

Convênio 2014 - Fund Hosp Hélio a Ortiz

CONVÊNIO DE SUBVENÇÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE MONTE CARLO, REPRESENTADO PELO SEU PREFEITO MUNICIPAL, COM INTERMEDIÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE REPRESENTADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE, E A FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE CURITIBANOS, REPRESENTADA POR SEU SUPERINTENDENTE.

O MUNICÍPIO DE MONTE CARLO, pessoa jurídica de direito público inscrita no CNPJ sob o nº 95.996.104/0001-04, com endereço sito ao Paço Municipal, SC 452, km 25, Centro, Monte Carlo, SC neste ato representado por seu Prefeito Municipal, MARCOS NEI CORRÊA SIQUEIRA, doravante denominado Município de Monte Carlo, e a, pessoa FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE CURITIBANOS - HOSPITAL HELIO ANJOS ORTIZ jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 95.991.113/0001-02, representada por seu superintendente MARCELO ANTONIO PASOLINI, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o nº 582.447.609-82, residente e domiciliado na Rua Artur Formigueri, 154, Curitiba/SC, doravante designada como Fundação Hospitalar, resolvem celebrar o presente convênio de subvenção para repasse de verbas, mediante as seguintes cláusulas e condições abaixo discriminadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA: O presente convênio tem por finalidade o repasse de verbas pelo Município de Monte Carlo à Fundação Hospitalar de Curitiba para a manutenção e funcionamento dos serviços de saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA: Por este convênio, autorizado pela Lei Municipal n.864/2012, o Município de Monte Carlo repassará à Fundação Hospitalar a importância de R\$ 90.000,00 (noventa mil reais) em 12 parcelas sucessivas no valor de R\$ 7.500,00 (sete mil e quinhentos reais).

PARÁGRAFO PRIMEIRO: Os repasses das parcelas serão efetivados até o décimo dia útil de cada mês, sendo que o atraso por mais de 30 (trinta) dias acarretará a suspensão dos atendimentos descritos na cláusula terceira, salvo nos casos de urgência e emergência.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Fica vedada a utilização dos recursos com despesas de salários, encargos trabalhistas e passivo imobilizado.

CLÁUSULA TERCEIRA: Fica estabelecido que a Fundação Hospitalar prestará os seguintes atendimentos:

- I. Atendimento de urgência e emergência;
- II. Sobreaviso médico;
- III. Realização de exames de raio X;
- IV. Atendimentos ambulatoriais ortopédicos, assim entendidos:
 - a) Colocação ou retirada de gesso ou tala gessada;
 - b) Retirada de pino, pontos ou fio;

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O item IV desta cláusula fica condicionado ao município manter relação contratual com o Ortopedista integrante do Corpo Clínico do Hospital.

CLÁUSULA QUARTA: A Fundação Hospitalar se obriga a providenciar a abertura de conta especial em agência oficial bancária para recebimento dos recursos, encaminhando, mensalmente, ao Município de Monte Carlo, a devida prestação de contas dos recursos recebidos.

CLÁUSULA QUINTA: O presente convênio terá prazo de um ano, tendo seu início em 01 de janeiro de 2014, podendo ser prorrogado havendo interesse dos contratantes e na forma que preceitua a Lei Municipal nº 864/2013, autorizadora do convênio ora firmado.

PARÁGRAFO ÚNICO: Fica estabelecido o mês de janeiro de 2015,

para reajuste no valor do convênio para o ano corrente.

CLÁUSULA SEXTA: Este convênio poderá ser rescindido pelo descumprimento de quaisquer das obrigações ora prevista, pela superveniência de norma legal ou fato que o torne materialmente inexecutável; pela extinção da Fundação Hospitalar durante a vigência do convênio, ou ainda, a qualquer tempo por ato de um dos interessados, mediante prévio aviso de 30 (trinta) dias, daquele que se desinteressar.

CLÁUSULA SÉTIMA: As partes elegem o foro da Comarca de Fraiburgo/SC, para dirimir quaisquer dúvidas advindas do presente convênio, renunciando expressamente a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Por estarem de comum acordo, foi lavrado o presente Convênio, em duas vias de igual teor, assinado pelos respectivos representantes, na presença de duas testemunhas.

Monte Carlo/SC 02 de janeiro de 2014.
MARCOS NEI CORRÊA SIQUEIRA
Prefeito Municipal

MARCELO ANTONIO PASOLINI
Superintendente

EDIR APARECIDA DE SOUZA
Secretaria Municipal de Saúde

Testemunhas:

1. _____ 2. _____

RG: _____ RG: _____

CPF: _____ CPF: _____