



ESTADO DO PARANÁ

# MUNICÍPIO DE PITANGUEIRAS

*Convênio, que entre si fazem a Prefeitura do Município de **Pitangueiras** e o **Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema - Cismepar**, com vistas ao repasse de recursos financeiros para aquisição de insumos odontológicos.*

A **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PITANGUEIRAS** pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ nº. 95.543.427/0001-42, com sede administrativa à Avenida Central, nº. 408 Centro na cidade de Pitangueiras/PR, neste ato representado pelo seu Prefeito Municipal, **Sr. Antonio Edson Kolachinski**, brasileiro, casado, portadora da cédula de identidade RG nº. 1.134.064 SSP-PR e do CPF nº. 202.981.029-00, residente e domiciliado na Rua Flávia Beatriz Ferrarini, 93, conjunto Santo Antonio na cidade de Pitangueiras, Estado do Paraná, doravante denominado **MUNICÍPIO** e o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO PARANAPANEMA-CISMEPAR**, pessoa jurídica de direito público, com inscrição junto ao CNPJ/MF sob n.º 00.445.188/0001-81, estabelecida na Travessa Goiânia nº 152, Centro na cidade de Londrina, Estado do Paraná, neste ato representada pelo seu Presidente Sr. **Silvio Antonio Damaceno**, brasileiro, casado, comerciante, portador da Cédula de Identidade RG nº. 7.039.900-8 SSP/PR e inscrito no CPF/MF sob nº. 971.552.929-15, residente e domiciliado na Rua São Paulo nº. 20, na cidade de Prado Ferreira, Estado do Paraná, Estado do Paraná, doravante denominado de **CONSÓRCIO**, através de seus representantes legais, firmam o presente **C O N V Ê N I O**, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

## **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:**

Página 1 de 4



ESTADO DO PARANÁ

# MUNICÍPIO DE PITANGUEIRAS

O presente convênio tem por objeto estabelecer as condições e obrigações entre as partes signatárias, cuja finalidade é o repasse de recursos financeiros destinados à aquisição mediante processo licitatório de insumos odontológicos a serem repassados ao Centro de Especialidades Odontológicas para o atendimento de paciente desse Município, nas especialidades de periodontia, cirurgia, prótese, endodontia e pacientes especiais.

## **PARÁGRAFO PRIMEIRO:**

O atendimento aos pacientes será realizado no Centro de Especialidades Odontológicas no Município de Rolândia, localizado na Avenida Castro Alves nº 1270, Bairro Centro.

## **CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

O MUNICÍPIO compromete-se a:

I – Transferir recursos financeiros para a execução do objeto deste convênio, mensalmente, cujo valor correspondente a sua cota de contribuição previamente estabelecida será para um número de procedimentos mensal acordado com o Centro de Especialidades Odontológicas de Rolândia;

II – Encaminhar os pacientes para atendimento odontológico de acordo com as vagas previamente estabelecidas com o referido Centro de Especialidades Odontológicas;

III – Acompanhar e avaliar a execução deste Convênio.

O CONSÓRCIO compromete-se a:

I – Receber os recursos financeiros;

II – Executar nos termos da legislação pertinente, o necessário para a consecução do objeto que trata este convênio, observando sempre critérios de qualidade e custo;



ESTADO DO PARANÁ

## MUNICÍPIO DE PITANGUEIRAS

III – Aplicar os recursos recebidos deste Município exclusivamente na consecução do objeto pactuado;

IV – Adquirir e repassar quando solicitados ao Centro de Especialidades Odontológicas do Município de Rolândia insumos odontológicos de acordo com a listagem solicitada mediante aquisição via processo licitatório.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – DOS RECURSOS FINANCEIROS**

Para execução deste Convênio, serão destinados recursos financeiros no valor de total de R\$ **10.626,00** (dez mil seiscentos e vinte e seis reais) que serão transferidos ao CONSÓRCIO em 12 (doze) parcelas iguais e mensais no valor de R\$ **885,50** (Oitocentos e oitenta e cinco reais e cinquenta centavos) até o dia 20 de cada mês, que correrão à conta da seguinte dotação orçamentária: nº 10.003.1030100102.035- 3.3.90.39.00.0000 fonte 00.

#### **PARÁGRAFO ÚNICO:**

No caso da não transferência do recurso no prazo estipulado no “caput”, o CONSÓRCIO informará imediatamente o município de Rolândia, para a suspensão dos atendimentos aos pacientes do Município.

### **CLÁUSULA QUARTA – DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS**

O MUNICÍPIO transferirá os recursos previstos na Cláusula Terceira em favor do CONSÓRCIO, onde serão movimentadas na forma da legislação específica.

#### **PARÁGRAFO ÚNICO:**

O consórcio prestará contas dos recursos alocados pelo Município conveniado e dos rendimentos de aplicações financeiras, nos termos da legislação vigente.

### **CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA:**

O presente Convênio terá vigência por 12 (doze) meses, iniciando em 01 de Janeiro e encerrando em 31 de Dezembro deste ano de 2016, podendo ser



ESTADO DO PARANÁ

# MUNICÍPIO DE PITANGUEIRAS

prorrogado por iguais e sucessivos períodos, até o limite previsto em lei, mediante termo aditivo celebrado de comum acordo entre as partes.

## **CLÁUSULA SEXTA – DA RESCISÃO:**

O presente Convênio poderá ser denunciado pelas partes a qualquer tempo, mediante comunicação escrita, com antecedência de 60 (sessenta) dias, durante o qual permanecerão em vigor todas as cláusulas previstas neste Convênio;

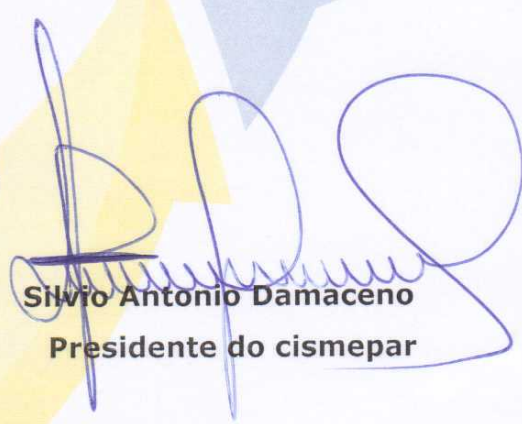
## **CLÁUSULA SÉTIMA – FORO:**

Fica eleito o foro da comarca de Londrina-PR para dirimir quaisquer dúvidas fundadas neste convênio.

E por estarem de acordo, firmam o presente termo, em três vias de igual teor e forma, as quais lidas e assinadas pelas partes, na presença das testemunhas abaixo.

Pitangueiras/PR, 04 de Janeiro de 2016.

  
**Antonio Edson Kolachinski**  
Prefeito Municipal de Pitangueiras

  
**Silvio Antonio Damaceno**  
Presidente do cismepar

Testemunhas:

1 - MARCOS MARQUES MOTA

Nome: MARCOS MARQUES MOTA  
CPF nº 009.691.109-36

2 - 

Nome: Nilson Murari  
Gestor de Contratos  
CPF 362.824489-72  
CISMEPAR

|                                   |                |
|-----------------------------------|----------------|
| <b>PLANO<br/>DE<br/>APLICAÇÃO</b> | <b>ANEXO I</b> |
|-----------------------------------|----------------|

|                                                      |                     |                                      |                                |
|------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| <b>I – IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO OU ENTIDADE</b>        |                     |                                      |                                |
| <b>Município de Pitangueiras</b>                     |                     |                                      |                                |
| <b>CNPJ</b>                                          |                     | <b>NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE</b>     |                                |
| 95.543.427/0001-42                                   |                     | Prefeitura Municipal de Pitangueiras |                                |
| <b>ENDEREÇO COMPLETO</b>                             |                     |                                      | <b>NÚMERO</b>                  |
| Avenida Central                                      |                     |                                      | 408                            |
| <b>MUNICÍPIO</b>                                     | <b>CAIXA POSTAL</b> | <b>CEP</b>                           | <b>UF</b>                      |
| Pitangueiras                                         |                     | 86.613-000                           | PR                             |
| <b>DDD</b>                                           | <b>FONE</b>         | <b>FAX</b>                           | <b>E-MAIL</b>                  |
| (43)                                                 | 3257.1143           |                                      | Compras@pitangueiras.pr.gov.br |
| <b>NOME DO COORDENADOR RESPONSÁVEL PELO CONVÊNIO</b> |                     | <b>TELEFONE</b>                      | <b>E-MAIL</b>                  |
| Patrícia Candida Barbosa                             |                     | 43-32571298                          |                                |

|                                                                      |                      |                |                        |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------|------------------------|
| <b>II – IDENTIFICAÇÃO DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE</b>          |                      |                |                        |
| <b>NOME DO DIRIGENTE DA ENTIDADE</b>                                 |                      | <b>CPF</b>     |                        |
| Antonio Edson Kolachinski                                            |                      | 202.981.029-00 |                        |
| <b>CARGO OU FUNÇÃO</b>                                               | <b>DATA DA POSSE</b> | <b>RG</b>      | <b>ÓRGÃO EXPEDIDOR</b> |
| Prefeito Municipal                                                   | 01/01/2013           | 1.134.064      | SSP - PR               |
| <b>ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO</b>                                 |                      |                |                        |
| Rua Flávia Beatriz Ferrarini, 93 CJ Santo Antonio em Pitangueiras/PR |                      |                |                        |

### III – DESCRIÇÃO DO PLANO

**Identificação do Serviço:**

Estabelecer as condições e obrigações entre as partes signatárias, cuja finalidade é o repasse de insumos odontológicos para auxiliar na manutenção do Centro de Especialidades Odontológicas de Rolândia, no atendimento de pacientes do município de **Pitangueiras** nas especialidades de periodontia, cirurgia, prótese, endodontia, ortopedia funcional dos maxilares, radiografias periapicais e pacientes especiais. A quantidade de procedimento este Município deve acordar com o Centro Odontológico de Rolândia (secretário saúde).

**Justificativa da Solicitação:**

Viabilizar o atendimento da população que necessita de tratamento odontológico especializado ao município de **Pitangueiras** nas especialidades de periodontia, cirurgia, prótese, endodontia, ortopedia funcional dos maxilares, radiografias periapicais e pacientes especiais.

### III – ESTIMATIVA DE CUSTO

| Discriminação                                | Custo Unitário    | Total                |
|----------------------------------------------|-------------------|----------------------|
| DESPESAS<br>CORRENTES<br>Material de Consumo |                   |                      |
| <b>TOTAL R\$</b>                             | <b>R\$ 885,50</b> | <b>R\$ 10.626,00</b> |

### IV – PERÍODO DE EXECUÇÃO

Início: Após a liberação dos recursos

Fim: Consoante a Cláusula de Vigência do Instrumento Convencional.

### V – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| 1ª Parcela  | 2ª Parcela  | 3ª Parcela  | 4ª Parcela  | 5ª Parcela  | 6ª Parcela  |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| R\$. 885,50 | R\$. 885,50 | R\$. 885,50 | R\$. 885,50 | R\$. 885,50 | R\$. 885,50 |
| 7ª Parcela  | 8ª Parcela  | 9ª Parcela  | 10ª Parcela | 11ª Parcela | 12ª Parcela |
| R\$. 885,50 | R\$. 885,50 | R\$. 885,50 | R\$. 885,50 | R\$. 885,50 | R\$. 885,50 |

Pitangueiras/PR, 04 de Janeiro de 2016.

APROVO O PRESENTE PLANO DE APLICAÇÃO

  
\_\_\_\_\_  
Antonio Edson Kolachinski  
Prefeito Municipal de Pitangueiras