



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR

CEP 13190-000 - ESTADO DE SÃO PAULO - CNPJ: 45.787.652/0001-56 - TELEFONE PABX (0XX19) 3879-9000
www.montemor.sp.gov.br - pmmm@montemor.sp.gov.br

LEI nº 1058, de 23 de outubro de 2003.

(Dispõe: sobre autorização para o Poder Executivo firmar convênio com o Sindicato Rural de Monte Mor, para prestação de serviços odontológicos à população SUS dependente deste Município).

Dr. NABIH ASSIS, Prefeito Municipal de Monte Mor, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais,

FAZ SABER que a Câmara Municipal aprovou e ele Sanciona e Promulga a seguinte

L E I

Artigo 1º = Fica o Poder Executivo autorizado a firmar convênio, nos termos da minuta anexa, com o Sindicato Rural de Monte Mor para a prestação de serviços odontológicos à população SUS dependente, conforme os procedimentos normatizados pelo Ministério da Saúde.

Artigo 2º = O convênio de que trata o artigo 1º terá vigência de até 01 (um) ano, cessando seus efeitos com a instalação do centro odontológico, pelo Município.

Artigo 3º = As despesas decorrentes da execução do convênio serão atendidas por dotações próprias do orçamento vigente e futuro, mediante repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde, complementados se necessário pela Prefeitura Municipal, através de dotações da Secretaria Municipal da Saúde e Higiene Pública.

Artigo 4º = O valor destas despesas estão fixadas em R\$ 1.400,00 (um mil e quatrocentos reais) por mês, pelo período de 01 (um) ano.

Artigo 5º = Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR, em 23 de outubro de 2003.


Dr. NABIH ASSIS
Prefeito Municipal

Registrada em livro próprio, enviada ao Serviço Registral e Notarial de Monte Mor, e afixada em local de costume do Paço Municipal na data supra.


Lúcia Aparecida Pereira Albrecht
Secretária da Administração



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR

CEP 13190-000 - ESTADO DE SÃO PAULO - CNPJ: 45.787.652/0001-56 - TELEFONE PABX (0XX19) 3879-9000
www.montemor.sp.gov.br - pmmm@montemor.sp.gov.br

CONVÊNIO

ENTIDADES HOSPITALARES SEM FINS LUCRATIVOS

Filantrópicas

PROCESSO Nº:

Convênio de Assistência à Saúde, que entre si celebram a Prefeitura Municipal de Monte Mor, com a interveniência da Secretaria Municipal de Saúde e Higiene Pública e o SINDICATO RURAL DE MONTE MOR.

Pelo presente instrumento, os abaixo-assinados, de um lado a Prefeitura Municipal de Monte Mor, com sede na R. Dr. Mansour Assis 199, neste ato representada pelo seu Prefeito Municipal, Dr Nabih Assis, brasileiro, casado, advogado, portador da Cédula de Identidade RG nº 3.153.088/SSP/SP, e CPF/MF nº 234.685.488-34, daqui por diante denominada **PREFEITURA** e, de outro lado, o(a) SINDICATO RURAL DE MONTE MOR CGC/MF nº 4.631.16610001-81, inscrita no CREMESP sob no 03.073, com endereço na cidade de MONTE MOR na Rua JOAO FERREIRA DE AGUIRRA, nº 22, e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas de Capivari, em 06/11/86, sob no 3879 neste ato representado(a) por seu PRESIDENTE, Candido Luis Bueno de Oliveira casado, Engenheiro Agrônomo, RG nº 9.430.163 e CPF/MF nº 060.518.508-56, doravante denominado(a) **CONVENIADO**, tendo em vista o que dispõe sobre a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e seguintes; a Constituição Estadual em especial os seus artigos 218 e seguintes; as Leis no 8080/90 e 8142/90, a Lei Federal no 8666/93, atualizada pela Lei Federal. no 8883/94 e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, têm entre si, justo e acordado, o presente Convênio de assistência integral à saúde, na forma e nas condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA **DO OBJETO**

O presente **CONVÊNIO** tem por objetivo a execução, pelo **CONVENIADO**, de serviços ODONTOLÓGICOS a serem prestados a qualquer indivíduo que deles necessite.

§ 1º Os serviços ora conveniados compreendem:

I - O atendimento ambulatorial, que compreende a assistência medicamentosa, quando necessária, além de tudo o mais imprescindível ao adequado atendimento de cada caso, será efetuado até o Limite constante da Programação Físico Orçamentária - FPO, anexa, respeitados os parâmetros definidos pela **PREFEITURA**.

§ 2º - Os Serviços ora conveniados estão referidos a uma base territorial populacional., conforme Plano Municipal de Saúde, o serão ofertados com base nas indicações técnicas do planejamento da saúde mediante compatibilização das necessidades da demanda e a disponibilidade de recursos financeiros do SUS.

§ 3º - Os serviços ora **CONVENIADOS** compreendem a utilização, pelos usuários do SUS/SP, da capacidade instalada (do **CONVENIADO**, incluídos os equipamentos ODONTOLÓGICOS, de modo que a utilização desses equipamentos para atender clientela particular, incluída a proveniente de convênios com Entidades Privadas será permitida desde que mantida a disponibilidade de sua utilização em favor da clientela universalizada em, pelo menos, 60% (sessenta por cento) dos serviços prestados.

CLAUSULA SEGUNDA **DAS ESPÉCIES DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA**

Para o cumprimento do objeto deste convênio, o **CONVENIADO** se obriga a oferecer ao paciente os recursos necessários ao seu atendimento, conforme discriminação abaixo:

- I - Assistência odontológica, com realização de todos os procedimentos específicos, incluindo os de rotina, urgência ou emergência,
- II - Assistência técnico-profissional,
- III - Todos os recursos disponíveis, na instituição conveniada, de diagnóstico e tratamento necessários ao atendimento dos usuários do SUS;

CLÁUSULA TERCEIRA **OBRIGAÇÕES DO CONVENIADO**

Os serviços ora conveniados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento do **CONVENIADO** nas dependências do **CONVENIADO** para prestar serviços.

§ 1º - Para os efeitos deste convênio, consideram-se profissionais do próprio estabelecimento **CONVENIADO**.

- 1 - o membro do seu corpo clínico;
- 2 - o profissional que tenha vínculo de emprego com o **CONVENIADO**.
- 3 - O profissional autônomo que, eventualmente ou permanentemente, presta serviços ao **CONVENIADO** ou, se por este autorizado.

§ 2º - Equipara-se ao profissional autônomo no item 3 a empresa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerça atividade na área de saúde.

§ 3º - - é vedada a cobrança por serviços odontológicos e outros complementares da assistência devida ao paciente; o **CONVENIADO** responsabilizar-se-á por cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste **CONVÊNIO**; e

§ 4º – Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidos pela **PREFEITURA** sobre a execução do objeto deste **CONVÊNIO**, os **CONVENIENTES** reconhecem a prerrogativa de controle e a autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS, decorrente da Lei número 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo específico, ou de notificação dirigida ao Conveniado.

§ 5º – É de responsabilidade exclusiva e integral do **CONVENIADO** a utilização de pessoal para execução do objeto deste **CONVÊNIO**, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a **PREFEITURA** ou para o **Ministério da Saúde**.

§ 6º – O **CONVENIADO** fica exonerado da responsabilidade pelo não atendimento de paciente, amparado pelo SUS, na hipótese de atraso superior a 90 (noventa) dias no pagamento devido pelo Poder Público, ressalvadas as situações de calamidade pública ou grave ameaça de ordem interna ou as situações de urgência ou emergência.

CLAUSULA QUARTA **OUTRAS OBRIGAÇÕES DO CONVENIADO**

O **CONVENIADO** ainda se obriga a:

I – Manter sempre atualizado o prontuário odontológico dos pacientes e o arquivo, pelo prazo de 05 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;

II – Não utilizar, nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

III – Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;

IV – Afixar aviso, em local visível, de sua condição de entidade integrante do SUS, da gratuidade dos serviços nessa condição, e que os atendimentos serão ressarcidos pela Prefeitura Municipal;

V – Admitir, em suas dependências, para realizar atos profissionais com utilização da infra-estrutura odontológica, desde que respeitadas as exigências contidas no regimento interno, o profissional autônomo contratado diretamente pela **PREFEITURA**, nos termos da **CLÁUSULA TERCEIRA**;

VI – Justificar ao paciente ou a seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste **CONVÊNIO**;

VII – Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

VIII – Respeitar a decisão de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

IX – Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;

X – Notificar a **PREFEITURA**, de eventual alteração de seus Estatutos ou de sua Diretoria, enviando-lhe, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos; e

XI – O **CONVENIADO** se obriga a manter pelo menos um cirurgião dentista no período compreendido entre 18:00 e 22:00 horas;

XII – O CONVENIADO fica obrigado a fornecer, ao paciente, relatório do atendimento prestado, que será ressarcido pelo Ministério da Saúde, de acordo com a tabela do SUS, pelo atendimento prestado,

§ 1º – O cabeçalho do documento conterá o seguinte esclarecimento:

“Esta conta deverá ser paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais”

§ 2º – O **CONVENIADO** deverá, quando do fornecimento do relatório do atendimento prestado pelo SUS, colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do documento, que deverá ser arquivado no prontuário, devendo, este, ser arquivado pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei.

CLAUSULA QUINTA

DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CONVENIADO

O **CONVENIADO** é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado ao **CONVENIADO** o direito de regresso.

§ 1º - A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste CONVÊNIO pelos Órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade do **CONVENIADO** nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos e de mais legislação existente.

§ 2º - A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços, nos estritos termos do art. 14 da Lei 8078, de 11/09/1990 (Código de Defesa do Consumidor).

CLÁUSULA SEXTA

DO PREÇO

O **CONVENIADO**, receberá mensalmente do órgão responsável pelos pagamentos, a importância referente aos serviços conveniados, efetivamente prestados, de acordo os valores unitários de cada procedimento, previstos na Tabela do SIA/SUS/MS.

§ 1º - As despesas decorrentes do atendimento ambulatorial e SADT, consignados no Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS têm o valor estimado para o corrente exercício, em R\$ 4.200,00 (QUATRO MIL E DUZENTOS REAIS), correspondente a R\$ 1.400,00 (HUM MIL E QUATROCENTOS REAIS), mensais.

§ 2º – Além dos recursos financeiros destacados nesta cláusula e necessários à abertura das despesas previstas neste CONVÊNIO, sob responsabilidade orçamentária do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, a **PREFEITURA**, poderá repassar, ao **CONVENIADO**, recursos complementares, mediante termos aditivos que integrarão o presente para todos os efeitos e consignarão as épocas, valores e formas dos repasses devidos em função do desenvolvimento tecnológico, do grau de complexidade da assistência prestada, da introdução e adequação de novas tecnologias e do desempenho assistencial e gerencial.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR

CEP 13190-000 - ESTADO DE SÃO PAULO - CNPJ: 45.787.652/0001-56 - TELEFONE PABX (0XX19) 3879-9000
www.montemor.sp.gov.br - pmmm@montemor.sp.gov.br

§ 3º – Os valores estipulados nesta cláusula, Parágrafo 1º, serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde.

CLÁUSULA SÉTIMA **DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

As despesas dos serviços realizados por força deste **CONVÊNIO**, nos termos e limites do documento “**Autorização de Pagamento**” fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde, correrão no presente exercício, à conta de dotação consignada no orçamento da Secretaria Municipal de Saúde, com a seguinte Classificação Orçamentária:

I – atividades constantes do Fundo Municipal de Saúde
07.02.00/13.75.428.2.27

§ 1º – A Secretaria Municipal de Saúde, mediante Autorização de Pagamento é a unidade orçamentária responsável pelo pagamento de serviços conveniados até o montante declarado em documento administrativo – financeiro por ele fornecido à **PREFEITURA**.

§ 2º – Nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão à conta das dotações próprias que forem aprovadas para os mesmos no orçamento da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA OITAVA **DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

O preço estipulado neste convênio será pago da seguinte forma:

I – A Entidade Conveniada apresentará, mensalmente, à Prefeitura, as faturas e os documentos referentes aos serviços conveniados efetivamente prestados, obedecendo, para tanto, o procedimento e os prazos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde;

II – A Prefeitura, por sua vez, revisará as faturas e documentos da Entidade Conveniada, para depois encaminhá-los ao Órgão responsável pelo pagamento, observando, para tanto, as diretrizes e normas emanadas pelo próprio Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde, nos termos das respectivas competências e atribuições legais;

III – Para fins de prova da data de apresentação das contas e observância dos prazos de pagamento será entregue, ao **CONVENIADO**, recibo, assinado ou rubricado pelo servidor da **PREFEITURA**, com aposição do respectivo carimbo funcional;

IV – As contas rejeitadas pelo serviço de processamento de dados, ou pela conferência técnica e administrativa, serão devolvidas ao **CONVENIADO** para as correções cabíveis, devendo ser apresentadas no prazo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde. O documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original, devidamente inutilizado por meio de carimbo, quando cabível;

V – Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas, por culpa da **PREFEITURA**, esta garantirá ao **CONVENIADO** o pagamento, no prazo avençado neste **CONVÊNIO**, pelos valores do mês imediatamente anterior acertando-se as diferenças que



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR

CEP 13190-000 - ESTADO DE SÃO PAULO - CNPJ: 45.787.652/0001-56 - TELEFONE PABX (0XX19) 3879-9000
www.montemor.sp.gov.br - pmmm@montemor.sp.gov.br

houver, no pagamento seguinte, mas ficando a Prefeitura exonerada do pagamento de multa e sanções financeiras;

VI – As contas rejeitadas quanto ao mérito serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação e controle do SUS;

CLÁUSULA NONA **DA OBRIGAÇÃO DE PAGAR**

O cumprimento pela **PREFEITURA** da obrigação de repassar os recursos correspondentes aos valores constantes deste convênio estão condicionados às transferências feitas pelo **MINISTÉRIO DA SAÚDE** ao **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**.

Parágrafo único – A **PREFEITURA** responderá pelos encargos financeiros assumidos além do limite dos recursos que lhe são destinados, ficando o **MINISTÉRIO DA SAÚDE** exonerado do pagamento de eventual excesso.

CLAUSULA DÉCIMA **DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO**

A execução do presente convênio será avaliada pelos órgãos competentes do SUS, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusula e condições estabelecidas neste convênio, a verificação do movimento ambulatorial e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

§ 1º – Poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada.

§ 2º – Anualmente, a **PREFEITURA** vistoriará as instalações do **CONVENIADO** para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básica do **CONVENIADO**, comprovadas por ocasião da assinatura deste convênio.

§ 3º – Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do **CONVENIADO** poderá ensejar a não prorrogação deste convênio ou a revisão das condições ora estipuladas.

§ 4º – A fiscalização exercida pela **PREFEITURA** sobre serviços ora conveniados não eximirá o **CONVENIADO** da sua plena responsabilidade perante o **MINISTÉRIO DA SAÚDE/PREFEITURA** ou para com os pacientes e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do convênio.

§ 5º – O **CONVENIADO** facilitará, à **PREFEITURA**, o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da **PREFEITURA** designados para tal fim.

§ 6º – Em qualquer hipótese é assegurado ao **CONVENIADO** amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da lei federal de licitações e contratos administrativos e o direito à interposição de recursos.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR

CEP 13190-000 - ESTADO DE SÃO PAULO - CNPJ: 45.787.652/0001-56 - TELEFONE PABX (0XX19) 3879-9000
www.montemor.sp.gov.br - pmmm@montemor.sp.gov.br

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA **DAS PENALIDADES**

A inobservância, pelo **CONVENIADO**, de cláusula ou obrigação constante deste **CONVÊNIO**, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **PREFEITURA**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 da Lei Federal número 8883/94, combinado com o disposto no parágrafo segundo do artigo 7º da Portaria do MS número 1286/93, ou seja:

- a) Advertência;
- b) Multa;
- c) Suspensão temporária dos atendimentos odontológicos;
- d) Suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar ou conveniar com a Administração por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- e) Declaração de idoneidade para licitar, contratar ou conveniar com a Administração, enquanto perdurarem os motivos da punição, ou até que seja promovida a reabilitação, perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida desde que ressarcida a Administração dos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção mencionada no item c desta cláusula.

§ 1º – A imposição das penalidades previstas nesta Cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu e dela será notificado o **CONVENIADO**.

§ 2º – As sanções previstas na alíneas a, c, d e e desta cláusula poderão se aplicadas juntamente com a alínea b.

§ 3º – Da aplicação das penalidades o **CONVENIADO** terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso dirigido ao Secretário Municipal de Saúde.

§ 4º – A suspensão temporária do atendimento será determinada até que o **CONVENIADO** corrija a omissão ou a irregularidade específica, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias.

§ 5º – O valor da multa que vier a ser aplicada, será comunicado ao **Conveniado** e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos pela **PREFEITURA /FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE** ao **CONVENIADO**, garantindo a este pleno direito de defesa em processo regular.

§ 6º – A imposição de qualquer das sanções estipuladas, nesta cláusula, não ilidirá o direito de a **PREFEITURA** exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal, e/ou ética do autor do fato.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR

CEP 13190-000 - ESTADO DE SÃO PAULO - CNPJ: 45.787.652/0001-56 - TELEFONE PABX (0XX19) 3879-9000
www.montemor.sp.gov.br - pmmm@montemor.sp.gov.br

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA **DA RESCISÃO**

A **RESCISÃO** obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 e 80 da Lei Federal número 8666/93, com as alterações introduzidas pela Lei Federal 8883/94.

§ 1º – O **CONVENIADO** reconhece os direitos da **PREFEITURA**, em caso de rescisão administrativa prevista no parágrafo primeiro do artigo 79 da Lei Federal número 8666/93, alterada pela Lei Federal número 8883/94.

§ 2º – Em caso de rescisão, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 90 (noventa) dias para ocorrer a rescisão. Se neste prazo, o **CONVENIADO** negligenciar a prestação dos serviços ora conveniados, a multa poderá ser duplicada.

§ 3º – Poderá o conveniado, rescindir o presente Convênio no caso de descumprimento, pela **PREFEITURA**, de suas obrigações aqui previstas, em especial, no caso de atraso superior a 90 (noventa) dias dos pagamentos devidos. Caberá ao Conveniado notificar a Prefeitura, formalizando a rescisão e motivando-a devidamente, informando do fim da prestação dos serviços conveniados no prazo de 90 (noventa) dias a partir do recebimento da notificação.

§ 4º – Em caso de rescisão do presente convênio por parte da **PREFEITURA** não caberá ao **CONVENIADO** direito a qualquer indenização, salvo na hipótese do artigo 79, parágrafo segundo, da Lei Federal número 8666/93, alterada pela Lei Federal número 8883/94.

§ 5º – O presente **CONVÊNIO** rescinde os contratos e convênios anteriores, celebrados entre a **PREFEITURA**, a **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE**, o **MINISTÉRIO DA SAÚDE** e o **CONVENIADO**, que tenham como objeto a prestação de serviços de assistência à saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA **DOS RECURSOS PROCESSUAIS**

Dos atos de aplicação de penalidade prevista neste convênio, ou de sua rescisão, praticados pela **PREFEITURA**, cabe recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

§ 1º – Da decisão do Prefeito que rescindir o presente convênio cabe, inicialmente, pedido de reconsideração, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

§ 2º – Sobre o pedido de reconsideração, formulado nos termos do § 1º, o Prefeito deverá manifestar-se no prazo de 15 (quinze) dias e poderá, ao recebê-lo, atribuir-lhe eficácia suspensiva, desde que o faça motivadamente diante de razões de interesse público.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR

CEP 13190-000 - ESTADO DE SÃO PAULO - CNPJ: 45.787.652/0001-56 - TELEFONE PABX (0XX19) 3879-9000
www.montemor.sp.gov.br - pmrmm@montemor.sp.gov.br

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA **DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO**

O prazo de vigência do presente **CONVÊNIO** será de 01 (um) ano.

Parágrafo único – A continuação da prestação de serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao presente, respeitando o prazo de vigência do convênio estipulado no *caput*, fica condicionada à aprovação das dotações próprias para as referidas despesas no orçamento da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA **DAS ALTERAÇÕES**

Qualquer alteração do presente **CONVÊNIO** será objeto de Termo Aditivo, na forma da legislação referente a licitação e contratos administrativos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA **DA PUBLICAÇÃO**

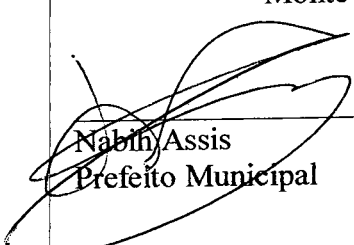
O presente **CONVÊNIO** será publicado, por extrato, no Diário Oficial o Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

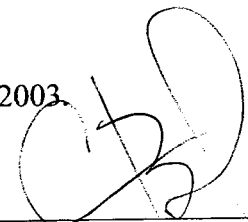
CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA **DO FORO**

As partes elegem o Foro de Monte Mor com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do presente **CONVÊNIO** que não puderem ser resolvidas pelas partes e pelo Conselho Municipal de Saúde.

E, por estarem as partes justas e conveniadas, firmam o presente convênio em 03 (três) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

Monte Mor, 23 de outubro de 2003.


Nabih Assis
Prefeito Municipal


Candido Luis Bueno de Oliveira
Presidente do Sindicato

Testemunhas:

Nome e CPF

Nome e CPF