



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO

Praça Major José Estelita de Aguiar s/n – Centro – 62748-000

CNPJ 07.063.589/0001-16 CGF 06.920.212-5

E-MAIL: pmccapis@ig.com.br



ANEXO I – MODELO DE DECLARAÇÃO

MODELO DE DECLARAÇÃO PARA FINS DE CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO ART. 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

**À
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO**

REF.: CARTA CONVITE Nº 2016.04.15.01

“DECLARAÇÃO”

O Licitante-----, inscrita no CNPJ n.º--
-----, por intermédio de seu representante legal_____,
DECLARA, para os devidos fins no disposto no inciso V do art. 27 da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei n.º 9.854/99, de 27 de Outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Data e local, _____(Ce), 28 de Abril de 2016.

**PROPONENTE
REPRESENTANTE LEGAL DA PROPONENTE
(Assinatura e Carimbo)**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO**

Praça Major José Estelita de Aguiar s/n – Centro – 62748-000

CNPJ 07.063.589/0001-16 CGF 06.920.212-5

E-MAIL: pmccapis@ig.com.br

**ANEXO II – CARTA PROPOSTA**

À Comissão de Licitação da Prefeitura Municipal de CAPISTRANO.

Pela Presente declaramos inteira submissão aos preceitos legais em vigor, especialmente os da Lei nº 8.666/93, e às cláusulas e condições do Edital de Licitação tipo Carta – Convite nº 2016.04.15.01.

Assumimos o compromisso de bem e fielmente entregar o objeto cotado, caso sejamos vencedores da presente licitação.

LOTE I - HOSPITAL

Item	Especificação do Objeto	QTDE	UNID	Valor Unit	Valor Total
01	ATESTADO MEDICO PAPEL OFFSET 75GR – 1X0 COR – TAM 15X21CM – 100X1 VIAS	BLC	15		
02	BOLETIM DIARIO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL PAP OFFSET 75GR – 1X1 COR – TAM 21X30CM – 100X1 VIAS	BLC	15		
03	BOLETIM DIÁRIO DE PROCEDIMENTOS PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – TAM 21X30CM – 100X1 VIAS	BLC	20		
04	CARTAO DE FREQUENCIA DE FISIOTERAPIA PAP OFFSET 180GR – 1X1COR – TAM ABERTO 10,5X23CM C/ VINCO	UND	400		
05	FICHA DE ATENDIMENTO PAP OFFSET 75GR – 1X1 COR – TAM 15X21CM – 100X1 VIAS	BLC	250		
06	FICHA DE EVOLUÇÃO PAP OFFSET 75GR – 1X1 COR – TAM 21.5X30CM – 100X1 VIAS FRENTE / VERSO	BLC	30		
07	FICHA DE PRATELEIRA PAP OFFSET 180GR – 1X0 COR – TAM 21X30CM	UND	250		
08	FICHA DE REFERENCIA PAP A COPIATIVO 75G – 1X0 COR – TAM 21X30CM – 90X3 VIAS	BLC	200		
09	FICHA DE REQUISIÇÃO DE EXAME DE URINA PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – TAM 15X21CM – 100X1 VIAS	BLC	25		
10	FICHA DE RESULTADO DE HEMOGRAMA COMPLETO PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – TAM 15X21CM – 100X1 VIAS	BLC	40		

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO**

Praça Major José Estelita de Aguiar s/n – Centro – 62748-000

CNPJ 07.063.589/0001-16 CGF 06.920.212-5

E-MAIL: pmccapis@ig.com.br



11	PRESCRIÇÃO MEDICA E RELATORIO DE ENFERMAGEM PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – TAM 21X30 CM – 100X1 VIAS	BLC	30		
12	RECEITUÁRIO ANTIMICROBIANO PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – TAM 21X30 CM – 100X1 VIAS	BLC	05		
13	RECEITUARIO AZUL PAP SB AZUL PAP 75G–1X0 COR – C/ NUM –C/ POCOTE – 50X1 VIAS – TAM 9.5X22.5CM	BLC	150		
14	RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL – PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – 50X2 VIAS – TAM 15X21CM	BLC	200		
15	RECEITUARIO MEDICO PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – 50X2 VIAS – TAM 15X21CM	BLC	200		
16	REGISTRO DE ANOTAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA O AMBULATÓRIO PAP OFFSET 75GR– 1X0 COR – TAM A4 – 100X1 VIAS	BLC	10		
17	REGISTRO HOSPITALAR PAPEL OFFSET 75GR–1X0 COR – TAM A4 – 100X1 VIAS	BLC	05		
18	REQUISIÇÃO DE MATERIAL - PAPEL OFFSET 75GR – 1X0 COR – 50X2 VIAS – TAM 15X21CM	BLC	50		
19	FICHA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES DIVERSOS PAPEL OFFSET 75GR – 1X0 COR – TAM 15X21CM – 100X1 VIAS	BLC	50		

LOTE II – ATENÇÃO BÁSICA

Item	Especificação do Objeto	QTDE	UNID	Valor Unit	Valor Total
01	ATESTADO MEDICO PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – TAM 15X21CM – 100X1 VIAS	BLC	15		
02	BOLETIM DIARIO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL PAP OFFSET 75GR – 1X1 COR –TAM 21X30CM – 100X1 VIAS	BLC	50		
03	CADASTRO DOMICILIAR C/100 UNID. (E- SUS) PAPEL OFFSET 75GR–1X0 COR – TAM A4 – 100X1 VIAS	BLC	50		
04	CADASTRO INDIVIDUAL (E- SUS) PAPEL OFFSET 75GR–1X0 COR – TAM	BLC	50		

X

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO**

Praça Major José Estelita de Aguiar s/n – Centro – 62748-000

CNPJ 07.063.589/0001-16 CGF 06.920.212-5

E-MAIL: pmccapis@ig.com.br



	A4 – 100X1 VIAS F/V				
05	CARTÃO DA GESTANTE PAPEL 60G – 1X0 COR – 21X30 C/ UMA DOBRA F/VERSO	UND	500		
06	CARTÃO DA MULHER/ADOLESCENTE PAPEL 60G – 1X0 COR – 21X30 C/ UMA DOBRA F/VERSO	UND	500		
07	CARTÃO DE CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL E DIABETES PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – TAM 15X21CM – C/ UMA DOBRA F/VERSO	UND	700		
08	CONSOLIDADO MENSAL DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA C/100 UNID. PAPEL OFFSET 75GR–1X0 COR – TAM A4 – 100X1 VIAS	BLC	10		
09	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL C/100 UNID. (E-SUS) PAPEL OFFSET 75GR–1X0 COR – TAM A4 – 100X1 VIAS F/V	BLC	80		
10	FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL PAPEL OFFSET 75GR–1X0 COR – TAM A4 – 100X1	BLC	10		
11	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA (E-SUS) PAPEL OFFSET 75GR–1X0 COR – TAM A4 – 100X1 F/VERSO	BLC	20		
12	FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE PAPEL OFFSET 75GR–1X0 COR – TAM A4 – 100X1 F/VERSO	BLC	15		
13	FICHA DE CONSULTA PUÉRPERA PAPEL OFFSET 75GR–1X0 COR – TAM A4 – 100X1	BLC	10		
14	FICHA DE DESFECHO PAPEL OFFSET 75GR–1X0 COR – TAM A4 – 100X1	BLC	10		
15	FICHA DE EVOLUÇÃO PAPEL OFFSET 75GR–1X0 COR – TAM A4 – 100X1 F/VERSO	BLC	100		
16	FICHA DE PROCEDIMENTOS (E- SUS) PAPEL OFFSET 75GR–1X0 COR – TAM A4 – 100X1 F/VERSO	BLC	20		
17	FICHA DE PROCEDIMENTOS DA ESF PAPEL OFFSET 75GR–1X0 COR – TAM A4 – 100X1 F/VERSO	BLC	10		
18	FICHA DE PUERICULTURA PAPEL	UNI	800		

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO**

Praça Major José Estelita de Aguiar s/n – Centro – 62748-000

CNPJ 07.063.589/0001-16 CGF 06.920.212-5

E-MAIL: pmccapis@ig.com.br



	OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – F/VERSO				
19	FICHA DE REFERENCIA PAP A COPIATIVO 75G -1X0 COR – TAM 21X30CM – 90X3 VIAS	BLC	300		
20	FICHA DE REGISTRO DE ATIVIDADE DO AGENTE PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – 100X1 F/VERSO	BLC	06		
21	FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – 100X1 F/VERSO	BLC	10		
22	REQUISIÇÃO DE MATERIAL PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – 50X2 VIAS – TAM 15X21CM	BLC	150		
23	FICHA DE VISITA DOMICILIAR (E- SUS) PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – 100X1 F/VERSO	BLC	40		
24	FICHA GERAL DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – 100X1 F/VERSO	BLC	40		
25	FICHA GINECOLÓGICA PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – 100X1 F/VERSO	BLC	10		
26	FICHA PERINATAL AMBULATORIAL PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – 100X1 F/VERSO	BLC	10		
27	FORMULÁRIO PARA BUSCA ATIVA PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – 100X1	UND	70		
28	FICHA GAL PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – 100X1	BLC	15		
29	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – 100X1	BLC	20		
30	MAPA DE PRODUÇÃO MENSAL/ CONSOLIDADO PROGRAMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – 100X1	BLC	20		
31	MAPA DIÁRIO DO ACOMPANHAMENTO PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM	BLC	10		

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO**

Praça Major José Estelita de Aguiar s/n – Centro – 62748-000

CNPJ 07.063.589/0001-16 CGF 06.920.212-5

E-MAIL: pmccapis@ig.com.br



	A4 – 100X1 F/VERSO				
32	MAPA DIÁRIO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – 100X1	BLC	70		
33	MAPA MENSAL DE PRESTAÇÃO DE TESTES RÁPIDO DE HIV E SÍFILIS PAPEL OFFSET 75GR-1X0 – COR TAM A4 – 100X1	BLC	01		
34	PARÂMETROS PARA CONCESSÃO DE INCENTIVO FINANCEIRO AO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – 100X1 F/VERSO	BLC	07		
35	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIO DE SAÚDE PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – 100X1 F/VERSO	BLC	30		
36	RECEITUÁRIO MÉDICO PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – 50X2 VIAS – TAM 15X21CM	BLC	200		
37	RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – 50X2 VIAS – TAM 15X21CM	BLC	200		
38	RELATÓRIO MENSAL DO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – 100X1	UND	150		
39	REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO – COLO DO ÚTERO PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – 100X1 F/VERSO	BLC	20		
40	REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO – MAMA PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – 100X1 F/VERSO	BLC	10		
41	REQUISIÇÃO DE EXAME MAMOGRAFIA PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – 100X1 F/VERSO	BLC	10		
42	FICHA SOLICITAÇÃO DE EXAMES DIVERSOS PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – TAM 15X21CM – 100X1 VIAS	BLC	50		

LOTE III – CAPS

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO**

Praça Major José Estelita de Aguiar s/n – Centro – 62748-000

CNPJ 07.063.589/0001-16 CGF 06.920.212-5

E-MAIL: pmccapis@ig.com.br



Item	Especificação do Objeto	QTDE	UNID	Valor Unit	Valor Total
01	ATESTADO MEDICO PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – TAM 15X21CM – 100X1 VIAS	BLC	10		
02	BOLETIM DE PROCEDIMENTOS DIÁRIOS PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – TAM 21X30CM – 100X1 VIAS F/V	BLC	10		
03	CONTROLE DE ATUALIZAÇÕES PRONTUÁRIO PAP OFFSET 75GR – 1X0COR – TAM 21X30CM – 100X1VIAS F/V	BLC	10		
04	DECLARAÇÃO PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – TAM 15X21CM – 100X1 VIAS	BLC	01		
05	ENCAMINHAMENTOS PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – TAM 15X21CM – 100X1 VIAS	BLC	02		
06	FICHA DE REFERENCIA PAP A COPIATIVO – 1X0 COR – TAM 21X30CM – 90X3 VIAS	BLC	03		
07	FICHA DE EVOLUÇÃO PAP OFFSET 75GR – 1X1 COR – TAM 21.5X30CM – 100X1 VIAS	BLC	10		
08	FORMA DE USO DE MEDICAÇÃO PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – TAM 15X21CM – 100X1 VIAS	BLC	15		
09	PAPEL TIMBRADO (OFICIO – MODELO CAPS) PAPEL OFFSET 75GR – 1X0 COR – TAM 21X30 CM – 100X1 VIAS	BLC	05		
10	PRONTUÁRIO C/ 100 UNID PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – TAM 21X30CM – 100X1 VIAS F/V	BLC	05		
11	RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – 50X2 VIAS – TAM 15X21CM	BLC	20		
12	RECEITUARIO MEDICO PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – 50X2 VIAS – TAM 15X21CM	BLC	10		
13	REQUISIÇÃO DE MATERIAL PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – 50X2 VIAS – TAM 15X21CM	BLC	03		
14	FICHA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES DIVERSOS PAP OFFSET 75GR – 1X0 COR – TAM 15X21CM – 100X1 VIAS	BLC	05		

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO**

Praça Major José Estelita de Aguiar s/n – Centro – 62748-000

CNPJ 07.063.589/0001-16 CGF 06.920.212-5

E-MAIL: pmccapis@ig.com.br

**LOTE IV – VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Item	Especificação do Objeto	QTDE	UNID	Valor Unit	Valor Total
01	ALVARÁ SANITÁRIO PAP 60K – 3X0 COR – TAM 15X21CM – 100X1 VIAS	UND	900		
02	CONSOLIDADO PERIÓDICO DE ATIVIDADES PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – 100X1	BLC	02		
03	CONTROLE DE VISITAS DOMICILIARES E ATUALIZAÇÃO DO RECONHECIMENTO GEOGRÁFICO PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – 100X1	BLC	02		
04	ETIQUETA PARA REMESSA DE ESPÉCIMENS-FAD 2 PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM 9X5CM – 100X1	BLC	30		
05	FICHA 2 CONTROLE DO DE CASOS DO TRACOMA PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – 100X1	BLC	10		
06	FICHA DE DENÚNCIA C/100	BLC	150		
07	FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS CANINAS C/100 (2 NA MESMA FOLHA)	BLC	10		
08	FICHA DE INQUÉRITO/BUSCA ATIVA PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – 100X1	BLC	20		
09	FICHA DE VISITA DOMICILIAR PAP OFFSET 180GR – 1X1 COR – TAM 10.5X15.5CM	UNID	1.800		
10	FORMULARIO DIÁRIO DE ATIVIDADES DE DOENÇAS DE CHAGAS C/100 (2 NA MESMA FOLHA)	BLC	05		
11	LAUDO DE ISPEÇÃO 2 PAP A COPIATIVO – 1X0 COR – TAM 21X30CM – 50X3 VIAS	BLC	05		
12	PLANFETOS 15X20 CM PAPEL OFFSET 75GR-3X0 COR – 15X20CM	UND	800		
13	REGISTRO DIARIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL PAPEL OFFSET 75GR-1X0 COR – TAM A4 – 100X1 F/V	BLC	100		
14	RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL C/100	BLC	20		
15	SISTEMA DE INFORMAÇÕES E	BLC	20		



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO

Praça Major José Estelita de Aguiar s/n – Centro – 62748-000

CNPJ 07.063.589/0001-16 CGF 06.920.212-5

E-MAIL: pmccapis@ig.com.br



AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO PAP 75G – 1X0 COR – TAM 15X21CM – 100X1 VIAS				
--	--	--	--	--

VALOR GLOBAL DA PROPOSTA R\$ _____ (_____)

VALIDADE DA PROPOSTA: 60 (SESSENTA) DIAS.

PRAZO DE ENTREGA DO OBJETO: DE ACORDO COM O EDITAL;

Outrossim, declaramos que submete a todas as exigências constantes do convite, e se responsabiliza por todos os encargos trabalhistas, previdenciário e demais encargos, inclusive acidente do trabalho.

Atenciosamente,

_____(Ce), 28 de Abril de 2016.

Assinatura do Proponente



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO

Praça Major José Estelita de Aguiar s/n – Centro – 62748-000

CNPJ 07.063.589/0001-16 CGF 06.920.212-5

E-MAIL: pmccapis@ig.com.br



ANEXO III - MINUTA CONTRATUAL

**TERMO DE CONTRATO QUE ENTRE SI
CELEBRAM O MUNICÍPIO DE
CAPISTRANO,
E _____, PARA O FIM
QUE A SEGUIR SE DECLARA:**

O Município de CAPISTRANO, através da Secretaria de Saúde, com sede à Rua José Saraiva Sobrinho, s/n, Centro, Estado do Ceará, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 10.365.809/0001-70, neste ato representado pelo Secretário de Saúde/Gestor do Fundo, Sr. Pedro dos Santos Barboza, denominado simplesmente **CONTRATANTE** e _____, com endereço em _____, à Rua _____, nº.....inscrita no CNPJ sob o nº _____, representada por....., doravante denominado, **CONTRATADA**, resolvem firmar o presente Contrato, decorrente de processo licitatório, na modalidade Carta - Convite, regime de execução indireta, empreitada por preço unitário e em conformidade com as disposições contidas na lei nº 8.666/93 atualizada pela lei nº 9.648/98, e mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1.1 - O presente Contrato tem como fundamento a Carta – Convite nº 2016.04.15.01, devidamente homologada, em conformidade com a Lei nº 8.666/93 e suas alterações posteriores.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO CONTRATUAL

2.1 - O presente contrato tem por objeto a **CONTRATAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA CONFECÇÃO DE MATERIAL GRAFICO PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE.**

CLÁUSULA TERCEIRA – DO PREÇO

3.1 - O valor global do Contrato é de R\$ _____
(_____), correspondente aos itens:

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES:

Obrigam-se Contratante e Contratada a cumprirem fielmente o determinado no Edital, no Contrato e as normas estabelecidas na Lei 4.320 e 8.666/93 e suas demais alterações, obrigando se ainda:

4.1 Obrigações da Contratada



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO

Praça Major José Estelita de Aguiar s/n – Centro – 62748-000

CNPJ 07.063.589/0001-16 CGF 06.920.212-5

E-MAIL: pmccapis@ig.com.br



4.1.1 - Entregar o objeto contratual de conformidade com as condições e prazos estabelecidos na Carta Convite nº 2016.04.15.01, no termo contratual e na proposta contratada;

4.1.2 - Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;

4.1.3 - Providenciar a imediata correção das deficiências e/ou irregularidades apontadas pela CONTRATANTE;

4.1.4 - Arcar com eventuais prejuízos causados à CONTRATANTE e/ou terceiros, provocados por ineficiência ou irregularidade cometida por seus empregados ou prepostos envolvidos na entrega do objeto contratual;

4.1.5 - Aceitar nas mesmas condições contratuais os acréscimos e supressões até o limite fixado no § 1º do art. 65 da Lei 8.666/93 e suas alterações posteriores

4.2 – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

4.2.1 - A Contratante se obriga a proporcionar à Contratada todas as condições necessárias ao pleno cumprimento das obrigações decorrentes da presente licitação, consoante estabelece a Lei nº 8.666/93 e suas alterações posteriores.

4.2.2 - Fiscalizar e acompanhar a entrega do objeto contratual.

4.2.3 - Comunicar a CONTRATADA toda e qualquer ocorrência relacionada à entrega do objeto, diligenciando nos casos que exigem providências corretivas.

4.2.4 - Providenciar os pagamentos à CONTRATADA, à vista das Notas Fiscais/Faturas devidamente atestadas, pelo Setor competente.

CLÁUSULA QUINTA - DOS PRAZOS:

5.1 - O prazo para a entrega do objeto contratado será de 07 (sete) dias a contar da emissão da respectiva Ordem de fornecimento, que será expedida conforme necessidade da Secretaria de Saúde.

5.2 – O presente contrato terá vigência a partir da data de sua assinatura até o dia 31 de Dezembro de 2016, ou com a entrega total do objeto e sua quitação.

CLÁUSULA SEXTA – DA FORMA DE PAGAMENTO

6.1 - O pagamento será efetuado através de cheque nominal ou transferência bancária à Contratada mediante a apresentação das Notas Fiscais/Recibos, devidamente atestadas pelo Setor Competente, de acordo com as exigências administrativas em vigor;

6.2 - Serão descontados sobre o valor da fatura, os valores decorrentes de indenizações ou de multas eventualmente registrados.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas deste contrato correrão por conta da Secretaria de Saúde, com recursos próprios do Município e do Governo Federal / Média Complexidade / Atenção Básica / CAPS / Vigilância em Saúde, estando nas Dotações Orçamentárias do Município sob



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO

Praça Major José Estelita de Aguiar s/n – Centro – 62748-000

CNPJ 07.063.589/0001-16 CGF 06.920.212-5

E-MAIL: pmccapis@ig.com.br



o nº 0301 10 301 0010 2.020 – Manutenção das Unidades Básicas de Saúde do Município; 0301 10 302 0011 2.021 – Manutenção das Atividades da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; 0301 10 302 0011 2.022 – Manutenção do Centro de Atendimento Psicossocial - CAPS; 0301 10 304 0013 2.024 – Vigilância em Saúde. Elementos de despesas nº 3.3.90.39.00 / 3.3.90.30.00.

CLÁUSULA OITAVA - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

8.1 - Pela inexecução total ou parcial das obrigações assumidas, garantidas a prévia defesa, a Administração poderá aplicar à Contratada, as seguintes sanções.

8.1.1-Advertência.

8.1.2-Multa:

a) De 5% (cinco por cento), calculada sobre o valor a ser pago à Contratada, pelo atraso injustificado na execução do objeto contratual;

b) De 10% (dez por cento) sobre o valor do Contrato pela inexecução total ou parcial do objeto contratual; e

c) Os valores das multas referidas neste item serão descontadas "ex-officio" da contratada, mediante subtração a ser efetuada em qualquer fatura de crédito em seu favor que mantenha junto à Prefeitura de CAPISTRANO, independente de notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial.

8.1.3 - Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração por prazo não superior a 02 anos.

8.1.4 - Declaração de Idoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, de no mínimo 2 (dois) anos, ou enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a sua reabilitação.

CLÁUSULA NONA – DA RESCISÃO CONTRATUAL

9.1 – O presente instrumento contratual poderá ser rescindido de conformidade com o disposto nos arts. 77 a 80 da Lei nº 8.666/93.

9.2 – Na hipótese de ocorrer à rescisão administrativa prevista no art. 79, inciso I, da Lei nº 8.666/93, à Contratante são assegurados os direitos previstos no art. 80, incisos I a IV, §§ 1º a 4º, da Lei citada.

CLÁUSULA DÉCIMA - DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

10.1 - Os recursos cabíveis serão processados de acordo com o que estabelece o art. 109 da Lei nº 8.666/93 e suas alterações.

10.2 - Os recursos deverão ser interpostos mediante petição devidamente arazoada e subscrita pelo representante legal da recorrente.

10.3 - Os recursos deverão ser protocolados e encaminhados à Comissão de Licitação.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA- DO FORO



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO

Praça Major José Estelita de Aguiar s/n – Centro – 62748-000

CNPJ 07.063.589/0001-16 CGF 06.920.212-5

E-MAIL: pmccapis@ig.com.br



11.1 - Fica eleito o foro da cidade de CAPISTRANO, para dirimir as questões relacionadas com a execução deste contrato não resolvida pelos meios administrativos.

E, estando acertados, assinam o presente Instrumento, em 02 (duas) vias perante duas testemunhas que também o assinam, para que produza seus jurídicos e legais efeitos.

CAPISTRANO (Ce), ___ de _____ de 2016.

MUNICÍPIO DE CAPISTRANO

Secretário Municipal
CONTRATANTE

CONTRATADA

Testemunhas:

01. _____

NOME:

CPF:

02. _____

NOME:

CPF: