



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
MUNICÍPIO DE SANTA CLARA DO SUL

Município criado pela Lei Estadual 9.621/92

**CONTRATO DE FORNECIMENTO Nº 261-01/2017**

**MUNICÍPIO DE SANTA CLARA DO SUL**, pessoa jurídica de Direito Público, inscrito no CNPJ sob nº 94.705.936/0001-61, com sede na Av. Emancipação, 615, neste ato representado pelo Prefeito, Sr. **Paulo Cezar Kohlrusch**, brasileiro, casado, portador do CPF sob nº 364.946.150-53, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado de **CONTRATANTE** e, de outro lado, a empresa **OPEN FARMA COMÉRCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ sob n.º 27.130.979/0001-79, com sede na Rua Dirceu Jose Felipetti, 29, Centro, cidade de Barão de Cotegipe – RS, CEP 99.740-000, neste ato representada pelo Sr. **Claudio Lucas Ody**, brasileiro, Empresário, portador do CPF sob nº 029.054.650-85, residente e domiciliado na Avenida Angelo Caleffi, 221, Bairro Centro, na cidade de Barão de Cotegipe-RS, simplesmente denominado de **CONTRATADA**, ajustam o presente contrato, nos termos da Lei n.º 8666/93 e suas posteriores alterações, bem como, pelo Processo Administrativo. nº 1973/2017, Pregão Eletrônico nº 13/2017 e legislação aplicável, com a adoção das seguintes cláusulas:

**I – DO OBJETO:**

O Objeto do presente Contrato se refere aquisição de Material Ambulatorial para a Secretaria da Saúde, conforme relação abaixo mencionada:

ITEM	DESCRIÇÃO	UN	QUANT	UNIT	TOTAL
1	ABAIXADOR LINGUA PAC 100 UM Marca Talge	PAC	30	2,63	78,90
29	ESPARADRAPO 10CM X 4,5M Marca Adpele	UN	15	5,19	77,85
45	LUVA CIRÚRGICA Nº 8,0 Marca Maxitex	PAR	30	0,94	28,20
67	TORNEIRINHA DESCARTAVEL 3 VIAS Marca Solidor	UN	40	0,64	25,60
TOTAL					R\$ 210,55

**II – DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:**

O Município pagará à CONTRATADA, pelo objeto total a ser adquirido, o preço conforme tabela acima mencionada, e será efetuado em até 10 (dez) dias, após a entrega das mercadorias, conforme notas que serão fornecidas. Deverá ser colocado no corpo das Notas Fiscais o número do Pregão Eletrônico 13/2017.

**III – DA ENTREGA:**

A entrega dos materiais será de no máximo 30 (trinta) dias após assinatura do contrato. O Não cumprimento do prazo de entrega acarretará em sanções administrativas citadas no item 6.1.2 deste contrato.

**IV – DO PRAZO DE VALIDADE DO CONTRATO**



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
**MUNICÍPIO DE SANTA CLARA DO SUL**

Município criado pela Lei Estadual 9.621/92

O prazo de validade do contrato será de 90 dias a partir de sua assinatura e poderá ser renovado até a entrega dos produtos.

**V – DAS DESPESAS:**

As despesas públicas decorrentes deste contrato correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias:

**SECRETARIA DA SAÚDE: 830.11 e 832.2**

**VI - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

**6.1** - Na vigência do presente Contrato, a CONTRATADA estará sujeita às seguintes sanções administrativas:

**6.1.1** - Advertência, por escrito, sempre que verificadas pequenas irregularidades para as quais a contratada tenha concorrido.

**6.1.2** - Pelo descumprimento total ou parcial da entrega dos serviços, a Comissão de Licitações poderá, garantida prévia defesa, aplicar a contratada as seguintes sanções:

**I** - Advertência;

**II** - Multa de 10% sobre o valor corrigido do contrato que a licitante foi vencedora;

**III** - Rescisão de contrato;

**IV** - Suspensão do direito de licitar junto à Prefeitura Municipal de SANTA CLARA DO SUL/RS, por prazo não superior a 02 (dois) anos;

**V** - Declaração de inidoneidade para contratar ou transacionar com a Prefeitura Municipal.

**XII – DO FORO**

O Foro do presente contrato será o da Comarca de Lajeado/RS, independentemente da existência de qualquer outro mais privilegiado.

E, para firmeza e validade do que aqui ficou estipulado, assinam o presente instrumento em três (03) vias de igual forma e teor, na presença de duas testemunhas.

Santa Clara do Sul/RS, 27 de NOVEMBRO de 2017.

**Município de Santa Clara do Sul**

**Paulo Cezar Kohlrausch**

Prefeito

**OPEN FARMA COMÉRCIO DE PROD HOSP LTDA**

**Claudio Lucas Ody**

Representante

**TESTEMUNHAS:**

**1.**

CPF.:

**2.**

CPF.: