



**SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**  
Hospital São João Batista  
RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ  
CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260  
Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

## CONVITE Nº 67/2012

### PROCESSO ADMINISTRATIVO N.º 1577/2012

A COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO DO SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR convida V.S.<sup>a</sup> para participar da licitação que realizará às **15:00 HORAS DO DIA 23 DE JULHO DE 2012**, em sua sede, localizada na Rua Nossa Senhora das Graças, nº 235 bairro São Geraldo - Volta Redonda - RJ, CEP 27253-610, Telefone/Fax: (24) 3339-4246 na modalidade de **CONVITE**, do **TIPO MENOR PREÇO POR ITEM**, objetivando a **AQUISIÇÃO DE MATERIAL PARA BANCO DE SANGUE**, conforme discriminação constante da **PROPOSTA DETALHE (ANEXO I)** deste Convite, a presente Licitação será regida pelas normas da Lei Federal 8.666, de 21 de Junho de 1993, alterada pela Lei Federal 8.883, de 08.06.94.

Os documentos para a habilitação preliminar, bem como a proposta, serão entregues em envelopes separados, com identificação externa de seu conteúdo.

#### 1 - DO OBJETIVO

1.1. Esta licitação tem por objetivo a obtenção de proposta mais vantajosa para **AQUISIÇÃO DE MATERIAL PARA BANCO DE SANGUE**, conforme especificações contidas no **ANEXO I**, que faz parte integrante e complementar deste Convite.

#### 2 - DA PARTICIPAÇÃO

2.1. Poderão participar desta licitação as empresas inscritas ou não no **Cadastro de Fornecedores da Comissão Permanente de Licitação do Serviço Autônomo Hospitalar**, da **Coordenadoria Geral de Licitação da Prefeitura Municipal de Volta Redonda**, ou da **Comissão Permanente de Licitação do Fundo Municipal de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde/PMVR**, na categoria específica do objeto deste Edital.

2.2. As empresas que desejarem participar do certame através de Procurador deverão apresentar, no início da licitação, PROCURAÇÃO com poderes específicos, ou CARTA DE CREDENCIAMENTO, conforme modelo a ser fornecido pela Comissão Permanente de Licitação do Serviço Autônomo Hospitalar (ANEXO II), devendo ambas ser apresentadas com firma reconhecida, e acompanhadas de cópia do ato constitutivo, estatuto ou contrato social, em vigor.

#### 3 - DA HABILITAÇÃO - ENVELOPE "A" (DOCUMENTAÇÃO)

3.1. Para habilitarem-se na presente licitação, as empresas deverão apresentar os seguintes documentos:

3.1.1. Em se tratando de sociedades comerciais, prova de registro ou inscrição na Junta Comercial, no Registro Civil de Pessoa Jurídica ou em outra repartição competente, do **ATO CONSTITUTIVO, ESTATUTO OU CONTRATO SOCIAL**, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado da ata de eleição dos seus administradores;

3.1.2. Certidão Negativa de Débito (CND), emitida pelo INSS-MTPS, Instituto Nacional de Seguridade Social, em validade;

3.1.3. Prova de regularidade com o FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO (FGTS), em validade, demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;

3.1.4. Certidão Negativa de Débito com a Fazenda Municipal, em validade, relativa à sede da licitante;



# SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: [cpl@hsjb.org.br](mailto:cpl@hsjb.org.br) -- [sah.cpl@hsjb.org.br](mailto:sah.cpl@hsjb.org.br) -- site: [www.portalvr.com](http://www.portalvr.com)

3.1.5. Declaração do cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art.7.º da Constituição Federal, conforme modelo constante do ANEXO III;

3.1.6. Declaração da não existência de fatos supervenientes que impeçam a habilitação da empresa (ANEXO IV);

3.1.7. Declaração Negativa de débitos Trabalhistas (C.N.D.T.)

3.2. Os documentos necessários à HABILITAÇÃO poderão ser apresentados em original, ou por qualquer processo de cópia autenticada por tabelião de notas ou por servidores da unidade que realiza a licitação;

3.3. Os documentos deverão ser entregues separadamente da proposta, em envelope fechado, no qual conste externamente, além da palavra DOCUMENTAÇÃO, nome e endereço da empresa licitante e menção ao número deste Convite;

## 4 - DA PROPOSTA - ENVELOPE "B"

4.1. A proposta deverá ser apresentada em envelope fechado no qual conste externamente além da palavra **PROPOSTA**, o nome e endereço da empresa licitante, bem como o número do presente Convite;

4.2. A proposta deverá ser datilografada ou digitada, preferencialmente, em papel timbrado da empresa ou impressão informatizada, não podendo apresentar emendas, rasuras ou entrelinhas e será rubricada em todas as folhas, datada e assinada por quem de direito, e conter:

4.2.1. Nome e endereço da empresa licitante;

4.2.2. Número deste Convite;

4.2.3. Validade da Proposta: 60 (sessenta) dias;

4.2.4. Condições de Entrega: 03 parcelas;

4.2.5. Condições de Pagamento: 30 (trinta) dias;

4.2.6. Número do Fax:

4.2.7. Conta Bancária, Agência:

4.2.8. Número do C.N.P.J.

4.3. O licitante deverá detalhar os materiais dentro da especificação fornecida pelo ANEXO I obedecendo a numeração dos itens, mencionando a marca proposta e o competente número de registro do Ministério da Saúde (no que couber);

4.3.1. A proposta deverá constar o preço unitário e total para cada item, expressos em moeda corrente nacional, em algarismos com no máximo **03 (três) casas decimais após a vírgula**, nele incluídas todas as despesas com impostos, taxas, seguro, frete e embalagem;

4.3.2. A proposta deverá constar prazo de GARANTIA, com mínimo de 12 (doze) meses;

4.3.3. A inobservância de qualquer dos itens deste capítulo será motivo de desclassificação parcial ou total da proposta.

## 5. DO PROCEDIMENTO E JULGAMENTO DA LICITAÇÃO

5.1. Abertura dos envelopes "A" - documentação - e sua apreciação;

5.2. Devolução dos envelopes "B" - proposta - fechados, aos licitantes inabilitados, deste que não tenha havido recursos ou após o seu julgamento;

5.3. Abertura dos envelopes "B" - proposta dos licitantes habilitados, deste que transcorrido o prazo legal sem interposição de recurso, ou tenha havido desistência expressa ou após o julgamento dos recursos interpostos;

5.4. O julgamento, com a classificação das propostas, que será conhecido através de Edital Classificatório, afixado no quadro de avisos do Serviço Autônomo Hospitalar;



# SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: [cpl@hsjb.org.br](mailto:cpl@hsjb.org.br) - [sah.cpl@hsjb.org.br](mailto:sah.cpl@hsjb.org.br) - site: [www.portalvr.com](http://www.portalvr.com)

**5.5.** Para o julgamento do presente Convite, a **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**, levará em consideração a proposta que apresentar o menor preço por item, sem prejuízo da qualidade, desde que esta esteja de acordo com as especificações deste convite;

**5.6.** No caso de empate entre duas ou mais propostas, a classificação far-se-á, obrigatoriamente, por sorteio, em ato público para o qual todos as licitantes serão convocadas, após observado o disposto no artigo 3º da Lei 8.666/93;

**5.7.** Adjudicação do objeto da licitação ao proponente vencedor do certame, e a respectiva homologação pela Sr Diretor Geral, desde que não ocorra uma das hipóteses previstas no subitem 9.2 deste Convite;

**5.8.** A abertura dos envelopes "**DOCUMENTAÇÃO**" e "**PROPOSTA**" será realizada sempre em ato público, previamente designado, do qual se lavrará **ATA** circunstanciada, assinada pelos licitantes presentes e pelos membros da **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**;

**5.9.** Todos os documentos contidos nos envelopes "**DOCUMENTAÇÃO**" e "**PROPOSTA**" serão rubricados pelos membros da **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO** pelos licitantes presentes e serão anexados ao processo de licitação, mesmo os daquelas empresas que não forem consideradas habilitadas e/ou classificadas;

**5.10.** Não se considerará qualquer oferta de vantagem não prevista neste Convite, nem preço ou vantagem baseada nas ofertas dos demais licitantes;

**5.11.** Não será permitido a uma mesma pessoa representar mais de uma empresa ao mesmo tempo;

**5.12.** Não se admitirá proposta que apresente preços unitários simbólicos, irrisórios ou de valor zero;

**5.13.** Decairá do direito de impugnar os termos deste Convite aquele que, tendo-o aceito sem objeção, vier após o julgamento desfavorável, apontar falhas ou irregularidade, hipótese em que tal comunicação não terá efeito de recurso;

**5.14.** A inabilitação do licitante importa na preclusão do seu direito de participar das fases subseqüentes;

**5.15.** No caso de discordância entre o preço unitário e total de cada item, prevalecerá o primeiro;

**5.16.** Não serão aceitas propostas com as seguintes condições: materiais sujeitos à confirmação de estoque ou quaisquer outras condicionantes desta natureza;

**5.17.** Serão desclassificadas as propostas que não atenderem as especificações constantes do Anexo I e as exigências deste Convite, bem como aquelas que apresentarem preços excessivos ou manifestamente inexeqüíveis, comparados ao preço de mercado;

**5.18.** Se nos dias previstos para as sessões de aberturas não houver expediente, os envelopes serão abertos no primeiro dia útil de funcionamento que lhe seguir, obedecendo aos mesmos, horários e local estabelecido no Edital.

**5.19.** A **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO** poderá, se assim julgar necessário, solicitar aos órgãos técnicos do Serviço Autônomo Hospitalar e/ou Prefeitura Municipal de Volta Redonda, parecer especializado de profissionais devidamente qualificados, para a análise da especificação e qualidade do(s) material(ais) ofertado(s).

## **6 - DAS PENALIDADES**

**6.1.** Caso o fornecedor deixe de cumprir quaisquer das obrigações assumidas, infrinja os preceitos legais ou fraude, por qualquer meio, a presente licitação, ficará sujeito a uma ou mais das seguintes penalidades, a juízo do Serviço Autônomo Hospitalar:

**6.1.1.** Advertência;



# SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

**6.1.2.** Multa de cinco décimos por cento (0,5%) ao dia sobre o valor total ou parte do fornecimento, comprovado e aceito pelo Serviço Autônomo Hospitalar, entregue com atraso, até o limite de trinta por cento (30%), quando não comprovar motivo de força maior ou caso fortuito impeditivos do cumprimento da obrigação assumida, dentro do prazo estabelecido. A multa será descontada do pagamento ou ainda cobrada judicialmente;

**6.1.3.** Suspensão do direito de licitar com o Serviço Autônomo Hospitalar, não superior a dois (02) anos, a ser estabelecido de acordo com a gravidade da falta cometida, sem prejuízo de outras sanções cabíveis;

**6.1.4.** Declaração de inidoneidade, quando a firma adjudicatária não cumprir as obrigações assumidas, praticando falta grave, dolosa ou revestida de má fé;

**6.1.5.** Atraso injustificado na entrega de qualquer material constitui motivo para anulação da nota de empenho, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

## **7 - DO FORNECIMENTO DO OBJETO DE LICITAÇÃO**

**7.1.** A empresa vencedora da licitação deverá efetuar a entrega do(s) material(ais) no Almoxarifado do Serviço Autônomo Hospitalar, situado na Rua Nossa Senhora das Graças, n.º 235 - Colina - Volta Redonda -RJ, conforme estabelecido no item 4.2.4 e item 8.3. do edital;

## **8 - DAS CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO E PAGAMENTO DO OBJETO DA LICITAÇÃO**

**8.1.** A(s) Empresa(s) licitante(s) vencedora(s), ficará(ão) obrigada(s) a trocar as suas expensas, o(s) material(ais) que vier(em) a ser recusado(s), sendo que o ato do recebimento (que deverá, quando for o caso, observar as disposições do § 8º do art. 15 e arts. 73 a 76, e, seus parágrafos da Lei Federal 8.666/93 e suas alterações) não importará sua aceitação;

**8.2.** O(s) material(ais) objeto deste Convite deverá ser entregue no Serviço Autônomo Hospitalar, com frete por conta do fornecedor.

**8.3.** Os materiais deverão ser entregues em 03 (três) parcelas na Coordenação de Suprimentos;

**8.4.** O(s) material(ais) devera(ão) apresentar validade mínima de 12(doze) meses, a contar da data do seu recebimento;

**8.5.** O pagamento será efetuado em moeda corrente nacional, por meio de **ORDEM BANCÁRIA**, através do **BANCO DO BRASIL**, para crédito na conta corrente indicada pelo fornecedor, em até 30 dias, após a emissão da nota fiscal/fatura, com a descrição do material/serviço, devidamente atestado por servidores designados, uma vez satisfeitas as condições estabelecidas neste edital e seus anexos.

**8.5.1.** É vedada expressamente a realização de cobrança de forma diversa da estipulada neste edital, em especial a cobrança bancária, mediante boleto ou mesmo o protesto de título, sob pena de aplicação das sanções previstas neste instrumento e indenização pelos danos decorrentes.

## **9 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**9.1.** À critério do Serviço Autônomo Hospitalar a data desta licitação poderá ser transferida.

**9.2.** Ao Serviço Autônomo Hospitalar, observados os preceitos legais sobre a matéria, fica reservado o direito de aceitar a(s) proposta(s) total ou parcialmente, de rejeitar todas as propostas ou de anular ou revogar a licitação mesmo depois de adjudicado seu objeto, atendendo a interesse administrativo, sem que caiba aos licitantes direito de qualquer reclamação ou indenização;



# SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: [cpl@hsjb.org.br](mailto:cpl@hsjb.org.br) - [sah.cpl@hsjb.org.br](mailto:sah.cpl@hsjb.org.br) - site: [www.portalvr.com](http://www.portalvr.com)

**9.3.** O Serviço Autônomo Hospitalar poderá submeter a teste de qualidade o(s) material(ais) fornecido(s), adotando as providências necessárias ao resguardo dos seus interesses;

**9.4.** A critério exclusivo do Serviço Autônomo Hospitalar, a quantidade de cada item poderá ser aumentada ou diminuída, obedecido o limite previsto no § 1º, do artigo 65, da Lei 8.666/93, e suas alterações;

**9.5.** Não haverá reajustamento do preço proposto pela vencedora desta licitação;

**9.6.** Considera-se pagamento à vista, o pagamento efetuado até o 5º (quinto) dia útil após a entrega do(s) material(ais).

**9.7.** A despesa decorrente desta licitação correrá à conta da dotação orçamentária nº 3.3.9.0.30000;

**9.8.** Não serão aceitos, de forma alguma, documentos copiados ou transmitidos através de FAX, excetuados os recursos previstos na legislação própria;

**9.9.** É vedada a subcontratação parcial ou total do fornecimento do(s) material(ais), objeto deste Convite;

**9.10.** A participação de qualquer empresa nesta licitação será considerada com prova evidente de sua aceitação e inteira submissão às normas deste Convite, e demais normas aplicáveis;

**9.11.** Os casos omissos, ou dúvidas suscitadas, serão resolvidos pela **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**, observando o que dispõe sobre a matéria a legislação em vigor;

**9.12.** Esclarecimentos adicionais sobre o presente Convite deverão ser solicitados à **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**, localizada a Rua Nossa Senhora das Graças n.º 235 Colina - Volta Redonda - RJ;

**9.13.** Fazem parte integrante e complementar deste Convite:

- ANEXO I (PROPOSTA DETALHE);
- ANEXO II (CARTA DE CREDENCIAMENTO)
- ANEXO III (MODELO DE DECLARAÇÃO)
- ANEXO IV (DECLARAÇÃO FATOS SUPERVENIENTES)
- ANEXO V (MINUTA DE CONTRATO)

Volta Redonda-RJ, 10 de Julho de 2012.

JULIO CEZAR DE CARVALHO  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR



# SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

## ANEXO I

### PROPOSTA DETALHE

ITEM	QUANT	UND	DISCRIMINAÇÃO
1	810	UND	CARTÃO COM GEL PARA RECLASSIFICAÇÃO
2	990	UND	CARTÃO GEL E SORO AQNTI-HUMANO
3	1.000	UND	CARTÃO COM GEL PARA CLASSIFICAÇÃO DIRETA, REVERSA E PESQUISA DE D FRACO
4	144	UND	CARTÃO GEL PARA RECEM-NASCIDO COM A - B - AB - D - Dctrl-IgG - AGH
5	4.000	UND	PONTEIRA PLASTICA DE 0 - 350 UL
6	18	CX	SOLUÇÃO SALINA TAMPONADA DE BAIXA FORÇA IÔNICA COM AZIDA SÓDICA COMO CONSERVANTE
7	18	UND	SUSPENSÕES DE HEMÁCIAS HUMANAS DO GRUPO 11 e B
8	18	UND	SUSPENSÕES DE HEMÁCIAS HUMANAS DO GRUPO O ( I e II)

JULIO CEZAR DE CARVALHO  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR



**SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**  
Hospital São João Batista  
RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ  
CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260  
Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

**ANEXO II**

CARTA DE CREDENCIAMENTO

Prezado Senhor,

Pela presente Carta de Credenciamento, eu \_\_\_\_\_, (nacionalidade), (estado civil), (cargo que ocupa na empresa), portador da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_, expedida em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, pelo \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado em (cidade), (estado), levo ao conhecimento de V.S.ª que o Sr. \_\_\_\_\_, (nacionalidade), (estado civil), (cargo que ocupa na empresa), portador da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_, expedida em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ pelo \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_, domiciliado e residente em (cidade), (estado), está credenciado para representar a empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CGC/MF sob o nº \_\_\_\_\_, com sede na rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, (cidade), (estado), na licitação a se realizar em \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas, para qual fomos convidados através do Convite nº 67/2012, podendo, para tanto, prestar esclarecimentos, receber avisos e notificações, interpor recursos, deles desistir, assinar a ata, assinar contrato e todos os demais atos necessários para o bom e fiel cumprimento da presente.

Atenciosamente,

(Local), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

(Nome Completo do Emitente e da Empresa Licitante)

Obs.:

- A presente Carta de Credenciamento só será válida quando assinada pelo representante legal da empresa, com poderes estatutários e/ou contratuais para constituir mandatários, acompanhada de cópia dos mesmos.
- A presente Carta de Credenciamento deverá estar com a firma do emitente devidamente reconhecida por Tabelião que possua poderes legais para tanto.

**ANEXO III**

MODELO DE DECLARAÇÃO

A Licitante \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ/MF n.º \_\_\_\_\_, sediada no endereço \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, por seu representante legal, e para fins do Convite n.º 67/2012 – ,  
**DECLARA EXPRESSAMENTE QUE:**

Para os devidos fins e sob as penas da lei, não possuir em seu quadro, profissionais menores de 18 (dezoito) anos desempenhando trabalhos noturnos, perigosos ou insalubres ou menores de 16 (dezesesseis) anos desempenhando quaisquer trabalhos, salvo se contratados sob condição de aprendizes, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal de 1988 (Lei n.º.854/99).

(local de data)

(nome e assinatura do representante legal da Licitante)

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS SUPERVENIENTES**

(NOME DA EMPRESA)

\_\_\_\_\_, CNPJ n.º \_\_\_\_\_, sediada \_\_\_\_\_ (endereço completo) \_\_\_\_\_, declara, sob as penas da lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente processo licitatório, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Local e data

\_\_\_\_\_  
Representante Legal

Nome da empresa  
CNPJ



**SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**  
Hospital São João Batista  
RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ  
CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260  
Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

## ANEXO V

MINUTA DE CONTRATO Nº ...../2012/SAH/HSJB

CONTRATO DE FORNECIMENTO DE ....., que fazem o SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR e a empresa .....

O SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR, representado pelo Sr. Diretor Geral, SEBASTIÃO FARIA DE SOUZA, brasileiro, casado, portador do CPF/MF sob o nº 015.707.577-04, residente nesta cidade, de um lado, e, de outro, a empresa ....., inscrita no CNPJ/MF sob o nº ....., com sede na Rua ....., doravante denominada CONTRATADA, representada neste ato por ....., portadora da Cédula de Identidade nº ....., e inscrita no CPF/MF sob o nº ....., assinam o presente CONTRATO DE FORNECIMENTO DE ....., de conformidade com o que consta no Processo Administrativo nº. 1577/2012/SAH/HSJB, que se regerá pelas disposições contidas na Lei Federal nº. 8.666/93, com modificações introduzidas posteriormente, e pelas cláusulas e condições seguintes:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:**

O presente contrato tem por objeto o fornecimento de ..... (...) Unidades de .....

### **CLAUSULA SEGUNDA: FORMA DE FORNECIMENTO**

A execução do presente Contrato dar-se-á sob a forma de fornecimento parcelado, conforme solicitação da Coordenação de Suprimentos.

### **CLÁUSULA TERCEIRA: FISCALIZAÇÃO e SUPERVISÃO**

A FISCALIZAÇÃO e SUPERVISÃO do fornecimento serão exercidas pelo SAH/HSJB, através de pessoa por ela credenciada, que se reserva o direito de recusá-los quando não estiverem sendo prestados dentro das normas contratuais, assim como exigir a sua adequação quando não corresponderem aos termos pactuados.

### **PARÁGRAFO PRIMEIRO:**

A CONTRATADA fica obrigada a refazer, sem qualquer ônus para o SAH/HSJB, a entrega que por qualquer motivo vier a ser recusado pela FISCALIZAÇÃO.

### **CLAUSULA QUARTA – PENALIDADES E MULTAS**

Se o CONTRATADO, sem justa causa não cumprir as exigências constantes da Nota de Empenho e/ou consignadas na sua proposta, ressalvados os casos fortuitos ou de força maior, devidamente justificados, e comprovados a juízo do SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR, aplicar-se-ão as seguintes penalidades:





# SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

1) **ADVERTÊNCIA**, por escrito, no caso de pequenas irregularidades;  
2) **MULTA** de até 20% (vinte por cento), calculada sobre o valor do contrato ou do empenho, no caso do CONTRATADO não cumprir rigorosamente as exigências contratuais ou deixar de receber a Nota de Empenho, salvo se decorrente de motivo de força maior definido em lei, e reconhecido pela autoridade competente;

3) **SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DO DIREITO DE LICITAR** e impedimento de contratar com a Administração pelo prazo de até 02 (dois) anos, quando da inexecução contratual sobrevierem prejuízos para a Administração;

4) **DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE** para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

## CLAUSULA QUINTA – RESCISÃO

O contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo, por mútuo acordo entre as partes.

Poderá também ser rescindido unilateralmente pelo SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR, se o CONTRATADO não cumprir as condições e obrigações expressas neste ato, ou ocorrendo quaisquer das hipóteses previstas no artigo 79, inciso I da Lei Federal 8.666/93, alterada pela Lei Federal nº 8.883/94 e demais legislações em vigor.

## CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA:

O prazo de vigência do presente contrato será de 12(DOZE) meses, contados a partir da data de sua assinatura.

## CLÁUSULA SÉTIMA – DO PREÇO:

O custo global do presente contrato é estimado em R\$ ..... (.....). O SAH/HSJB empenhou em favor da CONTRATADA à conta da dotação orçamentária nº 3390.3000.00 (N.E. nº ....., de ..../.../.....). Entretanto a sua liquidação far-se-á através de faturas mensais que após conferidas e atestadas pela Fiscalização do SAH/HSJB, no prazo máximo de 02 (dois) dias, será encaminhada à Gerência Financeira/SAH, para que o respectivo pagamento ocorra no prazo máximo de 30 (TRINTA) dias do efetivo fornecimento de cada parcela.

## CLÁUSULA OITAVA – DO REAJUSTE:

O preço referente aos serviços objeto deste contrato não sofrerá reajuste, salvo disposições em contrário do Governo Federal.

## CLÁUSULA NONA – DAS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIA E FISCAL:

A CONTRATADA é responsável por todos os ônus e obrigações concernentes às legislações Fiscal, Social, Comercial, Tributária, Previdenciária e Trabalhista decorrente deste Contrato, respeitadas ainda a relacionada com a segurança do trabalho.



# SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: [cpl@hsjb.org.br](mailto:cpl@hsjb.org.br) -- [sah.cpl@hsjb.org.br](mailto:sah.cpl@hsjb.org.br) -- site: [www.portalvr.com](http://www.portalvr.com)

## CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESPONSABILIDADE:

A CONTRATADA é a única responsável por todos os danos e demais prejuízos que a qualquer título, causar ao SAH/HSJB ou a terceiros, por si, seus representantes ou prepostos na execução dos serviços contratados, ficando, desde já, o SAH/HSJB isento de toda e qualquer responsabilidade por reclamações e reivindicações que, em decorrência, possam surgir.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO:

As partes contratantes, abrindo mão de qualquer privilégio, elegem o foro da Comarca de Volta Redonda – RJ, para dirimir dúvidas oriundas deste contrato. E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente em 02 (DUAS) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo assinadas, para que produza os devidos e legais efeitos.

Volta Redonda – RJ , .... de .....de 2.012.

SEBASTIÃO FARIA DE SOUZA  
SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

REPRESENTANTE  
CONTRATADA

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA