

CONTRATO Nº 294/2024.

O **Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro - AMVAP SAÚDE**, CNPJ nº 18.151.467/0001-06, com sede na Avenida Antônio Thomaz Ferreira Rezende, nº 3.180, Distrito Industrial, em Uberlândia - MG, a seguir denominado **CONTRATANTE**, neste ato representado por seu Presidente, Sr. Lindomar Amaro Borges, portador da Carteira de Identidade nº M-2.800.618 e do CPF nº 435.100.006-68; e a pessoa jurídica **Hospital de Clínicas do Triângulo Ltda**, CNPJ nº 22.027.320/0001-78, situada na Avenida João Pinheiro, nº 1180, Bairro Centro, em Uberlândia/MG, a seguir denominada **CONTRATADA**, neste ato representada por Heitor de Macedo Zorzetti, brasileiro, divorciado, médico, portador da Carteira de Identidade MG-13.699.294 SSP-MG, CPF 192.067.041-68 e CRM-MG 13.304 e Alcione Pereira Clemente, brasileira, separada judicialmente, médica, portadora da Carteira de Identidade MG-726.554 SSP/MG, CPF 302.427.896-68 e CRM-MG 14.040, resolvem firmar o presente Contrato para realização de procedimentos médicos mencionados na Cláusula Primeira.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO E ESPECIFICAÇÃO:

1. O objeto deste é a contratação de pessoa jurídica especializada para realização de cirurgias eletivas para atendimento aos pacientes dos municípios pertencentes ao AMVAP SAÚDE, em conformidade com o Anexo I do Edital – Termo de Referência do Processo Licitatório nº 52/2023 - Pregão Eletrônico nº 09/2023, sob a regência das Leis Federais nºs 8.666/1993 e 10.520/2002, e das Resoluções nº 04/2014 e 11/2020, naquilo que couber, e mediante as seguintes cláusulas e condições.

PROCEDIMENTO CONTRATADO	QTDE. CONTRATADA	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
POSTECTOMIA (FIMOSE) EM UBERLÂNDIA	01	R\$ 2.403,50	R\$ 2.403,50

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS NORMAS DE EXECUÇÃO:

1. Conforme o item 02 do Anexo 01 – Termo de Referência do Edital.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES:

1. Conforme os itens 04 e 05 do Anexo 01 – Termo de Referência do Edital.

CLÁUSULA QUARTA - DO PREÇO:

1. O valor global estimado da presente contratação é de **R\$ 2.403,50 (dois mil, quatrocentos e três reais e cinquenta centavos)**, sem prejuízo das especificações dos materiais e serviços constantes da Ata de Registro de Preços nº 57/2023.

CLÁUSULA QUINTA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E REAJUSTE:

1. Conforme o item 06 do Anexo 01 – Termo de Referência do Edital.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO:

1. Esta contratação vigorará de sua assinatura **até 30 de dezembro de 2024** ou até a execução total do objeto (o que ocorrer primeiro), respeitada a vigência da Ata de Registro de Preços que deu origem ao presente termo contratual.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

1. As despesas decorrentes da execução desse contrato correrão à conta de recursos específicos consignados no Orçamento da CONTRATANTE para o exercício de 2024, cuja classificação funcional programática e da despesa constarão nas respectivas notas de empenho, sendo: 10 20 10 302 4001 40003 01 0500 33 90 39.

CLÁUSULA OITAVA - DAS PENALIDADES, MULTAS E RESCISÃO:

1. Conforme o item 11 do Anexo 01 – Termo de Referência do Edital.

CLÁUSULA NONA – DA VINCULAÇÃO E DOS CASOS OMISSOS:

1. Este Contrato está vinculado de forma total e plena ao Processo Licitatório nº 52/2023 - Pregão Eletrônico 09/2023 que lhe deu causa, para cuja execução exigir-se-á rigorosa obediência ao Edital e seus Anexos.

2. Os casos omissos serão dirimidos nos termos da Lei Federal nº 8.666/1993, com suas alterações posteriores.

CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO

1. Fica eleito o foro da Comarca de Uberlândia-MG para solucionar quaisquer dúvidas quanto à execução do presente contrato.

2. E, por estarem justas, as partes firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Uberlândia-MG, 17 de abril de 2024.

Lindomar Amaro Borges
Presidente do AMVAP SAÚDE
CONTRATANTE

Heitor de Macedo Zorzetti
Hospital de Clínicas do Triângulo Ltda.
CONTRATADA

Alcione Pereira Clemente
Hospital de Clínicas do Triângulo Ltda.
CONTRATADA

Testemunhas:

Nome: _____
CPF / Matrícula: _____

Ass.: _____

Nome: _____
CPF / Matrícula: _____

Ass.: _____