

**CONTRATO DE FORNECIMENTO, QUE ENTRE SI CELEBRAM O HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO E A EMPRESA EXOMED REPRESENTAÇÃO DE MEDICAMENTOS LTDA, NA FORMA E CONDIÇÕES QUE ESTIPULAM.**

Pelo presente instrumento de contrato que entre si celebram de um lado o **HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO**, com endereço à Rua Farias Neves Sobrinho, 232, Olinda, PE, inscrita no CNPJ/MF: sob o nº 10.583.920/0001-33, doravante denominado **CONTRATANTE** e o outro lado a **EMPRESA EXOMED REPRESENTAÇÃO DE MEDICAMENTOS LTDA**, estabelecida na Rua das Moças, 403, Arruda, Recife, PE, inscrita no CNPJ sob nº 12.882.932/0001-94, por seu representante legal, doravante denominada **CONTRATADA**, tem justo e acordado o presente contrato, mediante as cláusulas a seguir enumeradas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

Constitui objeto do presente contrato, o fornecimento pela **CONTRATADA**, do medicamento **CLEXANE SAFETY LOCK 20MG SP 0,2ML CX10, CLEXANE SAFETY LOCK 40MG SP 0,2ML CX10, CLEXANE SAFETY LOCK 60MG SP 0,2ML CX02, CLEXANE SAFETY LOCK 80MG SP 0,2ML CX02, CLEXANE SAFETY LOCK 100MG SP 0,2ML CX02** para a sede da **CONTRATANTE**.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – Os medicamentos deverão ser entregues na sede do **CONTRATANTE**.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

**2.1.** Pelo fornecimento, objeto deste contrato, o **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** os valores abaixo descritos referente as unidades em seringas fornecidas. Mediante a apresentação de Nota fiscal atestada pelo departamento competente da **CONTRATANTE**.

CLEXANE SAFETY LOCK 20MG SP 0,2ML CX10,	AVENTIS PHARMA	R\$ 6,72
CLEXANE SAFETY LOCK 40MG SP 0,2ML CX10,	AVENTIS PHARMA	R\$ 13,06
CLEXANE SAFETY LOCK 60MG SP 0,2ML CX02,	AVENTIS PHARMA	R\$ 19,99
CLEXANE SAFETY LOCK 80MG SP 0,2ML CX02,	AVENTIS PHARMA	R\$ 26,64
CLEXANE SAFETY LOCK 100MG SP 0,2ML CX02,	AVENTIS PHARMA	R\$ 33,28

**2.2.** O pagamento correspondente ao fornecimento, objeto deste contrato, será efetuado através de crédito em conta corrente da instituição bancária indicada pela **CONTRATADA** em até 30 (trinta) dias do recebimento da nota fiscal atestada. Para fazer jus ao pagamento mensal, a **CONTRATADA** deverá comprovar sua regularidade com a Segurança Social (CND), devendo apresentar Certidão de Dívida Ativa da União e Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais.

**2.3.** A **CONTRADADA** compromete-se a manter o preço ora pactuado pelo período de 01 (um) ano, sem aumento do mesmo.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA**

O prazo de vigência do presente Contrato será de 01 (hum) ano, contado da data da sua assinatura.



## 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, como frete logístico, prestação de garantia e quaisquer outros que incidam ou venham a incidir sobre os medicamentos ofertados.

**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 os 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 a entrega dos medicamentos no quantitativo solicitado, devendo o medicamento possuir validade de 01 ano da data da entrega e apresentar bom estado de conservação e embalagem, em perfeitas condições de uso, de acordo com as normas e especificações vigentes, no prazo máximo de 24 horas, contado a partir da assinatura da data de recebimento da AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO, constando as indicações da marca, modelo, fabricante e procedência. Caso não possa realizar a entrega, comunicar no prazo máximo de 24 horas que antecede o prazo de vencimento da entrega, os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo de entrega previsto.

**4.1.5.** Arcar com todas as despesas incidentes sobre o objeto contratado, tais como impostos, taxas e fretes;

**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 células deste Contrato.

**4.2.2.** Designar servidor ou comissão composta por servidores do Hospital, 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 a **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 prejuízo 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:



CA

M  
8

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

Qualquer 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.

Olinda, 28 de setembro de 2017.

**CONTRATANTE**  
  
**HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO**  
DR. GIL BRASILEIRO

**CONTRATADA**  
  
**EXOMED REPRESENTAÇÃO DE MEDICAMENTOS LTDA**  
GERALDO VIEIRA DE MELO JUNIOR

Testemunhas

  
CPF: **ALEXANDRE JOSE BARBOSA DA SILVA**  
**225.169.901-7**

Testemunhas

CPF:

