

CONTRATO DE RATEIO Nº 44/2021
IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES CONTRATANTES

CONTRATANTE: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CASCAVEL pessoa jurídica de direito público interno, devidamente inscrito no CNPJ sob o nº 09.051.532/0001-22, com sede administrativa na Rua Pernambuco, nº 1.900, no Município de Cascavel/PR, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Saúde e Gestor do Fundo Municipal de Saúde de Cascavel, Sr. THIAGO DAROSS STEFANELLO, brasileiro, portador do CPF nº 031.752.109-88 e RG nº 7.568.635-8 SSP-PR, doravante denominado de CONTRATANTE.

CONTRATADO: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE ANAHY, pessoa jurídica de direito público interno, devidamente inscrito no CNPJ sob o nº 09.421.110/0001-00, com sede administrativa na Avenida Brasil, nº 456, ANAHY - PR, neste ato representado pelo Prefeito Municipal CARLOS ANTONIO REIS, brasileiro, portador do CPF nº. 525.179.269-72 e RG nº 3.926.005-0 SSP-PR, denominado CONTRATADO.

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Rateio, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.

DO OBJETO DO CONTRATO

Cláusula 1ª. Constitui objeto do presente termo de rateio o repasse das verbas Federais e Estaduais recebidas pelo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CASCAVEL, ao CONTRATADO e que deverão posteriormente ser repassadas ao CONSÓRCIO DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DO OESTE/PR - CONSAMU, conforme deliberação da Assembleia Geral Extraordinária do CONSÓRCIO DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DO OESTE DO PARANÁ - CONSAMU, realizada em 06/08/2020.

Parágrafo Único – As verbas Federais e Estaduais recebidas pelo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CASCAVEL são transferidas pelo FUNDO NACIONAL DE SAÚDE, nos termos da Portaria nº 1.979 de 25 de agosto de 2006 e Portaria nº 471 de 28 de março de 2014, e pelo FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, nos termos das Resoluções SESA nº 056/2017, 518/2017 e 299/2018 e Portarias de Habilitação e Qualificação do Ministério da Saúde nº 1.010 de 21 de maio de 2012, nº 1.473 de 18 de julho de 2013, nº 1.650 de 02 de outubro de 2015, nº 1.655 de 02 de outubro de 2015, nº 3.181 de 29 de dezembro de 2016, nº 3.228/2016 de 29 de dezembro de 2016, nº 3.335 de 07 de dezembro de 2017 e nº 1.727 de 14 de junho de 2018 e , nº 3.464 de 17 de dezembro de 2019 e nº 455 20 de março de 2020

DOS RECURSOS

Cláusula 2ª. O valor global de **R\$ 70.130,61 (sessenta e dois mil quinhentos e quarenta e um reais e cinco centavos)** do presente Contrato será repassado integralmente conforme Lei Orçamentária Anual do CONTRATADO.

Parágrafo Único – O valor global é composto de **R\$ 36.448,36 (trinta e seis mil, quatrocentos e quarenta e oito reais e trinta e seis centavos)** da Verba Federal e **R\$ 33.682,25 (trinta e três mil, seiscentos e oitenta e dois reais e vinte e cinco centavos)** da Verba Estadual.

DO REPASSE DOS RECURSOS

Cláusula 3ª. Considerando que os recursos recebidos pelo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CASCAVEL serão de maneira fracionada, este se compromete a repassar os recursos ao CONTRATADO, no limite deste contrato, assim que receber as mencionadas verbas.

Parágrafo Primeiro – O prazo para o repasse dos recursos mencionados será de 02 (dois) dias úteis, contados do dia em que o FUNDO MUNICIPAL receber os recursos da União e do Estado.

Parágrafo Segundo – Caso o repasse não seja efetivado por parte das esferas competentes, extingue-se a responsabilidade dos contratantes de efetuar o repasse.

DA VIGÊNCIA

Cláusula 4ª. A vigência deste Contrato será 01/01/2021 à 31/12/2021, admitida à prorrogação.

DAS ALTERAÇÕES

Cláusula 5ª. Será objeto de termo aditivo qualquer alteração necessária acordada pelas partes.

DO FORO

Cláusula 6ª. Fica eleito o foro da Comarca de Cascavel, para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes do presente Contrato.

E assim, por estarem de acordo e contratados assinam o presente instrumento contratual em 02 (duas) vias de igual teor e forma na presença de duas (02) testemunhas.

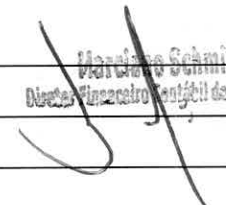
Cascavel, PR, 03 de novembro de 2020.


THIAGO DAROSS STEFANELLO
Secretário Municipal de Saúde Cascavel – PR


CARLOS ANTONIO REIS
Prefeito Municipal

TESTEMUNHAS:

1º _____
Nome: _____
CPF: _____

2º _____
Nome: 
CPF: _____