

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE  
SERVIÇOS DE EXAMES DE  
ELETROENCEFALOGRAMA OU DOPLER  
TRANSCRANIANO QUE ENTRE SI  
CELEBRAM A AGIR – ASSOCIAÇÃO  
GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E  
REABILITAÇÃO E O INSTITUTO DE  
NEUROLOGIA VASCULAR LTDA.**

PUBLICADO NO SITE

Processo E-Doc: 20190001.00203 - CRER

Pelo presente instrumento, de um lado a **AGIR – ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO**, entidade sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social pelo decreto estadual, nº. 5.591/02, Certificada como Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS-Saúde) pela Portaria MS/SAS nº. 1.073/18, entidade gestora do **CRER - CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO Dr. HENRIQUE SANTILLO**, com inscrição no CNPJ sob o nº. 05.029.600/0001-04, localizada na Av. Vereador José Monteiro, nº. 1.655, Setor Negrão de Lima, CEP 74653-230, Goiânia-GO, representada por seu Superintendente Executivo, **Lucas Paula da Silva**, infra-assinado, neste ato, denominada **CONTRATANTE** e, de outro lado a empresa **INSTITUTO DE NEUROLOGIA VASCULAR LTDA**, nome fantasia **INEV**, inscrita no CNPJ nº. 15.407.238/0001-03, localizada na Rua C-139, Nº 853, Qd. 341, Lt. 2/4, edifício C. Clínico Medicorum, 2º andar, sala 201, Bairro Jardim América, CEP 74275-070, Goiânia-GO, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato, representada por seus sócios Administradores, ao final assinados, celebram o presente contrato mediante as seguintes cláusulas e condições:

#### **Cláusula Primeira – DO OBJETO**

O presente contrato tem por objeto a prestação de serviços de **Diagnósticos Neurofisiológicos – Exames de Eletroencefalograma ou Doppler Transcraniano** para constatação de Morte Encefálica, conforme disposto no **ANEXO I** e **ANEXO II** partes integrantes e indissociáveis deste instrumento.

#### **Cláusula Segunda – DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO**

Os serviços, objeto do presente instrumento, serão realizados no **CRER - CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO Dr. HENRIQUE SANTILLO**, na Av. Vereador José Monteiro, nº. 1.655, Setor Negrão de Lima, CEP 74653-230, Goiânia-GO, mediante a solicitação, via telefone e confirmação via e-mail, para formalização do mesmo, sem nenhum custo adicional para a **CONTRATANTE** (Frete CIF).

**Parágrafo Primeiro – A CONTRATADA** declara através de sua proposta e da assinatura do presente instrumento que atende integralmente a todos os requisitos apresentados na *Carta Cotação nº 20190001.00203* e seus anexos.

**Parágrafo Segundo – A CONTRATADA** deverá disponibilizar certificados de calibração e check list das manutenções preventivas para análise e aprovação do Setor de Engenharia Clínica da **CONTRATANTE**;

wor

 1/10 

## Cláusula Terceira – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

A **CONTRATANTE** se obriga a:

- a) Atestar a realização dos serviços e efetuar o pagamento à **CONTRATADA**, de acordo com as condições de preço e prazos já estabelecidas neste Contrato;
- b) Promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, sob aspectos quantitativos e qualitativos, anotando as falhas detectadas e comunicando as ocorrências de quaisquer fatos que, a seu critério, exijam medidas corretivas por parte da **CONTRATADA**;
- c) Solicitar da **CONTRATADA** a substituição/reparação imediata do serviço que apresentar defeito ou em desacordo com os rigores técnicos exigidos;
- d) Permitir o acesso às suas instalações, do empregado da **CONTRATADA**, quando em serviço, observando as normas internas de segurança;
- e) Informar a Contratada sobre alterações de normas internas, técnicas ou administrativas, que podem impactar na prestação do serviço.
- f) Promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, sob aspectos quantitativos e qualitativos, registrando as falhas detectadas e comunicando formalmente as ocorrências de quaisquer fatos que, a seu critério, exijam medidas corretivas por parte da Contratada.
- g) Realizar a conferência, análise e validação da fatura apresentada conforme os requisitos de pagamento contratados.
- h) Prestar informações claras e precisas à Contratada, possibilitando o fiel cumprimento do contrato.
- i) Designar o setor ou colaborador ao qual reportará a Contratada para esclarecimento de dúvidas, solicitação de providências e/ou cumprimento de condições de contrato.
- j) Garantir as condições adequadas do ambiente de trabalho.
- k) Exigir o cumprimento de todos os compromissos assumidos pela Contratada, conforme exposto nas cláusulas contratuais e os termos de sua proposta.

## Cláusula Quarta – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Além das obrigações previstas, no **ANEXO I** e **ANEXO II**, a **CONTRATADA** se obriga a:

- a) Realizar os serviços, objeto do presente contrato, isentos de taxas de transporte (frete CIF) e no endereço disposto na cláusula segunda;
- b) Respeitar e fazer com que sejam respeitadas as normas atinentes ao funcionamento da **CONTRATANTE** e aquelas relativas ao objeto do presente instrumento;
- c) Garantir a contínua e integral prestação do serviço, independente de férias, faltas ao serviço, feriados, finais de semana, greves de qualquer natureza ou espécie, obrigando-se no cumprimento incondicional do contrato sob as penas de lei;
- d) Indenizar todos e quaisquer danos que possam advir direta ou indiretamente à **CONTRATANTE** ou a terceiros, decorrentes da prestação dos serviços, desde que o dano seja devidamente comprovado através de laudo técnico;
- e) Manter quadro de pessoal suficiente para atendimento, conforme previsto no presente contrato, sem interrupção, seja por motivo de férias, descanso semanal, licença, falta ao serviço ou demissão de empregados, que não terão, em hipótese alguma, qualquer relação de emprego com a **CONTRATANTE**, sendo de exclusiva responsabilidade da **CONTRATADA** as despesas com todos os encargos e obrigações sociais, trabalhistas e fiscais;
- f) Responder por quaisquer danos pessoais ou materiais causados por seus empregados, nas dependências da **CONTRATANTE**;

wor

 2/10 

- g) Não transferir a outrem, no todo ou em parte, o objeto do presente contrato, sem prévia e expressa anuência da **CONTRATANTE**.

### Cláusula Quinta – DO VALOR CONTRATUAL

O valor total estimado desta contratação é de **R\$ 43.200,00** (quarenta e três mil e duzentos reais), cujos preços unitários estão descritos no **ANEXO I**, parte integrante deste Instrumento, estando incluídos todos os custos relacionados com despesas decorrentes de exigência legal e condições de gestão deste contrato.

**Parágrafo Primeiro** – O quantitativo aqui contratado é estimado e não impõe à **CONTRATANTE** a aquisição de tal quantidade, assim como poderão sofrer acréscimos de 25% (vinte e cinco por cento) sem que haja alterações nos valores contratados.

**Parágrafo Segundo** – Os valores são fixos e irremovíveis pelo período de 12 (doze) meses, podendo ser reajustado em caso de prorrogação contratual ou acordo prévio entre as partes, com base no índice de IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro que vier substituí-lo.

**Parágrafo Terceiro** – O valor contratado inclui todos os custos e despesas necessários ao cumprimento integral do objeto, tais como: custos diretos e indiretos, tributos incidentes, taxa de administração, materiais, serviços, encargos sociais e trabalhistas, seguros, frete, embalagens, lucro e outros.

### Cláusula Sexta – DO PAGAMENTO

Na ausência de condição mais benéfica, o pagamento dos serviços prestados será efetuado **mensalmente, 30 dias** após a prestação de serviços, com a apresentação pela **CONTRATADA** da Nota Fiscal, acompanhada de relatório contendo a discriminação qualitativa e quantitativa dos serviços executados, devidamente atestada pelo setor competente, **através de crédito bancário**, conforme os dados abaixo, ou junto a outro banco e/ou conta, ou por outro meio, desde que expressamente informado.

Banco	Agência	Conta corrente
<b>Itaú</b>	<b>8516</b>	<b>17441-7</b>
INSTITUTO DE NEUROLOGIA VASCULAR LTDA		15.407.238/0001-03

**Parágrafo Primeiro** – É condição indispensável para que os pagamentos ocorram no prazo estipulado que os documentos hábeis apresentados para recebimento não se encontrem com incorreções, caso haja alguma incorreção, o pagamento só será realizado após estas estarem devidamente sanadas.

**Parágrafo Segundo** – Nenhum pagamento será efetuado à **CONTRATADA** enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação financeira que eventualmente lhe tenha sido imposta, em virtude de penalidade ou inadimplência, exclusivamente com relação ao objeto dessa contratação.

**Parágrafo Terceiro** – A **CONTRATADA** deverá fazer constar na Nota Fiscal os nomes dos pacientes, quantitativos, competência correspondente ao mês do serviço prestado e ainda as seguintes informações: Processo **E-Doc: 20190001.00203 – CRER**, e Contrato de Gestão nº 123/2011 – 9º Termo Aditivo SES/GO.

wor

3/10

B

**Parágrafo Quarto** - Sob nenhuma hipótese serão realizados adiantamentos, bem como eventuais descontos correspondentes às glosas, serão efetuados no mês seguinte a sua apuração;

**Parágrafo Quinto** – As faturas deverão ser apresentadas com os documentos abaixo:

- I. Prova de **pagamento dos salários** dos empregados fixados na unidade;
- II. Cópia da **GFIP** – Guia do **FGTS** e Informações a Previdência Social, bem como a **GRF** – Guia de Recolhimento de **FGTS**, devidamente quitada;
- III. Prova de regularidade fiscal concernente aos tributos federais e a Dívida Ativa da União, por meio de Certidão Conjunta emitida pela **Secretaria da Receita Federal do Brasil** – SRFB e Procuradoria – Geral da Fazenda Nacional – PGFN;
- IV. Prova de situação regular para com a **Fazenda Estadual do Estado de Goiás**, independente da sede do proponente, que deverá ser feita por meio de Certidão Negativa de Débitos inscritos na Dívida Ativa Estadual;
- V. Prova de situação regular para com a **Fazenda Municipal** da Sede do Proponente, que deverá ser feita por meio de Certidão Negativa de Débitos inscritos na **Dívida Ativa Municipal**;
- VI. Prova de situação regular perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço **FGTS** (art. 27, alínea “a”, Lei 8..036, de 11/05/90m através da apresentação do CRC – Certificado de Regularidade do FGTS, emitida pela Caixa Econômica Federal;
- VII. Prova de regularidade com a **Justiça do Trabalho**;

**Parágrafo Sexto** - O preço contratado será fixo e irrevogável, por um período de 12 (doze) meses;

**Parágrafo Sétimo** - Poderá ser retido do pagamento devido, o valor correspondente aos prejuízos e danos sofridos pela **CONTRATANTE** ou terceiros, produzidos por empregados, prepostos ou eventuais subcontratados, decorrentes de ação ou omissão, por culpa ou dolo, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

#### **Cláusula Sétima – DAS CERTIDÕES DE REGULARIDADE FISCAL**

A **CONTRATADA** deverá apresentar as **Certidões de Regularidade Fiscal e Trabalhista**, para cada pagamento a ser efetuado pela **CONTRATANTE**, em obediência às exigências dos órgãos de regulação, controle e fiscalização.

#### **Cláusula Oitava – DAS PENALIDADES**

Salvo a comprovada e inequívoca ocorrência de caso fortuito ou força maior, o atraso na entrega, bem como infração de qualquer Cláusula, termo ou condição do presente contrato, além de facultar à parte inocente o direito de considerá-lo rescindido, obrigará à parte infratora e seus sucessores, reparação por perdas e danos causados, ficando estabelecida como cláusula penal para este fim, multa correspondente a 10% (dez por cento) do valor total do Contrato, sem prejuízo da correção monetária definida segundo o índice do IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo), ocorrido no período, até o adimplemento, sem prejuízo da rescisão e demais obrigações pactuadas.

#### **Cláusula Nona – DO PRAZO DA VIGÊNCIA**

O presente contrato terá vigência de **12 (doze) meses**, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por prazos iguais e sucessivos, mediante expresso interesse das partes através de termo aditivo, **sendo vedada, sua prorrogação automática.**

wor

4/10

**Parágrafo Primeiro** – Este contrato se extingue automaticamente com o esgotamento do prazo de vigência do Contrato de Gestão ao qual está vinculada esta unidade. **Desse modo a extinção de um, opera, imediatamente, a extinção do outro.**

**Parágrafo Segundo** – Na falta do cumprimento da totalidade do objeto aqui contratado, torna-se inexigível a sua continuidade, não resistindo nenhum ônus para as partes à exceção de saldo residual dos produtos entregues.

#### **Cláusula Décima – DA ALTERAÇÃO**

Este instrumento poderá ser alterado por meio de aditivo contratual, mediante acordo, e/ou na ocorrência de fatos supervenientes e alheios a vontade das partes, devidamente comprovados.

#### **Cláusula Décima Primeira – DA ANTICORRUPÇÃO**

Na forma da lei 12.846/13, regulamentada pelo decreto 8.420/15, para a execução deste contrato, nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar; aceitar ou se comprometer a aceitar, de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto através de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou não financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção sob as leis de qualquer país, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma que não relacionada a este contrato.

#### **Cláusula Décima Segunda - QUE NÃO EMPREGA MENOR DE IDADE**

As partes DECLARAM, sob as penas da lei, para fins do disposto no inciso V, art. 27, da Lei federal nº 8.666/93, cumprindo o disposto no inciso XXXIII, art. 7º, da Constituição Federal, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, à exceção dos menores de quatorze anos amparados pela condição de aprendiz.

#### **Cláusula Décima Terceira – DA AUSÊNCIA DE VÍNCULO**

A CONTRATADA DECLARA, nos termos do parágrafo único do artigo 4º da LEI Nº 15.503/05, que não possui em seu quadro, dirigentes, diretores, sócios, gerentes colaboradores e/ou equivalentes, que sejam agentes públicos de poder, integrantes de órgão ou entidade da administração pública estadual, bem como, que sejam, cônjuge, companheiro ou parente consanguíneo, adotivo ou afim, em linha reta ou colateral, até 3º grau, de dirigentes e/ou equivalentes, da AGIR, com poder decisório.

**Parágrafo Único** - Do mesmo modo, nos casos de prestação de serviços, nos termos dos artigos 5º C e 5º D da LEI Nº 6.019/74, declara ainda, que não possui em seu quadro, empregados, titulares ou sócios, que tenham com a AGIR, e/ou unidades geridas por ela, relação de vínculo empregatício, ou que tenham prestado serviços na qualidade de empregado ou trabalhador sem o referido vínculo nos últimos 18 (dezoito) meses à exceção dos aposentados.

#### **Cláusula Décima Quarta - DA RESCISÃO**

Este contrato, observado o prazo de no mínimo **30 (trinta) dias** de antecedência para comunicação prévia, por escrito, entregue diretamente ou via postal, com prova de recebimento, poderá ser extinto por **rescisão**, decorrente de inadimplência de quaisquer de suas cláusulas e condições, caso em que poderá haver ressarcimento por perdas e danos, sem prejuízo das demais cominações legais; por rescisão bilateral (distrato) e por rescisão unilateral (desistência ou renúncia), não incorrendo em ressarcimento de perdas e danos para nenhuma das partes.

wor

5/10

## Cláusula Décima Quinta – DO FORO

Para dirimir as questões oriundas da execução desse contrato, fica eleito o foro da Comarca de Goiânia, capital de Goiás, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem **CONTRATADAS**, firmam as partes o presente instrumento em **02 (duas) vias** de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo nomeadas.

Goiânia, 12 de dezembro de 2019.

---

**Lucas Paula da Silva**  
Superintendente Executivo / AGIR  
894.828.751-68

---

**Rodrigo de Souza Castro**  
Sócio-Administrador / Instituto de Neurologia  
994.872.331-72

Testemunhas:

---

Wagner de Oliveira Reis  
CPF: 196.426.951-20

---

Ana Carolina Neres Martins Ribeiro  
CPF: 019.761.911-81

wor

6/10

## ANEXO I

### Exame Doppler Transcraniano

#### Descrição do Serviço

- I. O exame de imagem (Eletroencefalograma (EEG) ou Doppler Transcraniano) para constatação de morte encefálica deverá ser realizado de forma presencial, por profissional médico habilitado, em atendimento à RESOLUÇÃO Nº 2.173, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2017 do CFM que define os critérios do diagnóstico de morte encefálica e no art. 5º § 3º diz o seguinte: O laudo do exame complementar deverá ser elaborado e assinado por médico especialista no método em situações de morte encefálica.
- II. O período para a vigência desta contratação será de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por prazos iguais e sucessivos, mediante termo aditivo e interesse das partes.
- III. A **CONTRATADA** deverá apresentar documentos comprobatórios, tais como: Diplomas, Certificados, Declarações inerentes à habilitação dos profissionais que realizarão os exames.
- IV. A solicitação do exame será feita pela **CONTRATANTE** por telefone e confirmação via e-mail para formalização do mesmo.
- V. Os exames deverão ser entregues pela **CONTRATADA**, com laudo, num prazo de 12 (doze horas) a contar da solicitação feita pela **CONTRATANTE**, uma vez que a **CONTRATANTE**, a partir da abertura do protocolo de Morte Encefálica, tem um prazo máximo de 24h (vinte e quatro horas) para a conclusão deste, conforme Art. 2º da Portaria Estadual – SES-GO nº 28/2014.
- VI. A **CONTRATADA** será responsável por trazer o equipamento portátil para realização dos exames, com todas as manutenções preventivas atualizadas e aptas ao uso.
- VII. A **CONTRATADA** será responsável por todas as manutenções corretivas, preventivas e calibrações do equipamento, e ainda pelo manuseio e guarda do equipamento durante o período que este estiver na unidade.
- VIII. A **CONTRATADA** deverá disponibilizar, quando solicitada, certificados de calibração e checklist de manutenção preventiva para aprovação do setor de engenharia clínica da unidade.
- IX. A **CONTRATANTE** não possui responsabilidade em caso de avaria, furto, roubo ou qualquer outro dano aos equipamentos e ou acessórios utilizados pela prestadora de serviço.
- X. A **CONTRATADA** deverá comprovar habilitação técnica do médico prestador pertinente ao exame a ser realizado.
- XI. A **CONTRATADA** deverá arcar com todos os insumos e acessórios necessários para a completa prestação do serviço, com exceção aos equipamentos de proteção individual (EPIs) necessários de acordo com as precauções indicadas para cada tipo de paciente, tais como: luvas, gorros, pro- pés, aventais, capotes e máscaras.

wor

 7/10 

- XII.** A **CONTRATANTE** permitirá e garantirá meios para que o(a) médico(a) possa, durante a realização do exame, solicitar ajuda da equipe de enfermagem responsável pelo paciente no que diz respeito a preparo e posicionamento adequado do paciente, bem como na eliminação de possíveis artefatos elétricos ambientais, poderá assim o(a) médico(a), no intuito de minimizar tais artefatos elétricos solicitar ao (à) médico(a) enfermeiro(a) responsável da unidade o desligamento de alguns equipamentos elétricos, não vitais ao paciente, durante a realização do exame (tais como: bombas de infusão com medicamentos e substâncias não vitais, monitores, fontes de iluminação, colchão inflável, cama e maca com elevação e inclinação elétrica), em casos específicos, após comunicação prévia do médico neurologista ao médico analista da unidade, suspeitando-se de interferência elétrica pelo ventilador ou de bombas de infusão com medicações vitais, que impossibilitem o adequado registro para posterior análise, poderá ser solicitado ao (à) médico(a) plantonista da unidade o desligamento do ventilador ou de bomba de infusão por alguns segundos, visando assim a supervisão e autorização direta do (a) médico(a) plantonista.
- XIII.** A **CONTRATANTE** permitirá e garantirá meios para que o (a) médico(a) possa solicitar e obter informações do prontuário, informações de outros exames e da prescrição do paciente a (à) médico(a) ou ao (à) enfermeiro(a) de plantão responsável pelo paciente.
- XIV.** A **CONTRATADA** deverá garantir a contínua e integral prestação de serviço, independente de férias, faltas ao serviço, feriados, finais de semana, greves de qualquer natureza ou espécie, obrigando-se no cumprimento incondicional do contrato sob as penas da lei.
- XV.** O profissional médico que realizar o exame para constatação de morte encefálica deverá também assinar o Termo de Abertura do Protocolo de Morte Encefálica na unidade onde o exame estiver sendo realizado.
- XVI.** A **CONTRATADA** deverá realizar todos os exames no CRER.
- XVII.** Os serviços a serem prestados pela **CONTRATADA** acontecerão conforme necessidade dos pacientes internados na Instituição após avaliação médica feita pelo plantonista da UTI nos casos de pacientes que tiverem diagnóstico de Morte Encefálica (ME) para conclusão de Protocolo instituído e regido por legislações vigentes.

### Obrigações da CONTRATADA

1. A **CONTRATADA** deverá atender ao disposto a Lei Nº 13.429/2017 e demais legislações vigentes, os fluxos e protocolos estabelecidos, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, ou outras que as vierem substituir, naquilo que se aplicar ao objeto do contrato.
2. A contratação não eximirá a **CONTRATADA** dos compromissos assumidos ou outras responsabilidades que lhe possam ser imputadas em razão da sua contratação.
3. A **CONTRATADA** deverá comunicar qualquer alteração motivada por fatos supervenientes, fortuitos ou de forma maior, que impliquem na alteração de quaisquer das cláusulas do presente contrato.
4. A **CONTRATADA** poderá ter seu contrato encerrado a qualquer tempo, desde que a **CONTRATADA** não mantiver, durante o curso do contrato, as mesmas condições que possibilitaram a sua contratação, bem como a que rejeitar qualquer paciente, sem apresentar as razões objetivas que justifiquem a sua conduta ou, ainda, aquela cujo o contrato venha a ser rescindido, pelos motivos previsto no contrato.

wor

8/10

5. A **CONTRATADA** deverá encaminhar relatório de exames/mês para e-mail corporativo da instituição até o segundo dia útil de cada mês, para conferência.
6. Assim que disponibilizado a **CONTRATADA** deverá enviar nota fiscal e certidões negativas em tempo hábil conforme solicitado pela instituição.
7. Cada pagamento será efetuado mensalmente, mediante a apresentação pela **CONTRATADA** do Relatório dos exames realizados e da Nota Fiscal, que deverá constar a discriminação do serviço, devidamente atestada pelo setor competente, na ausência de condição mais benéfica, o pagamento deverá ser efetuado mensalmente, na sexta-feira da semana subsequente a entrega da nota fiscal.
8. A **CONTRATADA** responsabilizar-se-á pelos encargos fiscais, seguro, frete, tributos e outros que incidam ou venham a incidir sobre o objeto desta contratação ou no seu transporte cujas despesas correrão por sua conta.
9. A **CONTRATADA** irá disponibilizar profissionais necessários e suficientes para a fiel execução do presente contrato.
10. Será realizado acompanhamento e a fiscalização do serviço prestado, sob aspectos quantitativos e qualitativos, anotando as falhas detectadas e comunicando as ocorrências de quaisquer através de notificações que, a seu critério, exijam medidas corretivas por parte da **CONTRATADA**.
11. A **CONTRATADA** deverá garantir a contínua e integral prestação do serviço, independente de férias, faltas ao serviço ou demissão de empregados, descanso semanal, licenças, feriados, finais de semana, greves de qualquer natureza ou espécie, obrigando-se no cumprimento incondicional do contrato, cujo pessoal não terá, em hipótese alguma, qualquer relação de emprego com a **CONTRATANTE**, sendo de exclusiva responsabilidade da **CONTRATADA** as despesas com todos os encargos e obrigações sociais, trabalhistas, tributárias e fiscais.
12. A **CONTRATADA** deverá garantir a prestação de serviços médicos especializado em Diagnósticos Neurofisiológicos – Exames de Eletroencefalograma (EEG) ou Doppler Transcraniano para constatação de Morte Encefálica por meio de seu corpo de profissionais, sócios ou não-sócios, devidamente qualificados e habilitados, responsáveis absolutos pela execução de seus atos profissionais. É obrigatório para a realização dos serviços de Diagnósticos Neurofisiológicos, que os profissionais sejam especialistas e que tenham comprovada sua residência médica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina e estejam inscritos de forma regular no Conselho Regional de Medicina de Goiás.
13. A **CONTRATADA** deverá comunicar e apresentar à **CONTRATANTE**, os seguintes documentos dos profissionais: Diploma, título de especialista, mestrado e/ou doutorado, identidade e CPF, e CPF, comprovante de endereço e certidão negativa do CRM/GO, para fins de cadastro no sistema da Instituição e no CNES, antes dos mesmos iniciarem as atividades na Unidade.
14. A **CONTRATADA** deverá responsabilizar-se pelo cumprimento, por parte de seu representante, das normas de segurança, conduta e disciplina determinadas pela Instituição e responder por quaisquer danos pessoais ou materiais causados por seus empregados, nas dependências da **CONTRATANTE**.

wor

9/10

15. A **CONTRATADA** deverá garantir que as prestações do serviço pelos Médicos atenderão ao dis- posto nas Legislações vigentes e na Norma Regulamentadora 32, bem como as normas internas da **CONTRATANTE**, com destaque para as normas de biossegurança, protocolos assistenciais e de segurança do paciente, sem prejuízo de outras que venham a vigor.
16. A **CONTRATADA** deverá encaminhar os profissionais que prestarão o serviço para participar de treinamentos introdutórios institucionais com 30 dias de antecedência para o início de suas atividades.

## ANEXO II

### Instituto de Neurologia Vascular Exame Doppler Transcraniano

Descrição	UM.	Quant. Estim. Anual	Valor Unitário R\$	Valor Estim. Anual R\$
<b>Doppler Transcraniano Diagnóstico de Morte Encefálica</b>				
a) Realizado exclusivamente por médico devidamente habilitado e de forma presencial.				
b) O laudo deverá ser entregue na unidade em até 12 horas após a solicitação do exame, devidamente assinado por médico habilitado.	<b>Exame</b>	<b>72</b>	<b>600,00</b>	<b>43,200,00</b>
c) O médico deverá assinar também, o Termo de Abertura de Protocolo de Morte Encefálica.				
<b>Valor Contratual Estimado Anual</b>			<b>R\$ 43.200,00</b>	

Fonte: Processo E-Doc: 20190001.00203-CRER.

 B