



**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA  
HOSPITAL SANTA TERESINHA**

**COTAÇÃO DE PREÇOS Nº 003/2017**

**“AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE USO MÉDICO E HOSPITALAR”**

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA/HOSPITAL SANTA TERESINHA**

**A ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA – HOSPITAL SANTA TERESINHA – ABST/HST**, pessoa jurídica de direito privado, filantrópica e sem finalidade lucrativa, neste ato representada por seu Presidente SR Camilo Alberton, informa que está instaurando procedimento de cotação de preços destinada a seleção da proposta mais vantajosa, visando a aquisição dos equipamentos de utilização médico-hospitalar, de acordo com as características indicadas nos anexos I e II e segundo as condições estabelecidas no presente edital.

Os recursos que viabilizarão a aquisição do objeto deste procedimento de cotação são oriundos do Fundo Nacional de Saúde – Processo nº 25000.171938/2015-29 - Convênio SICONV nº820946/2015 “Aquisição de Equipamento e Material para Unidade de Atenção Especializada em Saúde”

**1. OBJETO**

A presente cotação tem por fim a ampla consulta de preços para a aquisição dos equipamentos descritos nos Anexos deste instrumento:

- a) **ANEXO I** - Termo de Referência
- b) **ANEXO II** – Minuta do Contrato;

**2. PRAZO PARA APRESENTAÇÃO DAS PROPOSTAS**

Os interessados deverão apresentar suas propostas de preços **até o dia 27 de Junho**, diretamente na recepção da Direção da ABST-HST, localizada na Rua Jacob Uliano Batista, nº 1370, Centro – Braço do Norte /SC.

**3. FORMA DE APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE PREÇOS**

A proposta de preços deverá ser encaminhada para a ABST/HST via e-mail, [paulaenf@hst.net.br](mailto:paulaenf@hst.net.br), devidamente assinada, escaneada e/ou em envelope identificado da seguinte forma:

Rua Jacob Batista Uliano, 1.370 – CEP 88.750-000 – Braço do Norte – SC. Fone/FAX (48) 3658.2244

Paulo Sérgio Machado – CRM/SC 13638 RQE 10274. Diretor Técnico Responsável



**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA**  
**HOSPITAL SANTA TERESINHA**

DE:

(Nome da Empresa Proponente) –Fone/Fax: \_\_\_\_\_

Endereço (Rua, nº, Bairro, Cidade, Estado e CEP)

Para:

Associação Beneficente Santa Teresinha– ABST/HST

Rua Jacob Uliano Batista, 1370 – Centro – Braço do Norte/SC – CEP: 88.750-000

“COTAÇÃO DE PREÇOS 003/2017

Objeto: “Aquisição de Equipamento e Material para Unidade de Atenção Especializada em Saúde.

A/C Enfª. Paula Kuerten Michels Fernandes

**3.1.** Dentro do envelope a empresa proponente deverá encaminhar a sua **PROPOSTA DE PREÇOS**, redigida em português, de forma clara e detalhada, isenta de emendas ou rasuras, devidamente datada, numerada sequencialmente, rubricada e assinada pelo signatário da empresa, contendo as seguintes informações:

**3.1.1.** Identificação e endereço completo da empresa proponente;

**3.1.2.** Descrição dos equipamentos cotados de forma correta e clara;

**3.1.3.** Indicação do País de Origem, Fabricante, Marca e Modelo do equipamento ofertado;

**3.1.4.** Preço unitário e fixo dos equipamentos (CIF);

**3.1.5.** Validade da Proposta de no mínimo 60 (sessenta dias);

**3.1.6.** Prazo de entrega – no máximo de 90 (noventa dias) dias;

**3.1.7.** Prazo de instalação imediata (tão logo os equipamentos sejam entregues na ABST/HST);

**3.2.** Juntamente com a proposta de preços, a empresa proponente deverá anexar, os seguintes documentos, relativos ao equipamento cotado:

**a)** Declaração assegurando que a garantia do equipamento será de no mínimo de 12 (doze) meses a contar da instalação e funcionamento do equipamento e abrangerá a manutenção preventiva e corretiva com fornecimento de peças sem nenhum custo para a ABST/HST a este título no período supra descrito, obrigando-se ainda, independentemente de ser ou não fabricante, a efetuar a qualquer tempo, substituição do equipamento que apresentar defeito de fabricação ou divergência com as especificações oferecidas, sem qualquer ônus para a ABST/HST;

Rua Jacob Batista Uliano, 1.370 – CEP 88.750-000 – Braço do Norte – SC. Fone/FAX (48) 3658.2244

Paulo Sérgio Machado – CRM/SC 13638 RQE 10274. Diretor Técnico Responsável

- b) Apresentar Termo de Compromisso, *por escrito*, obrigando-se a promover a manutenção do equipamento, durante a vigência da garantia, sem qualquer ônus à ABST/HST, sempre que solicitado.
- c) Apresentar o Certificado de Registro do Produto junto ao Ministério da Saúde ou sua publicação no Diário Oficial da União;
- d) Conter catálogos, folhetos ilustrativos, literatura técnica, manuais de manutenção com diagramas eletrônicos e periféricos, em português ou traduzidos, compatíveis e adequados às especificações técnicas do produto ofertado. Neste caso, em especial, não há necessidade de tradução por tradutor público juramentado, bastando, somente a tradução efetuada pela própria empresa e assinada pelo responsável;
- e) Termo de Compromisso de realização de treinamento relativo à operacionalização do equipamento (Biômetro Ultrassônico) a equipe médica, de enfermagem e apoio que irão manuseá-las.
- f) Indicação de, no mínimo, 3 (três) estabelecimentos de saúde que utilizem o equipamento cotado há pelo menos 18 (dezoito) meses. A indicação deve conter: razão social, CNPJ, endereço, telefone, tempo de aquisição do equipamento e nome do responsável pelo estabelecimento.
- g) Documentação de certificação de boas práticas de fabricação, de armazenamento e distribuição do Ministério da Saúde e ou equivalente do país de origem.
- h) Declaração EXPRESSA de que o produto ofertado é equipamento novo, entendido como tal, de primeira utilização.
- i) Data, assinatura e identificação do signatário.

#### **4. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

**4.1.** O presente procedimento de cotação segue as regras Da Portaria 507/2011, razão pela qual não está vinculado aos rigores da Lei 8.666/93. A escolha da melhor proposta será realizada pela Direção,



**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA  
HOSPITAL SANTA TERESINHA**

juntamente com sua equipe técnica, com observação do conjunto de critérios descritos no item "4.2", deste edital;

**4.2.** Além do melhor preço, será considerado como critério de escolha entre as propostas: a marca do(s) equipamento(s) cotado(s), prazos de entrega, prazo(s) de garantia, custos de manutenção, existência de outros equipamentos da mesma marca na Instituição (visando a padronização e a facilitação da manutenção e reposição de peças), avaliação da equipe técnica e dos profissionais que manusearão os equipamentos.

**4.3. A EMPRESA CUJA PROPOSTA DE PREÇOS FOR A ESCOLHIDA será comunicada diretamente pela Direção da ABST/HST, mediante o envio de carta, e-mail ou por contato telefônico, devendo apresentar, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, contadas da ciência do resultado, os seguintes documentos:**

**4.3.1. Relativos à capacidade Jurídica**

- a) **Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social** em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial, em se tratando de Sociedade Comercial; e, no caso de Sociedade por Ações, acompanhado dos documentos referentes às eleições de seus administradores;
- b) **Inscrição do Ato Constitutivo**, no caso de Sociedades Civis, acompanhada de prova da Diretoria em Exercício, devidamente registrado em cartório;

**4.3.2. Relativos a Regularidade Fiscal**

- a) Prova de inscrição no **Cadastro Geral de Contribuintes (CNPJ)**;
- b) Certidão Negativa ou Positiva com efeito de Negativa expedida pela **Secretaria da Receita Federal**, com relação à regularidade fiscal Federal;
- c) Certidão Negativa ou Positiva com efeito de Negativa expedida pela **Procuradoria da Fazenda Nacional**, referente à Dívida Ativa da União;
- d) Certidão Negativa ou Positiva com efeito de Negativa expedida pela **Secretaria da Fazenda Estadual, do estado onde se encontra localizada a empresa proponente**, com relação à regularidade fiscal Estadual;
- e) Certidão Negativa ou Positiva com efeito de Negativa expedida pela **Secretaria de Finanças Municipal**, com relação à regularidade fiscal Municipal do município onde se encontra localizada a empresa proponente.

- f) Prova de regularidade relativa à *Seguridade Social*, fornecida pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) - CND;
- g) Prova de regularidade relativa ao *Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS)* – CRF;
- h) Prova de regularidade Trabalhista – **Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas**.

#### 4.3.3. Qualificação Econômico-Financeira

a) **Certidão Negativa de Falência** ou **Concordata** expedida pelo distribuidor ou pelos cartórios de registro de falência e concordata da sede da empresa proponente.

4.4. No ato de entrega da documentação e respectiva conferência, a empresa deverá firmar o contrato de fornecimento, contendo as condições da compra e venda ora efetivada, inclusive com previsão de aplicação de multa diária para o caso de mora no cumprimento dos prazos estabelecidos neste edital e constante da proposta de preços oferecida;

4.5. A entrega do(s) produto(s) adquirido(s) deverá ser única e efetuada após autorização de fornecimento, diretamente no prédio sede da ABST/HST, localizada na Rua Jacob Uliano Batista, nº 1370, Centro – Braço do Norte /SC, de segunda a sexta-feira, no horário compreendido entre as 08h às 17h, acompanhado da respectiva nota fiscal e mediante prévia comunicação à ABST/HST.

4.6. O pagamento relativo à aquisição dos equipamentos será efetuado, à vista, no prazo máximo de 10 (dez) dias, contados da entrega do equipamento ou, em caso de equipamento importado, quando este já estiver em território nacional, contra apresentação de documentos, via banco negociador, a taxa de câmbio do dia do pagamento (BACEN), bem como apresentação de:

- a) Fatura Comercial;
- b) Conhecimento Marítimo;
- c) Laudo de Inspeção de Embarque.

4.6.1. A empresa deverá mencionar na respectiva Nota Fiscal/Fatura informações sobre o produto, tais como: a MARCA sob o qual o mesmo é comercializado, Fabricante, País de Origem, modelo, descrição técnica detalhada, informações quanto à adequada instalação, funcionamento e utilização do equipamento, o número Certificado de Registro do Produto junto ao Ministério da Saúde. Além de



**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA  
HOSPITAL SANTA TERESINHA**

mencionar o número do Contrato, o número da presente cotação de preços e da Autorização de Fornecimento.

**4.7.** A empresa fornecedora deverá executar a montagem, instalação e teste inicial de funcionamento do produto, no prazo máximo de 5 (cinco) dias a contar da chegada do equipamento na ABST/HST.

**4.8.** A empresa fornecedora, no prazo máximo de 10 (dez) dias a contar da instalação do equipamento deverá fornecer aos prepostos indicados pela ABST/HST, o adequado treinamento operacional e técnico dos equipamentos, inclusive com simulação de falhas e operações indevidas de forma a dirimir quaisquer dúvidas.

**4.9.** A empresa fornecedora deverá garantir o fornecimento de peças, componentes e acessórios descontinuados por 5 (cinco) anos, a contar da aquisição do equipamento.

**4.10.** As descrições constantes no Anexo I deste instrumento servem apenas de parâmetro para as empresas interessadas, não excluindo qualquer marca ou modelo de características semelhantes.

**4.11.** A apresentação de proposta à presente cotação de preços implica em aceitação tácita, por parte da proponente/fornecedora de todas as condições e obrigações constantes neste Edital de Cotação de Preços nº 003/2017.

**4.12.** Dúvidas poderão ser dirimidas diretamente com a Diretora Geral do Hospital Santa Teresinha através do Fone (48) 3658.2244.

Braço do Norte/SC, 12 de Junho de 2017.

Camilo Alberton  
Presidente ABST

Paulo Sérgio Machado  
08/06/2017

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

ITEM	QUANTIDADE
010987-Biômetro Ultrassônico/Ecobiômetro	01
Especificação - Biômetro A-Scan com tela colorida de LCD sensível ao toque. Deve realizar medição precisa com modos de imersão e contato, dispor de modos automáticos e manuais, auto controle de ganho e impressora térmica embutida. Com as seguintes especificações mínimas: A-biometria com probe de 10MHZ, ganho total de 100dB com intervalo de ajuste de 0 a 50dB. Biometria com precisão de aproximadamente $\pm 0,06$ milímetros, resolução de 0,01 milímetros, faixa de medição de 14 a 41 milímetros. Modo de medição: Contato e Imersão. Parâmetros de medição: profundidade câmara anterior, lente de espessura, vítreo comprimento e comprimento axial. Dispor de pelo menos 4 modos de medição diferentes e 8 grupos de leituras para a média, SD. Formula: SRK / T, SRK-II, BINKHOST- II, HOLLADAY, HOFFER-Q e Haigis. Acompanhar sonda de contato e sonda de imersão.OPCIONAIS (DESCREVER): POSSUI	

Braço do Norte/SC, 12 de Junho de 2017.



Camilo Alberton

Presidente ABST



**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA  
HOSPITAL SANTA TERESINHA**

**CONTRATO DE VENDA E COMPRA DE EQUIPAMENTOS DE  
UTILIZAÇÃO MÉDICA E HOSPITALAR**

Contrato n° \_\_\_\_\_/2017

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA - HOSPITAL SANTA TERESINHA**, entidade filantrópica sem fins lucrativos, estabelecida na Rua Jacob Batista Uliano, n° 1.370, Braço do Norte/Santa Catarina, inscrita no CNPJ n.º 86.437.845/0001-64, neste ato representada por CAMILO ALBERTON, brasileiro, casado, inscrito no CPF n° 029.473.829-00, doravante denominado CONTRATANTE e, de outro lado a Empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ n° \_\_\_\_\_, com sede na Rua \_\_\_\_\_, n° XX Bairro \_\_\_\_\_ cidade \_\_\_\_\_ – Brasil, neste ato representada por seu representante legal, \_\_\_\_\_, (estado civil), (profissão), inscrito no CPF n°000000000000, doravante denominada CONTRATADA, têm entre si justo e contratado as seguintes cláusulas e condições que reciprocamente outorgam e aceitam:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - OBJETO**

Constitui objeto do presente contrato a aquisição, pela CONTRATANTE, do seguinte equipamento:

ITEM	QUANTIDADE	VALORUNITÁRIO - R\$
<b>TOTAL</b>		

**Parágrafo Único.** As especificações do(s) equipamento(s) descritos nesta cláusula constam da Proposta de Preços apresentada pela CONTRATADA, no processo de cotação de preços n° 003/2017 e integram o presente instrumento para todos os fins.

**CLÁUSULA SEGUNDA - PRAZO, CONDIÇÕES e LOCAL DE ENTREGA DO BEM**

O objeto deste contrato deverá ser entregue pela CONTRATADA no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de emissão da Autorização de Fornecimento, que passa a integrar este instrumento para todos os fins.



**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA  
HOSPITAL SANTA TERESINHA**

§1º. A entrega do(s) objeto(s) deste contrato deverá ser feita pela CONTRATADA diretamente no Almoxarifado do Hospital Santa Teresinha, localizado na Rua Jacob Batista Uliano, nº1.370, Centro, Município de Braço do Norte/Santa Catarina, de segunda a sexta-feira, no horário compreendido entre as 08h e 17h, acompanhado da respectiva nota fiscal.

§2º. Correrá por conta da CONTRATADA todas as despesas de embalagem, seguros, transporte, tributos, encargos trabalhistas e previdenciários decorrentes do fornecimento, objeto deste instrumento.

§3º. O equipamento deverá ser entregue devidamente embalado, de forma a não ser danificado durante a operação de transporte, carga e descarga, assinalando-se na embalagem marca, destino, número de licença de importação ou documento equivalente, quando for o caso, e as demais características que o identifiquem, acompanhado de 02 (duas) vias da fatura comercial com as especificações detalhadas ou documento equivalente que permita a conferência do equipamento, no ato de recebimento.

§4º. O equipamento deverá ser inteiramente novo, sem utilização de peças recuperadas, restauradas, refabricados ou reconicionados.

§5º. O equipamento deverá ser entregue acompanhado de 1 (um) manual operacional e 1 (um) manual técnico para manutenção, redigidos em português, com os respectivos esquemas elétricos, hidráulicos e mecânicos, quando for o caso.

**CLÁUSULA TERCEIRA - CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO DO OBJETO**

Recebido o objeto do presente contrato pela CONTRATANTE reserva-se esta no direito de devolvê-lo no prazo de até 5 (cinco) dias, se verificado o não atendimento integral da quantidade e especificações contratadas.

§1º. Constatadas irregularidades no objeto contratual, o CONTRATANTE poderá:

- a. Quanto a especificação, rejeitá-lo no todo ou em parte, optando por sua substituição ou rescisão do contrato, sem prejuízo de outras penalidades atribuíveis à CONTRATADA;
- b. Aceita a substituição, a CONTRATADA deverá fazê-la em conformidade com a indicação da CONTRATANTE, no prazo máximo de 10 (dez) dias, se equipamento nacional e de 30 (trinta) dias, se equipamento importado, contados da notificação expressa, mantendo-se o preço inicialmente contratado .
- c. Se a irregularidade referir-se à diferença de quantidade ou de partes, a CONTRATANTE poderá determinar a complementação nos prazos descritos no item anterior "b" ou rescindir o contrato, sem prejuízo das penalidades cabíveis.



**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA**  
**HOSPITAL SANTA TERESINHA**

d. Se acatada a complementação, a CONTRATADA se obriga a fazê-la de acordo com as indicações da CONTRATANTE, no prazo máximo de 05 (cinco) dias, contados da notificação expressa, mantendo-se o preço inicialmente contratado.

§2º. O recebimento do objeto dar-se-á definitivamente no prazo de 05 (cinco) dias úteis, após a instalação, treinamento e verificação do correto funcionamento do(s) equipamentos, que será realizado pela CONTRATADA na companhia de um preposto designado pela CONTRATANTE.

**CLÁUSULA QUARTA – GARANTIA E ASSISTÊNCIA TÉCNICA DO PRODUTO**

A CONTRATADA se obriga a fornecer o objeto deste contrato, garantindo assistência técnica durante 12 (doze) meses, contados da efetiva entrega e instalação do equipamento, de acordo com a proposta oferecida e nas condições estabelecidas neste contrato.

§1º. Todas as despesas havidas no período de garantia, tais como: conserto, substituição de peças, transporte, mão-de-obra e manutenção dos bens, correrão por conta da CONTRATADA, sem nenhum ônus à CONTRATANTE.

§2º. O atendimento às solicitações para a prestação de assistência técnica deverá ser efetuado pela CONTRATADA ou por quem esta designar, no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis, contados da solicitação da CONTRATANTE.

§3º. Havendo necessidade de um prazo superior a 10 (dez) dias úteis para a correção dos defeitos apresentados, a CONTRATADA se obriga a fornecer à CONTRATANTE, enquanto durar o conserto, bens similares e em condições de serem por ela utilizados imediatamente.

**CLÁUSULA QUINTA - FORMA DE PAGAMENTO**

O pagamento do equipamento será efetuado em parcela única e no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados da data da aceitação do equipamento pela CONTRATANTE, exclusivamente por meio de depósito em conta bancária de titularidade da CONTRATADA, vedada qualquer outra forma de pagamento.



**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA  
HOSPITAL SANTA TERESINHA**

**Parágrafo Único.** No caso de pagamento não ser efetuado no prazo anteriormente previsto, incidirão sobre a quantia devida, correção monetária e juros moratórios, estes à razão de 0,5% ao mês, calculados *pro rata tempore*.

**CLÁUSULA SEXTA - VIGÊNCIA**

O contrato terá vigência a contar da data de sua assinatura até o término de disponibilização de peças componentes e acessórios descontinuados.

**CLÁUSULA SÉTIMA – VALOR DO CONTRATO E DOS RECURSOS**

O valor do presente contrato é de R\$ \_\_\_\_\_ (), que serão pagos pela CONTRATANTE, com recursos oriundos da **Convênio Siconv nº 820946/2015, Processo nº. 25000.171938/2015-29**, celebrado e firmado entre a **ABST e o Fundo Nacional de Saúde – MS**.

**Parágrafo Único.** O preço contratado permanecerá fixo e irrevogável.

**CLÁUSULA OITAVA - OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA**

Além das obrigações constantes nas cláusulas deste contrato, obriga-se à CONTRATADA a:

1. Designar expressamente um funcionário responsável para resolução de eventuais ocorrências durante a execução deste contrato, relativas à assistência técnica dos equipamentos e dos bens adquiridos;
2. Zelar pela fiel execução deste contrato, utilizando-se de todos os recursos materiais e humanos necessários.
3. Arcar com todas as despesas diretas e indiretas relacionadas com a execução do contrato, tais como transportes, frete, carga e descarga etc, inclusive em relação a eventuais danos ao equipamento, oriundos de transporte, carga e descarga.
4. Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na data de apresentação das propostas à Cotação de Preços nº 003/2017;
5. A empresa fornecedora deverá garantir o fornecimento de peças, componentes e acessórios descontinuados por 5 (cinco) anos, a contar da aquisição do equipamento.
6. Dar ciência imediata e expressamente à CONTRATANTE de qualquer anormalidade surgida na execução do contrato;



**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA  
HOSPITAL SANTA TERESINHA**

7. Responder por quaisquer danos, perdas ou prejuízos causados diretamente à CONTRATANTE ou a terceiros decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, ainda que sob a fiscalização daquela;
8. Responder pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e tributários, resultantes da execução deste contrato;
9. Atender prontamente qualquer reclamação, exigência, ou observação realizadas pela CONTRATANTE;
10. Cumprir rigorosamente os prazos estabelecidos, sob pena de imposição de multa diária no valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais) até o cumprimento integral das obrigações assumidas.

**CLAUSULA NONA – OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATANTE**

1. Indicar formalmente o funcionário responsável pelo acompanhamento e fiscalização da execução contratual;
2. Facilitar, por todos os meios, o exercício das funções da CONTRATADA, dando-lhe acesso às suas instalações;
3. Prestar as informações e os esclarecimentos necessários solicitados expressamente pela CONTRATADA.

**CLÁUSULA DÉCIMA – SUBCONTRAÇÃO, CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA DOS DIREITOS E OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS**

A CONTRATADA não poderá subcontratar total ou parcialmente o objeto deste contrato, bem como cedê-lo ou transferi-lo, no todo ou em parte.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – ALTERAÇÃO DA QUANTIDADE DOS BENS CONTRATADOS**

A CONTRATADA se obriga a aceitar, nas mesmas condições contratadas, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários ao objeto, a critério exclusivo da CONTRATANTE, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor atualizado do contrato.

**Parágrafo Único.** Eventual alteração será obrigatoriamente formalizada por meio de Termo Aditivo ao presente contrato.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - SANÇÕES PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO**



**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA  
HOSPITAL SANTA TERESINHA**

Sem prejuízo da multa anteriormente prevista com relação ao cumprimento dos prazos estabelecidos, na hipótese de descumprimento de outras obrigações aqui assumidas, a CONTRATANTE poderá aplicar multa de até 10% (dez por cento) do valor total descrito na cláusula sétima do presente instrumento.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DISPOSIÇÕES FINAIS**

Fica ajustado, ainda, que:

1. Consideram-se partes integrantes do presente contrato, como se nele estivessem transcritos:

- a) Disposições gerais sobre a participação no processo de cotação 003/2017 - Aquisição de Equipamentos de Uso Médico e Hospitalar;
- b) a proposta apresentada pela CONTRATADA;

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – FISCALIZAÇÃO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Os CONTRATANTES desde já declaram que autorizam o livre acesso de servidores vinculados diretamente ao CONCEDENTE, bem como aos órgãos integrantes dos Sistemas de Controle Interno e Externo aos quais estejam subordinados o CONCEDENTE e o CONVENENTE, aos documentos e registros contábeis das empresas contratadas, no que concerne à execução dos serviços vinculados à contratação e custeados por meio deste convênio.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - FORO**

Para dirimir quaisquer questões decorrentes deste contrato, não resolvidas na esfera administrativa, será competente o foro da Comarca de Braço do Norte/SC.

E por estarem assim justas e contratadas, as partes firmam o presente termo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, perante 02 (duas) testemunhas a tudo cientes.

Braço do Norte (SC) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Camilo Alberton

Presidente ABST

  
Vitor Hugo Abitante  
Diretor Geral  
Paulo Sérgio Machado  
02/08 29.040



**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA  
HOSPITAL SANTA TERESINHA**

Contratada

Testemunhas:

01 - \_\_\_\_\_

Nome:

CPF:

02 - \_\_\_\_\_

Nome:

CPF: