
| CNPJ: 92.453.851/0001-08 |
| e-mail: saude@faxinalzinho.rs.gov.br |
| Nome Prefeito/Representante: SELSO PELIN |
| CPF Prefeito/CPF Representante: 565.718.440-87 |
| Nome Secretário da Saúde: IVOLMIR DE MOURA GARCES |
| CPF Secr. Saúde: 698.981.620-15 |
| Responsável Pagamentos: EVANGE JOSE BONAFIN |