

CONTRATO DE FORNECIMENTO, QUE ENTRE SI CELEBRAM O HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO (matriz e filiais) E A EMPRESA UNIÃO QUÍMICA FARMACEUTICA NACIONAL S.A, 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, Bairro Novo, Olinda, PE, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.583.920/0001-33, neste ato representado por **GIL MENDONÇA BRASILEIRO**, brasileiro, casado, odontólogo, portador da cédula de identidade RG nº 1.006.466-SDS-PE e CPF nº 122.850.644-20, residente e domiciliado na Rua Carlos Pessoa Monteiro, 197, apto. 102, Casa Caiada, Olinda/PE, doravante denominado **CONTRATANTE** e o outro lado a **EMPRESA UNIÃO QUÍMICA FARMACEUTICA NACIONAL S.A.**, estabelecida na Rodovia Fernão Dias, BR 381, s/nº, Km 862.5, Distrito Industrial, Pouso Alegre, Minas Gerais, inscrita no CNPJ sob nº 60.665.981/0009-75, por seu representante legal, doravante denominado **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**, dos medicamentos descritos na **PLANILHA** anexa, para a sede da **CONTRATANTE** e suas filiais:

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO- 10.583.920/0001-33- SEDE OLINDA
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO- 10.583.920/0003-03- UPA CURADO
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO- 10.583.920/0002-14- UPA IBURA
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO- 10.583.920/0004-86- HOSP JOÃO MURILO
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO- 10.583.920/0005-67- BRITES DE ALBUQUERQUE
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO- 10.583.920/0008-00- HOSP MESTRE VITALINO
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO- 10.583.920/0009-90- HOSP RUY DE B.CORREIA
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO- 10.583.920/0010-24- HOSP EMILIA CAMARA
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO- 10.583.920/0011-05- HOSP EDUARDO CAMPOS

PARÁGRAFO ÚNICO – Os medicamentos deverão ser entregues na sede de cada Hospital listado, conforme solicitação de aquisição do **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO



Handwritten signature and circular stamp (CABE 14658) are present at the bottom right of the page.

2.1. Pelo fornecimento, objeto deste Contrato, o **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** o valor mensal equivalente ao quantitativo de medicamentos fornecidos, mediante apresentação da Nota Fiscal/Fatura devidamente atestada pelo Setor Competente do **CONTRATANTE**.

2.1.1. O pedido será faturado no CNPJ do Hospital solicitante, sendo a unidade solicitante responsável pelo recebimento, atesto e pagamento do pedido.

2.2. O pagamento correspondente ao fornecimento, objeto deste Contrato, será efetuado preferencialmente através de crédito em conta corrente do **BANCO SANTANDER**, ou qualquer 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 Seguridade Social (CND), devendo apresentar também Certidão de Dívida Ativa da União e Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais.

2.3. A **CONTRATADA** compromete-se a manter o preço ora pactuado pelo período de 06(seis)meses , sem aumento dos preços dos itens ora pactuados.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Contrato será de 06 (seis) meses, contado da data da sua assinatura.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

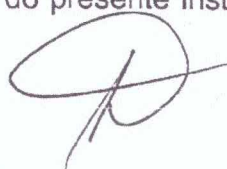
Constituem obrigações das partes, sem prejuízo das disposições previstas na Lei:

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, validade, produtos registrados 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 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 mínima 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 até 07 dias, contado a partir da assinatura da data de recebimento da **AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO**, constando as indicações de 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;

4.2. DO CONTRATANTE

4.2.1. Tomar todas as providências para o fiel cumprimento das cláusulas deste Contrato.

4.2.2. Designar servidor ou comissão composta por servidores do Hospital do Tricentenário, 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

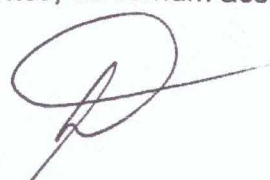
A **CONTRATADA** fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições estabelecidas neste instrumento, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, sem que haja prejuízos às partes.

CLÁUSULA SEXTA – 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 SETIMA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

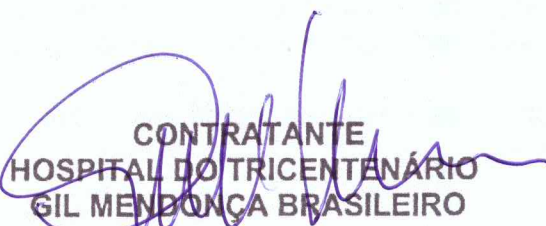
Os casos omissos serão resolvidos pelas partes contratantes, de comum acordo.

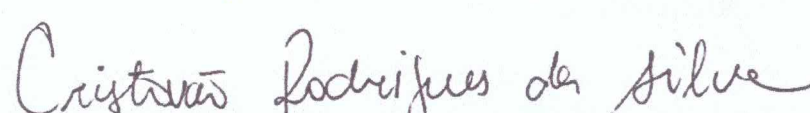


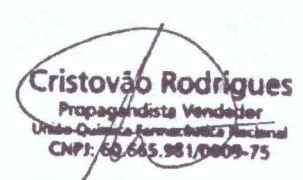
E por estarem justos e acordados, as partes assinam o presente contrato em 03(três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas ao final nomeadas e assinadas.

As partes elegem o foro da Comarca de Olinda/PE, para dirimir qualquer dúvida relativa ao presente contrato, renunciando de logo a quaisquer outros por mais privilegiado que seja.

Olinda, 21 de junho de 2021.


CONTRATANTE
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
GIL MENDONÇA BRASILEIRO


CONTRATADA
EMPRESA UNIÃO QUÍMICA FARMACEUTICA NACIONAL S.A


Cristovão Rodrigues
Propagandista Vendedor
União Química Farmacêutica Nacional
CPF: 66.665.981/0009-75

Testemunhas

CPF:

CPF:



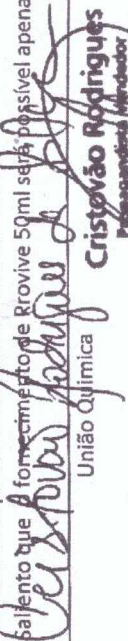
TAC					
Cliente: Hospital do Tricentenário - H. Regional Emília Câmara					
Código do cliente: 165686					
Cnpj.: 10.583.920/0010-24					
Data inicial: 06/2021					
Data final: 12/2021					
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	PRINCÍPIO ATIVO	MÉDIO	Consumo	Valor total Tac
1000053	ARTRINID IV 100MG PO LIOF INJ X 50 FA	Cetoprofeno	R\$ 130,00	4	R\$ 520,00
1000069	BETA LONG SUS INJ X 25 AMP	Acet. Betameta+Fosf. Dis. Betam.	R\$ 130,00	16	R\$ 2.080,00
1000142	BROMOPRIDA 5MG ML INJ X 50AMP	Bromoprida	R\$ 55,00	10	R\$ 550,00
1000302	CLOR PETIDINA 50MG ML INJX25 P344 98 A1	Petidina	R\$ 43,00	6	R\$ 258,00
1001168	COLACT 667MG ML LIQ X 120ML AL	Lactulose	R\$ 6,50	30	R\$ 195,00
1000189	CORTISONAL 100MG INJ 50FA	Hidrocortisona Succinato Sódico	R\$ 125,00	10	R\$ 1.250,00
1000184	CORTISONAL 500MG INJ 50FA	Hidrocortisona Succinato Sódico	R\$ 265,00	6	R\$ 1.590,00
1001680	DORMIUM 50MG/ 10ML INJX50 AMP P.344/98-B1	Midazolam	R\$ 850,00	60	R\$ 51.000,00
1000020	ETILEFRIL 10MG ML INJ X 6 AMP	Etilefrina	R\$ 6,50	20	R\$ 130,00
1000176	NORMASTIG 0 5MG ML INJ X 50AMP	Neostigmine	R\$ 34,00	1	R\$ 34,00
1000326	OXITON 5UI ML INJ X 50 AMP	Oxitocina	R\$ 55,00	8	R\$ 440,00
1001582	PROVIVE EMU INJ P344/98C1 CX C/5FR X20ML	Propofol	R\$ 110,00	1.100	R\$ 121.000,00
1000060	TEFLAN 20MG INJ 50 FA	Tenoxicam	R\$ 250,00	8	R\$ 2.000,00
1000054	TERBUTIL 0 5MG ML INJ X 50AMP	Terbutalina	R\$ 70,00	1	R\$ 70,00
1000236	UNI DEXA 4MG ML 2 5ML X 50FA	Dexametasona	R\$ 145,00	30	R\$ 4.350,00
1000256	UNI DIAZEPAX 10MG COM X 200 P 344 98 B1	Diazepam	R\$ 17,00	1	R\$ 17,00
1000720	UNI DIAZEPAX INJ X 50AMP PORT 344 98 B1	Diazepam	R\$ 45,00	6	R\$ 270,00
1000290	UNI HALOPER 5 MG ML 1ML INJ P344 98 C1	Haloperidol	R\$ 49,00	7	R\$ 343,00
1002365	UNIFENTAL 50MCG MLX25AMP 10ML P 344 98 A2	Citrato de Fentanila	R\$ 150,00	200	R\$ 30.000,00
1001910	UNIPRAZOL 40 MG PO SOL INJ 50 FA DIL X 10 ML	Omeprazol	R\$ 1.050,00	14	R\$ 14.700,00
1001703	VANCOTRAT 500MG PO INJ X 50 FA	Cloridrato de Vancomicina	R\$ 230,00	4	R\$ 920,00

Termo de Acordo de Compromisso

Prazo : 70 dias

Relatamos período de acordo de um ano conforme descrito acima, com o cumprimento do consumo informado com efetivação de 80% a 120%, podendo ser revisado apenas a inclusão de outros itens.

Saliento que o fornecimento de Provive 50ml será possível apenas em Janeiro 2021 devido falta no estoque.


Cristovão Rodrigues
 Propagandista / Interlocutor
 União Química Farmacêutica Nacional
 CNPJ: 09.655.063/0001-75

União Química

Cliente ()