



Estado do Paraná
MUNICÍPIO DE PITANGUEIRAS

FOLHA Nº

CONTRATO ADMINISTRATIVO

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 32/2020
DISPENSA DE LICITAÇÃO POR JUSTIFICATIVA Nº 09/2020

CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº 16/2020

Contrato, 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 para o ano de 2020.

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. Antônio 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 Antônio na cidade de Pitangueiras, Estado do Paraná, doravante denominado **CONTRATANTE** 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. Ciro Brasil Rodrigues de Oliveira e Silva**, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº. 572.673 SSP/PR e inscrito no CPF sob nº. 234.702.599-68, residente e domiciliado na Rua



Estado do Paraná
MUNICÍPIO DE PITANGUEIRAS

FOLHA Nº

Anita Garibaldi nº. 150, na cidade de Jaguapitã, Estado do Paraná, doravante denominado **CONTRATADO**, através de seus representantes legais, firmam o presente contrato, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:

O presente contrato tem por objeto o repasse de recursos financeiros destinados à aquisição mediante processo licitatório de insumos odontológicos a serem repassados ao Centro de Especialidades Odontológicas da cidade de Rolândia/PR, 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

I – A Contratante transferirá recursos financeiros para a execução do objeto deste contrato, mensalmente a Contratada, cujo valor correspondente a sua cota de contribuição previamente estabelecida proporcionalmente a 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 Contrato.

O Contratado compromete-se a:

Avenida Central, 408 – Telefone: (43) 3257-1143 – e-mail: licitacao@pitangueiras.pr.gov.br
PITANGUEIRAS – PR – CEP: 86613-000
CNPJ: 95.543.427/0001-42



Estado do Paraná
MUNICÍPIO DE PITANGUEIRAS

FOLHA Nº

- I – Receber os recursos financeiros;
- II – Executar nos termos da legislação pertinente, o necessário para a consecução do objeto que trata este contrato, observando sempre critérios de qualidade e custo;
- III – Aplicar os recursos recebidos deste Contratante 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 Contrato, serão destinados recursos financeiros no valor de total de **R\$ 8.855,04** (oito mil oitocentos e cinquenta e cinco reais e quatro centavos) que serão transferidos ao CONSÓRCIO em 08 (oito) parcelas iguais e mensais no valor de **R\$ 1.106,88** (um mil cento e seis reais e oitenta e oito centavos) até o dia 20 de cada mês, que correrão à conta da seguinte dotação orçamentária:

SECRETARIA DE SAÚDE E VIGILÂNCIA SANITÁRIA

10.003.1030100102.035 – 3.3.90.39.50.1000 - (841) - Fonte: 303.

PARÁGRAFO ÚNICO:

No caso da não transferência do recurso no prazo estipulado no “caput”, a Contratada informará imediatamente ao Município de Rolândia e a Coordenação do Centro de Especialidades Odontológicas, para a suspensão dos atendimentos aos pacientes da CONTRATANTE.

CLÁUSULA QUARTA – DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS



Estado do Paraná
MUNICÍPIO DE PITANGUEIRAS

FOLHA Nº

O CONTRATANTE transferirá os recursos previstos na Cláusula Terceira em favor da CONTRATADA, onde serão movimentadas na forma da legislação específica.

PARÁGRAFO ÚNICO:

A Contratada prestará contas dos recursos alocados pela Contratante e dos rendimentos de aplicações financeiras, nos termos da legislação vigente.

CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA:

A presente Dispensa terá vigência por 08 (oito) meses, iniciando em 01 de Maio de 2020 e encerrando em 31 de Dezembro de 2020, podendo ser 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:

A presente Dispensa 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 Contrato;

CLÁUSULA SÉTIMA – FORO:

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

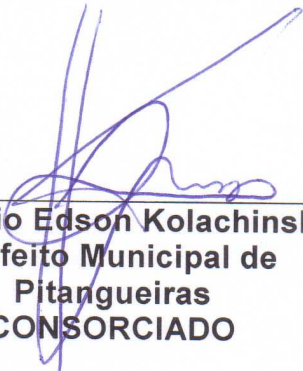
E por estarem de acordo, firmam o presente contrato, em três vias de igual teor e forma, as quais lidas e assinadas pelas partes, na presença das testemunhas abaixo.



Estado do Paraná
MUNICÍPIO DE PITANGUEIRAS

FOLHA Nº

Pitangueiras/PR, 12 de maio de 2020.



Antônio Edson Kolachinski
Prefeito Municipal de
Pitangueiras
CONSORCIADO



Ciro Brasil Rodrigues de Oliveira e
Silva
Consórcio Intermunicipal de
Saúde do Médio Paranapanema
CONSÓRCIO

Testemunhas:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF: