MENSAGEM Nº 021/2017 **DE 05 DE JULHO DE 2017.**

Excelentíssimo Senhor Presidente,

Encaminhamos para apreciação e aprovação dessa casa legislativa o Projeto de Lei em anexo, que dispõe sobre o Termo Aditivo de Convênio de Cooperação Financeira com a Fundação Médico Assistencial do Trabalhador Rural de Santa Leopoldina.

O Projeto de Lei em referência tem como objeto a transferência de recursos financeiros do Fundo Municipal de Saúde no valor global de **R$ 70.970,47 (setenta mil reais, novecentos e setenta reais, quarenta e sete centavos)** em única parcela.

O presente Aditivo configura em decorrência de aumento de despesas ocasionadas no período de xxx à xxx, tempo esse, que a fundação obteve grande demanda de atendimento de saúde pública, considerando os casos diagnosticados e de suspeita de febre amarela.

Neste sentido, o custeio com manutenção, recursos humanos e procedimentos médicos hospitalares fundou-se a necessidade de equacionar-se e restabelecer-se o desequilíbrio financeiro com esses atendimentos apresentados conforme Plano de Trabalho e Plano de Aplicação.

Sendo assim, resta claro o interesse público presente na medida, razão pela qual solicito dos Nobres Edis imprescindível apoio e colaboração no que diz respeito à sua pronta aprovação.

Certo de que o assunto será acolhido por essa Casa Legislativa, reafirmo, na oportunidade, elevados votos de apreço e consideração.

Atenciosamente,

Câmara Municipal de Santa Leopoldina
Protocolo nº _____
Data 06 / 07 / 2017 às 09:05
Protocolista _____

VALDEMAR LUIZ HORBELT COUTINHO
Prefeito Municipal

PROJETO DE LEI Nº 29 /2017

AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A EFETUAR TERMO ADITIVO NO VALOR DE R$ 70.970,47 (SETENTA MIL, NOVECENTOS E SETENTA REAIS, QUARENTA E SETE CENTAVOS), AO CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO FINANCEIRA Nº 002/2017 DA FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTENCIAL DO TRABALHADOR DE SANTA LEOPOLDINA ORIUNDO DO PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 002740/2016 VISANDO A CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES.

O PREFEITO MUNICIPAL DE SANTA LEOPOLDINA, ESTADO DO ESPÍRITO SANTO FAÇO SABER que o Poder Legislativo aprovou e eu, de conformidade com o disposto no art.XX, Inciso XX, da Lei Orgânica do Município, sanciono e promulgo a presente Lei:

Art. 1º - Fica o Poder Executivo autorizado a efetuar termo aditivo no valor de R$ 70.970,47 (setenta mil reais, novecentos e setenta reais, quarenta e sete centavos) ao Convênio de Cooperação Financeira nº 002/2017 da Fundação Médico Assistencial do Trabalhador Rural de Santa Leopoldina, oriundo do processo administrativo nº 002740/2016 para atendimento de assistência médico-hospitalares de acordo com Plano de Trabalho e Plano de Aplicação visando a transferência de recursos do Fundo Municipal de Saúde.

Parágrafo único - O aditivo a que faz menção ao *CAPUT* desde artigo tem por fundamento o custeio de complementação *de manutenção e procedimentos hospitalares e ambulatoriais definidos no Plano de Trabalho.*

Art 2º É parte integrante desta lei o Termo Aditivo do Convênio.

Art. 3°- A dotação orçamentária correspondente ao elemento de despesa correrá por conta do orçamento vigente na Lei Orçamentária anual.

Art. 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Registre-se, Publique-se e Cumpra-se.

Santa Leopoldina/ES, 05 de julho de 2017.

VALDEMAR LUIZ HORBELT COUTINHO
Prefeito Município

Câmara Municipal de Santa Leopoldina
Protocolo nº _____
Data 06 / 07 / 2017 às 09:05
Protocolista Jefferson Rodrigues

Câmara

FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTÊNCIAL DO TRABALHADOR
RURAL DE SANTA LEOPOLDINA
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PENHA – CNPJ 27.265.891/0001-64

PLANO DE TRABALHO DE 2017 (ADITIVO)

DADOS CADASTRAIS

Órgão/Entidade Proponente: FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL DO TRABALHADOR RURAL DE SANTA LEOPOLDINA				**C.N.P.J.** 27.265.891/0001-64
Endereço: LADEIRA VEREADORA ROSALINA RIBEIRO NUNES N°1000- CENTRO				
Cidade: SANTA LEOPOLDINA	**U.F.** ES	**Cep.:** 29.640.000	**DDD/Telefone:** (27) 3266-1131	**FAX:** (27) 3266-1131
Conta Corrente 7268-0	**Banco** BANCO DO BRASIL	**Agência** 1300-5	**Praça de Pagamento** SANTA LEOPOLDINA	
Nome do Responsável GENIVALDO POTRATZ			**C.P.F** 576.970.197-87	
C.I./Órgão Expedidor	**Cargo** LAVRADOR	**Função** PRESIDENTE	Matrícula	
Endereço: RUA GENINALDO TERRA, CENTRO, SANTA LEOPOLDINA			**CEP** 29.640-000	
E-mail do Proponente hospitaldesantaleopoldina@yahoo.com.br		**E-mail do Responsável** hospitaldesantaleopoldina@yahoo.com.br		

IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO

Convênio com finalidade de repasse de recursos financeiros a título de subvenção social a Fundação Médico Assistencial do Trabalhador Rural de Santa Leopoldina-ES mantenedora do "Hospital Nossa Senhora da Penha", que serão utilizados para custeio de complementação de tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde - SUS, bem como quaisquer despesas que se fizerem necessárias e imprescindíveis para manutenção, conservação e operacionalização de suas atividades no atendimento a população, deste modo nos últimos meses com toda a crise financeira que vem no País como todo, a Fundação Medico Assistencial do

Trabalhador Rural de Santa Leopoldina vem sofrendo com a diminuição de receitas na qual a inflação fez com que as receitas não cobrisse totalmente as despesas, um outro fator que desencadeou esse acumulo de despesas a pagar foi o surto de febre amarela na qual teve um grande numero de suspeitas que demandaram de uso de medicação expressivo na qual na estava previsto. Desta forma isso acarretou um acumulo de despesas à pagar, sendo assim a Fundação necessita-se de um complemento financeiro para pagamento dessas despesas.

JUSTIFICATIVA

A Fundação Médico Assistencial do Trabalhador Rural de Santa Leopoldina, inscrita sob o CNES n°2599899, é uma entidade filantrópica, de direito privado, reconhecida como Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal devido aos relevantes serviços prestados, mantenedora do Hospital Nossa Senhora da Penha. Possui uma área construída de 752,62 m² em um pavimento. Mantêm seu perfil assistencial oferecendo atendimento na area de clínica médica pronto socorro, atendendo as pessoas em confronto com emoções e incertezas nos momentos mais críticos da existência humana: nascimento, sofrimento profundo, risco de vida, dor, doença, cura, qualidade de vida e morte. Por essas razões, o hospital é um edifício que exige grandes investimentos para construção e equipamentos; e exige investimentos proporcionalmente maiores, durante sua vida útil, para o custeio operacional, possuindo 21 leitos de internação, sendo todos destinados ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Vale ressaltar que a Lei Orgânica do Município de Santa Leopoldina, desde a data de 05/05/1990, ou seja, hà 25 (vinte e cinco) anos, em seu Art. 181, já garante a parceria entre a FMATRSL e o Município no que diz respeito a contribuição com recursos humanos e financeiros em favor do Hospital Nossa Senhora da Penha. O que está comprovado que sem tal ajuda, já estaríamos fechados.

Ressaltamos, também, que com a crise ora vivenciada em todo o País, se não continuarmos contando com a parceria do Município, da população e demais órgãos a nível Federal e Estadual, com certeza seremos mais uma Entidade de Saúde na

Estatística do Governo a ser extinta, trazendo assim prejuízos incalculáveis aos profissionais da saúde e seus familiares e especialmente a toda população leopoldinense.

Esclarecemos, ainda, que a FMATRSL já tomou diversas providencias quanto a contenção de diversas despesas para não fechar as portas, inclusive com a diminuição de funcionários e também de cortes de vantagens pessoais em seus vencimentos para manter a folha de pagamento num patamar suportável mensal.

Mediante ao exposto, fica claro que se não continuarmos contando com a ajuda dos órgãos governamentais de toda população leopoldinense e dos funcionários da FMATRSL, estamos fadados ao fechamento do Hospital Nossa Senhora da Penha. Convém ressaltar que os maiores beneficiados será a população leopoldinense, uma vez que mais de 90% da população e dependente do atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS que a Fundação oferece.

OBJETIVO

Tendo em conta a importância da instituição para os munícipes objetiva-se:

- Maior qualidade no atendimento ao paciente;
- Contribuir na promoção de saúde;
- Garantir a resolução das demandas identificadas;
- Promover qualidade de vida ao ser humano;
- Melhoria das condições de trabalho da equipe de saúde,
- Melhoria da estrutura física da instituição, adequação à legislação vigente e a oferta de mais serviço.

FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTÊNCIAL DO TRABALHADOR
RURAL DE SANTA LEOPOLDINA
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PENHA – CNPJ 27.265.891/0001-64

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

META N° 01

Especificação: Prestação de serviço médico-hospitalar		
Unidade de Medida: UM	**Quantidade: 08**	
Valor: R$ 70.970,47 **Valor global:** R$ 70.970,47	**Início:** 01/05/2017	**Término previsto:** 31/12/2017
Município: Santa Leopoldina	**UF:** ES	**CEP:** 29.640-000
Endereço: Ladeira Vereadora Rosalina Ribeiro, 1000 - Centro		
ETAPA/FASE N°: 01		
Especificação: Prestação de serviço médico-hospitalar		

Quantidade:	Valor:	Início Previsto:	Término:
01	R$	01/05/2017	31/12/2017

FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTÊNCIAL DO TRABALHADOR
RURAL DE SANTA LEOPOLDINA
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PENHA – CNPJ 27.265.891/0001-64

PLANO DE APLICAÇÃO (R$1,00)

(DESPESAS Á PAGAR)

DESPESAS	VALOR R$ 0,00
ESCELSA 11/2016	5.172,17
ESCELSA 12/2017	6.046,94
TIDIMAR	5.474,57
HONORÁRIOS CONTABEIS FECHAMENTO/2016	1.900,00
HONÁRIOS ADVOCATÍCIOS 04/2017	1.639,50
DR.ROGENIR ROQUE RODRIGUES SUBST.FERIAS 02/2017	2.500,00
DR.VITOR 12 HORAS 04/02/2017 SUBST.FERIAS	1.000,00
DRA. AGDA 12 HORAS 04/02/2017 SUBST.FERIAS	1.000,00
DRA. AGDA 24 HORAS 05/02/2017 SUBST.FERIAS	2.000,00
DR.VALDIR 24 HORAS 11/02/2017 SUBST.FERIAS	2.000,00
DR.ALAN 24 HORAS 12/02/2017 SUBST.FERIAS	2.000,00
DR.VINICIOS 24 HORAS 18/02/2017 SUBST.FERIAS	2.000,00
DR.VINICIOS 24 HORAS 19/02/2017 SUBST.FERIAS	2.000,00
DR.VALDIR 24 HORAS 24/02/2017 SUBST.FERIAS	2.000,00
DR.VINICIOS 24 HORAS 03/03/2017 SUBST.FERIAS	2.000,00
DR.VINICIOS 24 HORAS 06/03/2017 SUBST.FERIAS	2.000,00
DR.VINICIOS 24 HORAS 07/03/2017 SUBST.FERIAS	2.000,00
DR.VINICIOS 24 HORAS 10/03/2017 SUBST.FERIAS	2.000,00
RECISÃO MARCELA NAGEL STOV	4.258,26
RECISÃO HELLE NICE FARIA SANTOS ALVES HADDAD	21.979,03
TOTAL À PAGAR	**70.970,47**

Ladeira Vereadora Rosalina Ribeiro Nunes Nº. 1000 – CEP 29640-000 – Santa Leopoldina – Espírito Santo
Tele Fax: (027) 32661131 – – hospitaldesantaleopoldina@yahoo.com.br

FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTÊNCIAL DO TRABALHADOR
RURAL DE SANTA LEOPOLDINA
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PENHA – CNPJ 27.265.891/0001-64

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R$ 1,00)

CONCEDENTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LEOPOLDINA

META	VALOR R$
MAIO á DEZ/2017	R$ 70.970,47

PROPONENTE: FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTENCIAL DO TRABALHADOR RURAL DE SANTA LEOPOLDINA

Meta	MAIO Á DEZ/2017
01	0,00

Ladeira Vereadora Rosalina Ribeiro Nunes Nº. 1000 – CEP 29640-000 – Santa Leopoldina – Espírito Santo
Tele Fax: (027) 32661131 – – hospitaldesantaleopoldina@yahoo.com.br

FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTÊNCIAL DO TRABALHADOR
RURAL DE SANTA LEOPOLDINA
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PENHA – CNPJ 27.265.891/0001-64

DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto à Prefeitura Municipal de Santa Leopoldina, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistem débitos de qualquer natureza junto a quaisquer órgãos ou Entidades da Administração Pública Municipal, que impeçam a transferência de recursos oriundos de dotações consignados no orçamento do município, na forma deste Plano de Trabalho.

Pede deferimento.

Santa Leopoldina, 19 de Junho de 2017

Presidente da FMATRSL

_____

Proponente

APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

Aprovo o presente Plano de Trabalho.

_____, _____/____/_____

_____

Concedente

MINUTA DE TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO Nº 002/2017.

Câmara Municipal de Santa Leopoldina
Protocolo nº _____
Data 06 / 07 / 2017 as 09:05
Protocolista _____

Aditivo ao Convênio Nº 002/2017 de Cooperação Financeira que entre si fazem de um lado o "Município de Santa Leopoldina e a Fundação Médico Assistencial do Trabalhador Rural de Santa Leopoldina".

Pelo presente instrumento que entre si fazem, de um lado o Município de Santa Leopoldina, pessoa Jurídica de Direito Público Interno, com sede Administrativa à Av. Prefeito Hélio Rocha, nº 1.022, centro – Santa Leopoldina – ES, inscrita no CNPJ sob o nº 27.165.521/0001-55, neste ato representado pelo Exmo. Prefeito Municipal, **SR. VALDEMAR LUIZ HORBELT COUTINHO**, brasileiro, casado, Agente Político, portador da carteira de identidade RG nº 3266355-SSP-ES e do CPF nº 450.128.657-15, residente e domiciliado na Fazenda Fumaça, sn, Mangaraí, Santa Leopoldina/ES, CEP: 29.640-000, doravante denominado CONCEDENTE e de outro lado a **FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTENCIAL DO TRABALHADOR RURAL DE SANTA LEOPOLDINA** inscrita no CNPJ sob o nº27.265.891/0001-64, , com sede a Ladeira Vereadora Rosalina Ribeiro Nunes, nº 1000, centro – Centro de Santa Leopoldina, Estado do Espírito Santo representada pelo Presidente **Srº GENIVALDO POTRATZ**, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o nº 576.970.197-87, portador da carteira profissional Nº 19458-MTPS-ES, doravante denominado fundação, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196 e seguintes, as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, Lei Orgânica do Município de Santa Leopoldina, art 181, Lei Municipal Nº xxxx , Processo Administrativo Nº 002740/2016, **RESOLVEM** celebrar o presente termo aditivo de transferência de Recursos Financeiros oriundos da Secretaria Municipal de Saúde que se regerá pelas seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Convênio tem por finalidade Aditivar o Convênio Nº 002/2017 e estabelecer os termos de compromissos entre as partes para liberar recursos financeiros à **FUNDAÇÃO,** de acordo com o Plano de Trabalho e Plano de Aplicação apresentado a esta Municipalidade, com o objetivo de custeio as despesas extras ocasionadas com manutenção, instalação, procedimentos hospitalares ao atendimento de pacientes com diagnóstico e suspeita de febre amarela no período de Março à Junho do corrente ano.

Parágrafo primeiro *- O presente convênio compreende a atuação coordenada dos Convenentes para a realização de procedimentos hospitalares e ambulatoriais definidos no Plano de Trabalho, parte integrante deste termo e condição de sua eficácia, elaborado de acordo com as regras definidas pelo MUNICIPIO.*

Parágrafo segundo *– A Fundação compromete-se a integrar o sistema de referência e contra-referência estabelecido pelo gestor local do SUS.*

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

2.1 O presente Convênio a partir de **Junho de 2017** e término previsto para **31 de Julho de 2017**, nos termos do art. 1º da Lei Nº xxxx.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS PARTES

3.1 - A Prefeitura se compromete a:

a) Autorizar o repasse mensal, do Fundo Municipal de Saúde necessário à aquisição de serviços e procedimentos estabelecidos no plano de aplicação apresentado pela Fundação.
b) Monitorar a Fundação na execução do Plano de Trabalho e Plano de Aplicação.
c) Analisar, com vistas à aprovação, os Relatórios Mensais e Anuais emitidos pela Fundação, comparando as metas com os resultados alcançados e com os recursos financeiros repassados.
d) Apresentar trimestralmente ao Conselho Municipal de Saúde os resultados de avaliação e prestação de contas da Fundação.
e) Criar comissão de acompanhamento do Convênio.

3.2 - A Fundação Médico Assistencial do Trabalhador Rural se compromete à:

a) Prover os recursos financeiros expressos neste Convênio exclusivamente para atender o Plano de aplicação.
b) Submeter previamente à Secretaria Municipal de Saúde - SESA as alterações que se fizerem necessárias à execução do Plano de Trabalho e Planilha de Aplicação.
c) Apresentar à SESA o Relatório Mensal e prestação de contas (prestação dos serviços, faturas e documentos referentes aos serviços efetivamente prestados)

até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente a, ficando condicionada a este, a liberação da parcela subsequente.

d) Apresentar prestações de contas até 30 (trinta) dias após o termino da vigência do convênio, promovendo a devolução do valor repassado e não utilizado durante sua vigência.

e) Apresentar ao Gestor do Fundo Municipal de Saúde as informações previstas nos serviços ambulatórias, de apoio diagnóstico e terapêutico hospitalar definidos no Plano de Trabalho.

f) Alimentar o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

CLÁUSULA QUARTA - DAS CONDIÇOES GERAIS

4.1 A Fundação se compromete ainda;

a) Notificar a Prefeitura sobre eventuais alterações em seus estatutos ou sua diretoria, enviando-lhe, no prazo de trinta dias, contados da data do registro de alteração, cópias autenticadas dos documentos com as respectivas mudanças.

CLÁUSULA QUINTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

5.1 Pelo cumprimento do objeto deste Convênio, a Prefeitura repassara a Fundação, o valor global de R$ 70.970,47 (setenta mil reais, novecentos e setenta reais, quarenta e sete centavos) em Parcela única.

a) As prestações de contas deverão serem analisadas pelo Contador credenciado do Fundo Municipal e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde do Município de Santa Leopoldina.

CLÁUSULA SEXTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

6.1 Os recursos deverão ser mantidos e movimentados em qualquer agência bancária desta Cidade em conta específica para o Convênio.

6.2 Os recursos necessários à execução do objeto ocorrerão por contas das dotações no orçamento do Fundo Municipal da Saúde com a seguinte classificação orçamentária xxx, encaminhada a Câmara Municipal através da Mensagem nº 022/2017 de 05.07.2017.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

7.1 A prestação de contas dos recursos repassados a Fundação, deverá ser feita mediante da apresentação dos seguintes documentos:

a) Ofício endereçado ao município;
b) Demonstrativo da execução da receita e da despesa e de pagamentos efetuados;
c) Conciliação Bancária com extrato bancário mensal;
d) Relatório quanto à execução física e aplicação dos recursos transferidos;
e) Cópia da documentação comprobatória das despesas realizadas (notas fiscais, folhas de pagamento, nota fiscal, etc.) previstos no Plano de Trabalho;
f) Cópia dos Cheques e / ordem bancária emitida;

7.2 Não realizadas a prestação de contas implicará em devolução do recurso repassado.

7.3 Fica a SESA e contador credenciado pelo Fundo Municipal de Saúde responsável pela análise e avaliação da prestação de contas com elaboração de parecer contábil, sendo que a aprovação é de responsabilidade do Conselho Municipal de Saúde – CMS – Santa Leopoldina-ES.

7.4 Após manifestação do CMS, fica a SESA responsável pelo envio da Resolução a Secretaria e Finanças para registro contábil.

CLÁUSULA OITAVA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

8.1 Os recursos deverão ser mantidos e movimentados em qualquer agência bancária desta Cidade em conta específica para o Convênio.

8.2 Os recursos necessários à execução do objeto ocorrerão por contas das dotações no orçamento do Fundo Municipal da Saúde com a seguinte classificação orçamentária xxx, encaminhada a Câmara Municipal através da Mensagem nº 022/2017 de 05.07.2017.

CLÁUSULA NONA – DA RESCISÃO

9.1 O presente Convênio será rescindido automaticamente, por inadimplemento de quaisquer de suas Cláusulas e Condições, independentemente de aviso ou interpelação judicial ou extrajudicial.

9.2 No caso de rescisão por não cumprimento de qualquer das Cláusulas do presente Convênio, a Fundação fica a devolver de imediato, o saldo dos recursos recebidos e não aplicados, bem como, a prestação de contas efetuadas até a data da rescisão.

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS ENCARGOS

10.1 Todos os ônus financeiros, que a qualquer título – tributários, fiscais, trabalhistas, administrativos, etc. Incidam ou vierem a incidir em decorrência da execução deste Convênio, são de responsabilidade exclusiva da FUNDAÇÃO, competindo-lhe efetuar tais recolhimentos e/ou pagamentos a quem de direito e nas épocas próprias.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA FISCALIZAÇÃO

11.1 A fiscalização e o acompanhamento da execução deste Convênio será realizada pela Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO FORO E DAS TESTEMUNHAS

12.1 Fica eleito o FORO da Comarca de Santa Leopoldina – ES, como FORO competente para dirimir as dúvidas oriundas da execução do presente CONVÊNIO.

12.2 E por se acharem as partes em pleno acordo, lavra-se o presente Convênio em 03 (três) vias de idêntico teor e forma que será assinado pelas partes, na presença das testemunhas abaixo assinadas, a todo o ato presente, para que surta os seus jurídicos e legais efeitos.

Prefeito Municipal
CONVENENTE

Presidente da F.M.A.T.R.S.L
CONVENIADA

Testemunhas:

1 - _____

2 - _____