



MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

PROCESSO ADMINISTRATIVO 1.007/2024

CONVÊNIO N.º. 002/2024

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 Sergio Aparecido Pupo, brasileiro, divorciado, servidor público, portador da Carteira de Identidade RG nº 541047 SSP/MS, inscrito no CPF/MF sob nº. 558.597.551-04, residente e domiciliado à Rua Presidente Getúlio Vargas, nº. 308, 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 Elmir Buhler, brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade RG nº. 2.246.350 SSP/PR, inscrito no CPF/MF sob o nº. 370.152.909-44, residente e domiciliado no Sítio Ranchinho Vovô Oscar, S/N, Zona Rural, neste Município, resolvem celebrar este Convênio, nas seguintes formas e condições:





MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO FUNDAMENTO LEGAL

Trata-se de convênio fundamentado no ART. 199, § 1º da Constituição Federal, nas disposições da Lei nº 14.133, art. 184, Lei Municipal nº. 551 de 01 de Março de 2013 e Lei Orçamentária Anual nº. 785 de 07 de Dezembro 2023.

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 clínicos 12 horas, plantões clínicos 24 horas, plantões sobreaviso obstétrico 24 horas, consultas em especialidades médicas (psiquiatria, dermatologia e pediatria), testes do olhinho, produtividade por internação hospitalar (mediante apresentação das AIHs para a fiscal/gestora do convênio) e custeio (alimentação, gás, energia, água, folha de pagamento, material de limpeza e lavanderia, oxigênio, laboratório, medicamentos e materiais), além da realização de Raio X e Ultrassonografias, reguladas pela central de regulação do Município.
- b) ceder motorista e veículo para socorros na área urbana e rural;
- c) aprovar os procedimentos técnicos e operacionais necessários à execução deste Convênio;
- d) analisar e aprovar as prestações de contas das parcelas liberadas do presente Convênio;
- e) Designar a servidora Dalva Freire dos Santos, servidora municipal efetiva, matrícula: 3140, portador do CPF: 033.885.161-54, que se responsabilizará pela gestão da parceria, com poderes de controle e fiscalização.
- f) Emitir, pelo Departamento de Convênios, Pareceres Técnicos relativos às prestações de contas apresentadas mensalmente pela Conveniente.





MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

g) Ceder dois profissionais médicos em horário das 06:00 às 18:00, sendo um das 06:00 às 12:00 e outro das 12:00 às 18:00.

II – A **CONVENENTE** obriga-se a:

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 convenente 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;



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\$ 2.985.197,00 (dois milhões novecentos e oitenta e cinco mil cento e noventa e sete 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 2024 e para o exercício futuro (2025) a dotação que substituir, na seguinte classificação:

Órgão: 07 – FMS – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade: 01 - FMS – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.
Proj/Ativ. 2047 – Convênio com a ABI – ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ITAQUIRAÍ
3.3.50.43 - Subvenções Sociais

Valor para o exercício de 2024: R\$ 2.307.541,16
Valor para o exercício de 2025: R\$ 677.655,84

CLÁUSULA SEXTA – DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS



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, N° 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:





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 proponha o instrumento (apresentar na Prestação de Contas Final ou última Parcela).
- g) Termo de compromisso por meio do qual o convenente 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 convenio;
- 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 convenente 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 convenente a contratação de pessoal para execução do objeto deste Convênio, incluídos os encargos trabalhistas,



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, constitui 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



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 tem efeitos retroativos a **01/05/2024 e vigência até 31/03/2025**, 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



MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Fica eleito o foro da Comarca de Itaquiraí, Estado de Mato Grosso do Sul, para 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, 15 de Maio de 2024.

Thalles Henrique Tomazelli
Prefeito Municipal
Concedente

Elmir Buhler
Presidente da ABI
Conveniente

Sérgio Aparecido Pupo
Secretário Municipal de Saúde
Interveniente

Testemunha:

1. _____
Nome: Daiane Souza Leite
CPF: 031.065.761-03
RG: 001689100 SSP/MS

2. _____
Nome: Katiana Paula Gonzatto Farina
CPF: 004.515.751-05
RG: 001266694 SSP/MS





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 221D-CFD9-D5FF-5598

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ SÉRGIO APARECIDO PUPO (CPF 558.XXX.XXX-04) em 16/05/2024 09:28:45 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ KATIANA PAULA GONZZATTO FARINA (CPF 004.XXX.XXX-05) em 16/05/2024 09:33:11 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ THALLES HENRIQUE TOMAZELLI (CPF 031.XXX.XXX-11) em 16/05/2024 10:03:27 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ DAIANE SOUZA LEITE (CPF 031.XXX.XXX-03) em 16/05/2024 10:31:45 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ ELMIR BUHLER (CPF 370.XXX.XXX-44) em 16/05/2024 11:07:16 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://itaquirai.1doc.com.br/verificacao/221D-CFD9-D5FF-5598>

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUIRAÍ - MS	PLANO DE TRABALHO DESCRIÇÃO DO PROJETO	ANEXO I
---	---	----------------

01 – NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENENTE ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ITAQUIRAÍ - ABI	02– EXERCÍCIO 2024	03 – UF MS
	04 - CNPJ 15.578.834/0001-56	

05 – BANCO B. Brasil	06 – AGÊNCIA 3933-0	07 – CONTA CORRENTE 19.572-3	08 - PRAÇA DE PAGAMENTO ITAQUIRAÍ ITAQUIRAÍ	09 – UF MS
10 – RECURSO ORÇAMENTÁRIO 1. NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> 2. EMENDA	11- NATUREZA DO PARTÍCIPE 1.INTERVENIENTE <input type="checkbox"/> 2.EXECUTOR	12 – EMENDA N.º -----	13 - CNPJ DO PARTÍCIPE 11.867.105/0001-69	

14 – ÁREA DE ATENDIMENTO A SAÚDE (PROGRAMA) SAÚDE	15- ÓRGÃO FINANCIADOR FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
---	--

16- AÇÃO A SER FINANCIADA
ATENDIMENTO AO USUARIO DO SUS

17 – DESCRIÇÃO SINTÉTICA DO OBJETO
REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS DO MUNICÍPIO PARA A ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ITAQUIRAÍ – ABI PARA GESTÃO DO HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ITAQUIRAÍ.

18 –JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO
A ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ITAQUIRAI, FUNDADA EM 27 DE ABRIL DE 1985 E MANTEDORA DO HOSPITAL SÃO FRANCISCO, ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE. DE CARÁTER PRIORITARIAMENTE MÉDICO HOSPITALAR, QUE TEM POR FINALIDADE ADMINISTRAR E MANTER O HOSPITAL SÃO FRANCISCO, POR SE TRATAR DO ÚNICO HOSPITAL, E A REDE MUNICIPAL DE SAUDE NÃO CONTAR COM ESTRUTURA PARA ATENDIMENTO 24 HORAS, VEM FIRMAR O PRESENTE CONVÊNIO PARA ATENDIMENTO DE CARATER DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, NO PERÍODO DE MAIO/2024 A MARÇO DE 2025.

ASSIM SENDO, SERÃO REALIZADOS OS SEGUINTES ATENDIMENTOS A POPULAÇÃO: PLANTÕES CLINICOS DE 12 HORAS, PLANTÕES CLINICOS DE 24 HORAS, PLANTÕES SOBREVISO OBSTETRICO DE 24 HORAS, CONSULTAS DE PSIQUIATRIA , CONSULTAS DE DEMATOLOGIA, CONSULTAS PEDIATRIA, TESTE DO OLHINHO, PRODUTIVIDADE (AIH – ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR), ALEM DE **85** - RAO X SEM LAUDO MENSAL PELO SUS, TANTO REGULADO PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO DO MUNICIPIO E OS EXECUTADOS PELO AMBULANTÓRIO DO HOSPITAL ELETIVO, E **70**- ULTRASSONOGRRAFIA, REGULADO PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO DO MUNICIPIO, SOCORRO DE RESGATE DE URGENCIA E EMERGENCIA DENTRO PERIMETRO URBANO E RURAL. PARA OFERECER OS SERVIÇOS ACIMA CITADO, O HOSPITAL SÃO FRANCISCO NECESSITAM DE AUXÍLIO DE CUSTEIO PARA DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO E GÁS, ENERGIA, ÁGUA, FOLHA DE PAGAMENTO, MATERIAL DE LIMPEZA E LAVANDERIA, OXIGÊNIO, LABORATÓRIO, MATERIAIS E MEDICAMENTOS.

19. AUTENTICAÇÃO
LOCAL: Itaquirai/MS

Data: **03/05/2024**

ELMIR BUHLER
PRESIDENTE



ASSINATURA DO PRESIDENTE
Elmir Buhler
PRESIDENTE
CPF 370.152.909-44

REFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUIRAÍ - MS	CADASTRO DO CONVENENTE, DO DIRIGENTE E ORDENADOR DE DESPESA.	ANEXO III
--	---	----------------------

I – IDENTIFICAÇÃO DO CONVÊNIO							
01 - Nº CADASTRAL DO CONVÊNIO				02 - Nº DO PROCESSO		03 - EXERCÍCIO 2024	
04 - BANCO Banco do Brasil		05 - AGÊNCIA 3933-0		06 - CONTA CORRENTE 19.572-3		07 - PRAÇA DE PAGAMENTO ITAQUIRAI	08 - UF MS

II – IDENTIFICAÇÃO DO CONVENENTE							
09 - NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENENTE ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ITAQUIRAÍ - ABI				10- CNPJ 15.575.834/0001-56		11 - UF MS	
12 – ENDEREÇO COMPLETO RUA SENADOR TEOTONIO VILELLA, 550					13 - MUNICÍPIO Itaquiraí/MS		14 - CEP 79965-000
15 - CX POSTAL 41		16 – DDD/TELEFONE (067) 3476 1152		17 - FAX (067) 3476 1160		18 - E-MAIL hospital.hsf@hotmail.com	

III – IDENTIFICAÇÃO DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENENTE							
19- NOME DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO/ENTIDADE ELMIR BUHLER				20- CPF 370.152.909-44			
21- CARGO OU FUNÇÃO PRESIDENTE		22 - RG Nº. 2.246.350		23 - DATA EXPEDIÇÃO 12/12/1978		24 - ÓRGÃO EXPEDIDOR SSP/PR	
25- ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO SITIO RANCHINHO VOVÔ OSCAR S/N				26 - MUNICÍPIO Itaquiraí		27 - UF MS	28 – CEP 79965-000
29 – DDD/TELEFONE (067) 3476 - 1152			30 - CELULAR 67-9977-5585		31 - E-MAIL hospital.hsf@hotmail.com		

IV – IDENTIFICAÇÃO DO ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENENTE							
32- NOME DO ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO/ENTIDADE ELMIR BUHLER				33 - CPF 370.152.909-44			
34 – CARGO OU FUNÇÃO PRESIDENTE		35 – RG Nº. 2.246.350		36 - DATA EXPEDIÇÃO 12/12/1978		37 - ÓRGÃO EXPEDIDOR SSP/PR	
38- ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO SITIO RANCHINHO VOVÔ OSCAR S/N				39 - MUNICÍPIO Itaquiraí		40 - UF MS	41 – CEP 79965-000
0 042 – DDD/TELEFONE (067) 3476 - 1152			43 -CELULAR 67-9977-5585		44 - E-MAIL hospital.hsf@hotmail.com		

5. AUTENTICAÇÃO							
LOCAL: Itaquiraí /MS				Data: 03/05/2024		 ASSINATURA DO PRESIDENTE	

OBSERVAÇÃO:							
NA HIPÓTESE DE HAVER OUTRO PARTÍCIPE DEVERÁ SER PREENCHIDO OUTRO ANEXO						Elmir Buhler PRESIDENTE CPF 370.152.909-44	

**PLANO DE TRABALHO
CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO E PLANO DE APLICAÇÃO**

ANEXO IV

01 - NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENIENTE ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ITAQUIRAÍ - ABI	02 - Nº DO CONVÊNIO 05 - CNPJ 15.578.834/0001-56	03 - Nº DO PROCESSO	04 - EXERCÍCIO 2024
			06 - UF MS

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

07 - META	08 - ETAPA/FASE	09 - ESPECIFICAÇÃO	10 - INDICADOR FÍSICO		11 - PREVISÃO DE EXECUÇÃO	
			UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE	INÍCIO	TÉRMINO
1		METAS				
		GESTÃO DO HOSPITAL SÃO FRANCISCO ITAQUIRAI				
		ETAPAS				
	01	PLANTÕES CLINICOS 12 HORAS	UNIDADE	230	Maio/2024	Março/2025
	02	PLANTÕES CLINICOS 24 HORAS	UNIDADE	104	Maio/2024	Março/2025
	03	PLANTÕES SOBREAVISO OBSTETRICO 24 HORAS	UNIDADE	334	Maio/2024	Março/2025
	04	CONSULTA DE PSIQUIATRIA	UNIDADE	1.804	Maio/2024	Março/2025
	05	CONSULTA DE DEMATOLOGIA	UNIDADE	715	Maio/2024	Março/2025
	06	CONSULTA DE PEDIATRIA	UNIDADE	1.397	Maio/2024	Março/2025
	07	TESTE DO OLHINHO	UNIDADE	198	Maio/2024	Março/2025
08	PRODUTIVIDADE (AIH – ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR)	UNIDADE	935	Maio/2024	Março/2025	
09	CUSTEIO (ALIMENTAÇÃO E GÁS, ENERGIA, ÁGUA, FOLHA DE PAGAMENTO, MATERIAL DE LIMPEZA E LAVANDERIA, OXIGÊNIO, LABORATÓRIO, MEDICAMENTOS E MATERIAIS)	MÊS	11	Maio/2024	Março/2025	
10						

PLANO DE APLICAÇÃO. MÊS

12 - NATUREZA DESPESA	13 - ESPECIFICAÇÃO		14 - VALOR UNITARIO	15 - VALOR TOTAL	16 - SUBTOTAL POR NATUREZA DE GASTO (EM R\$ 1,00)	
3.3.50.43 Subvenções Sociais	PLANTÕES CLINICOS 12 HORAS	CORRENTE	1.200,00	276.000,00	276.000,00	
	PLANTÕES CLINICOS 24 HORAS		2.400,00	249.600,00	249.600,00	
	SOBREAVISO OBSTETRICO 24 HORAS		1.000,00	334.000,00	334.000,00	
	CONSULTA DE PSIQUIATRIA		172,00	310.288,00	310.288,00	
	CONSULTA DE DEMATOLOGIA		172,00	122.980,00	122.980,00	
	CONSULTA DE PEDIATRIA		172,00	240.284,00	240.284,00	
	TESTE DO OLHINHO		28,00	5.544,00	5.544,00	
	PRODUTIVIDADE (AIH- ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR)		93,53	87.450,55	87.450,55	
	CUSTEIO (ALIMENTAÇÃO E GÁS, ENERGIA, ÁGUA, FOLHA DE PAGAMENTO, MATERIAL DE LIMPEZA E LAVANDERIA, OXIGÊNIO, LABORATÓRIO, MEDICAMENTOS E MATERIAIS)			123.550,04	1.359.050,45	1.359.050,45
			CAPITAL			
TOTAL GERAL			R\$ 2.985.197,00	R\$ 2.985.197,00		

17 - AUTENTICAÇÃO

Local: Itaquirai /MS
Data: **03/05/2024**

ELMIR BUHLER
PRESIDENTE

ASSINATURA DO PRESIDENTE

Elmir Buhler

PRESIDENTE
CPF 370.152.909-44

01 - NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE PROPONENTE
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ITAQUIRAÍ - ABI

02 - AÇÃO

03 - Nº DO PROCESSO

CONCEDENTE (EM R\$ 1,00)	04 - ANO	05 - META	05 - MESES											
			JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
	2024	1	-	-	-	-	351.000,00	351.000,00	351.000,00	351.000,00	225.885,28	225.885,28	225.885,28	225.885,29
	2025		225.885,29	225.885,29	225.885,29	-								

7 - TOTAL ACUMULADO DOS RECURSOS DO CONCEDENTE (EM R\$ 1,00)

R\$ 2.985.197,00

PROponente (EM R\$ 1,00)	8 - ANO	9 - META	10 - MESES														
			JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO			

11 - TOTAL ACUMULADO DOS RECURSOS DO PROPONENTE (EM R\$ 1,00)

12 - TOTAL GERAL DOS RECURSOS

R\$ 2.985.197,00

13 - AUTENTICAÇÃO

Local: Itaquiraí/MS
Data: 03/05/2024

ELMIR BUHLER
PRESIDENTE


ASSINATURA DO PRESIDENTE

Elmir Buhler
PRESIDENTE
CPF 370.152.909-44

Comunicação**EXTRATO DO CONVÊNIO Nº. 002/2024****Proc. Administrativo 1.007 /2024**

Partes: Município de Itaquiraí/ MS – CNPJ 15.403.041/0001-04 e a Associação Beneficente de Itaquiraí - ABI – CNPJ nº. 15.578.834/0001-56

Órgão: 07 – FMS – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Unidade: 01 - FMS – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.

Proj/Ativ. 2047 – Convênio com a ABI – ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ITAQUIRAÍ

3.3.50.43 - Subvenções Sociais

Valor do Convênio: R\$ 2.985.197,00 (dois milhões novecentos e oitenta e cinco mil cento e noventa e sete reais) , conforme cronograma de desembolso do Plano de Trabalho.

Amparo Legal: O presente Convênio está fundamentado no ART. 199, § 1º da Constituição Federal, nas disposições da Lei 14.133/2021, no artigo 184, Lei Municipal nº. 551 de 01 de Março de 2013 e Lei Orçamentária Anual nº. 785/2023.

Objeto: O presente Convênio tem por objeto o Repasse de recursos financeiros do Município para a Associação Beneficente de Itaquiraí – ABI para Aquisição de Autoclave Horizontal, conforme plano de trabalho.

Vigência: 01/05/2024 a 31/03/2025

Data: 16/05/2024

Assinaturas: Thalles Henrique Tomazelli – CPF: 031.770.011-11

Elmir Buhler – CPF: 370.152.909-44

Matéria enviada por Josemar Malvino Gonçalves

Departamento de Compras**EXTRATO DE EMPENHO 936/24****EXTRATO DE EMPENHO Nº 936/2024****CELEBRADO EM 08/05/2024**

CONTRATANTE : PREFEITURA DE ITAQUIRAÍ – MS

CONTRATADA : ROCCO E AMARAL LTDA

OBJETO: Constitui objeto do presente empenho, a solicitação de Serviços de Serralheria Através da Ata de Registro de Preços nº03/2023, em atendimento a demanda da Secretaria Municipal de Obras.

PRAZO DE ENTREGA : 05 (cinco) dias, contados do recebimento da Autorização de Fornecimento e/ou Nota de Empenho.

CONDIÇÕES DE

PAGAMENTO : Serão efetuados pela Secretaria Municipal de Finanças, em até 30 (trinta) dias, após a entrega do objeto, e mediante a apresentação de faturas ou notas fiscais devidamente atestadas e visadas, por funcionários da Prefeitura de Itaquiraí/MS.

LICITAÇÃO : Processo nº. 166/2023 - Pregão Presencial nº. 75/2023.

DOTAÇÃO

ORÇAMENTARIA : 10.01 – Secretaria Municipal de Obras

04.122.0025.2073 - Manutenção da Secretaria de Obras

3.3.90.39 – Outros Serviços de Pessoa Jurídica

Recurso 1.500

VALOR TOTAL: **R\$ 4.285,05**

FORO: COMARCA DE ITAQUIRAÍ – MS

PARECER: 340/2024

DATA: 09/05/2024

CNPJ: 23.697.214/0001-64

Matéria enviada por Rafaela Carolina Sutil Monteiro

Departamento de Compras**EXTRATO DE EMPENHO 935/24****EXTRATO DE EMPENHO Nº935/2024****CELEBRADO EM 08/04/2024**

CONTRATANTE : PREFEITURA DE ITAQUIRAÍ – MS

CONTRATADA : C.H, DISTRIBUIDORA DE PROD DE HIGIENE

OBJETO: Constitui objeto do presente empenho, a aquisição de Materiais de Limpeza, através da Ata de Registro de Preços nº39/2023, em atendimento a demanda da Secretaria Municipal de Des Economico.

PRAZO DE ENTREGA : 05 (cinco) dias, contados do recebimento da Autorização de Fornecimento e/ou Nota de Empenho.