



MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

CONVÊNIO N.º. 001/2022

CONVÊNIO DE REPASSE DE RECURSOS QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ, ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ITAQUIRAÍ – ABI, OBJETIVANDO APOIO À GESTÃO DO HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ITAQUIRAÍ/MS.

I – DAS PARTES

O MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ, ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL, PESSOA jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ/MF sob nº 15.403.041/0001-04, neste ato denominado **CONCEDENTE** representado pelo Prefeito Municipal, o Senhor Thalles Henrique Tomazelli, brasileiro, solteiro, portador do RG nº.1507651 SSP/MS e CPF: 031.770.011-11, residente e domiciliado à Rua Iguatemi, nº. 59, CEP 79965-000, nesta cidade e pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, neste ato denominado **INTERVENIENTE**, representada pelo Secretário Municipal de Saúde, o Senhor Luiz Carlos de Souza, brasileiro, divorciado, servidor público, portador da Carteira de Identidade RG nº 261535 SSP/MS, inscrito no CPF/MF sob nº 372.751.351-91, residente e domiciliado à Rua Tiradentes, nº. 355, centro, nesta cidade de Itaquirai;

A ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ITAQUIRAÍ MS - ABI, sociedade civil sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ/MF sob nº 15.578.834/0001-56, neste ato denominado **CONVENIENTE** com sede na Rua Senador Teotônio Vilela nº 550 - centro, na cidade de Itaquirai/MS, reconhecido de utilidade pública pela Lei Municipal nº 068 de 20 de agosto de 1.985, neste ato representado pelo seu Presidente, Senhor Antônio Vieira de Faria, brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade RG nº 5371796x SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob o nº 048.683.401-82, residente e domiciliado à Rua Carmem Barbosa Pupo nº 957 – centro, neste Município, resolvem celebrar este Convênio, nas seguintes formas e condições:

Antonio Vieira de Faria
PRESIDENTE
CPF: 048.683.401-82

Luiz Carlos de Souza
SECRETÁRIO DE SAÚDE

Thalles Henrique Tomazelli
PREFEITO MUNICIPAL



MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO FUNDAMENTO LEGAL

O presente Convênio está fundamentado no ART. 199, § 1º da Constituição Federal, nas disposições da Lei nº 8.666, art. 116, Lei Municipal nº. 551 de 01 de Março de 2013 e Lei Orçamentária Anual nº. 743 de 15 de Dezembro de 2021.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

O presente Convênio tem por objeto o repasse de recursos financeiros do Município para a Associação Beneficente de Itaquiraí – ABI, objetivando apoio à Gestão do Hospital São Francisco de Itaquiraí, conforme Plano de Trabalho.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DOS PARTICIPES

I – O **CONCEDENTE** obriga-se a:

- a) efetuar o repasse mensal dos recursos previstos para a execução deste Convênio na forma pactuada para pagamento de: plantões médicos de 12 horas, plantões médicos de 12 horas com obstetrícia, plantões médicos de 24 horas, plantões médicos de 24 horas com obstetrícia, plantões médicos sobreaviso obstétrico, custeio e prestar socorro período integral na cidade e zona rural; observada a sua disponibilidade financeira;
- b) aprovar os procedimentos técnicos e operacionais necessários à execução deste Convênio;
- c) analisar e aprovar as prestações de contas das parcelas liberadas do presente Convênio;
- d) Designar o servidor Sérgio Aparecido Puppo, portador do CPF nº. 558.597.551-94, ocupante do cargo de Controlador na Secretaria Municipal de Saúde, como representante responsável pelo acompanhamento e fiscalização da execução do Convênio.
- e) Emitir, pelo Departamento de Convênios, Pareceres Técnicos relativos às prestações de contas apresentadas mensalmente pela Conveniente.
- f) Ceder dois profissionais médicos no horário das 06h00min às 18h00min horas, de segunda a sexta feira.

II – A **CONVENIENTE** obriga-se a:

Antonio Vieira de Faria
PRESIDENTE
CPF: 048.683.401-82

Luiz Carlos de Souza
SECRETÁRIO DE SAÚDE

Thalles Henrique Tomazelli
PREFEITO MUNICIPAL



MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

- a) executar as atividades pactuadas neste Instrumento, com fiel observância do seu objetivo;
- b) não utilizar os recursos recebidos do concedente em finalidade diversa da estabelecida neste Convênio;
- c) complementar os recursos recebidos do concedente, quando necessários ao desenvolvimento das ações programadas relativas a este Convênio;
- d) efetuar o pagamento integral dos plantões médicos conforme plano de trabalho e durante a vigência deste convênio;
- e) manter os plantões médicos e consultas, conforme descritos no Plano de Trabalho.
- f) manter toda a documentação referente ao Convênio, disponível para consulta da concedente;
- g) apresentar prestação de contas das parcelas mensais recebidas, demonstrando o cumprimento do objeto do Convênio;
- h) é autorizado à conveniente o pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários e fiscais relacionados à execução do objeto do convênio;
- i) restituir o valor transferido, atualizado monetariamente, acrescido de juros legais, segundo índice oficial, a partir da data do seu recebimento, nos seguintes casos:
 - 1. quando não for executado o objeto do Convênio;
 - 2. quando não for apresentada, no prazo exigido, a prestação de contas;
 - 3. quando os recursos forem utilizados em finalidade diversa da estabelecida;
- j) fixar em local de fácil visualização, legível, preferencialmente na portaria *banner*, cartaz ou placa informando à população os horários de atendimentos (plantões) médicos custeados através deste Termo de Convênio;
- k) aplicar os recursos, enquanto não utilizados, em Aplicação de curto prazo automática. Os saldos provenientes deste rendimento (aplicação de curto prazo) deverão ser aplicados em poupança mensalmente;
- l) os pagamentos deverão ser realizados mediante transferência eletrônica sujeita a identificação do beneficiário final;


Antonio Vieira de Faria
PRESIDENTE
CPF: 048.683.401-82


Luiz Carlos de Souza
SECRETÁRIO DE SAÚDE


Thalles Henrique Tomazelli
PREFEITO MUNICIPAL



MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

m) Por ocasião da conclusão, denúncia, rescisão ou extinção do convênio, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos no prazo de 30 dias à administração pública municipal na seguinte conta: Agência 3933-0 - Conta nº. 7655-4 - Banco do Brasil, conta esta, denominada Fundo Municipal de Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

Para a execução do objeto deste Convênio, o CONCEDENTE repassará à CONVENIENTE, o valor total de R\$ 1.726.050,00 (**um milhão setecentos e vinte e seis mil e cinquenta reais**) através de 11 parcelas, conforme cronograma de desembolso do Plano de trabalho.

Subcláusula Primeira

As liberações das parcelas ficam condicionadas à apresentação da prestação de contas da parcela anterior, apresentada ao Departamento de Convênios do Município, até 30 dias após o recebimento.

Subcláusula Segunda

O conveniente fica obrigado a movimentar os recursos provenientes deste Convênio, através de transferências eletrônicas na conta específica: Banco do Brasil - Agência: 3933 – Conta Corrente nº. 19.572-3 denominada Associação Beneficente de Itaquiraí.

CLÁUSULA QUINTA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

Para atender as atividades previstas neste Convênio, as despesas correrão à conta do Orçamento aprovado para o exercício de 202 e para o exercício futuro (2023) a dotação que substituir, na seguinte classificação:

Órgão: 07 – FMS – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade: 01 - FMS – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.
Funcional: 10.301.0012.2.047 – Convênio com a ABI
3.3.50.43 - Subvenções Sociais

- Valor para o Exercício de 2022: R\$ 1.435.380,00
- Valor para o Exercício de 2023: R\$ 290.670,00

CLÁUSULA SEXTA – DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS

Antonio Vieira de Faria
PRESIDENTE
CPF: 048.683.401-82

Luiz Carlos de Souza
SECRETÁRIO DE SAÚDE

Thalles Henrique Tomazelli
PREFEITO MUNICIPAL



MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

As prestações de Contas referentes a este Convênio serão apresentadas ao Departamento de Convênios e à Secretaria Municipal de Saúde até 30 (trinta) dias após o recebimento de cada parcela.

Subcláusula Primeira - Da Prestação de Contas Parcial ou Final

As cópias dos comprovantes de despesas precisam estar legíveis em todos os campos que contenham informações, principalmente, Nº da Nota Fiscal, Data de Emissão, Valor Unitário, Valor Total, Nome, CNPJ, Inscrição Estadual, Endereço do Destinatário e Descrição dos Produtos;

a) Os comprovantes de despesas (notas fiscais, recibos, etc...) devem conter obrigatoriamente:

- * Carimbo com número do convênio (na parte da frente do documento)
- * Carimbo com atesto de dois funcionários (no verso do documento, com RG ou CPF)
- * Razão Social da entidade
- * CNPJ da entidade
- * Endereço completo da entidade
- * Valor unitário e quantidades dos produtos adquiridos, ou bens e serviços;

b) - Não é permitida a apresentação de Cópias dos comprovantes de despesas com a data de emissão anterior e posterior a vigência do convênio.

c) - É vedado à Conveniente efetuar pagamentos em data posterior à vigência do instrumento, salvo se o fato gerador da despesa (a nota fiscal é o documento que descreve o fato gerador e o valor do tributo que incidiu em razão da sua prática) tiver ocorrido durante a vigência do convênio e seja expressamente autorizada pela autoridade competente da Concedente.

d) - Só serão aceitas Cópias de cupons fiscais que contenham: (Razão Social, CNPJ e endereço da entidade).

e) - É vedada a apresentação de Cópias dos comprovantes de despesas que sofreram a incidência de cobrança de Juros ou Multas.

f) - Todas as Cópias dos comprovantes de despesas devem estar acompanhadas com as Cópias de seus respectivos comprovantes de Pagamentos.

Subcláusula Segunda – Da Prestação de Contas Parcial e Final:


Antonio Vieira de Faria
PRESIDENTE
CPF: 048.683.401-82


Luiz Carlos de Souza
SECRETÁRIO DE SAÚDE


Thales Henrique Tomazelli
PREFEITO MUNICIPAL



MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Deverão ser apresentados os seguintes relatórios na Prestação de Contas Parcial e Final:

- a) **Anexo I** – Relatório de Cumprimento de Objeto - (apresentar na Prestação de Contas Final)
- b) **Anexo II** – Relatório de Execução Físico-Financeira
- c) **Anexo III** – Relatório de Execução da Receita e Despesa
- d) **Anexo IV** – Relatório de Pagamentos Efetuados. OBS: é necessário incluir neste anexo, o número de cada comprovante de pagamento e a data em que foi efetuado esse pagamento.
- e) **Anexo V** – Conciliação Bancária (se for o caso)
- f) Declaração de Realização dos objetivos a que se propunha o instrumento (apresentar na Prestação de Contas Final ou última Parcela).
- g) Termo de compromisso por meio do qual o conveniente será obrigado a manter arquivados em bom estado de conservação os documentos relacionados ao convênio, de modo a facilitar o seu acesso direto ao órgão da administração municipal – (obs: só na Prestação de Contas Final ou última Parcela).
- h) – Restituir eventuais saldos existentes ao Município na data de extinção do convênio;
- i) – reter os tributos que incidirem sobre os pagamentos que efetuar, quando realizados com as verbas repassadas para a execução deste convênio;
- j) – Recolher aos cofres da entidade pública tributante os tributos retidos na forma da alínea anterior;
- l) – Apresentar a relação da Escala de Plantões Mensais.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS ENCARGOS

A conveniente responderá pelos pagamentos e encargos financeiros assumidos além do limite dos recursos que lhe são destinados, e ainda por despesas contraídas fora da vigência do Convênio, ficando a concedente exonerada do pagamento de eventual excesso.

CLÁUSULA OITAVA – DO PESSOAL E ENCARGOS

É de responsabilidade exclusiva e integral do conveniente a contratação de pessoal para execução do objeto deste Convênio, incluídos os encargos trabalhistas,

Antonio Vieira de Faria
PRESIDENTE
CPF: 048.683.401-82

Luiz Carlos de Souza
SECRETÁRIO DE SAÚDE
Henrique Tomazelli
PREFEITO MUNICIPAL
6



MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a concedente.

CLÁUSULA NONA – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO.

A execução do presente Convênio será avaliada pelo órgão competente da Secretaria Municipal de Saúde, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, conforme vistoria a ser realizada pelo servidor designado na Cláusula Terceira, Parágrafo I, alínea “d”, o qual observará o cumprimento das Cláusulas e condições estabelecidas neste Convênio e emitirá Parecer trimestral acerca da execução.

CLAÚSULA DÉCIMA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CONVENENTE

O convenente é responsável pela indenização de danos causados ao paciente, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas pelos profissionais contratados em decorrência deste Convênio.

Subcláusula primeira

A fiscalização ou acompanhamento da execução deste Convênio pela CONCEDENTE, não exclui nem reduz a responsabilidade da CONVENENTE nos termos da legislação em vigor.

Subcláusula segunda

A responsabilidade de que trata a Subcláusula anterior, estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação de serviços nos estritos termos do art. 14 da Lei 8.078 de 11.09.90 (Código de Defesa do Consumidor).

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

Independente de notificações ou interpelações, judiciais ou extrajudiciais, constituindo motivos para rescisão do presente Convênio, o inadimplemento de quaisquer das cláusulas pactuadas.

Subcláusula primeira

Em caso de rescisão contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 90 (noventa) dias para ocorrer a rescisão. Se neste prazo, a CONVENENTE negligenciar a prestação

Antonio Vieira de Faria
PRESIDENTE
CPF: 048.683.401-82

Luiz Carlos de Souza
SECRETÁRIO DE SAÚDE

Challes Henrique Tomazelli
PREFEITO MUNICIPAL



MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

dos serviços objeto deste Convênio, caberá multa nos termos da legislação em vigor.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DOS RECURSOS PROCESSUAIS

Dos atos de aplicação de penalidade prevista neste Convênio, ou de sua rescisão praticados pelo conveniente, cabe recurso no prazo de cinco (5) dias úteis, a contar da intimação do ato.

Subcláusula primeira

Da decisão da concedente em rescindir o presente Convênio, cabe inicialmente pedido de reconsideração, no prazo de cinco (5) dias úteis a contar da intimação do ato.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

O presente Convênio vigorará no período de **08/04/2022 à 28/02/2023**, podendo ser alterado e prorrogado mediante Termo Aditivo, bem como rescindido, de comum acordo entre os partícipes ou unilateralmente, por inadimplência de quaisquer de suas cláusulas ou condições, de conformidade com a legislação em vigor.

Subcláusula primeira

A parte que não se interessar pela prorrogação do Convênio, deverá comunicar a sua intenção, por escrito, à outra parte, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS ALTERAÇÕES

Qualquer alteração do presente Convênio será objeto de Termo Aditivo, na forma da legislação pertinente.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

O presente Convênio será publicado, em extrato, no Diário Oficial do Município, ficando tal publicação a cargo da concedente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Itaquirai, Estado de Mato Grosso do Sul para

Antonio Vieira de Faria
PRESIDENTE
CPF: 048.683.401-82

Luiz Carlos de Souza
SECRETÁRIO DE SAÚDE

Sulley Henrique Tomazelli
PREFEITO MUNICIPAL



MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

dirimir litígios oriundos deste Convênio.

E por estarem de acordo, as partes assinam o presente instrumento em 03 (três) vias, de igual teor e forma, para que produza entre si os efeitos legais, na presença de duas testemunhas que também o subscrevem.

Itaquiraí/MS, 08 de Abril de 2022.


Thalles Henrique Tomazelli
Prefeito Municipal
Concedente


Antônio Vieira de Faria
Presidente da ABI
Conveniente

Antonio Vieira de Faria
PRESIDENTE
CPF: 048.683.401-82


Luiz Carlos de Souza
Secretário Municipal de Saúde
Interveniente
Luiz Carlos de Souza
SECRETÁRIO DE SAÚDE

Testemunha:

1 Daiane Souza Leite

Nome: Daiane Souza Leite

CPF: 031.065.761-03

RG: 001689100 SSP/MS