

**TERMO DE CONVÊNIO PARA FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS  
E PRODUTOS DE HPC**

Pelo instrumento particular e na melhor forma de direito, resolvem, de comum e livre vontade a empresa **REDE INOVA DROGARIAS LTDA**, sob CNPJ 14.380.548/0001-19, com sede e foro na cidade de Varginha, Estado de Minas Gerais, à Rua Adalberto D'Ângelo, 210, CEP 37.060-426, neste ato representado por seus PROPRIETÁRIOS e bastante procuradores detentores de poderes perante a sociedade e terceiros, doravante simplesmente designada FORNECEDORA; e, de outro lado, a empresa **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE AREALVA**, estabelecido à Rua Jacinto Ribeiro de Barros, 342, centro, Arealva/SP, inscrito no CNPJ/MF 50.741.701/0001-50, neste ato representada por seu bastante procurador detentor de poderes perante a sociedade e terceiros, doravante simplesmente CONTRATANTE, tem entre si por justo e acertado o que adiante dispõe, mediante as cláusulas e condições que aceitam e as quais reciprocamente se obrigam por si e por seus sucessores a qualquer título.

**1 – DO OBJETO DO CONVÊNIO**

O presente convênio tem por objeto a integração da empresa **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE AREALVA** ao “**CONVÊNIO FARMÁCIA**”, para fornecimento de medicamentos e itens de higiene, perfumaria e cosméticos, aos funcionários da **CONTRATANTE**, que por ela forem credenciados, a adquiri-los á prazo nas lojas da **FORNECEDORA**.

**Parágrafo Único** – Os funcionários da **CONTRATANTE** serão, doravante, denominados neste instrumento como **CONVENIADOS**.

**2 – DAS OBRIGAÇÕES DA FORNECEDORA**

**2.1** – Com relação ao atendimento, a **FORNECEDORA** possui as seguintes obrigações para com a **CONTRATANTE** e seus **CONVENIADOS**:

**2.1.1-** Efetuar vendas a todos os **CONVENIADOS**, exclusivamente nas dependências do estabelecimento da **FORNECEDORA**;

**2.1.2-** Manter, em seu estabelecimento, relação nominal atualizada de todos os **CONVENIADOS** da **CONTRATANTE** observando o disposto nas cláusulas 3.2.1 e 3.2.2 infra;



**2.1.3-** Exigir dos **CONVENIADOS** constantes na relação acima referida, apresentação de documentos (RG ou CPF e crachá funcional), como condição para a realização da venda exclusiva dos produtos descritos na cláusula 1ª, ao **CONVENIADO**;

**2.1.4-** Emitir ao **CONVENIADO** no ato da venda, através de seus terminais Ponto de Venda (PDV), dois comprovantes, que deverão ser assinados pelo **CONVENIADO**, mesma forma como consta as assinaturas nas cédulas de identidade;

**2.1.5 - A FORNECEDORA** deverá conferir, antes de efetuar qualquer venda, se o adquirente dos produtos é o próprio **CONVENIADO**, mediante verificação da cédula de identidade, do crachá funcional e do cartão de convênio;

**Parágrafo Primeiro** - O PDV responsável pela venda se responsabiliza pela emissão do cupom de venda ao consumidor, contendo a discriminação de todos os medicamentos vendidos e seus respectivos preços, o qual será sendo entregue ao **CONVENIADO**;

**Parágrafo Segundo** - Será entregue ao **CONVENIADO** também o respectivo comprovante de entrega dos medicamentos, contendo os dados relativos à venda efetuada;

**Parágrafo Terceiro** - Todo comprovante de entrega de mercadorias será assinado pelo **CONVENIADO**, ficando retido pela **FORNECEDORA** para ser enviado à **CONTRATANTE**, nos termos da cláusula 2.3.1, abaixo.

**2.2** – Com relação aos preços praticados, deverá a **FORNECEDORA** vender aos **CONVENIADOS** os produtos, fixando seus preços conforme segue:

**2.2.1-** Medicamentos: preços oficializados constante na lista elaborada pelo Governo ou órgão competente autorizado, vigentes a época da compra efetuada pelo **CONVENIADO**.

**2.2.2-** Os **CONVENIADOS** terão descontos disponíveis na loja e também em lista específica válida para todas as lojas **REDE INOVA DROGARIAS** em medicamentos adquiridos. Tais descontos poderão ser revistos dependendo de mudança da política fiscal do governo.

**2.3** – Com relação à administração do convênio, obriga-se a **FORNECEDORA**:

**2.3.1** – Encerrar todo dia 25 do mês, ou seja, a base de apuração será sempre do dia 25 a 24 de

*[Handwritten signatures]*



cada mês, o movimento de compras relativo ao período de trinta dias anteriores.

**2.3.2** – Mediante apuração efetuada pela **FORNECEDORA**, a mesma emitirá uma relação discriminando o valor total das compras efetuadas de cada **CONVENIADO**, individualmente, bem como os correspondentes comprovantes de entrega assinados pelos mesmos, além de arquivo eletrônico conforme layout fornecido pela empresa. O meio eletrônico constitui-se condição única para que sejam efetuados os descontos em folha de pagamento dos funcionários. A relação será disponibilizada pela **FORNECEDORA** através do sistema via internet (**WEB EMPRESAS**), única e exclusivamente.

**2.3.3** – Fornecer informação através de sistema informatizado (**WEBEMPRESAS**), única e exclusivamente quando solicitado pela **CONTRATANTE**, do valor acumulado das compras efetuadas pelos **CONVENIADOS** em fase de desligamento do (s) mesmo (s) junto a **FORNECEDORA**, ou se assim requerer por mera informação ou consulta no sistema informatizado (**WEB EMPRESAS**) da **REDE INOVA**.

### **3 – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

#### **3.1 – Com relação ao cadastro de CONVENIADOS:**

**3.1.1** - Enviar à **FORNECEDORA**, no prazo de cinco dias após a assinatura deste contrato, a relação de matrículas de cada **CONVENIADO**, com número do RG, inscrição do CPF/MF, CTPS, devendo manter esta relação sempre atualizada, nos termos das cláusulas 3.1.2 e 3.1.3, abaixo. Esta relação será utilizada para o primeiro cadastro no sistema de convênio, após esse cadastramento toda alteração será realizada pela contratante no sistema através de senha eletrônica;

**3.1.2** – Informar, única e exclusivamente, os novos funcionários desde a data de sua admissão, para usufruir do Convênio Farmácia, além de providenciar a liberação do mesmo para compras;

**3.1.3** – Quando o **CONVENIADO** for demitido ou excluído pela **CONTRATANTE**, esta deverá informar a demissão ou exclusão, única e exclusivamente, para que o **CONVENIADO** não venha mais a usufruir do benefício.

**3.2** – Com relação à divulgação do convênio, a **CONTRATANTE** deverá informar aos **CONVENIADOS** sobre a existência do **CONVÊNIO FARMÁCIA**, orientando-os quanto a sua utilização, forma de pagamento e demais que venham a surgir.



3.3 – Com relação ao pagamento, a **CONTRATANTE** se obriga a repassar o pagamento das compras feitas pelos **CONVENIADOS**, através do desconto efetuado em holerite até o dia **10** do mês subsequente, podendo a **CONTRATANTE** se recusar a pagar os comprovantes que não estiverem comprovados através dos devidos comprovantes de entrega de mercadoria assinados pelos próprios **CONVENIADOS**.

#### 4 – DA DURAÇÃO E RESCISÃO DE CONTRATO

4.1 – Este contrato possui prazo de vigência indeterminado e entrará em vigor na data da assinatura, surtindo seus efeitos tão logo a **FORNECEDORA** tenha concluído o processo de cadastro dos **CONVENIADOS** a ser feito a partir da relação fornecida pela **CONTRATANTE** em meio magnético ou listagem por planilha.

4.2 – Este contrato poderá ser rescindido, unilateralmente, a qualquer tempo e por qualquer uma das partes, devendo a parte interessada comunicar sua decisão 30 (trinta) dias de antecedência, de forma expressa, apurando-se eventuais obrigações entre os contratantes, sem a aplicação de qualquer multa ou sanção. Na hipótese de prestações e valores pendentes, os mesmos deverão ser quitados no ato da rescisão deste instrumento.

#### 5 – DAS MODIFICAÇÕES

As condições ora pactuadas poderão ser revisadas sempre que mudanças na conjuntura econômica venham alterar as condições aqui definidas.

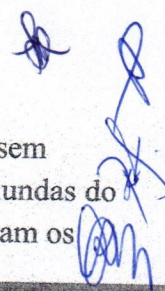
#### 6 – PARAMETROS NEGOCIADOS COM A CONTRATANTE

6.1 - Os **CONVENIADOS**, funcionários da **CONTRATANTE** serão atendidos através do cartão **REDE INOVA** Convênio, dentro da rede de lojas da **FORNECEDORA** ou em lojas credenciadas, mediante apresentação de documento com foto para identificação.

6.2 – Presente contrato renova e substitui, para todos os fins de direito, eventuais outros contratos e acordos de **CONVÊNIO** pactuados entre a **FORNECEDORA** e a **CONTRATANTE** anteriormente.

#### 7 – DO FORO

As partes elegem o Foro Central da cidade de Varginha, no Estado de Minas Gerais, sem nenhum desmerecimento aos demais, para que sejam dirimidas quaisquer dúvidas oriundas do presente instrumento e assinam o mesmo em 2 (duas) vias de igual teor, para que surtam os



mesmos efeitos, na presença de 2 (duas) testemunhas, dando tudo por firme bom e valioso.

Varginha, 18 de dezembro de 2020.

*Isana mainardus Fowtel*

REDE INOVA DROGARIAS LTDA  
CNPJ nº 14.380.548/0001-19

*Amilton*

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE AREALVA  
CNPJ nº 50.741.701/0001-50

TESTEMUNHAS:

*Armando Roberto Ribeiro*

Nome: ARMANDO ROBERTO RIBEIRO  
CPF: RG. 11.769.744  
ADMINISTRADOR  
CPF: 008.036.808-56

*Patricia C. da Silva Ferrari*

Nome: PATRICIA C. DA SILVA FERRARI  
CPF: 282.288.928-70  
Patricia C. da Silva Ferrari  
RG: 30.239.629-9  
Coordenadora Administrativa  
Hosp. Irm. da Santa Casa de Arealva  
CNPJ: 50.741.701/0001-50

