



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU

Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000

Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04

e-mail: pmarandu@uol.com.br

TERMO DE CONVÊNIO Nº. 001/17

TERMO DE CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM, O MUNICÍPIO DE ARANDU E A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE AVARÉ, VISANDO A REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS E IMAGEM, VINTE E QUATRO HORAS POR DIA, PRÉ-AGENDADOS E EMERGENCIAIS, EXAMES DE RX e TOMOGRAFIA, PARA O ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO.

CONVÊNIO que entre si celebram o Município de Arandu, com sede a Rua Dezenove de Março nº 480, inscrito no CNPJ sob nº. 46.634.176/0001-04, neste ato representado pelo **Prefeito Municipal, Senhor LUIZ CARLOS DA COSTA, portador da cédula de identidade RG nº. 11.489.096-1 e inscrito no CPF/MF sob nº 983.372.548-15** e a Santa Casa de Misericórdia de Avaré, com sede à Rua Paraíba, nº 1003, inscrita no CNPJ sob nº. 44.584.019/0001-06, neste ato representada de acordo com seu estatuto pelo(a) **Provedor Senhor(a) Miguel Chibani Bakr, residente na Rua Maria Antonia de Souza, nº. 417, CEP: 18.705.480, Jardim São Paulo, Cidade Avaré, portador da cédula de identidade RG nº. 6.935.884 e inscrito no CPF/MF sob nº. 749.914.188/87**, doravante denominada simplesmente ENTIDADE, resolve celebrar o presente convênio, nos termos da Lei Municipal nº 2340/16 de 05 de maio de 2016, nas condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Constitui objeto deste convênio a transferência de recursos financeiros municipais à ENTIDADE para a execução de exames laboratoriais e imagem, vinte e quatro horas por dia, pré-agendados e emergenciais, exames de RX e Tomografia agendados, a pacientes do Hospital Municipal e Centro de Saúde de Arandu, conforme Lei 2340/2016, de 05 de maio de 2016.

PARÁGRAFO único: Os exames a ser realizados deverão ser pré-agendados, pela Secretaria municipal de Saúde, mediante apresentação guia de exame devidamente assinada pelo médico.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU

Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000

Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04

e-mail: pmarandu@uol.com.br

§ 1º - O convênio tem por finalidade garantir o atendimento da população do Município de Arandu.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS BENEFICIÁRIOS

São beneficiários deste CONVÊNIO – 100% (cem) por cento da população do município de Arandu, que necessitam de atendimento pelo SUS, através da Unidade Básica de Saúde e o Hospital Municipal.

PARÁGRAFO UNICO: Os benefícios deste CONVÊNIO somente terão validade a partir da assinatura deste instrumento.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS METAS E ÁREAS DE TRABALHO

De acordo com o Plano de Trabalho, a ENTIDADE tem por finalidade garantir a realização de exames laboratoriais exames de RX e Tomografia agendados a pacientes do Hospital Municipal e Centro de Saúde de Arandu.

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DA ENTIDADE

São obrigações da ENTIDADE:

I – executar a realização de exames laboratoriais, vinte e quatro horas por dia e exames de imagem (RX e Tomografia), pré-agendados e emergenciais, mediante a solicitação da Secretaria de Saúde;

II – executar as ações previstas no Plano de Trabalho, de acordo com o pactuado no presente ajuste:

III – assegurar ao MUNICIPIO as condições necessárias ao acompanhamento, à supervisão, ao controle, à fiscalização e a avaliação da execução do objeto do convênio;

IV – manter contabilidade e registro atualizados e em boa ordem, bem como relação nominal dos beneficiários das ações conveniadas à disposição dos órgãos fiscalizadores e, ainda, manter registros contábeis específicos relativos aos recebimentos de recursos oriundos do presente convênio;



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU

Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000

Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04

e-mail: pmarandu@uol.com.br

V– prestar contas, nos modelos das instruções específicas e editadas pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, até 31 de janeiro do exercício subsequente, dos recursos repassados durante o exercício anterior. A ENTIDADE, quando da prestação de contas, deverá recolher ao Erário Municipal os eventuais saldos dos recursos repassados e não aplicados dentro do período aprazado, inclusive os provenientes das aplicações financeiras realizadas, salvo se receber autorização expressa por parte do MUNICIPIO para utilização extemporânea destes recursos. O descumprimento do prazo estipulado para a apresentação da prestação de contas, assim como para se efetuar o recolhimento, se for o caso, acarretará o impedimento de receber quaisquer outros recursos deste, a ser providenciado pela autoridade competente;

VI – garantir a qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS.

Parágrafo primeiro - O descumprimento do prazo estipulado para apresentação da prestação de contas, assim como para efetuar o recolhimento de eventual saldo de recursos, se for o caso, acarretará à ENTIDADE o impedimento de receber quaisquer outros recursos do MUNICIPIO.

CLÁUSULA QUINTA - DA EXECUÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO DO CONVÊNIO

O controle e a fiscalização da execução do presente incumbirá, pelo MUNICIPIO, ao seu órgão próprio e, pela ENTIDADE, ao seu representante legal.

Parágrafo primeiro É de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, fornecer um funcionário para realização da coleta e transportar o material coletado.

Parágrafo segundo A Secretaria Municipal de Saúde se responsabilizará por arquivar cópias dos exames executados pela Entidade para posterior verificação.

Parágrafo terceiro É de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde nomear um funcionário para agendar os exames a serem realizados mediante apresentação de pedido médico e fiscalizar a execução dos serviços a ser prestados.

Parágrafo quarto É de responsabilidade da Entidade contratada, fornecer o material necessário para coleta dos exames a serem executados.

CLÁUSULA SEXTA - DO VALOR E DOS RECURSOS

O valor Global do repasse dos recursos destinados à implantação do objeto do convênio será de até R\$ 110.000,00 (Cento dez mil reais), a partir da data da assinatura à 31 de dezembro de 2017.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU

Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000

Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04

e-mail: pmarandu@uol.com.br

Parágrafo Primeiro – Os Valores a serem pagos constantes serão os mesmo da tabela SUS.

Parágrafo Segundo – Os recursos transferidos pelo MUNICIPIO a ENTIDADE, em função deste convênio, serão depositados em conta vinculada na Agência do **Banco 001 – Agencia 0203-8 - C/C: 31.582-6**, devendo ser aplicados EXCLUSIVAMENTE, na execução do objeto deste convênio.

Parágrafo Terceiro – A ENTIDADE, ao receber os recursos de que trata esta cláusula deverá:

- 1- no período correspondente ao intervalo entre a liberação das parcelas , o objeto do presente convenio deverá ser executado normal mente;
- 2- anexar, quando da apresentação da Prestação de Contas, tratada na CLAUSULA QUARTA, inciso VII, os extratos bancários, contendo o movimento diário (histórico) da conta corrente.
- 3- o descumprimento do disposto neste parágrafo obrigará a ENTIDADE à reposição ou restituição do numerário equivalente aos rendimentos do mercado financeiro, devidamente atualizado até a data do efetivo depósito.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA LIBERAÇÃO DOS RECURSOS

Os recursos serão liberados na seguinte conformidade:

I - o repasse dos recursos destinados à implantação do objeto do convênio inicial no valor correspondente à base mensal estimada, será efetuado até 15 (quinze) dias após a entrega do relatório comprovando a realização dos exames e valores.

II – **o repasse das parcelas mensais será com valor não superior a R\$ 10.000,00 (Dez mil reais)**, de acordo com a demanda de exames realizados, será no prazo de 15 dias após, apresentação obrigatória de relatório contendo nomes dos pacientes, respectivos exames realizados e valores.

CLÁUSULA OITAVA – DAS ALTERAÇÕES

Este Convênio poderá ser aditado, por acordo entre os partícipes, nos casos de acréscimo ou redução do número de atendidos, bem como para alterar, se necessário, o Plano de Trabalho e suplementar o seu valor, mediante proposta justificada e autorização do Executivo Municipal.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU

Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000

Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04

e-mail: pmarandu@uol.com.br

CLÁUSULA NONA – DA VIGÊNCIA, DA RESCISÃO E DA

DENUNCIA

O Prazo de vigência do presente convênio será a partir da data da assinatura até 31 de Dezembro de 2017, **podendo ser prorrogada até o limite de 60 meses de acordo com o artigo 57, I ou II, da Lei 8.666/93.**

Parágrafo Primeiro - O presente convênio, além da expiração natural de sua vigência, poderá ser rescindido, por infração legal ou descumprimento de suas cláusulas, ou denunciado, por desinteresse unilateral ou consensual, mediante notificação prévia de 60(sessenta) dias, respondendo cada partícipe, em qualquer hipótese, pelas obrigações assumidas até a data do rompimento do acordo.

Parágrafo Segundo - Quando da conclusão, denuncia, rescisão ou extinção do convênio, deverá a ENTIDADE apresentar ao MUNICIPIO, no prazo de 30 (trinta) dias, a documentação comprobatória do cumprimento das obrigações assumidas até aquela data. Os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos ao MUNICIPIO, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias do evento, sob pena de imediata instauração de tomada de contas especial do responsável, a ser providenciada pela autoridade municipal competente, nos termos do que dispõe o artigo 116, § 6º, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações ulteriores.

CLÁUSULA DECIMA- DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICIPIO

É obrigação do MUNICÍPIO:

Transferir à Entidade os recursos financeiros consignados na Cláusula Sexta do presente convênio .

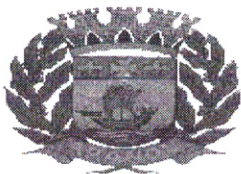
É de responsabilidade da CONTRATANTE fornecer insumos para a realização dos exames laboratoriais.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA PUBLICAÇÃO

O presente instrumento deverá ser publicado, por extrato, no Diário Oficial do Estado - DOE, no prazo de 20 (vinte) dias a contar da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO FORO

Fica eleito o Foro do Município de Avaré para dirimir quaisquer questões resultantes da execução ou interpretação deste convênio.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU

Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000

Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04

e-mail: pmarandu@uol.com.br

E, por estarem de acordo com as cláusulas e condições ajustadas, firmam o presente Termo de convênio em 02 (duas) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo, para que produza os efeitos legais.

Arandu, 08 de Fevereiro de 2017

LUIZ CARLOS DA COSTA
Prefeito Municipal

MIGUEL CHIBANI BAKR
Provedor

DANIEL FARIA RIBEIRO
Secretario Municipal de Saúde

TESTEMUNHAS:

1. Jandra Cr. Rodrigues
2. _____

Nome:

R.G.: 34.044.583 - X

CPF: 315.351.348-10

TESTEMUNHAS:

1. Rosa V. S. Forchini
2. _____

Nome:

R.G.: 17.854.724 - 1

CPF: 027042.678-71