# CÂMARA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DA PLATINA

Palácio do Poder Legislativo "Vereador José Corrêa Gomes"
Av. Cel. Oliveira Motta, 715 - Centro – C.P. – 81 – CEP: 86430-000 - Fone (43) 3534-1220
email: camarasap@uol.com.br – site: www.santoantoniodaplatina.pr.leg.br


## INDICAÇÃO Nº 01/2017

Excelentíssimo Senhor
**José da Silva Coelho Neto**
Prefeito Municipal de Santo Antônio da Platina

O Vereador **Jefferson Vernier**, bem como os demais Vereadores infra-assinados, no uso das atribuições que lhes são conferidas pelo Regimento Interno, encaminham a Vossa Excelência a seguinte indicação:

**- que, após estudos de viabilidade/possibilidade financeira, bem como fazendo uso de adequado procedimento administrativo (Chamamento Público ou outro que seja pertinente ao caso), adote providências no intuito de contribuir, através de subvenções, com o tratamento dos munícipes platinenses que realizam tratamentos oncológicos em hospitais especializados da região.**

**JUSTIFICATIVA:**

É fato notório os altos custos envolvidos nos tratamentos oncológicos e similares. De igual forma, praticamente a totalidade dos munícipes platinenses que necessitam de cuidados nessa área são direcionados ao Hospital do Câncer de Londrina – sendo que esta instituição prestou, apenas no ano de 2016, 8.502 (oito mil quinhentos e dois) atendimentos à população de nosso Município.

Em virtude da defasagem nos repasses do SUS (Sistema Único de Saúde), bem como de outros motivos, a referida casa de saúde depende de doações e subvenções para que continue funcionando corretamente e prestando um atendimento digno a todos aqueles que necessitam.

Após enfrentar grave crise financeira, o hospital modernizou sua gestão e ampliou e atualizou suas instalações – sendo hoje considerado uma referência em sua área de atuação.

Ademais, pelos altos custos envolvidos no tratamento do câncer, apenas a cidade de Curitiba possui outro hospital para atendimento nesta área através do SUS – sendo que o governo federal não disponibiliza a abertura de mais unidades na região.

De tal feita, ante o exposto, cabe ao Município de Santo Antônio da Platina contribuir (dentro de suas possibilidades financeiras, sugerindo-se aqui o montante mensal de R$ 10.000,00 – dez mil reais) com o custeio de atendimento médico tão especializado e imprescindível, de modo que o mesmo possa continuar sendo disponibilizado, de forma ininterrupta e gratuita, aos munícipes que dele necessitam.

Por fim, tendo em vista que atualmente o Hospital do Câncer de Londrina é a instituição de referência nesta seara para o Município de Santo Antônio da Platina, bem como as informações disponibilizadas pelo Sr. Guerino Zanetti Filho

CÂMARA MUNICIPAL SANTO ANTÔNIO DA PLATINA
Reg nº 881/2017
Data 05/07/17 às 13 h 40 min
Assinatura

# CÂMARA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DA PLATINA

Palácio do Poder Legislativo "Vereador José Corrêa Gomes"

Av. Cel. Oliveira Motta, 715 - Centro – C.P. – 81 – CEP: 86430-000 - Fone (43) 3534-1220

email: camarasap@uol.com.br – site: www.santoantoniodaplatina.pr.leg.br


aos Edis platinenses, que ora subscrevem, encaminha-se cópia dos documentos da instituição atualmente existentes nesta Casa de Leis.

Certo de contar com vossa compreensão e de vosso compromisso com a saúde da população platinense, renovamos votos de estima e consideração, bem como pedimos deferimento à indicação ora apresentada.

SECRETARIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DA PLATINA – ESTADO DO PARANÁ, em 27 de junho de 2017.

**Jefferson Vernier**
Presidente da Câmara Municipal

**Edson Muniz Gonçalves**
Vereador

**Genivaldo Marques**
Vereador

**José Jaime Paula Silva**
Vereador

**Luciano de Almeida Moraes**
Vereador

**Luiz Flávio Reinutti Maiorky**
Vereador

**Mirian Rodrigues Bonomo Montanheiro**
Vereadora

**Odemir Jacob**
Vereador

**Rudinei Benedito Esteves**
Vereador

| PLANO DE TRABALHO | EXERCÍCIO | FOLHA | PLANO NÚMERO |
|---|---|---|---|
| | 2017 | - 1 - | |

| 1. DADOS CADASTRAIS: | | | |
|---|---|---|---|
| ENTIDADE PROPONENTE: | | | CNPJ |
| INSTITUTO DE CÂNCER DE LONDRINA | | | 78.633.088/0001-76 |
| ENDEREÇO COMPLETO. | | | |
| RUA LUCILLA BALLALAI, 212 - JD. PETRÓPOLIS | | | |
| CIDADE | UF | CEP | DDD./FONE |
| LONDRINA | PR | 86015-520 | (43) 3379-2647/ 3379-2698 |
| ENDEREÇO ELETRÔNICO – (E-mail) | | | DDD. / FAX |
| secretariaicl@sercomtel.com.br | | | (43)3379-2698 |
| NOME OU CÓDIGO DO BANCO | AGÊNCIA | | CONTA CORRENTE |
| BANCO DO BRASIL | 3407-x | | 5441 |
| 2. NOME DO RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE. | | | CPF |
| FRANCISCO ONTIVERO | | | 115.577.969-04 |
| CARTEIRA DE IDENTIDADE / ÓRGÃO EXPEDIDOR. | CARGO. | | |
| 213.204 SSPSP | PRESIDENTE | | |
| ENDEREÇO COMPLETO. | | | |
| RUA LUCILLA BALLALAI, 212 | | | |
| CIDADE | UF | CEP | DDD/FONE |
| LONDRINA | PR | 86015-520 | (43)3379-2647 |

| 3 – DESCRIÇÃO DO PROJETO. | | |
|---|---|---|
| - METAS A SEREM ATINGIDAS. | PERÍODO DE EXECUÇÃO | |
| AUXÍLIO NO CUSTEIO DE MATERIAL FARMACOLÓGICO | INÍCIO | TÉRMINO |
| IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO: | 01/03/2017 | 31/12/2017 |
| AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DIVERSOS. | | |

JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO:

O Instituto de Câncer de Londrina, fundado em 08/11/1965, é uma entidade filantrópica sem fins lucrativos, reconhecida com título de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal, tem por finalidade a prevenção, diagnóstico, tratamento e pesquisa no campo de neoplasias malignas, sendo o único hospital especializado em oncologia da região com suporte para prestar tratamento necessário aos pacientes beneficiários do SUS. O hospital possui 128 leitos para internação e presta atendimento a toda a região macro-norte do estado do Paraná.

Dos nossos atendimentos, 87,77% é destinado a pacientes do SUS, o que ocasiona um déficit mensal, pois os recursos repassados pelo SUS não são suficientes para arcar com todas as despesas da instituição, diante do exposto, o hospital necessita de recursos advindos de convênios firmados com os órgãos públicos e subvenções sociais para continuar prestando um atendimento digno e humano a toda essa população.

**4 – ESTIMATIVA DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS: ( SOMENTE CUSTEIO)**

| DATA | ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE |
|---|---|
| 28/04/2017 | Francisco Ontivero |

| PLANO DE TRABALHO | EXERCÍCIO | FOLHA | PLANO NÚMERO |
|---|---|---|---|
| | 2017 | - 2 - | |

## *AÇÃO Nº. 01 – PAGAMENTO DE SALÁRIOS E ENCARGOS SOCIAIS. (ANUAL)*

| Meta. | Fase. | Especificação | Competência | Valor (R$). |
|---|---|---|---|---|
| | | | | ----------0---------- |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | TOTAL = | ----------0--------- |

*. SE NECESSÁRIO INSERIR MAIS LINHAS.

| DATA | ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE |
|---|---|
| 28/04/2017 | Francisco Ontivero |

| PLANO DE TRABALHO | EXERCÍCIO | FOLHA | PLANO NÚMERO |
|---|---|---|---|
| | 2017 | - 3 - | |

## *AÇÃO Nº. 02 - AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO.*

| Meta. | Fase. | Especificação | Código Despesa | Unidade | Quantidade | Vlr Unitário | Vlr Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | 01 | Material farmacológico | 3390300900 | - | 10 | 5.465,00 | 54.650,00 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | |

| PLANO DE TRABALHO | EXERCÍCIO | FOLHA | PLANO NÚMERO |
|---|---|---|---|
| | 2017 | - 4 - | |

## *AÇÃO Nº. 03 – SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA FÍSICA. (ANUAL)*

| Meta. | Fase. | Serviços. | Unidade | Quantidade | Vlr Unitário | Vlr Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| - | - | - | - | - | - | - |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | |

| PLANO DE TRABALHO | EXERCÍCIO | FOLHA | PLANO NÚMERO |
|---|---|---|---|
| | 2017 | - 5 - | |

## *AÇÃO Nº. 04 – SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA. (ANUAL)*

| Meta. | Fase. | Serviços. | Unidade | Quantidade | Vlr Unitário | Vlr Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | 01 | Tarifas bancárias | - | 10 | 35,00 | 350,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | |

| PLANO DE TRABALHO | EXERCÍCIO | FOLHA | PROCESSO Nº. (PARA USO DA PMC). |
|---|---|---|---|
| | 2017 | | |

**4 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO.**

* (R$)

| CLASSIFICAÇÃO DE DESPESA. | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MATERIAL DE CONSUMO. | 0,00 | 0,00 | 5.465,00 | 5.465,00 | 5.465,00 | 5.465,00 |
| SERV. TERCEIROS P. FÍSICA | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| SERV. TERCEIROS P. JURÍDICA | 0,00 | 0,00 | 35,00 | 35,00 | 35,00 | 35,00 |
| SUBTOTAL | 0,00 | 0,00 | 5.500,00 | 5.500,00 | 5.500,00 | 5.500,00 |

| CLASSIFICAÇÃO DE DESPESA. | JULHO | AGOSTO | SETEMBRO | OUTUBRO | NOVEMBRO | DEZEMBRO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MATERIAL DE CONSUMO. | 5.465,00 | 5.465,00 | 5.465,00 | 5.465,00 | 5.465,00 | 5.465,00 |
| SERV. TERCEIROS P. FÍSICA | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| SERV. TERCEIROS P. JURÍDICA | 35,00 | 35,00 | 35,00 | 35,00 | 35,00 | 35,00 |
| SUBTOTAL | 5.500,00 | 5.500,00 | 5.500,00 | 5.500,00 | 5.500,00 | 5.500,00 |

Valor total: R$ 55.000,00

* Declaro para os devidos fins junto a Prefeitura Municipal de Cambé, que os preços constantes nas Planilhas de Aplicação dos Recursos estão compatíveis com os praticados no mercado.

| DATA | ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE |
|---|---|
| 30/03/2017 | Francisco Ontivero |

| PLANO DE TRABALHO | EXERCÍCIO | FOLHA | PROCESSO Nº. (PARA USO DA PMC). |
|---|---|---|---|
| | 2017 | 7 | |

**5 – DECLARAÇÃO.**

Em atendimento ao Decreto nº. 93.872 de 23 de dezembro de 1986, Art. 60, § 3º. Declaro para fins de prova junto a PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMBE - ESTADO DO PARANÁ, que a entidade INSTITUTO DE CÂNCER DE LONDRINA, inscrita no CNPJ sob. Nº. 78.633.088/0001-76, cumpre integralmente com os requisitos abaixo relacionados:

a) Fundada em data anterior a 31/12/2003 e organizada antes de 31/12/2004;
b) Não constitui patrimônio de indivíduo;
c) Dispõe de patrimônio ou renda regular;
d) Não dispõe de recursos próprios suficientes à manutenção ou ampliação de seus serviços;
e) Prova de seu regular funcionamento e de regularidade de mandato de sua diretoria;
f) Considerada em condições de funcionamento satisfatório pelo órgão competente de fiscalização;
g) Prestou contas da aplicação de subvenção ou auxílio anteriormente recebido, e não possui em sua prestação de contas indicação de vício insanável;
h) Não sofreu penalidade de suspensão de transferências da União, por determinação ministerial, em virtude de irregularidade verificada em exame de auditoria.
i) Não distribui rendas, pagamento de honorários, gratificações, comissões ou representações à dirigentes da entidade.

**5 – APROVAÇÃO PELO CONSELHO:**

Aprovado em ___/____/_____.

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CONSELHO

**6 – APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE:**

APROVADO em ____/____/_____.

ASSINATURA DO CONCEDENTE.

| DATA | ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE |
|---|---|
| 28/04/2017 | Francisco Ontivero |

Hospital do Câncer de Londrina

## IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

**1.1– Nome da Instituição:**

Instituto de Câncer de Londrina / Hospital do Câncer de Londrina

**1.2– Endereço:**

Rua Lucilla Ballalai, 212, Jd. Petrópolis, Londrina-PR
CEP: 86015-520
Site: www.hcl.org.br
E-mail da instituição: gaepadm@hcl.org.br
Telefone da Instituição: (43) 3379-2647

**1.3– Vigência do mandato da diretoria atual**: 18/04/2016 à 18/04/2019

Nome do representante legal: Francisco Ontivero

RG: 213.204-4
CPF: 115.577.969-04
Fone: (43) 3379-2615
Cel.:(43) 99132-2626

**1.4- Cadastro Nacional de pessoa jurídica:**

Nº do CNPJ:78.633.088/0001-76
Data da abertura no CNJP: 14/10/1969
Atividade econômica principal: atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto socorro e unidades para atendimento a urgências.
Atividade econômica secundária: não se aplica

**1.5- Inscrição em conselhos:**

( x ) CMAS
( ) CMDCA
( x ) Saúde
( ) Idoso
( ) Segurança Alimentar
( ) Educação
( ) Cultura

**1.6- Possui Certificação no CEBAS**

( x ) Sim ( ) Não

Hospital do Câncer de Londrina

Em que Área: Área de saúde

## 2 – UNIDADE EXECUTORA

**2.1 – Nome**: não se aplica

**2.2 – Endereço**:
Bairro:
CEP:
Telefone da unidade executora
FAX:
E-mail da unidade executora
Nº CNPJ:
Data da Abertura do CNPJ:

CONTA BANCARIA EXPECIFICA PARA REBER A SUBVENÇÃO MUNICIPAL

Banco (instituição financeira pública): Banco do Brasil
Agência: 3407-X
Conta Corrente: 90469-4

**2.3 – Imóvel onde funciona o serviço é:**

( x ) Próprio
( ) Cedido ( ) Público ( ) Particular
( ) Alugado

**2.4– A unidade executora fica aberta quantas horas por semana:**

( ) até 20 horas
( ) de 21 a 39 horas
( ) 40 horas
( ) mais de 40 horas
( x ) ininterrupto ( 24/dia, 7 dias/semana)

**2.5– Quais dias da semana a unidade executora funciona?**

( x ) Segunda – feira
( x ) Terça – feira
( x ) Quarta – feira
( x ) Quinta –feira
( x ) Sexta - feira
( x ) Sábado

( x ) Domingo

**2.6– Identificação** :

**2.6.1 - Política Pública**:

( x ) Saúde ( ) Educação ( ) Assistência Social ( ) Cultura
( ) Segurança Alimentar ( ) idoso ( ) criança

**2.6.2 - Entidade de**:

( ) Assessoramento ( x ) Atendimento ( ) Garantia de Direitos

**2.6.3 - Nível de Proteção:**

( ) Proteção Básica ( ) Especial de Media Complexidade
( x ) Especial de Alta Complexidade

**2.7 - Serviço** :

( ) Serviço de convivência e fortalecimento de Vínculos;

( ) Serviço de Acolhimento Institucional;
- ( ) Casa Lar
- ( ) Longa Permanência
- ( ) Casa de Passagem
- ( ) Abrigo Institucional

( ) Serviço Especializado em abordagem social ;

( ) Serviço de proteção social especial para pessoas com deficiência idosos e suas famílias;

( ) Serviço de Acolhimento em Republica;

( ) Serviço de proteção em situação de Calamidade publica e emergência;

( ) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora ;

( ) Serviço de atenção residencial e transitório ( comunidades terapêuticas);

( ) Serviço e acolhimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substancias psicoativas;

Hospital do Câncer de Londrina

( ) Prevenção e controle de zoonoses / castração / promoção do bem estar animal;

( ) Segurança Alimentar e Nutricional;

( ) Serviço de Nutrição e alimentação Saudável;

( ) Centro- Dia para Crianças de 0 a 5 anos;

( ) Serviço de Promoção do acesso a Cultura Esporte e lazer;

Outros especificar:

Diagnóstico e tratamento especializado de pacientes portadores de câncer.

**2.8 - Coordenador Técnico / Responsável Técnico**

Nome :Claudio Clementino Camacho Biazin
CPF: 277.724.469-34
RG: 755.245-9 SSP/PR
Numero do registro Profissional: 4985
Telefone de contato: (43) 3379-2615
Cel.: (43) 999388619
Email:cdbaizin@yahoo.com.br

**2.9 - Responsável Administrativo**

Nome : Edmilson da Silva Garcia
CPF: 349.844.882-04
RG:369.726 SSP/RO
Numero do registro Profissional: 3052
Telefone de contato: (43) 3376-2615
Cel.: (43) 99998-3755
Email: admicl@hcl.org.br

**2.10- Responsável pela Prestação de Contas / Escritório ou Contador:**

Nome: Susana S. de Oliveira Malanga
CPF: 016.452.539-45
RG: 6.951.991-1
Numero do registro Profissional: 2439
Telefone de contato: (43) 3379-2647
Cel.: (43) 98402-3376
Email: gaepadm@hcl.org.br

Hospital do Câncer de Londrina

## 3 – DEFINIÇÃO DO OBJETO

### 3.1- Descrição:

Transferência de recursos financeira para auxilio no custeio de aquisição de material farmacológico, visando o atendimento de aproximadamente 2.000 pacientes residentes e domiciliados em Cornélio Procópio, na prevenção, diagnóstico, tratamento e pesquisas no campo de neoplasias malignas.

### 3.2- Objetivos e Finalidades:

Tendo em vista que 94,79% dos atendimentos é destinado a pacientes do SUS, o que ocasiona um déficit mensal, pois os recursos repassados pelo SUS não são suficientes para arcar com todas as despesas da instituição, diante do exposto, o hospital necessita de recursos advindos de convênios firmados com os órgãos públicos e subvenções sociais para continuar prestando um atendimento digno e humano a toda essa população.

### 3.3- Justificativa:

O Instituto de Câncer de Londrina, fundado em 08/11/1965, é uma entidade filantrópica sem fins lucrativos, reconhecida com título de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal, tem por finalidade a prevenção, diagnóstico, tratamento e pesquisa no campo de neoplasias malignas, sendo o único hospital especializado em oncologia da região com suporte para prestar tratamento necessário aos pacientes beneficiários do SUS. O hospital possui 128 leitos para internação e presta atendimento a toda à região macro-norte do estado do Paraná.

### 3.4- Metas:

Aquisição de material farmacológico, de acordo com o cronograma de repasse, observando os princípios da economia, isonomia e transparência.

### 3.5 - Avaliação:

A Avaliação se dará mediante a apresentação de pesquisas de preços realizadas para a aquisição do objeto, de forma bimestral ao Município e a prestação de contas no SIT/TCE.

## 4- Cronograma:

| | |
|---|---|
| Inicio: março/2017 | Término: dezembro/2017 |

Hospital do Câncer de Londrina

## 4.1 – Cronograma de execução resumido - metas, etapas e duração:

| Meta | | Especificação | Indicador Físico | | Duração | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Etapa | | Unidade | Quantidade | Início | Término |
| 1 | 1 | Material Farmacológico | Meses | 10 | 03/2017 | 12/2017 |
| 2 | 1 | Serviços Bancários | Meses | 10 | 03/2017 | 12/2017 |

## 4.2 – Cronograma de Desembolso – Repasses (concedente):

| Parcela | Valor | Mês do repasse |
|---|---|---|
| 1º | 10.000,00 | 03/2017 |
| 2º | 10.000,00 | 05/2017 |
| 3º | 10.000,00 | 07/2017 |
| 4º | 10.000,00 | 09/2017 |
| 5º | 10.000,00 | 11/2017 |

## 4.3 - Plano de Aplicação – despesa por natureza:

| Meta | Natureza da despesa | Total | Concedente | Proponente |
|---|---|---|---|---|
| | Especificação | | | |
| 1 | Material Farmacológico | R$ 40.600,00 | R$ 40.600,00 | 0,00 |
| 2 | Serviços Bancários | R$ 400,00 | R$ 400,00 | 0,00 |
| **Total geral** | | **R$ 50.000,00** | **R$ 50.000,00** | **0,00** |

Hospital do Câncer de Londrina

## 5 - Aprovação do conselho competente

Informamos que o presente Plano de Trabalho recebeu previa e expressa aprovação pelo Conselho de Política Pública competente, qual seja o conselho Municipal de _____.

Nº da Ata:_____.

Data da Ata: _____.

_____

Assinatura do Presidente do Conselho

## 6- Declaração

## 7- Aprovação pelo concedente

Aprovado:

Cornélio Procópio, _____de _____de 2017.

**Prefeitura Municipal de Cambé**

ESTADO DO PARANA

Recebi em 04/04/2017

Vanessa C. T. Ruiz Rizaia
Assistente Administrativo
Prefeitura de Cambé

# TERMO DE CONVÊNIO Nº02/2017-PMC

TERMO DE CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE **CAMBÉ** E O **ICL - INSTITUTO DO CANCER DE LONDRINA** VISANDO A MANUTENÇÃO DE FORMA COMPLEMENTAR, DOS SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS A COMUNIDADE.

O **MUNICÍPIO DE CAMBÉ** – Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público Interno, estabelecido a Rua Otto Gaerthner, 65 - centro, município de Cambé – Estado do Paraná, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob nº. 75.732.057/0001-84, neste ato representado pelo Prefeito,o Sr. José do Carmo Garcia, brasileiro, inscrito no CPF/MF sob nº. 188.663.609-53 e RG nº. 816.262-0 SSP/PR, residente e domiciliado na Rua França nº 199 Apto 502, município de Cambé/PR, doravante denominado MUNICÍPIO e o **ICL - INSTITUTO DO CANCER DE LONDRINA**, Pessoa Jurídica de Direito Privado Sem Fins Lucrativos, devidamente inscrito no CNPJ/MF sob nº.78.633.088/0001-76, com sede na Rua Lucilla Ballalai nº 212, Jd Petrópolis, CEP: 86.015-520, no município de Londrina – Estado do Paraná, telefones: (43) 3379-2647 / (43) 3379-2698, e-mail: secretariaicl@sercomtel.com.br, neste ato representada por seu Presidente, o Sr. Francisco Ontivero, portador da Carteira de Identidade RG nº.213.204 SSP-SP, inscrito no CPF/MF sob o nº. 115.577.969-04, residente e domiciliado na Rua Tupi, nº 240, Apto. 601, Centro, CEP: 86.020-350, no município de Londrina, doravante denominado ENTIDADE, tendo como justo e acordado, celebram o presente Termo de Convênio, conforme autorização da Lei Orçamentária nº 2819 de 06 de Dezembro de 2016, às quais os convenentes desde já se sujeitam e, resolvem de comum acordo pactuar obrigações recíprocas através do presente Termo, mediante as cláusulas e condições a seguir:

## CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO.

O presente Termo de Convênio tem por objeto o repasse financeiro de recursos que se destina a contribuir, de forma complementar, ao custeio das despesas de manutenção no atendimento de prevenção, diagnóstico, tratamento e pesquisa de neoplasias malignas, durante o exercício de 2017.

## CLÁUSULA SEGUNDA – DA FISCALIZAÇÃO.

A fiscalização e acompanhamento da execução do objeto constante do presente Termo ficarão a cargo da Prefeitura Municipal de Cambé, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, pela servidora pública municipal a Sra. Ana Maria Chinaglia Bavia, portadora do CPF nº 659.064.209-59, e-mail: atencaoespecializada@cambe.pr.gov.br / licitacaosaude@cambe.pr.gov.br.

### PARAGRAFO PRIMEIRO.

A fiscalização e acompanhamento a que se refere o caput da cláusula segunda serão feitas "in loco", nas entidades tomadoras de recursos públicos com emissão do Termo de Acompanhamento e Fiscalização, datado e assinado pelo responsável da avaliação das metas. No encerramento do Termo de Convênio, deverá ser emitido o Certificado de Cumprimento dos Objetivos, o qual certifica o cumprimento integral do objeto do Termo de Transferência.

### PARAGRAFO SEGUNDO.

Os conselhos municipais terão ciência das avaliações técnica feitas pelo servidor público Municipal que foi designado para a fiscalização e acompanhamento das metas e das ações desenvolvidas pelas entidades conveniadas, e poderão solicitar quando necessário, a suspensão dos repasses, nos casos de não cumprirem os planos de trabalho anteriormente aprovados.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E COMPETÊNCIAS.

1) - Obrigações e competência do Município:

a) Repassar os recursos financeiros a Entidade;
b) Orientar quanto á aplicação dos recursos;
c) Acompanhar e avaliar a execução dos objetivos propostos;
d) Publicar o extrato do Convênio.

2) - Obrigações e competência da Entidade.

a) Receber os recursos e aplicá-los de acordo com as regras deste Termo, com base no plano de trabalho previamente aprovado;
b) Atender prontamente, solicitação feita pelo Município;
c) Prestar contas do recurso recebido, conforme cláusula sétima deste termo;
d) Apresentação dos seguintes documentos:

I - Ato constitutivo do tomador dos recursos e comprovante de sua inscrição no CNPJ;

II - Comprovante dos poderes de representação daqueles que firmarão o termo de transferência;

III - Certidão expedida pelo Tribunal de Contas para obtenção de recursos públicos;

IV - Certidão ou documento equivalente, atestado que o interessado está em dia com o pagamento dos tributos, empréstimos e financiamentos devidos ao concedente;

V - Certidão ou documento equivalente, expedido pelo concedente atestanto que o interessado está em dia com as prestações das contas de transferência dos recursos dele recebidos;

VI - Certidão negativa específica emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil quanto à inexistência de débitos perante a seguridade social;

VII - Certidão negativa conjunta emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional quanto aos demais tributos;

VIII - Certificado de regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS;

IX - Certidão negativa de débitos trabalhistas exigível, nos termos da Lei 12.440/2011;

X - Certidão de Débitos Tributários e de Dívida Ativa Estadual;

XI - Título de reconhecida utilidade pública no âmbito do concedente, para as entidades privadas tomadoras de recursos.

CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

O Município transferirá, através do presente Termo de Convênio, a conta corrente específica da Entidade, a importância de **R$ 55.000,00 (cinquenta e cinco mil reais)**, de acordo com o orçamento do Município.

PARÁGRAFO PRIMEIRO.

Os montantes repassados, enquanto não utilizados deverão obrigatoriamente ser aplicados em caderneta de poupança de instituição financeira oficial caso a sua previsão de utilização seja igual ou superior a (30) trinta dias, ou em fundo de aplicação financeira de curto prazo, ou operação de mercado aberto lastreada em título da dívida pública federal, quando a utilização dos mesmos estiver prevista para prazos menores.

PARÁGRAFO SEGUNDO.

Quando houver pagamento de parcelas em atraso a entidade poderá utilizar-se de ressarcimento, utilizando as despesas realizadas no mês a que se refere o cronograma de pagamento, porém, o recurso próprio deve ser movimentado na conta específica deste convênio.

PARÁGRAFO TERCEIRO.

Caso a entidade não utilizar os recursos recebidos durante o exercício financeiro, o saldo deverá ser devolvido até 30 dias após o encerramento da vigência, através de recolhimento aos cofres do tesouro Municipal.

CLÁUSULA QUINTA - CLASSIFICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS E ORÇAMENTÁRIOS.

As despesas decorrentes da execução deste Termo de Convênio correrão à conta da dotação orçamentária do Município nº 11.02.10.302.0006 2060 – 335043 – fonte 000.

CLÁUSULA SEXTA – DA EXECUÇÃO.

As despesas realizadas com material de consumo, serviços de terceiros de pessoa física ou jurídica, exceto aqueles realizados por concessionárias de água, luz, telefone ou do gênero, deverão ser obrigatoriamente efetuados no mínimo três (03) orçamentos para a realização da despesa. Esses orçamentos não necessitam acompanhar a prestação de contas, porém, deverão permanecer arquivados na Entidade por um período de no mínimo 10 (dez) anos.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas que trata do repasse financeiro realizado pelo Município, fica condicionada a aplicação das normas impostas pela resolução n.º 28/2011 regulamentada pela instrução normativa nº. 61/2011 e suas alterações, elaboradas pelo Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

PARÁGRAFO PRIMEIRO.

A prestação de contas deverá ser apresentada de forma física e simplificada, como segue:

a. Ofício (protocolado junto a PMC)
b. Conciliação Bancária, quando houver;
c. Extratos Bancários da movimentação dos recursos em conta específica;
d. Extratos de aplicação financeira;
e. Documentos Correspondentes as Despesas em vias originais.

PARÁGRAFO SEGUNDO.

O Município, após ter analisado a referida Prestação de Contas, devolverá à Entidade para que a mesma seja arquivada por prazo mínimo de 10 (dez) anos, a contar da data de sua aprovação.

PARÁGRAFO TERCEIRO.

Os documentos fiscais, comprovantes ou relatórios alusivos à comprovação das despesas, deverão:

1) As notas fiscais de compras ou serviços deverão conter em seu verso o atestado de recebimento assinado e datado pelo recebedor devidamente identificado pelo nome e função que ocupa dentro da Entidade.

2) Os recibos, caso sejam emitidos por trabalhador ou prestador de serviços sem vinculo empregatício, deverão ser identificados, pelo nome, CPF e RG, com observância nas disposições do Regulamento da Previdência Social.

3) As folhas de pagamento deverão estar devidamente autenticadas pelo órgão bancário ou assinadas pelos seus respectivos beneficiários. (juntar os comprovantes quitados de encargos sociais incidentes sobre os pagamentos).

PARÁGRAFO QUARTO.

Quando a entidade aplicar o recurso em finalidade diversa do Plano de Aplicação, não comprovar o princípio da legalidade, legitimidade, economicidade e da transparência, adquirir bens ou contratar serviços de terceiros, sem a pesquisa de preços, não comprovar a regularidade do fornecedor perante o INSS e FGTS, a penalidade será a devolução do recurso, cabendo multa diretamente ao gestor do recurso e suspensão dos repasses, no caso de reincidência.

PARÁGRAFO QUINTO.

Configurada a utilização do recurso para finalidade diversa da estabelecida, ou qualquer outro motivo identificado na análise da prestação de contas, ficam a Entidade e seu (sua) presidente ou responsável, sujeitos às penalidades cabíveis.

CLÁUSULA OITAVA – TOMADA DE CONTAS ESPECIAL

O não cumprimento das obrigações pactuadas no presente Termo, será instaurada Tomada de Contas Especial, visando a apuração dos fatos, identificação dos responsáveis e quantificação do dano, por solicitação do respectivo ordenador de despesas ou, na sua omissão, por determinação do Controle Interno, quando:

I - não for apresentada a prestação de contas no prazo de até 30 dias concedido em notificação pela concedente;

II - não for aprovada a prestação de contas, apesar de eventuais justificativas apresentadas pelo convenente, em decorrência de:
a) não execução total do objeto pactuado;
b) atingimento parcial dos objetivos avençados;
c) desvio de finalidade;
d) impugnação de despesas;
e) não cumprimento dos recursos da contrapartida; quando pactuada;
f) não aplicação de rendimentos de aplicações financeiras no objeto pactuado.

III - ocorrer qualquer outro fato do qual resulte prejuízo ao erário.
§ 1º A instauração da Tomada de Contas Especial, obedecida a norma específica será precedida ainda de providências saneadoras por parte da concedente e da notificação do responsável, assinalando prazo de, no máximo, 30 (trinta) dias, para que apresente a prestação de contas ou recolha o valor do débito imputado, acrescido de correção monetária, juros de mora, assim como, as justificativas e as alegações de defesa julgadas necessárias pelo notificado, nos casos em que a prestação de contas não tenha sido aprovada.

CLÁUSULA NONA – DA VIGÊNCIA.

Este Termo entrará em vigor na data de sua assinatura extinguindo-se em 31 de dezembro de 2017.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESCISÃO.

O presente instrumento poderá ser denunciado por qualquer participe e rescindido a qualquer tempo, ficando os convenentes responsáveis pelas obrigações e beneficiando-se das vantagens em relação ao tempo em que participaram do presente Termo de Cooperação.

PARÁGRAFO PRIMEIRO.

Constitui-se motivo para rescisão do presente Termo, o descumprimento de qualquer uma das cláusulas pactuadas, ou ainda na:

1) Aplicação dos recursos em desacordo com o plano de aplicação apresentado pela Entidade;

2) Utilização dos recursos com finalidades distintas a do seu objeto.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA MODIFICAÇÃO.

Este Termo poderá ser modificado em qualquer de suas cláusulas, exceto quanto ao seu objeto, mediante Termo Aditivo, dentro do prazo de validade do presente instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO FORO.

Os convenentes, neste ato elegem o Foro da Comarca de Cambé, para dirimir qualquer dúvida ou litígio que porventura possa surgir da execução deste Termo de Cooperação, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, para firmeza do que foi pactuado, assinam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, perante as testemunhas abaixo para que surtam os efeitos jurídicos necessários.

Cambé, 30 de março de 2.017.

**JOSÉ DO CARMO GARCIA**
Prefeito Municipal

**FRANCISCO ONTIVERO**
ICL - Instituto do Câncer de Londrina

**DJAMEDES MARIA GARRIDO**
Secretária Municipal de Saúde Pública

**ANA MARIA CHINAGLIA BAVIA**
Fiscal do Convênio

**Testemunhas:**

1 - _____
Nome: SUSANA MALANGA
CPF nº 016.452.539-45

2 - _____
Nome:
CPF nº

**Prefeitura Municipal de Cambé**

ESTADO DO PARANÁ

# EXTRATO DO TERMO DE CONVÊNIO Nº.02/2.017-PMC

Origem: Procedimento Administrativo nº.28/2.017 – PMC.

Data de Assinatura do Convênio: 30 de março de 2.017.

Convenente: MUNICÍPIO DE CAMBÉ.

Entidade: ICL - INSTITUTO DO CANCER DE LONDRINA.

Objeto: Repasse financeiro de recursos que se destina a contribuir, de forma complementar, ao custeio das despesas de manutenção no atendimento de prevenção, diagnóstico, tratamento e pesquisa de neoplasias malignas, durante o exercício de 2017.

Valor Global Estimado: R$55.000,00 (cinquenta e cinco mil reais).

Prazo de Vigência: 31 de dezembro de 2017.

Foro: Comarca de Cambé, Estado do Paraná.

ASSINATURAS:

**JOSÉ DO CARMO GARCIA**
Prefeito Municipal

**FRANCISCO ONTIVERO**
ICL - Instituto do Câncer de Londrina

**DJAMEDES MARIA GARRIDO**
Secretária Municipal de Saúde Pública