



# MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ

## ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Processo Administrativo 469/2024

### CONVÊNIO N.º. 001/2024

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 O REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS PARA AQUISIÇÃO DE AUTOCLAVE HORIZONTAL, CONFORME PLANO DE TRABALHO

#### 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 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: ③

  
  
1



# 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 14.133/2021, no artigo 184, Lei Municipal nº. 551 de 01 de Março de 2013 e Lei Orçamentária Anual nº. 785/2023.

### **CLÁUSULA SEGUNDA – DA GESTÃO**

O presente Convênio terá como gestor da CONCEDENTE o servidor efetivo, Senhor Sergio Aparecido Pupo, portador do CPF nº. 558.597.551-04, Matrícula nº. 60-4, que se responsabilizará pelo acompanhamento e supervisão deste Convênio.

### **CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO**

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

### **CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DOS PARTICIPES**

I – O **CONCEDENTE** obriga-se a:

- a) efetuar o repasse dos recursos previstos para a execução deste Convênio na forma pactuada para aquisição de equipamentos (autoclave horizontal);
- c) aprovar os procedimentos técnicos e operacionais necessários à execução deste Convênio;
- d) analisar e aprovar a prestação de contas da parcela liberada do presente Convênio;
- e) 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.
- f) Emitir, pelo Departamento de Convênios, Parecer Técnico relativos à prestação de contas apresentada pela Conveniente.

II – A **CONVENIENTE** obriga-se a:

- a) executar as atividades pactuadas neste Instrumento, com fiel observância do seu objetivo;



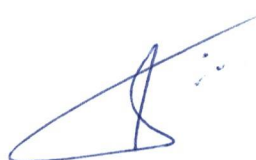
# MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ

## ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

- 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) manter toda a documentação referente ao Convênio, disponível para consulta da concedente;
- e) apresentar prestação de contas da parcela recebida, demonstrando o cumprimento do objeto do Convênio;
- f) 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;
- g) 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;
- h) os pagamentos deverão ser realizados mediante transferência eletrônica sujeita a identificação do beneficiário final;
- i) 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\$ 185.000,00 (cento e oitenta e cinco mil reais) através de 01 parcela, conforme cronograma de desembolso do Plano de trabalho. 

  
3



# MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

## Subcláusula Primeira

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. 23.222-X denominada Associação Beneficente de Itaquirai.

## **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, 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

## **CLÁUSULA SEXTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

A prestação de Contas referente a este Convênio será apresentada ao Departamento de Convênios e à Secretaria Municipal de Saúde até 30 (trinta) dias após o encerramento do Convênio ou a execução do objeto na sua integralidade, o que ocorrer primeiro.

### **Subcláusula Primeira - Da Prestação de Contas Parcial/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.



# MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ

## ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

- 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/Final:**

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 convenio;
- i) – reter os tributos que incidirem sobre os pagamentos que efetuar, quando realizados com as verbas repassadas para a execução deste convênio;



# MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ

## ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

j) – Recolher aos cofres da entidade pública tributante os tributos retidos na forma da alínea anterior;

### **CLÁUSULA SÉTIMA – 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 acerca da execução.

### **CLÁUSULA OITAVA – 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 CONVENIENTE negligenciar a prestação dos serviços objeto deste Convênio, caberá multa nos termos da legislação em vigor.

### **CLÁUSULA NONA – 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 – DA VIGÊNCIA**

O presente Convênio vigorará no período de **11/03/2024 à 31/12/2024**, podendo ser

  6



# MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ

## ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

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.

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS ALTERAÇÕES**

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

### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PUBLICAÇÃO**

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

### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO FORO**

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.

  
**Thalles Henrique Tomazelli**  
Prefeito Municipal  
Concedente

Itaquiraí/MS, 08 de Março de 2024.  
  
**Elmir Buhler**  
Presidente da ABI  
Conveniente

  
**Luiz Carlos de Souza**  
Secretário Municipal de Saúde  
Interveniente

Testemunha:

1.   
Nome: Daiane Souza Leite  
CPF: 031.065.761-03

2.   
Nome: Katiana Paula Gonzatto Farina  
CPF: 004.515.751-05

|                                               |                                                   |                |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------|
| <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUIRAÍ - MS</b> | <b>PLANO DE TRABALHO<br/>DESCRIÇÃO DO PROJETO</b> | <b>ANEXO I</b> |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------|

|                                                  |                                        |                      |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|
| 01 – NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENIENTE       | 02 – EXERCÍCIO<br><b>2024</b>          | 03 – UF<br><b>MS</b> |
| <b>ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ITAQUIRAÍ - ABI</b> | 04 - CNPJ<br><b>15.578.834/0001-56</b> |                      |

|                                                     |                                     |                                                            |                                             |                                                     |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 05 – BANCO<br><b>B. Brasil</b>                      | 06 – AGÊNCIA<br><b>3933-0</b>       | 07 – CONTA CORRENTE<br><b>23.222-X</b>                     | 08 - PRAÇA DE PAGAMENTO<br><b>ITAQUIRAÍ</b> | 09 – UF<br><b>MS</b>                                |
| 10 – RECURSO ORÇAMENTÁRIO<br>1. NORMAL<br>2. EMENDA | <input checked="" type="checkbox"/> | 11- NATUREZA DO PARTÍCIPE<br>1.INTERVENIENTE<br>2.EXECUTOR | <input type="checkbox"/>                    | 12 – EMENDA N.º<br><b>-----</b>                     |
|                                                     |                                     |                                                            |                                             | 13 - CNPJ DO PARTÍCIPE<br><b>11.867.105/0001-69</b> |

|                                                                                                             |                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 14 – ÁREA DE ATENDIMENTO A SAÚDE (PROGRAMA)<br><br>Atendimento aos usuários do sistema único de saúde - SUS | 15- ÓRGÃO FINANCIADOR<br><br><b>FMS</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|

|                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|
| 16- AÇÃO A SER FINANCIADA<br><br>Aquisição de autoclave horizontal. |
|---------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17 – DESCRIÇÃO SINTÉTICA DO OBJETO<br><br>Repasse de recursos financeiros do município para a Associação Beneficente de Itaquiraí – ABI para Aquisição de autoclave horizontal, conforme plano de trabalho. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18 –JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO<br>A Associação Beneficente de Itaquiraí, de agora em diante denominada ABI, foi fundada em 27 de abril de 1985. É uma associação beneficente, de caráter prioritariamente médico assistencial, mantenedora do Hospital São Francisco, contratualizada pelo SUS com objetivo de atender as demandas da população tanto de caráter emergencial também nas clínicas médica, pediátrica, obstétrica e cirúrgica. Importante ressaltar que a rede municipal de saúde não conta com estrutura para atendimento 24 horas, sendo este, portanto o único hospital no município apto a realizar esses atendimentos de urgência e emergência.<br>Visando proporcionar o bom andamento dos serviços no Hospital São Francisco, solicitamos apoio deste Município para Aquisição de um Autoclave Horizontal. Tal equipamento garantirá a esterilização dos materiais, de forma adequada, confiável e segura. A utilização da autoclave para a esterilização de utensílios médico-hospitalares permite que antes ou depois do uso desses eles estejam totalmente limpos para assim evitar problemas como infecções. Justifica-se assim que a aquisição de uma autoclave horizontal trará vários benefícios para a unidade hospitalar, como maior segurança e qualidade para os serviços de esterilização e instrumental cirúrgicos, garantindo um serviço seguro aos pacientes. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                  |                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19. AUTENTICAÇÃO<br>LOCAL: Itaquiraí/MS<br><br>Data: <b>05/03/2024.</b><br><br><b>ELMIR BUHLER</b><br>PRESIDENTE | <br>ASSINATURA DO PRESIDENTE<br><b>Elmir Buhler</b><br>PRESIDENTE<br>CPF 370.152.909-44 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

### I – IDENTIFICAÇÃO DO CONVÊNIO

|                                |                                             |                                        |
|--------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------|
| 01 - Nº CADASTRAL DO CONVÊNIO  | 02 - Nº DO PROCESSO                         | 03 - EXERCÍCIO<br><b>2024</b>          |
| 04 - BANCO<br><b>B. Brasil</b> | 05 - AGÊNCIA<br><b>3933-0</b>               | 06 - CONTA CORRENTE<br><b>23.222-X</b> |
|                                | 07 - PRAÇA DE PAGAMENTO<br><b>ITAQUIRAI</b> | 08 - UF<br><b>MS</b>                   |

### II – IDENTIFICAÇÃO DO CONVENENTE

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

### III – IDENTIFICAÇÃO DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENENTE

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

### IV – IDENTIFICAÇÃO DO ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENENTE

|                                                                            |                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 32- NOME DO ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO/ENTIDADE<br><b>ELMIR BUHLER</b>  | 33 - CPF<br><b>370.152.909-44</b>                                                     |
| 34 - CARGO OU FUNÇÃO<br><b>PRESIDENTE</b>                                  | 35 - RG Nº.<br><b>2.246.350</b>                                                       |
|                                                                            | 36 - DATA EXPEDIÇÃO<br><b>12/12/1978</b>                                              |
|                                                                            | 37 - ÓRGÃO EXPEDIDOR<br><b>SSP/PR</b>                                                 |
| 38- ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO<br><b>SITIO RANCHINHO VOVÔ OSCAR S/N</b> | 39 - MUNICÍPIO<br><b>Itaquiraí</b>                                                    |
|                                                                            | 40 - UF<br><b>MS</b>                                                                  |
|                                                                            | 41 - CEP<br><b>79965-000</b>                                                          |
| 42 - DDD/TELEFONE<br><b>(067) 3476 - 1152</b>                              | 43 -CELULAR<br><b>67-9977-5585</b>                                                    |
|                                                                            | 44 - E-MAIL<br><a href="mailto:hospital.hsf@hotmail.com">hospital.hsf@hotmail.com</a> |

### 5. AUTENTICAÇÃO

LOCAL: Itaquiraí /MS

Data: **05/03/2024**

ASSINATURA DO PRESIDENTE

### OBSERVAÇÃO:

NA HIPÓTESE DE HAVER OUTRO PARTÍCIPE DEVERÁ SER PREENCHIDO OUTRO ANEXO

**Elmir Buhler**  
PRESIDENTE  
CPF 370.152.909-44

## ANEXO IV

#### 04 - EXERCÍCIO

06 - UF  
MS

|                 |                    |            |                       |         |                           |  |
|-----------------|--------------------|------------|-----------------------|---------|---------------------------|--|
| 07 - META       | 09 - ESPECIFICAÇÃO |            | 10 - INDICADOR FÍSICO |         | 11 - PREVISÃO DE EXECUÇÃO |  |
| 08 - ETAPA/FASE | UNIDADE DE MEDIDA  | QUANTIDADE | INÍCIO                | TÉRMINO |                           |  |

|   |    |                                            |    |   |         |         |
|---|----|--------------------------------------------|----|---|---------|---------|
| 1 | 01 | METAS<br>AQUISIÇÃO DE AUTOCLAVE HORIZONTAL | UN | 1 | 04/2024 | 12/2024 |
|---|----|--------------------------------------------|----|---|---------|---------|

| 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<br>Subvenções Sociais | PESSOAL                               |  |                |                |
|                                 | CONSULTORIA                           |  |                |                |
|                                 | DIÁRIAS                               |  |                |                |
|                                 | MATERIAL DE CONSUMO                   |  |                |                |
|                                 | PASSAGENS                             |  |                |                |
|                                 | SERVIÇOS DE TERCEIROS PESSOA FÍSICA   |  |                |                |
|                                 | SERVIÇOS DE TERCEIROS PESSOA JURÍDICA |  |                |                |
|                                 |                                       |  |                |                |
|                                 | REFORMA/CONSTRUÇÃO/AMPLIAÇÃO          |  |                |                |
|                                 | EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE    |  | R\$ 185.000,00 |                |
|                                 | TOTAL GERAL                           |  | R\$ 185.000,00 | R\$ 185.000,00 |

**Elmir Buhler**  
PRESIDENT  
CPF 370.152.909-44





# Diário Oficial

ANO XII Nº 2375

ITAQUIRAÍ - MS

Criado pela Lei 550 de 21-02/2013

Órgão de divulgação oficial do município

Segunda-feira, 11 março de 2024

## Comunicação

### EXTRATO DO CONVÊNIO Nº. 001/2024

#### Proc. Administrativo 469/2024

**Partes:** Município de Itaquirai/ MS – CNPJ 15.403.041/0001-04 e a Associação Beneficente de Itaquirai - 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\$ 18 5.000,00 (cento e oitenta e cinco mil 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 Itaquirai – ABI para Aquisição de Autoclave Horizontal, conforme plano de trabalho.

**Vigência:** 11/03/2024 à 31/12/2024

**Data:** 08/03/2024

**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 221/24

### EXTRATO DE EMPENHO Nº221/2024

### CELEBRADO EM 07/03/2024

**CONTRATANTE :** PREFEITURA DE ITAQUIRAÍ – MS

**CONTRATADA :** CASA DE APOIO PARANA LTDA

**OBJETO:** Constitui objeto do presente empenho, a aquisição de Serviço de Hospedagens no Município de Curitiba/PR Através da Ata de Registro de Preços nº25/2023, em atendimento a demanda da Secretaria Municipal de Saúde.

**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 Itaquirai/MS.

**LICITAÇÃO :** Processo nº. 78/2023 - Pregão Presencial nº. 35/2023.

#### DOTAÇÃO

**ORÇAMENTARIA :** 07.01 –Fundo Municipal de Saúde

10.301.0012.2044 – Manutenção do FMS

3.3.90.39 – Outros Serviços de Pessoa Jurídica

Recurso 1.621

**VALOR TOTAL:** R\$ 1.066,41

**FORO:** COMARCA DE ITAQUIRAÍ – MS

**PARECER :** 172/2024

**DATA :** 04/03/2024

**CNPJ :** 21.918.061/0001-02

Matéria enviada por Rafaela Carolina Sutil Monteiro