

**TERMO DE CONTRATO
QUE ENTRE SI CELEBRAM A IRMANDADE BENEFICIENTE
SÃO JOSÉ – HOSPITAL SÃO VICENTE DE GÁLIA E A
EMPRESA UTI MÓVEL MARÍLIA LTDA (ONLIFE), PARA A
REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS QUE ESPECIFICA**

PREÂMBULO

Pelo presente instrumento as partes, de um lado a **IRMANDADE BENEFICIENTE SÃO JOSÉ**, inscrita no CNPJ sob nº 02.411.710/0001-30, com sede na Rua Décio Silvério, nº 321, Centro, Gália/SP, CEP 17.450-019, mantenedora do **HOSPITAL SÃO VICENTE** doravante designada **CONTRATANTE**, neste ato representada por seu provedor Presidente, **JOSÉ AUGUSTO MARTINS**, portador do RG 40.494.314-7 SSP/SP, inscrito no CPF 350.506.108-50 e de outro lado a empresa **UTI Móvel Marília Ltda**, estabelecida à Rua 21 de Abril, 385 – Maria Izabel, no município de Marília, Estado de São Paulo, inscrita no CNPJ sob nº 02.215.111/0001-40, doravante denominada **CONTRATADA**, representada neste ato pelo seu Administrador Alcides Matas, formalizam entre si o presente ajuste que visa a contratação dos serviços descritos na cláusula primeira a seguir.

CLÁUSULA PRIMEIRA - OBJETO, SERVIÇO E REGIME DE EXECUÇÃO

1.1. O objeto do presente contrato é a prestação de serviço eventual de remoção, pela contratada, com utilização de **AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO TIPO D - UTI MÓVEL**, de pacientes pertencentes ao município, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas, durante os 07 (sete) dias da semana.

A) DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

1.2. O serviço compreende a remoção de pacientes internados em unidade hospitalar da sede da Prefeitura de Gália-SP, para outros estabelecimentos hospitalares apropriados, conforme determinação médica.

1.3. Serão transportados pacientes adultos, infantis e neonatos, em horários, datas e locais a serem definidos conforme as reais necessidades, que são imprevisíveis.

1.4. Aberta a vaga para o paciente no hospital receptor, **IRMANDADE BENEFICIENTE SÃO JOSÉ – HOSPITAL SÃO VICENTE DE GÁLIA**, fará a solicitação da UTI MÓVEL à contratada, que deverá iniciar a remoção no prazo máximo de **01h40min** (uma hora e quarenta minutos) a partir do horário de comunicação da necessidade do transporte.

1.5. Considerar-se-á o prazo mínimo de **01h00m** (uma hora) para a preparação do paciente e consequente transferência para a UTI MÓVEL, não havendo, portanto, pagamento da hora parada.

1.5.1. O prazo aqui definido começará a fluir a partir da cientificação presencial do condutor da ambulância da contratada, à unidade de saúde onde o paciente se acha em espera;

1.5.2. Se a unidade de saúde não cumprir com esse prazo, o serviço será considerado executado, situação que, em ocorrendo, a **IRMANDADE BENEFICIENTE SÃO JOSÉ – HOSPITAL SÃO VICENTE DE GÁLIA** arcará com a despesa como se o serviço executado fosse.

1.6. A ambulância de suporte avançado (Tipo D - UTI Móvel), completamente equipada de acordo com as exigências da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), categoria “D”, deverá ser tripulada pelos profissionais abaixo que atendam os requisitos mínimos identificados no Termo de Referência - Anexo I, a saber:

- **1 (um) médico:** Profissional qualificado e credenciado junto ao CRM - Conselho Regional de Medicina.

- **1 (um) motorista Socorrista** (condutor).

- **1 (um) enfermeiro ou técnico de enfermagem** qualificado e credenciado no COREN - Conselho Regional de Enfermagem.

1.7. Será obrigatória a presença do médico responsável durante todo o procedimento de remoção do paciente, em atendimento às resoluções CFM 1.671 e 1.672/03, sob pena aplicação das sanções previstas na legislação vigente,

O veículo a prestar o serviço deverá possuir, no máximo, 3 (três) anos de uso, estar em bom estado de conservação, elétrico e mecânico, e pneus em condições seguras de uso e dispor, no mínimo, dos equipamentos abaixo. Deve contar com equipe e equipamentos médicos necessários para esta função de acordo com **Portaria GM/MS nº 2048/2002; RESOLUÇÃO CFM nº 1.672/2003** e normas da **ABNT-NBR 14.561/2000**.

- ar condicionado,
- desfibrilador,
- oxímetro de pulso adulto e infantil,
- bomba de infusão,
- laringoscópio adulto e infantil,
- monitor cardíaco,
- respirador (ventilador) adulto e infantil,
- oxigênio em rede,
- incubadora de última geração, destinada ao transporte de neonatos e
- medicações utilizadas em suporte avançado,
- maca.

1.8. Os produtos utilizados e os serviços prestados deverão ser de primeira qualidade e atender às Normas do Código de Defesa do Consumidor.

1.9. As solicitações para os atendimentos de remoção de pacientes ocorrerão de acordo com as necessidades da Prefeitura e se fará por meio da emissão de autorização de execução do serviço, diretamente à contratada.

B) CÁLCULO

1.10. Para o desenvolvimento dos cálculos visando pagamentos pelos serviços prestados, será apurada a quilometragem rodada contada a partir da saída da UTI MÓVEL da sede da empresa, findando no retorno à sua sede.

1.11. Na prestação dos serviços, inclusive para efeitos de pagamento, a distância percorrida no traslado intermunicipal serão aqueles dispostos na tabela e/ou quadros oficiais do Departamento de Estradas e Rodagens, ou outras fontes oficiais.

1.12. É de inteira responsabilidade da contratada, a ocorrência de quaisquer danos que venham a ser causados a pacientes, funcionários e/ou terceiros, na execução dos serviços.

C) IMPLANTAÇÃO E VEDAÇÕES

1.13. Considerar-se-á implantado e pronto para o cumprimento, imediatamente após a assinatura do contrato pelas partes.

1.14. O objeto deste contrato não poderá ser transferido, no todo ou em parte, sendo sua execução de responsabilidade única da contratada.

1.15. A contratada declara que tem ciência de que está terminantemente proibida, diretamente ou através de seus profissionais, de cobrar do usuário ou seu responsável, qualquer complementação de valor pelos serviços prestados.

1.16. As partes declaram não haver entre si vínculo empregatício originário da execução deste Contrato. Os empregados e prepostos da Contratada não terão qualquer vínculo empregatício com a **IRMANDADE BENEFICENTE SÃO JOSÉ – HOSPITAL SÃO VICENTE DE GÁLIA**, correndo por conta exclusiva da Contratada todas as obrigações decorrentes da legislação trabalhista, previdenciária, fiscal e comercial, às quais se obriga a saldar na época devida.

CLÁUSUA SEGUNDA - VALOR E PAGAMENTO

2.1- Pelo serviço efetivamente prestado, **IRMANDADE BENEFICENTE SÃO JOSÉ – HOSPITAL SÃO VICENTE DE GÁLIA**, pagará à contratada os valores unitários de:

- a) **AMBULÂNCIA UTI MÓVEL COM MÉDICO, ENFERMAGEM E MOTORISTA SOCORRISTA: R\$ 13,00 (Treze reais)** por quilômetro rodado, contados a partir da saída da base operacional da CONTRATADA, situada em Marília/SP.
- b) **AMBULÂNCIA COM ENFERMAGEM E MOTORISTA SOCORRISTA R\$ 6,00 (seis reais)** por quilômetro rodado, contados a partir da saída da base operacional da CONTRATADA, situada em Marília/SP.

- 2.1.1- Aos valores acima definidos, que são fixos e irrevogáveis pelo prazo de vigência do contrato, se acham previstas todas as despesas com combustível e outros, manutenção preventiva e corretiva do veículo, pessoal (motorista, enfermeiro ou técnico de enfermagem, e médico), encargos sociais, previdenciários e trabalhistas, impostos, taxas ou contribuições de qualquer espécie resultantes da execução do serviço, despesas de alimentação e de hospedagem dos profissionais, entre outras.
- 2.1.2- Os custos relativos à mão-de-obra utilizada para a prestação dos serviços refletem os preços atualizados na contratação, não cabendo nenhuma reivindicação salarial ou de reajuste por conta de acordos, convenções ou dissídios ocorridos na vigência do presente instrumento.
- 2.1.3- Vencido o mês a contratada emitirá a nota fiscal fatura e a encaminhará ao Setor Contábil da contratante para o processamento devido visando o pagamento.
- 2.1.4- O pagamento será efetuado no prazo de 10 (dez) dias úteis, contados do término do mês em que o serviço foi prestado. Para que ocorra o pagamento no prazo definido, a contratada deverá encaminhar a fatura à **IRMANDADE BENEFICENTE SÃO JOSÉ – HOSPITAL SÃO VICENTE DE GÁLIA**, no primeiro dia útil após o mês vencido.
- 2.1.5- Os pagamentos serão efetuados mediante crédito aberto em conta corrente em nome da contratada, que indicou para esses efeitos, os seguintes dados:
 - a) Número da conta corrente: 00027766-5.
 - b) Agência: 00017
 - c) Banco: 084-SISPRIME
- 2.1.5- Também os pagamentos poderão ocorrer por “boleto bancário”, obedecendo ao mesmo prazo definido no item 3.4 deste, desde que o mesmo seja fornecido juntamente com a Nota Fiscal Fatura respectiva, vedada a cobrança pela sua emissão.
- 2.1.6- A nota fiscal/fatura que apresentar incorreções será devolvida à contratada e seu vencimento ocorrerá em 10 (dez) dias úteis após a data de sua apresentação válida na sede da Prefeitura contratante.
- 2.1.7- O preço contratado inclui todas e quaisquer despesas diretas e indiretas, mão-de-obra, inclusive as horas de atendimentos eventuais, tributos, insumos, encargos sociais, trabalhistas, taxas e impostos, seguros, EPI's, transporte, treinamentos, materiais diversos, reagentes, entre outras, que sempre correrão por conta da contratada.

CLÁUSULA TERCEIRA- VIGÊNCIA CONTRATUAL REAJUSTE

- 3.1-O presente contrato vigorá por 12 (doze) meses contados a partir da data de sua formalização podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos.
- 3.2-A não prorrogação da vigência contratual por conveniência da contratante não gerará à contratada direito a qualquer espécie de indenização.
- 3.4-Em caso de prorrogação contratual os preços contratados serão reajustados pelo IPCA- IBGE, relativo aos 12 (doze) últimos meses já publicados.

CLÁUSULA QUARTA- OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- 4.1- Prestar os serviços contratados, assumindo inteiramente as responsabilidades pelos mesmos.
- 4.2-Assumir inteira responsabilidade administrativa, penal, civil e criminal por possíveis danos causados à **IRMANDADE BENEFICENTE SÃO JOSÉ – HOSPITAL SÃO VICENTE DE GÁLIA** ou a terceiros, decorrentes da execução dos serviços de transporte.
- 4.3-Arcar com todas as despesas relativas a execução dos serviços de transporte, tais como, encargos sociais, trabalhistas e fiscais, transporte, frete, dentre outros.
- 4.4-Responder, perante os órgãos competentes, por todas as obrigações e encargos assumidos ou gerados, em razão do serviço executado.
- 4.5-Obedecer a todas as exigências estabelecidas no edital e seus anexos, partes integrantes do processo visando a contratação.
- 4.6-Fornecer o(s) número(s) de telefone(s) 24 (vinte e quatro) horas do dia, 07 (sete) dias da semana, disponível(is), visando a solicitação dos atendimentos.
PLANTÃO 24 HORAS – FIXO: 14-3422-4255 – CELULAR: 14-99761-9010
EMAIL: recepcao@onlifeutimovel.com.br

CLÁUSULA QUINTA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- 5.1-Efetuar o pagamento na forma e condições estabelecidas neste contrato;
- 5.2-Fiscalizar os serviços prestados, através de verificação de qualidade, e consequente aceitação.

CLÁUSULA SEXTA- RESCISÃO

- 6.1-A qualquer tempo poderá ser alterado, suspenso ou rescindido o o contrato de prestação de serviço por qualquer uma das partes, mediante requerimento escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias que antecedem o término da vigência contratual.

CLÁUSULA SÉTIMA - FORO

- 7.1-Será competente o Foro da Comarca de Marília, Estado de São Paulo, para dirimir as dúvidas ou lides advindas do presente Termo de Contrato, não resolvidos na esfera administrativa, com renúncia de qualquer outro por mais privilegiado seja.

E, por estarem ambas as partes de pleno acordo com as disposições estabelecidas neste Termo de Contrato, aceitam a cumprirem fielmente as normas legais e regulamentares, assinam o

presente em 03 (três) vias de igual efeito e teor, na presença de duas testemunhas, abaixo indicadas.

Estância Turística de Gália, 1 de fevereiro de 2026.

AS PARTES:

IRMANDADE BENEFICENTE SÃO JOSÉ – HOSPITAL SÃO VICENTE DE GÁLIA
CNPJ 02.411.710/0001-30

UTI Móvel Marília Ltda
CNPJ 02.215.111/0001-40

TESTEMUNHAS

NOME
CPF

NOME
CPF