



# Prefeitura Municipal de Pinhalão

C.N.P.J. 76.167.717/0001-94

Rua Domingos Calixto, 483

Fone: 43 3569-1179 – Fax (43) 3569-1605

[prefeitura@pinhalao.pr.gov.br](mailto:prefeitura@pinhalao.pr.gov.br)

<http://www.pinhalao.com.br>

PINHALÃO - CEP 84.925-000 - PARANÁ

## **CONTRATO DE PROGRAMA Nº. 02/2024**

Por este instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE PINHALÃO**, inscrito no CNPJ sob nº 76.167.717/0001-94, com sede na Rua Domingos Calixto, nº 483, CEP 84.925-000, Estado do Paraná, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, Sr. **Dionísio Arrais de Alencar**, portador da cédula de identidade RG sob o nº 5.197.365-8, inscrito no CPF sob o nº 896.705.319-34 e pela Secretária Municipal de Saúde, o Sra. **Fernanda de Oliveira Arana**, portadora da cédula de identidade RG sob o nº 10.143.627-6, inscrita no CPF sob o nº 061.885.689-78, a seguir denominado **CONTRATANTE** e o **CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE PIONEIRO**, pessoa jurídica de Direito Privado, inscrito no CNPJ nº. 00.476.612/0001-55, com sede na Rua Paraná 1261 - centro, em Jacarezinho, Estado do Paraná, representado por seu presidente, Sr. Marcelo José Bernardelli Palhares, brasileiro, residente e domiciliado Rua João Paneguini, nº. 46, bairro Parque dos Mirantes, CEP 86400-000, Jacarezinho, Estado do Paraná, portador da cédula de identidade RG sob o nº 7.789.283-4, inscrito no CPF sob nº 031.836.199-03, a seguir denominado **CONTRATADO**, acordam e ajustam firmar o presente Contrato pelas cláusulas a seguir expressas, definidoras dos direitos, obrigações e responsabilidades das partes:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DA AUTORIZAÇÃO LEGAL DO ATO**

O Município de Pinhalão, Estado do Paraná, é autorizado, através da(s) Lei(s) Municipal(is) nº 596/2008, 917/2011, 2.288/2022 a participar do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro - CISNORPI, visando o desenvolvimento de ações em saúde.

### **CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO DO CONTRATO**

Consiste o objeto do presente instrumento a realização de consultas, exames médicos especializados e fornecimento de fórmulas especiais (leite), todos constantes na tabela anexa às Resoluções vigentes para o ano de 2024.

*Parágrafo primeiro.* Os itens constantes no objeto deste contrato são desvinculados da cota mensal que o CONTRATANTE tem direito em função de sua participação no Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro (CONTRATADO).

### **CLÁUSULA TERCEIRA – DA CAPACIDADE PARA REALIZAÇÃO DOS EXAMES**

Os exames objeto do presente instrumento serão realizados observando-se as capacidades instaladas e/ou operacionais, tanto do CONTRATADO quanto de seus Prestadores de Serviços.

### **CLÁUSULA QUARTA – DO VALOR**

Os preços fixados para cada serviço oferecido estão previstos nas Resoluções que dão diretrizes aos serviços médicos, odontológicos, laboratoriais e de fornecimentos de fórmulas especiais (leite), sendo estabelecido o chamado Preço Público para cada um deles.

*Parágrafo primeiro.* Serão disponibilizados os seguintes valores para pagamento dos serviços oferecidos e estabelecidos neste contrato:



## Prefeitura Municipal de Pinhalão

C.N.P.J. 76.167.717/0001-94

Rua Domingos Calixto, 483

Fone: 43 3569-1179 – Fax (43) 3569-1605

[prefeitura@pinhalao.pr.gov.br](mailto:prefeitura@pinhalao.pr.gov.br)

<http://www.pinhalao.com.br>

PINHALÃO - CEP 84.925-000 - PARANÁ

| Finalidade                                                                                                                                                     | Valor         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| I - Nas consultas e procedimentos especializados, de acordo com as tabelas constantes nas Resoluções do CISNORPI, vigentes para o ano de 2024.                 | R\$ 30.000,00 |
| II - Na implantação, desenvolvimento e execução do Programa de Fornecimento de Leite à população, conforme Resoluções do CISNORPI vigentes para o ano de 2024. | R\$ 0,00      |

*Parágrafo segundo.* Os preços fixados para a prestação de serviço relacionado ao fornecimento de fórmulas especiais (leite) estão isentos de taxa de administração.

*Parágrafo terceiro.* Conforme resolução aprovada em Assembleia Geral pelos Prefeitos dos Municípios consorciados, em relação aos serviços do item I estabelecido na tabela acima, denominados de Preço Público, serão fixados uma taxa administrativa de 20% sobre os serviços executados.

### **CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA CONTRATUAL**

O presente contrato vigorará entre 03/01/2024 a 31/12/2024.

*Parágrafo único.* O prazo acima estabelecido poderá ser prorrogado, ao seu término, mediante a formalização de Termo Aditivo com anuência de ambas as partes.

### **CLAUSULA SEXTA – DAS FORMAS DE PAGAMENTO**

O CONTRATADO emitirá relação detalhada dos serviços realizados até o 5º (quinto) dia útil de cada mês, juntamente com boleto bancário com vencimento no 15º (décimo quinto) dia útil do mesmo mês.

*Parágrafo primeiro.* A falta de pagamento implicará na imediata suspensão dos serviços, bem como cobrança por outros meios.

*Parágrafo segundo.* Em nenhuma hipótese será aceito o pagamento pelo paciente, sob pena de cancelamento do contrato, cabendo tal incumbência, exclusivamente, ao município Contratante.

*Parágrafo terceiro.* Para a aquisição dos serviços de fornecimento de fórmulas especiais (leite) deverá ser depositado antecipadamente os valores e as quantidades necessárias para emitir a guia de autorização e poder usufruir deste serviço, sob pena de ser negado o serviços se não recolhido antecipadamente.

### **CLÁUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

As despesas decorrentes da execução do presente contrato correrão por conta das dotações orçamentárias constantes no orçamento do CONTRATANTE, vigentes para o exercício financeiro de 2024.



## Prefeitura Municipal de Pinhalão

C.N.P.J. 76.167.717/0001-94

Rua Domingos Calixto, 483

Fone: 43 3569-1179 – Fax (43) 3569-1605

[prefeitura@pinhalao.pr.gov.br](mailto:prefeitura@pinhalao.pr.gov.br)

<http://www.pinhalao.com.br>

**PINHALÃO - CEP 84.925-000 - PARANÁ**

*Parágrafo primeiro.* Os valores acima descritos estão consignados em dotação orçamentária própria sob a rubrica: **Dotação nº 194 Fonte 1000 e 1303.**

### **CLÁUSULA OITAVA – DA REQUISIÇÃO DOS EXAMES**

Os exames serão requisitados em impresso próprio do Secretário Municipal de Saúde do CONTRATANTE, os quais serão agendados e/ou autorizados pelo CONTRATADO.

### **CLÁUSULA NONA – DA DISTRIBUIÇÃO E AGENDAMENTO DOS EXAMES**

Os exames apresentam caráter eletivo e não visam atender a situações de urgência e/ou emergência, considerando-se que as atividades do CONTRATADO são de nível ambulatorial.

### **CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO CONTRATUAL**

Fica eleito o Foro da Comarca de Jacarezinho para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato.

E por estarem justos e contratados, firmam o presente em duas vias de igual forma e teor, juntamente com duas testemunhas.

Pinhalão, 03 de outubro de 2024.

**MARCELO JOSE  
BERNARDELI  
PALHARES:0318  
3619903**

Assinado digitalmente por MARCELO JOSE  
BERNARDELI PALHARES:03183619903  
ID: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Secretaria da Receita  
Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A1, OU=  
AC VALID RFB V5, OU=AR AAAA HGL, OU=  
Presencial, OU=26389728000140, CN=MARCELO  
JOSE BERNARDELI PALHARES:03183619903  
Razão: Eu sou o autor deste documento  
Localização:  
Data: 2024.10.07 08:36:09-03'00'  
Foxit PDF Reader Versão: 2024.2.2

**CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE PIONEIRO  
CONTRATADO**

**DIONISIO  
ARRAIS DE  
ALENCAR:**

**89670531934**

**PREFEITO MUNICIPAL**

**Contratante**

Assinado digitalmente por DIONISIO  
ARRAIS DE ALENCAR:89670531934  
DN: C=BR, O=ICP-Brasil,  
OU=34173682000318, OU=Secretaria  
da Receita Federal do Brasil - RFB,  
OU=RFB e-CPF A3, OU=(EM BRANCO),  
OU=Presencial, CN=DIONISIO ARAIS  
DE ALENCAR:89670531934  
Razão: Eu sou o autor deste documento  
Localização: sua localização de  
assinatura aqui  
Data: 2024-10-04 16:50:32  
Foxit Reader Versão: 9.7.1

**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Contratante**