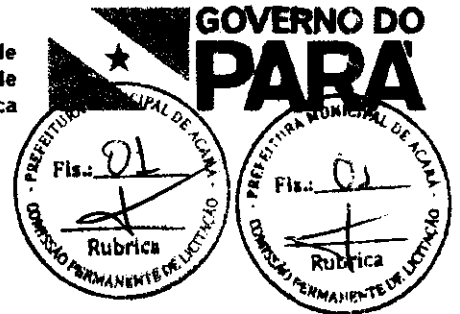


Secretaria de  
Estado de  
Saúde Pública



CONVÊNIO Nº 37/2018

Processo nº 2018/139326

**TERMO DE CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO PARÁ, ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA E A PREFEITURA MUNICIPAL DE ACARÁ, VISANDO FORTALECER O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.**

O Estado do Pará, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde Pública, inscrita sob o CNPJ/MF nº 08.054.929/0001-17 doravante denominada simplesmente **CONCEDENTE**, situada na Av. João Paulo II, 602, CEP: 66.095-494 – Marcc / Belém-PA, neste ato representada pelo seu **SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA, DR. VITOR MANUEL JESUS MATEUS**, portador do RG nº 2547832-SSP/PA e CPF/MF nº 115.956.472-87 e a **PREFEITURA MUNICIPAL DE ACARÁ**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.196.548/0001-72, doravante denominado (a) simplesmente **CONVENENTE**, situado (a) à Trav. São José, nº 120, Centro, CEP: 68.690-000, neste representado pela **PREFEITA MUNICIPAL, Sra. AMANDA OLIVEIRA E SILVA**, portadora do RG nº 3747745-SSP/PA e do CPF nº 742.904.872-20, resolvem celebrar o presente Convênio, sujeitando-se os partícipes, no que couber, aos termos da disposição da lei federal nº 8.666, de 21.06.93 com suas alterações do Decreto estadual nº 733 de 13.05.2013 e demais normas regulamentares da matéria, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O presente Convênio tem por objeto o repasse de recursos financeiros por parte da SESPÁ para viabilizar a Aquisição de Veículo tipo Van para realização de Transporte Fora de Domicílio - TFD, conforme plano de trabalho parte integrante do presente instrumento.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA E PRAZO DE EXECUÇÃO**

O presente Convênio terá vigência de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua assinatura, correspondendo ao prazo de execução físico-financeira.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DOS RECURSOS FINANCEIROS E ORÇAMENTÁRIOS**

Para execução deste Convênio, serão destinados recursos financeiros no montante de R\$ 166.391,00 (cento e sessenta e seis mil e trezentos e noventa e um reais), sendo repassado pela SESPÁ o valor de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais), previstos na seguinte dotação:

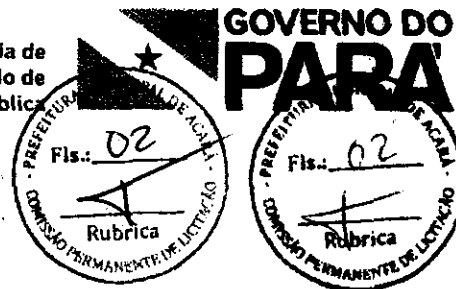
Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page, including a large signature and several initials.

Projeto Atividade: 908289

Elemento de Despesa: 444042

Fonte: 0103

Secretaria de  
Estado de  
Saúde Pública



**Parágrafo Único** – A **CONVENIENTE** participará, a título de contrapartida, com o valor de R\$ 16.391,00 (dezesseis mil trezentos e noventa e um reais), que deverá ser depositada na conta específica do Convênio, qual seja: Conta nº 5517893 – Agência nº 75 – BANPARÁ, conforme Plano de Trabalho parte integrante deste Instrumento, e a seguinte dotação orçamentária:

**Unidade Orçamentária:** 0901

**Função:** 10 – **Sub-função:** 301 – **Programa:** 0002 – **Atividade:** 1.007

**Natureza de Despesa:** 4.4.90.52.00

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

A **CONCEDENTE** transferirá os recursos previstos na cláusula terceira, em favor do **CONVENIENTE**, em conta específica, aberta pela **CONCEDENTE** em Banco do Estado do Pará – BANPARÁ e somente poderão ser movimentadas para pagamento de despesas constantes do Plano de Trabalho ou para aplicação no mercado financeiro, em que fique identificado o favorecido e consignada sua destinação, vinculada ao presente instrumento, onde serão movimentados na forma da legislação específica.

**Parágrafo Primeiro** – Os recursos da contrapartida deve também observar o disposto no *caput* da Cláusula Quarta.

**Parágrafo Segundo** - A liberação dos recursos financeiros do Convênio destinados ao cumprimento do objeto obedecerá ao Plano de Trabalho previamente aprovado, tendo por base o cronograma de desembolso ali previsto, cuja elaboração terá como parâmetro, para a definição das parcelas, o detalhamento da execução física do objeto e a programação financeira dos órgãos e entidades estaduais.

**Parágrafo Terceiro** - É vedada a transferência, por parte da **CONVENIENTE**, dos recursos alocados a conta aberta pela **CONCEDENTE**, na forma descrita no “caput” da cláusula.

**Parágrafo Quarto** – O pagamento da importância referida far-se-á, após publicação deste Convênio de acordo com o Cronograma de Desembolso do Plano de Trabalho Aprovado, que integra este instrumento, observada a sua disponibilidade financeira.

**Parágrafo Quinto** – A ausência de prestação de contas no prazo estabelecido pela **CONCEDENTE** importará se for o caso, na imediata suspensão das liberações subsequentes.

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page, including a large 'A' and other illegible marks.



Secretaria de  
Estado de  
Saúde Pública

GOVERNO DO  
**PARÁ**

**Parágrafo Sexto** – É obrigatória a restituição pelo **CONVENENTE** à **CONCEDENTE** de eventual saldo de recursos, inclusive os rendimentos da aplicação financeira, no prazo improrrogável de até 30 (trinta) dias após a conclusão ou extinção deste Convênio.

**Parágrafo Sétimo** – Para se habilitar ao recebimento de recursos de que se trata esta Cláusula, a **CONVENENTE** declara não estar inadimplente ou em mora com o Serviço Público Estadual Federal.

#### **CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DOS PARTICIPES**

I – A **CONCEDENTE** compromete-se a:

- 1.1 - Monitorar, acompanhar e fiscalizar o Convênio, além de avaliar a execução e os resultados;
- 1.2 - Transferir os recursos financeiros para execução do objeto deste Convênio na forma do Cronograma de Desembolso devidamente aprovado, observada a sua disponibilidade financeira;
- 1.3 – Celebrar o convênio, com a correspondente comunicação da assinatura do termo à Assembleia Legislativa e às Câmaras Municipais;
- 1.4 – Verificar a realização do procedimento licitatório pelo **CONVENENTE** conforme as regras correntes para aquisição de bens comuns por parte da Administração Pública, nos termos da Lei Federal nº 8.666/93;
- 1.5 – Proceder à execução orçamentária e financeira necessária aos convênios, providenciando os devidos registros nos Sistemas do Estado;
- 1.6 – Acompanhar a execução do objeto conveniado, assim como verificar a regularidade da aplicação das parcelas de recursos anteriores, de acordo com o plano de trabalho, condicionando a continuidade da liberação das posteriores, quando for o caso;
- 1.7 - Designar o servidor Amadeu José Bahia de Rezende, matrícula nº 57197864/1, Médico Veterinário, com lotação no 2º CRS/SESPA, para acompanhar, controlar e fiscalizar a execução do objeto deste Convênio, mediante a elaboração de relatórios de acompanhamento de execução física do objeto do Convênio a ser elaborado após o repasse da primeira parcela, e emissão de Laudo Conclusivo nos termos do art. 1º da Resolução nº 13.989/95 do Tribunal de Contas do Estado do Pará – T. C. E.
- 1.8 – Analisar e aprovar as Prestações de Contas da aplicação dos recursos da **CONCEDENTE** alocados no Convênio se for o caso;
- 1.9 - Notificar o **CONVENENTE** quando não apresentada a prestação de contas dos recursos aplicados ou constatada irregularidade dos recursos públicos transferidos, e instaurar, se for o caso, a competente Tomada de Contas Especial.
- 2.0- Dispor de condições e de estrutura para o acompanhamento e verificação da execução do objeto e o cumprimento dos prazos relativos a prestação de contas.



Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page, including a large signature and the number '3'.



II - **A CONVENIENTE** compromete-se a:

2.1 - Executar e fiscalizar os trabalhos necessários à consecução do objeto pactuado no convênio, observando os prazos e custos, designando profissional habilitado no local da intervenção com a respectiva Anotação de Responsabilidade Técnica - ART, quando for o caso;

2.2 - Executar direta e indiretamente, nos termos da legislação pertinente, os trabalhos necessários a consecução do objeto de que trata este Convênio, observando sempre critérios de qualidade técnica, custos e prazos previstos;

2.3 - Fornecer ao **CONCEDENTE**, a qualquer tempo, informações sobre as ações desenvolvidas para viabilizar o acompanhamento e avaliação do processo.

2.4 - Aplicar os recursos recebidos da **CONCEDENTE** e os rendimentos auferidos nas aplicações financeiras, exclusivamente na consecução do objeto pactuado.

2.5 - Registrar em sua contabilidade analítica os atos e fatos administrativos de gestão dos recursos alocados a este Convênio;

2.6 - Prestar contas dos recursos transferidos pela **CONCEDENTE**, destinados à consecução do objeto do convênio;

2.7 - Prestar contas dos recursos alocados pela **CONCEDENTE** e dos rendimentos das aplicações financeiras, conforme a Cláusula Nona deste instrumento, nos termos da legislação vigente;

2.8 - Manter arquivada a documentação comprobatória das despesas realizadas, devidamente identificada com o número do Convênio, ficando à disposição do órgão de controle interno, pelo prazo de 10 (dez) anos, contados da aprovação da prestação ou tomada de contas, do gestor do órgão **CONCEDENTE**, relativa ao exercício da concessão;

2.9 - Apresentar à **CONCEDENTE** relatórios de desempenho, da execução deste Convênio na forma da legislação pertinente e nos períodos estabelecidos;

2.10 - Propiciar, em local adequado, os meios e condições necessárias para que a **CONCEDENTE** possa exercitar o estabelecido no item 1.2;

2.11 - Permitir o livre acesso de servidores do Sistema de Controle Interno ao qual esteja subordinado a **CONCEDENTE**, a qualquer tempo e lugar, a todos os atos e fatos relacionados direta e indiretamente com o instrumento pactuado, quando em missão de fiscalização e auditoria;





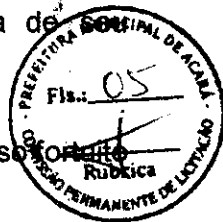
Secretaria de  
Estado de  
Saúde Pública



2.12 – Arcar com quaisquer ônus de natureza fiscal, trabalhista, previdenciária ou social, acaso decorrentes da execução deste Convênio;

2.13 – Promover as licitações que forem necessárias para a aquisição de materiais ou insumos a serem utilizados na execução do objeto avençado, de acordo com a legislação específica, observadas normas vigentes para aquisição de bens comuns por parte da Administração Pública;

2.14 – Restituir o valor transferido pela **CONCEDENTE** acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável aos débitos para com a Fazenda Estadual, a partir da data de recebimento, nos seguintes casos:



2.14.1 – Quando não for executado, o objeto da avença, ressalvadas as hipóteses de caso fortuito ou força maior, devidamente comprovada;

2.14.2 – Quando não for apresentada, no prazo estabelecido, a prestação de contas, salvo quando decorrente de caso fortuito ou força maior, devidamente comprovado; e

2.14.3 – Quando os recursos forem utilizados em finalidade diversa da estabelecida.

2.15 – Aplicar obrigatoriamente no mercado financeiro os recursos recebidos da **CONCEDENTE**, enquanto não forem empregados em sua finalidade, conforme a seguir:

2.15.1 – Em caderneta de poupança de instituição oficial, preferencialmente do Estado do Pará, se a previsão de seu uso for igual ou superior a um mês; e,

2.15.2 – Em fundo de aplicação de curto prazo, ou operação de mercado aberto lastreada em título da dívida pública, quando sua utilização estiver revista para prazos menores.

#### CLÁUSULA SEXTA – DO PLANO DE TRABALHO

A **CONVENENTE**, para o atingimento do objeto avençado, obriga-se a cumprir o Plano de Trabalho Aprovado, especialmente elaborado para este fim, o qual passa a fazer parte integrante deste instrumento, independentemente de sua transcrição.

**Parágrafo Primeiro** - A **CONVENENTE** se compromete a concluir o objeto do presente instrumento, com recursos próprios, caso os recursos transferidos pela **CONCEDENTE** sejam insuficientes.

*[Handwritten signatures and initials]*

**Parágrafo Segundo** - É facultado a **CONCEDENTE**, na qualidade de responsável pelo programa, assumir ou transferir a execução, no caso de paralisação ou de fato relevante que venha a ocorrer, de modo a evitar a descontinuidade de prestação de serviço à saúde.

### CLÁUSULA SÉTIMA - DA EXECUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRA

As faturas, notas fiscais, recibos e outros documentos de despesas, relativas à execução físico-financeira do objeto avençado, deverão ser emitidos em nome da **CONVENIENTE** ou do **EXECUTOR**, se for o caso, bem como, devidamente identificados com o número deste Convênio.

**Parágrafo Primeiro** - Não poderão ser pagas com recursos do Convênio despesas com:

- a) data anterior ou posterior à vigência da execução físico-financeira do Convênio;
- b) pagamento de despesas com pessoal ativo, inativo e pensionista dos Municípios;
- c) pagamento, a qualquer título, de militar ou de servidor público, da ativa ou empregado de empresa pública ou de sociedade de economia mista, por serviços de consultoria ou assistência técnica;
- d) taxas bancárias, multas, juros ou correção monetária, inclusive as referentes a pagamentos ou recolhimentos fora dos prazos;
- e) taxa de administração, gerência ou similar; clubes, associações de servidores ou quaisquer entidades congêneres;
- f) finalidade diversa da estabelecida no Convênio, mesmo em caráter emergencial;
- g) despesa em data anterior ou posterior a vigência do convênio;
- h) publicidade, salvo as de caráter educativo, informativo ou de orientação social, em que não constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal de autoridades ou servidores públicos.

**Parágrafo Segundo** - Deverá ser mantida, obrigatória e permanentemente, em local visível, sob pena de imediata suspensão de liberação dos recursos, placa identificadora nos termos do parágrafo primeiro, do artigo 37, da Constituição Federal.

### CLÁUSULA OITAVA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas relativa ao total dos recursos recebidos e repassados em parcela única, deverão ter suas despesas comprovadas mediante apresentação de cópia autenticada das ordens bancárias e/ou cheques (verso e anverso), documentos fiscais ou equivalentes, devendo as



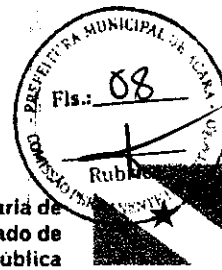
Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.

faturas, recibos, notas fiscais e quaisquer outros documentos comprobatórios serem emitidos em nome do Convenente, observando-se sempre o prazo máximo estabelecido pelo Tribunal de Contas do Estado do Pará para o mesmo fim.

**Parágrafo Único** - Esta prestação de contas deverá ser assinada pelos responsáveis, providência que também deverá ser adotada para os documentos que couber, deverá ser apresentada ao órgão **CONCEDENTE** até 60 (sessenta) dias após o término da vigência do Convênio, ou antes, de seu término, se o objeto já tiver sido executado, sem prejuízo do prazo regulamentado pelo Tribunal de Contas, o qual deverá ser acompanhada das peças constitutivas descritas da seguinte forma:

- a) balancete financeiro;
- b) relação dos documentos de despesa, incluindo notas fiscais, recibos, faturas, boletim de medições e outros, por categoria de programação e por elemento de despesa, devidamente totalizados, ordenados cronologicamente e numerados, mencionando o número de ordem e o tipo de documento de pagamento, relação essa devidamente assinada pelo responsável e pelo contador;
- c) documentos comprovando o ingresso e a respectiva contabilização dos recursos no caixa do Órgão ou Entidade, tudo devidamente assinado pelo responsável e pelo tesoureiro, se for o caso;
- d) documento comprobatório das despesas e relatório de cumprimento do objeto;
- e) cópia integral dos processos licitatórios ou documentação hábil comprovando as razões em que se baseou o responsável para dispensá-la ou não exigí-la;
- f) cópia da documentação comprobatória dos recolhimentos correspondentes aos valores descontados dos beneficiários dos pagamentos;
- g) conciliação bancária, devidamente assinada pelo responsável e pelo contador;
- h) cópia do comprovante da devolução do saldo financeiro remanescente se houver;
- i) relatório de execução físico-financeira;
- j) demonstrativo da execução da receita e despesa, evidenciando os recursos recebidos em transferências, a contrapartida, os rendimentos auferidos da aplicação dos recursos no mercado financeiro e os saldos, quando for o caso;
- k) relação de bens, quando for o caso;
- l) relação de treinados ou capacitados, quando for o caso;
- m) relação dos serviços prestados, quando for o caso;
- n) extrato(s) da conta bancária específica do convênio, referente(s) ao período do recebimento da 1ª parcela até o último pagamento, apresentando o saldo zero;

*[Handwritten signatures and initials]*



Secretaria de  
Estado de  
Saúde Pública

GOVERNO DO  
**PARÁ**

o) cópia do termo de aceitação definitiva da obra, quando o instrumento objetivar a execução de obra ou serviço de engenharia;

p) termo de compromisso pelo qual o Conveniente se obriga a manter os documentos relacionados ao convênio em arquivo pelo prazo de, no mínimo, 10 (dez) anos após a aprovação da prestação de contas pelo Tribunal de Contas Competente.

#### CLÁUSULA NONA - DA DENÚNCIA E RESCISÃO

O convênio poderá ser denunciado a qualquer tempo, ficando os partícipes responsáveis somente pelas obrigações e auferindo as vantagens do tempo em que participaram voluntariamente da avença, não sendo admissível cláusula obrigatória de permanência ou sancionadora dos denunciantes.

**Parágrafo Primeiro:** O presente Convênio poderá ser denunciado por qualquer dos partícipes, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ou a qualquer tempo, em face da superveniência de impedimento legal que o torne formal ou materialmente inexecutável.

**Parágrafo Segundo:** Constituem motivos para a rescisão do Convênio, a qualquer tempo, independentemente do instrumento de sua formalização:

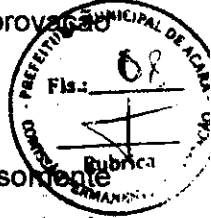
- a) O inadimplemento de qualquer das cláusulas pactuadas;
- b) A constatação, a qualquer tempo, de falsidade ou incorreção de informação em qualquer documento apresentado;
- c) A verificação de qualquer circunstância que enseje a instauração de Tomada de Contas Especial;
- d) Falta de prestação de contas parcial e final no prazo estabelecido, sem justa causa;
- e) Utilização dos recursos em finalidade diversa daquela prevista no objeto do Convênio.

**Parágrafo Único** - No caso de rescisão do presente instrumento, o beneficiário obriga-se a restituir à **CONCEDENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de rescisão, o saldo financeiro apurado dos recursos por este transferidos para a consecução do objeto avençado, acrescidos de juros e correção monetária, na forma da lei, bem como comprovar a sua regular aplicação, enquanto vigente o Convênio.

#### CLÁUSULA DÉCIMA - DAS PENALIDADES

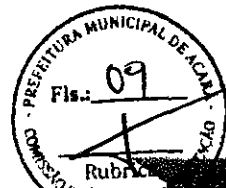
Em caso de inadimplência por parte da **CONVENIENTE**, a **CONCEDENTE** determinará o bloqueio dos recursos transferidos, sem prejuízo de outras sanções administrativas, civis e penais cabíveis, ressalvadas as exceções decorrentes de previsões legais.

#### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS ALTERAÇÕES



Handwritten signatures and initials, including a large star-shaped mark and the number '8'.





Secretaria de Estado de Saúde Pública

GOVERNO DO PARA

Toda e qualquer alteração ao presente Termo de Convênio, exceto no tocante ao seu Objeto, será processada mediante a assinatura de Termo Aditivo.

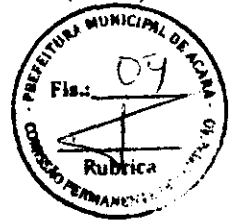
**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA PUBLICAÇÃO**

A **CONCEDENTE** providenciará, como condição de eficácia, a publicação deste Convênio, em Extrato, no Diário Oficial, em até 10 (dez) dias a contar de sua assinatura.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA- DO FORO**

As questões decorrentes da execução deste Convênio, que não puderem ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas no Foro da Capital.

E, para validade do que pelos partícipes foi avençado, firmou-se este instrumento de 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas.



Belém (PA), 04 de julho de 2018.

*Vitor Manuel Jesus Mateus*  
**VITOR MANUEL JESUS MATEUS**  
Secretaria de Estado de Saúde Pública

*Amanda Oliveira e Silva*  
**AMANDA OLIVEIRA E SILVA**  
Prefeitura Municipal de Acará  
*Amanda Oliveira e Silva*  
Prefeita Municipal de Acará  
CNPJ: 05.196.548/0001-72

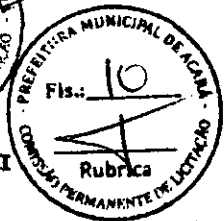
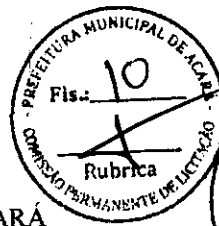
**TESTEMUNHAS:**

NOME: _____	CPF Nº: _____
NOME: _____	CPF Nº: _____

*Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.*



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DO ACARÁ  
CADASTRO DO ÓRGÃO OU ENTIDADE E DO DIRIGENTE - ANEXO I



I - Identificação do Proponente

1 - CNPJ <b>05.196.548/0001-72</b>		2 - Denominação conforme contido no Cartão do CNPJ <b>ACARÁ PREFEITURA</b>		3 - Exercício <b>2018</b>	
4 - Endereço <b>TRAV. SÃO JOSÉ, Nº120</b>					
5 - Município: <b>ACARÁ</b>			6 - CEP <b>68690-000</b>		7 - UF <b>PA</b>
8 - DDD <b>91</b>	9 - Tel. <b>3732-1243</b>		10 - Celular <b>(91)98836-3446</b>	11 - E-mail <i>Prefeitura@acara.pa.gov.br</i>	

II - Identificação do Dirigente do Proponente

12 - Nome Completo <b>AMANDA OLIVEIRA E SILVA</b>			13 - Cargo ou Função <b>PREFEITA</b>		
14 - Data de Posse <b>01/01/2017</b>	15 - CPF <b>742.904.872-20</b>	16 - RG <b>3747745</b>	17 - Órgão Expedidor/Data <b>PC/PA</b>		
18 - Endereço Residencial <b>PA 252, ROD ACARA MOJU, KM 05</b>					
19 - Município <b>ACARÁ</b>			20 - CEP <b>68690-000</b>		21 - UF <b>PA</b>
22 - Telefone Residencial/Celular <b>(91) 988090127</b>		23 - E-mail <i>Amanda_silva99@yahoo.com.br</i>			

III - Identificação do Concedente

24 - Nome Completo			25 - Cargo ou Função		
26 - Data de Posse	27 - CPF	28 - RG	29 - Órgão Expedidor/Data		
30 - Endereço Oficial					
31 - Município			32 - CEP		33 - UF
34 - Telefone		35 - E-mail			

IV - Autenticação

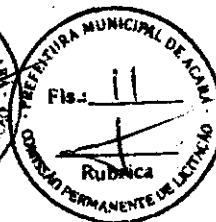
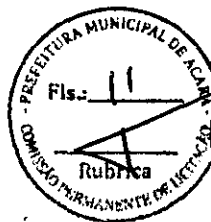
Data <b>14-03-2018</b>	Nome do Dirigente ou do Representante Legal <b>Amanda Oliveira e Silva</b>	Assinatura do Dirigente ou do Representante Legal <i>Amanda Oliveira e Silva</i>
---------------------------	---	---

**Amanda Oliveira e Silva**  
Prefeita Municipal de Acará  
CNPJ: 05.196.548/0001-72

*Handwritten signatures and initials*



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DO ACARÁ



**DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS CONDICIONANTES LEGAIS – ANEXO II**

I – Identificação do Proponente:

**EU, AMANDA OLIVEIRA E SILVA, CPF Nº 742.904.872-20**, para fins de celebração de convênio no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde Pública, visando à obtenção de recursos, sob as penalidades da lei declara que a Prefeitura Municipal de **ACARÁ-PA**.

1. Se órgão ou entidade da Administração Pública Estadual, não está inadimplente com:

- a) ( ) A União (Fazenda nacional) e Fazenda Estadual, inclusive no que concerne às contribuições relativas ao PIS/Pasep, de que trata o art. 239 da Constituição Federal.
- b) ( ) O Tesouro Nacional ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Federal, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos do Estado do Pará, Estado ou Município, na forma do Plano de Trabalho, e ainda, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência.

2. Se órgão ou entidade da Administração Pública Federal ou Municipal:

- a) (X) O Tesouro Nacional ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos do Estado do Pará, na forma do Plano de Trabalho, e ainda, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência, observado o disposto no § 3º do art. 25, da Lei Complementar nº 101/2000.
- b) (X) Instituiu, regulamentou e arrecadou todos os tributos, previstos no art. 156 da Constituição Federal, ressalvado o imposto previsto no art. 156, inciso III, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 3/93, quando comprovada a ausência do fato gerador.
- c) (X) Incluiu os subprojetos ou subatividades contemplados pelas transferências na Lei Orçamentária da esfera de governo a que estiver subordinada a unidade beneficiada ou em créditos adicionais abertos, ou em tramitação no Legislativo local.
- d) (X) Comunicou ao Conselho de Saúde Local sobre a proposta de projeto.

3. Se entidade privada sem fins lucrativos, declara, ainda que:

- a) ( ) Os proprietários, controladores ou diretores, não são membros do Poder Legislativo da União, Estados, DF e Municípios, bem como os respectivos cônjuges ou companheiros, nos termos do § 5º do art. 36 da Lei nº 11.439/06.
- b) ( ) Comunicou ao Conselho de Saúde Local sobre a proposta de projeto.
- c) ( ) A União (Fazenda nacional) e Fazenda Estadual, inclusive no que concerne às contribuições relativas ao PIS/Pasep, de que trata o art. 239 da Constituição Federal.
- d) ( ) O Tesouro Nacional ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Federal, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos do Estado do Pará, Estado ou Município, na forma do Plano de Trabalho, e ainda, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência.

II – Autenticação

Data	Nome do Dirigente ou do Representante Legal	Assinatura do Dirigente ou do Representante Legal
14-03-2018	<b>Amanda Oliveira e Silva</b>	<i>Amanda Oliveira e Silva</i>

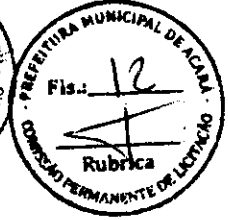
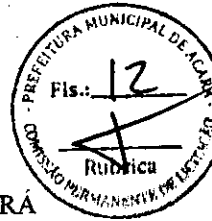
**Amanda Oliveira e Silva**  
Prefeita Municipal de Acará  
CNPJ: 05.196.348/0001-72

9

2



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DO ACARÁ



**DESCRIÇÃO DO PROJETO – ANEXO III**

1 - Nome do Órgão ou Entidade Conveniente, conforme contido no Cartão do CNPJ <b>ACARÁ PREFEITURA</b>				
2 - CNPJ <b>05.196.548/0001-72</b>	3 - Exercício <b>2018</b>	4 - UF <b>PA</b>	5 - Nº do Processo	
6 - DDD <b>91</b>	7 - Fone <b>3732-1243</b>	8 -	9 - E-mail <b>Prefeituradeacara01@gmail.com</b>	
10 - Nome do Banco Conveniado <b>BANPARÁ</b>		11 - Nº do Banco Conveniado		
12 - Agência <b>0075-00</b>	13 - Praça de Pagamento <b>ACARÁ</b>	14 - UF <b>PA</b>		
15 - Descrição do Objeto <b>AQUISIÇÃO DE VEÍCULO TIPO VAN PARA TRANSPORTE DE TFD</b>				
16 - Justificativa da Proposição <b>TENDO EM VISTA QUE O MUNICÍPIO DE ACARÁ-PA, TEM UM GRANDE NÚMERO DE PACIENTES QUE FAZEM TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO E PERIODICAMENTE NECESSITAM DA REALIZAÇÃO DE EXAMES NA CAPITAL DO ESTADO, UM VEÍCULO DESTINADO AO TRANSPORTE DESSES PACIENTES SERÁ FUNDAMENTAL PARA ATENDER À DEMANDA JÁ EXISTENTE NO MUNICÍPIO QUE INCLUEM PACIENTES E ACOMPANHANTES, QUE NECESSITAM DE TFD COM DOENÇAS CRONICAS.</b>				
17 - Objetivos/Resultados <b>-AQUISIÇÃO DE UM VEÍCULO TIPO VAN, PARA TRANSPORTE DOS PACIENTES DE ACARÁ-PA, PARA TFD; -MELHORIA NA ATENÇÃO E ASSISTENCIA AOS USUÁRIOS; -GARANTIA DE ACESSO AOS PROCEDIMENTOS AGENDADOS FORA DO MUNICÍPIO; E -ATENDIMENTO DA DEMANDA DE USUÁRIOS QUE NECESSITAM DO TRANSPORTE.</b>				
18 - Responsável pelo Projeto <b>Secretaria Municipal de Saúde DE ACARÁ</b>				
19 - População do Município, segundo o último censo do IBGE (www.ibge.gov.br) <b>54.080hab / 2016 IBGE</b>				
20 - Autenticação				
Data <b>14-03-2018</b>	Nome do Dirigente ou do Representante Legal <b>Amanda Oliveira e Silva</b>		Assinatura do Dirigente ou do Representante Legal <i>Amanda Oliveira e Silva</i>	

**Amanda Oliveira e Silva**  
Prefeita Municipal de Acará  
CNPJ: 05.196.548/0001-72



ESTADO DO PARA  
PREFEITURA MUNICIPAL DO ACARÁ

**CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO E PLANO DE APLICAÇÃO - ANEXO IV**

I - Identificação do Proponente

1 - Nome do Órgão ou Entidade Proponente, conforme contido no Cartão do CNPJ

**ACARÁ PREFEITURA**

2 - Objeto

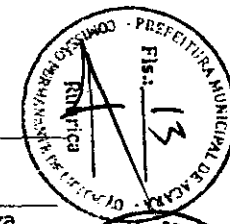
**AQUISIÇÃO DE VEÍCULO TIPO VAN PARA TRANSPORTE DE TFD**

II - Cronograma de Execução

3 - Meta	4 - Etapa/Fase	5 - Especificação	6 - Indicador Físico		7 - Previsão de Execução	
			Unidade de Medida/ano	Qtde/ano	Início	Término
01		<b>AQUISIÇÃO DE VEÍCULO ZERO KM TIPO VAN, COM CAPACIDADE MÍNIMA DE 15 LUGARES, MOTOR A DIESEL, POTÊNCIA MÍNIMA DE 115CV, AR CONDICIONADO, DIREÇÃO HIDRÁULICA, DE NO MÍNIMO 5 MARCHAS A FRENTE E 1 RÉ, TRANSMISSÃO TRASEIRA OU DIANTEIRA, FREIO A DISCO NAS 4 RODAS, 02 PORTAS DIANTEIRAS(LD/LE)</b>	UND	01	Maio/2018	Abril/2019

III - Plano de Aplicação

8 - Natureza da Despesa	9 - Especificação	10 - Concedente	11 - Proponente	12 - Subtotal Por Natureza de Gasto (Em R\$ 1,00)
	<b>Corrente</b>	<b>150.000,00</b>	<b>16.391,00</b>	
	Consultoria			
	Contribuição Social (Órgãos Federais)			
	Diárias			



*Amador Oliveira e Siqueira*  
Municipal de Acara  
F 05.196.548/0001-77



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DO ACARÁ**

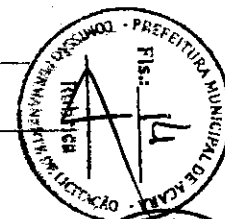
Material de Consumo			
Passagens			
Serviços de Terceiros – Pessoa Física			
Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica			
Reforma Adequação (Serviços de Terceiros – Pessoa Física ou Jurídica)			
<b>Subtotal desta Categoria Econômica</b>			
<b>Capital</b>			
Construção Nova			
Conclusão			
Ampliação			
Equipamento e Material Permanente			
<b>Subtotal desta Categoria Econômica</b>	<b>150.000,00</b>	<b>16.391,00</b>	
13 – TOTAIS dos valores das despesas correntes e de capital referentes à concedente e ao proponente			

**IV – Contrapartida de Bens e Serviços Mensuráveis**

14 - Total de Bens e Serviços Mensuráveis:	15 - Descrição dos Bens e Serviços Mensuráveis

**V – Autenticação**

Data	Nome do Dirigente ou do Representante Legal	Assinatura do Dirigente ou do Representante Legal
14-03-2018	<b>Amanda Oliveira e Silva</b>	<i>Amanda Oliveira e Silva</i>



**Amanda Oliveira e Silva**  
Prefeita Municipal de Acará  
CNPJ: 05.196.648/0001-72



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DO ACARÁ**

**CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO – ANEXO V – PARTE I**

1 - Nome do Órgão ou Entidade Proponente, conforme contido no Cartão do CNPJ

2- Objeto:

**ACARÁ PREFEITURA**

**AQUISIÇÃO DE VEÍCULO TIPO VAN PARA TRANSPORTE DE TFD**

	3- Anc	4- Meta	5 - Mês					
	2018	Aquisição de veículo	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
<b>CONCEDENTE (EM R\$ 1,00)</b>								
				<b>JULHO</b>	<b>AGOSTO</b>	<b>SETEMBRO</b>	<b>OUTUBRO</b>	<b>NOVEMBRO</b>
			150.000,00					
6- Total Acumulado de Recursos da Concedente (Em R\$ 1,00)								<b>150.000,00</b>

7 - Autenticação do Proponente

8 - Aprovação da Concedente

Data

Nome do Dirigente ou do Representante Legal

Nome da Concedente

14-03-2018

**Amanda Oliveira e Silva**

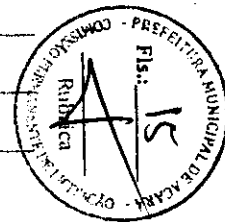
**VITOR MANUEL JESUS MATEUS**

Assinatura do Dirigente ou do Representante Legal

Assinatura do Dirigente da Concedente

*Amanda Oliveira e Silva*  
Amanda Oliveira e Silva  
Prefeita Municipal de Acará  
CNPJ: 06.196.546/0001-72

*Amanda Oli*



6  
6  
A



ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DO ACARÁ

**CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - ANEXO V - PARTE II**

1 - Nome do Órgão ou Entidade Proponente, conforme contido no Cartão do CNPJ ACARÁ PREFEITURA	2 - AQUISIÇÃO DE VEÍCULO TIPO VAN PARA TRANSPORTE DE TFD
--	--

3- Ano	4- Meta	5 - Mês					
		JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
2018	1						
		JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
		16.391,00					
6- Total Acumulado de Recursos do Proponente (Em R\$ 1,00)							<b>16.391,00</b>
7- Total Geral dos Recursos (Em R\$ 1,00)							<b>166.391,00</b>

8 - Autenticação do Proponente	9 - Aprovação da Concedente
Nome do Dirigente ou do Representante Legal <b>Amanda Oliveira e Silva</b> Assinatura do Dirigente ou do Representante Legal <i>Amanda Oliveira e Silva</i>	Nome da Concedente <b>VITOR MANUEL JESUS MATEUS</b> Assinatura do Dirigente da Concedente <i>Vitor Manuel Jesus Mateus</i>
Data <b>14-03-2018</b>	



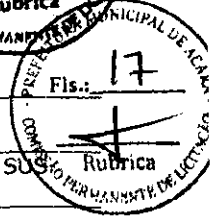
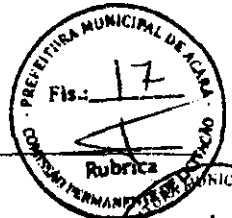
Amanda Oliveira e Silva  
Prefeita Municipal de Acará  
CNPJ: 05.196.548/0001-22

Handwritten marks and signatures on the left side of the page.



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA - SESPA**

**INFORMAÇÕES SOBRE A UNIDADE ASSISTIDA - ANEXO VI**



1 - Nome do Órgão ou Entidade Corwenente, conforme contido no Cartão do CNPJ  
**ACARÁ PREFEITURA**

2 - Nome e Endereço da Unidade Assistida.  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ACARÁ**

3 - Nº de Leitos do EAS

Existentes	Ativados	SUS

Item	4.1 - Municípios (Nome)	4.2 - Nº Pessoas Atendidas	4.3 - Nº Leitos do Município	
			Existentes	SUS

5 - Identificação dos Especialistas

Tipo de Profissional	Quantidade	Carga Horária	
		Semanal	Mensal

6 - Avaliação da Situação Atual dos Serviços de Saúde

( ) Precária      ( ) Deficiente      ( ) Razoável      ( X ) Satisfatória

6.1 - Observações: O município de Acará, por possuir Hospital de Pequeno Porte (HPP) atende usuários de outros municípios, principalmente os usuários que residem próximo às fronteiras de nosso município.

7 - Ações/Atividades Previstas: **REALIZAR AÇÕES PARA MELHORAR A OFERTA DE USUÁRIOS DO TID.**

8 - Prioridades nas Instâncias Estadual e Municipal

**Proporcionar um atendimento mais seguro e de maior qualidade aos usuários, bem como aumentar o serviço ofertado à população através de TRANSPORTES DE QUALIDADE.**

9 - Autenticação

Data <b>14-03-2018</b>	Nome do Dirigente ou do Representante Legal <b>Amanda Oliveira e Silva</b>	Assinatura do Dirigente ou do Representante Legal <i>Amanda Oliveira e Silva</i>
---------------------------	---	---

*Amanda Oliveira e Silva*  
Prefeita Municipal  
CNPJ: 05.196  
1-72

**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA - SESPA**



**INFORMAÇÕES PARA AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS, MATERIAL PERMANENTE, UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE**

**ANEXO VII**

1 - Nome do Órgão ou Entidade Proponente, conforme o Cartão do CNPJ  
ACARÁ PREFEITURA

2 - Nome e Endereço da Unidade Assistida  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ACARÁ

3 - Ambiente (Especificar)

3.1 - ( X ) Existe      3.2 - ( X ) Adequado  
( ) Não Existe      ( ) Inadequado

3.3 - ( ) Em construção  
Data prevista para conclusão da obra : dd/mm/aaaa

3.4 - ( ) Em projeto  
Data prevista para conclusão da Obra : NÃO SE APLICA

3.5 - O ambiente é objeto de outro convênio vigente?  
( ) Sim - nº do convênio: \_\_\_\_\_ ( X ) Não



4 - Relação dos Equipamentos e Material Permanente, por Ambiente, Unidade Móvel de Saúde.

	<p><b>AQUISIÇÃO DE VEÍCULO ZERO KM TIPO VAN, COM CAPACIDADE MÍNIMA DE 15 LUGARES, MOTOR A DIESEL, POTÊNCIA MÍNIMA DE 115CV, AR CONDICIONADO, DIREÇÃO HIDRÁULICA, DE NO MÍNIMO 5 MARCHAS A FRENTE E 1 RÉ, TRANSMISSÃO TRASEIRA OU DIANTEIRA, FREIO A DISCO NAS 4 RODAS, 02 PORTAS DIANTEIRAS(LD/LE)</b></p>	<p align="center">166.391,00</p>		
		<b>166.391,00</b>		<b>166.391,00</b>

5 - Subtotal (por Ambiente, se despesa de capital) / Total

6 - Manutenção preventiva e Corretiva dos Equipamentos a serem adquiridos; pessoal capacitado; área física.

7 - Ambiente Inexistente ou Inadequado - Informar a solução definida para viabilizar a instalação e o funcionamento do (s) equipamento (s) a ser (em) adquirido (s).

8 - Autenticação.

<p>Data <b>26/03/2018</b></p>	<p>Nome do Dirigente ou do Representante Legal <b>Amanda Oliveira e Silva</b></p>	<p>Assinatura do Dirigente ou do Representante Legal <i>Amanda Oliveira e Silva</i> <b>Amanda Oliveira e Silva</b> Prefeita Municipal de Acará CNPJ: 05.196.548/0004-72</p>
-----------------------------------	---	---

*[Handwritten signatures and initials]*

