

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO DOMICILIAR DE ENFERMAGEM – SERVIÇOS ADS (Assistência Domiciliar à Saúde)**

**Área Protegida**

De um lado **Centro Universitário Municipal De Franca**, com endereço na **Av. Major Nicácio, 2433, Bairro São José, Franca, SP, CEP 14.401-135**, telefone **(16) 3713-4688**, devidamente inscrito no CNPJ **47.987.136/0001-09**, representada neste pelo **Sr. José Alfredo de Pádua Guerra, RG 22.899.373-8, CPF 162.120.928-85**, denominado simplesmente **CONTRATANTE** e, de outro lado, **HOUSE ASSISTENCIA DOMICILIAR A SAÚDE LTDA ME**, CNPJ **18.716.551/0001-11**, representada neste pela **Sra. Érica Cristina Moura, RG 32.374.559-3, CPF 318.961.728-73**, com sede e foro em **Passos, Estado de Minas Gerais, na Rua Comendador Francisco Avelino Maia, nº 1505, sala 109, Bairro Canjeranus, CEP 37.900-531**, e escritório administrativo localizado na rua **Prof. Laerte Barbosa Cintra, 661, Jd América, Franca, SP, CEP 14.401-269**, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA** tem entre si justos e contratados o que se segue:

**1. OBJETIVO**

1.1 - Tem por objetivo, o presente contrato, a prestação de serviço pré-hospitalar pela **CONTRATADA**, através de equipe qualificada, para atendimento de eventuais urgências a toda e qualquer pessoa que se encontre no(s) estabelecimento(s) da **CONTRATANTE**, no endereço acima relacionado, seja em virtude trabalho, ou em trânsito.

1.2 - O serviço compreende o completo atendimento pré-hospitalar, no(s) estabelecimento do(a) **CONTRATANTE**, podendo estender-se até o estabelecimento hospitalar designado, em situações que impliquem risco vital imediato.

1.3- O atendimento descrito nesta cláusula será realizado pela **CONTRATADA** em caso de ocorrência conforme descritas em anexo I deste contrato:

1.4 - Ocorrendo necessidade de encaminhamento do paciente ao estabelecimento hospitalar, o serviço durará até o recebimento do paciente pelo médico receptor do hospital, cessando, a partir deste momento, toda e qualquer responsabilidade por parte da **CONTRATADA**, seja relacionada ao objeto do presente instrumento, seja com relação ao tratamento.

**2. ATENDIMENTO**

2.1 - A **CONTRATADA** se obriga a prestar à **CONTRATANTE** os serviços mencionados no item 1.1, única e exclusivamente nos endereços da sede da **CONTRATANTE**, relacionados ao **Anexo 1**, no horário das 07:00 às 23:00, todos os dias da semana, ininterruptamente.

2.2 - Compromete-se a **CONTRATADA** a manter central de atendimento telefônico de número **3711-8100**, no horário das 07:00 às 23:00, para atendimento das possíveis chamadas efetuadas pelo(a) Contratante.

2.3 - A **CONTRATADA** colocará à disposição do(a) **CONTRATANTE**, equipe composta por profissionais qualificados (técnico de enfermagem e motorista socorrista), com regulação médica, os quais utilizarão unidades móveis providas de equipamentos e medicamentos necessários para o atendimento primário das urgências relacionadas no item 1.3 acima.

2.4 - A escolha do estabelecimento hospitalar para dar prosseguimento ao tratamento da urgência utilizará os critérios a seguir:

- No caso da pessoa atendida possuir convênio médico; será encaminhado para a unidade hospitalar credenciada no convênio.
- No caso da pessoa atendida não possuir convênio médico: será encaminhado ao Pronto Socorro de Referência local.

2.5 - Caso o paciente não possa ser internado no estabelecimento hospitalar acima mencionado, o mesmo poderá ser internado em outro, desde que expressamente solicitado pelo(a) CONTRATANTE.

2.6 - O atendimento se iniciará com a solicitação através do telefone da Central de Atendimento, pelo(a) CONTRATANTE, cessando com a internação do paciente, ou quando a urgência houver sido estabilizada no próprio estabelecimento do(a) CONTRATANTE.

2.7 - A **CONTRATADA** efetuará o traslado que se faça necessário como consequência imediata da urgência, ficando expressamente excluídos os traslados de paciente internado, entre estabelecimentos hospitalares, destes ao domicílio do paciente, bem como para a realização de exames clínicos, paraclínicos ou tratamento.

### **3. PRAZO**

3.1 – O presente contrato terá início de vigência a partir de 01/06/2017 a 01/06/2018, podendo ser rescindido a qualquer tempo, sem direitos a indenizações, multas, cláusula penal ou lucros cessantes, desde que comunicada por escrito à outra parte, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

3.2 - Durante o período de denúncia, permanecem em vigor os direitos e obrigações assumidas no presente contrato.

### **4. BENEFICIÁRIOS**

4.1 - A **CONTRATADA** prestará a assistência mencionada no presente instrumento exclusivamente para toda e qualquer pessoa que se encontre no endereço da sede da CONTRATANTE, seja em virtude de trabalho ou em trânsito naquele local.

### **5. VALOR MENSAL**

5.1 - Como remuneração pelos serviços prestados, o(a) **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** o valor mensal, certo e justo de **R\$ 665,00 (Seiscentos e Sessenta e Cinco Reais)** com vencimento todo dia 10 (dez) do mês subsequente à prestação dos serviços, contendo cobertura total de toda e qualquer pessoa fixa ou circulante que se encontre no estabelecimento do(a) contratante.

### **6. RESCISÃO**

6.1 – Partindo o pedido de rescisão da CONTRATANTE, deverá esta estar quite com as obrigações financeiras assumidas perante a **CONTRATADA** e não assistindo ao(a) CONTRATANTE direito de indenização, multa, cláusula penal ou lucros cessantes.

6.2 - O presente instrumento será automaticamente rescindido, independente de qualquer formalidade judicial ou extrajudicial, nos seguintes casos:

- a) Se o(a) **CONTRATANTE** omitir informações, ou tentar por qualquer meio, obter vantagens ilícitas dos serviços prestados pela **CONTRATADA**;

- b) Se o(a) CONTRATANTE impedir ou dificultar quaisquer exames, ou diligências necessárias para a prestação dos serviços;
- c) Se o(a) CONTRATANTE não cumprir direta ou indiretamente com os compromissos financeiros que ora assume junto a **CONTRATADA**.
- d) A falta de pagamento da remuneração à **CONTRATADA** por prazo superior a 30 (trinta) dias.

## **7. CONDIÇÕES GERAIS**

7.1 - Os serviços serão prestados pela **CONTRATADA**, única e exclusivamente à(s) pessoa(s) que se encontre(m) **nos endereços citados no anexo I**, seja em virtude de trabalho ou em trânsito naquele local.

7.2 - O presente Contrato abrange tão somente o atendimento de casos estipulados no item 1.3 acima, ficando expressamente excluídas as demais situações ou hipóteses de ocorrências.

7.3 - Fica a **CONTRATADA** desobrigada de prestar quaisquer atendimentos não previstos neste instrumento.

7.4 - Não responde a **CONTRATADA** pela prestação de serviços ao(à) CONTRATANTE, nas hipóteses de caso fortuito ou força maior.

7.5 - Qualquer tolerância por parte da **CONTRATADA**, no cumprimento das obrigações contratuais pelo(a) CONTRATANTE, não implicará, renúncia, novação ou modificação do pactuado, constituindo mera liberalidade da **CONTRATADA** e não criando novos direitos a serem invocados pelo(a) CONTRATANTE.

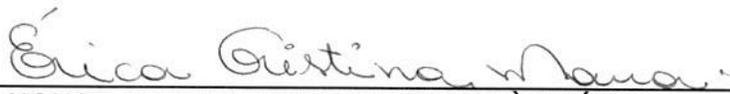
7.6 - A **CONTRATADA** se obriga a prestar à CONTRATANTE os serviços mencionados no item 1.1, única e exclusivamente nos endereços da sede da CONTRATANTE, relacionados ao **Anexo 1**, no horário das 07:00 às 23:00, todos os dias da semana, ininterruptamente.

## **8. FORO**

8.1 - Elegem as partes o foro da comarca de Franca - SP, para dirimir quaisquer dúvidas ao presente instrumento, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

As partes aceitam todo o acima exposto e assinam juntamente com as testemunhas abaixo.

Franca , 01 de junho de 2017.



HOUSE ASSISTENCIA DOMICILIAR A SAÚDE LTDA ME

CENTRO UNIVERSITÁRIO MUNICIPAL DE FRANCA

## **Anexo I**

Ficam estabelecidos que os serviços contratados pela **CONTRATANTE** serão prestados pela **CONTRATADA**, única e exclusivamente à(s) pessoa(s) que se encontre(m) **nos endereços citados abaixo**:

### **UNIDADE 1**

Av. Major Nicácio, 2433 - Bairro São José –Fone: (16) 3713-4688 CEP 14.401-135 Franca- Sp.

### **UNIDADE 2**

Av. Ismael Alonso y Alonso, 2400 - Bairro São José - Fone: (16) 3713-4688 CEP 14.403-430 – Franca- SP.