



Estado de Santa Catarina

Município de Lacerdópolis

MUNICÍPIO DE LACERDÓPOLIS

ESTADO DE SANTA CATARINA

CONTRATO ADMINISTRATIVO N. 002/2023 (RATEIO)

CONTRATANTE: o Município de Lacerdópolis, Estado de Santa Catarina, pessoa jurídica de direito público interno, com endereço na Rua 31 de Março, 1050, Lacerdópolis/SC, CEP 89660-000, CNPJ 82.939.471/0001-24, representado pelo Prefeito, Sérgio Luiz Calegari, doravante denominado CONSORCIADO/CONTRATANTE.

CONTRATADO: Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP, Associação Pública com personalidade jurídica de direito público, inscrito no CNPJ nº 11.023.771/0001-10, com sede à Rodovia Municipal José Gheller, nº 501, Bairro Santa Lúcia, CEP: 89.565-453, Município de Videira/SC, neste ato representado por seu Presidente Sr. Wilson Ribeiro Cardoso Junior, brasileiro, prefeito do município de Fraiburgo, portador da Cédula de Identidade nº 3.283.593 e inscrito no CPF sob nº 938.493.469-00, doravante denominado CONSÓRCIO/CONTRATADO.

Aplica-se ao presente Contrato de Rateio as disposições da Legislação Federal de Licitações n. 8.666/93, e de Consórcios Públicos Lei 11.107/05, o Decreto Federal n. 6.017/07, bem como a Legislação Municipal de Ratificação do Protocolo de Intenções do CISAMARP, **Lei nº 2.313, de 17 de agosto de 2022**, bem como as cláusulas de **Contrato de Programa n. 06/2018**.

O presente contrato é celebrado com dispensa de licitação, com fundamento no art. 24, inciso XXVI, da Lei nº 8.666/93, C/C art. 2, § 1º, inciso III da lei 11.107/05, c/c art. 18 do Decreto Federal nº 6.017/07.

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

Este Contrato de Rateio tem por objeto disciplinar a entrega de recursos pelo CONSORCIADO/CONTRATANTE ao CONSÓRCIO/CONTRATADO para atendimento do objeto disciplinado no **Contrato de Programa n. 06/2018**.



Estado de Santa Catarina

Município de Lacerdópolis

CLÁUSULA SEGUNDA - VALOR E FORMA DE PAGAMENTO

2.1 - Pelo fornecimento do objeto acima, o CONTRATANTE/CONSORCIADO transferirá ao CONSÓRCIO/CONTRATADO mensalmente o valor total de **R\$ 2.470,00 (dois mil e quatrocentos e setenta reais)** que serão utilizados para cobertura das despesas administrativas do CONSÓRCIO/CONTRATADO, compreendendo pessoal, obrigações patronais, encargos sobre movimentações financeiras e taxas bancárias, despesas de capital, despesas de consumo e investimentos, todo dia 20 (vinte) do mês, através de depósito ou transferência.

2.2 - O valor das parcelas será devido integralmente a partir do mês de assinatura do Contrato de Programa.

2.3 – O valor mensal a ser repassado pelo CONTRATANTE/CONSORCIADO inicia-se em janeiro e termina em 31 de dezembro de 2023.

2.4 - O preço acima comporta todas as despesas para o fornecimento do objeto e poderá ser aditivado na forma da lei, a pedido, por conveniência ou necessidade do município.

2.5 – O recibo de pagamento deverá ser emitido para o Município de Lacerdópolis, CNPJ 82.939.471/0001 – 24.

CLÁUSULA TERCEIRA - RECURSOS

3.1 - As despesas decorrentes do presente contrato correrão por conta do orçamento vigente:

ORGAO	10 – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE	01 – SERVIÇOS DE SAÚDE
Proj/At.	10.301.1012.2.073 – TRANSF. PARA CONSÓRCIO PÚBLICO
Compl.Elem.	3.1.71.70.01.00.00.00 - Participação em Consórcio Público
Compl.Elem.	3.3.71.70.01.00.00.00 - Participação em Consórcio Público
Compl.Elem.	4.4.71.70.01.00.00.00 - Participação em Consórcio Público
Recurso	0002 – Receitas de Impostos e Transferências de Impostos - Saúde
Compl.Elem.	0002.00.00.00.00.00 – Aplicações Diretas
Recurso	0038 – Transferências do Sistema Único de Saúde SUS/UNIÃO

3.2 - Poderá ser excluído do consórcio público, após prévia suspensão, o ente CONSORCIADO/CONTRATANTE que não consignar em sua lei orçamentária ou em créditos adicionais, as dotações suficientes para suportar as despesas assumidas por meio de contrato de rateio.



Estado de Santa Catarina

Município de Lacerdópolis

3.3 – As despesas decorrentes da execução do presente contrato são:

3.1.71. Pessoal: 1.900,00

3.3.71. Manutenção: 470,00

4.4.71. Investimento: 100,00

CLÁUSULA QUARTA – RESPONSABILIDADES

4.1 - CONSÓRCIO/CONTRATADO:

I - Receber e Contabilizar os recursos recebidos de acordo com as normas de direito financeiro aplicável às entidades públicas, conforme estabelece o artigo 9º da Lei Federal 11.107;

II - Fornecer as informações necessárias para que sejam consolidadas, nas contas do Município de Lacerdópolis, todas as despesas realizadas com os recursos ora pactuados, de forma que possam ser contabilizados nas contas do município na conformidade dos elementos econômicos e das atividades atendidas o parágrafo 4º, artigo 8º da Lei Federal 11.107.

III - Aplicar os recursos repassados pelo município exclusivamente nas ações previstas no Contrato de Programa e no Orçamento aprovado pela Assembléia Geral dos Consorciados;

IV- Disponibilizar relação atualizada dos prestadores de serviços credenciados e contratados, com identificação dos procedimentos e respectivos custos.

4.2 - CONSORCIADO/CONTRATANTE:

I - Emitir as autorizações para atendimento aos usuários;

II - Promover o controle de uso dos procedimentos pactuados para identificar o limite de uso de acordo com seu repasse;

III - Receber a prestação de contas e consolidar nas contas do município;

IV - Apresentar os resultados da execução, ao Conselho Municipal de Saúde;

V - Efetuar o repasse mensal do recurso conforme estabelecido;

VI - Manter os recursos orçamentários necessários ao desempenho das ações ora pactuadas.

CLÁUSULA QUINTA - VIGÊNCIA

O presente contrato entra em vigor na **data de sua publicação na imprensa oficial do Município de Lacerdópolis** e vigorará de 1º de janeiro até 31 de dezembro de 2023, podendo ser alterado e aditado.

CLÁUSULA SEXTA – PENALIDADES

Rua 31 de Março,1050 | Centro | Lacerdópolis - SC | 89660-000

49 3552 0187 | 49 3552 0188 | 49 3552 0190 | 49 99919 5022

www.lacerdopolis.sc.gov.br

Página 3 de 5



Estado de Santa Catarina

Município de Lacerdópolis

6.1 - O consorciado inadimplente com o CISAMARP será notificado formalmente sobre sua inadimplência, para que regularize sua situação.

6.2 - Uma vez notificado da inadimplência, serão suspensos os serviços do consórcio ao respectivo consorciado até a regularização da dívida.

6.3 - Não sendo regularizada a inadimplência no prazo de seis meses, o ente consorciado poderá ser excluído do consórcio, mediante deliberação da Assembleia Geral.

CLÁUSULA SÉTIMA - RESCISÃO

O presente contrato programa poderá ser rescindido por:

- a) descumprimento de qualquer das obrigações para execução do objeto;
- b) superveniência de norma legal ou fato administrativo que o torne, formal ou materialmente, inexecutável;
- c) ato unilateral com comprovada motivação jurídica e/ou legal, mediante aviso prévio da parte que dele se desinteressar, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, obrigando-se pelos serviços já prestados.

CLÁUSULA OITAVA - DISPOSIÇÕES GERAIS

- a) Qualquer comunicação entre as partes com relação a assuntos relacionados a este contrato, serão formalizados por escrito em 02 (duas) vias, uma das quais visadas pelo destinatário, o que constituirá prova de sua efetiva entrega;
- b) A fiscalização e o controle por parte do CONTRATANTE, não implicarão em qualquer responsabilidade por parte deste, nem exoneração à CONTRATADA do fiel e real cumprimento de quaisquer responsabilidades aqui assumidas;
- c) Os casos de alteração ou rescisão contratual e os casos omissos serão regidos pela Lei 8.666/93, atualizada.

CLÁUSULA NONA – FORO

As partes elegem o foro da Comarca de Videira, Estado de Santa Catarina, para dirimirem quaisquer dúvidas oriundas deste contrato, renunciando a outro foro por mais privilegiado que seja.



Estado de Santa Catarina

Município de Lacerdópolis

E, por estarem justos e contratados, firmam o presente Contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, perante duas testemunhas.

Lacerdópolis/SC, 15 de dezembro de 2022.

Município de Lacerdópolis/SC
Sérgio Luiz Calegari
Prefeito
CONTRATANTE

CISAMARP
Wilson Ribeiro Cardoso Junior
Representante
CONTRATADA

Fundo Municipal de Saúde
Ticianá Goreti Moreira
Secretária Municipal de Saúde e Assistência Social

TESTEMUNHAS:

Nome: _____ CPF/MF: _____

Nome: _____ CPF/MF: _____