



# MUNICÍPIO DE CAPÃO BONITO - SP

Rua Nove de Julho, n° 690 - CEP 18300 - 900 - Fone/Fax (015) 3543.9900 - RAMAL 9924

Email: juridico@capaobonito.sp.gov.br

## SECRETARIA DOS NEGÓCIOS JURÍDICOS

### TERMO ADITIVO N° 002/2021

**TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO PMCB N° 001/2018, FIRMADO ENTRE A PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CAPÃO BONITO E A ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAPÃO BONITO.**

Pelo presente instrumento, os abaixo-assinados, de um lado a Prefeitura Municipal de Capão Bonito SP, Estado de São Paulo, neste ato representada pelo Prefeito Municipal Senhor DR. **JULIO FERNANDO GALVÃO DIAS**, brasileiro, casado, Advogado, residente e domiciliado nesta cidade de Capão Bonito-SP, portador da Cédula de Identidade RG n° 12.949.384 e do CPF n° 072.113.748,29, doravante denominado simplesmente **PREFEITURA** e, de outro lado, a **ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAPÃO BONITO**, CNPJ n° 46.886.149/0001-10, inscrita no CREMESP sob n° 04140, com endereço na cidade de Capão Bonito, na Rua Auta de Camargo Lírio, n° 51, Centro e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas da Comarca de Capão Bonito-SP, em 08 de janeiro 2004, sob n° 678, no protocolo "A", Entidade Hospitalar, neste ato representada por seu Provedor, Senhor **MASARU ISHIHARA**, portador da Cédula de Identidade RG W.67.46.98H e do CPF n° 486.253.108-34, residente e domiciliado, nesta cidade, doravante denominada **CONVENIADA**, bem como participando como representante da Secretaria Municipal de Saúde o Senhor **ROBERTO KAZUSHI TAMURA**, Secretário Municipal de Saúde, portador da Cédula de Identidade RG n° 11.902.625-9 e do CPF n° 026.883.668-07, residente nesta cidade de Capão Bonito, doravante denominada como **SECRETARIA**, 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 n° 8080/90 e 8142/90, a Lei Federal n° 8666/93 e alterações posteriores, Leis Municipais n°s: 4.508/2018 e 4.645/2019, Protocolado n° 10729/1/2020 e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, têm entre si, justo e acordado, o presente Termo Aditivo ao Convênio n° 001/2018 (de acordo com o § 4° da Clausula Sétima e Clausula Décima Sexta), na forma e nas condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

### CLÁUSULA PRIMEIRA - DO REPASSE

Tendo em vista o Ofício n° 214/2020, da Secretaria Municipal de Saúde (Fls. 03 do Processo n° 10729/1/2020) e a Portaria n° 1.455, de 1° de junho de 2020 do Ministério da Saúde (fls. 12 a 14, Proc. n° 10729/1/2020) e vigente convênio, conforme a Lei Municipal n° 4.645/2019, a PREFEITURA, por este instrumento efetua o repasse à CONVENIADA, sob o título, informado pela Secretaria Municipal de Saúde, de



# MUNICÍPIO DE CAPÃO BONITO - SP

Rua Nove de Julho, nº 690 - CEP 18300 - 900 - Fone/Fax (015) 3543.9900 - RAMAL 9924

Email: juridico@capaobonito.sp.gov.br

## SECRETARIA DOS NEGÓCIOS JURÍDICOS

"Incremento Temporário do Limite Financeiro da Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC)", que participam de forma complementar do Sistema único de Saúde (SUS), no Exercício de 2021.

### CLÁUSULA SEGUNDA - DO VALOR

O repasse a ser transferido conforme determina a Portaria nº 1.455/2020, do Ministério da Saúde, será disponibilizado em uma única parcela, no valor de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil Reais), conforme Fls. 03 do Protocolado nº 10729/1/2020 e Plano de Trabalho de Fls. 08/11.

### CLÁUSULA TERCEIRA - DA RATIFICAÇÃO

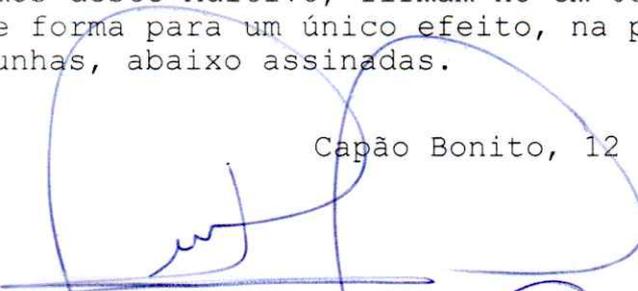
Ficam mantidas todas as demais disposições e Cláusulas do Convênio firmado entre as partes, em 28 de setembro de 2018, não afetadas pelas alterações introduzidas por este instrumento.

### CLÁUSULA QUARTA - DO FORO

As partes elegem o Foro do Município de Capão Bonito, para dirimir questões oriundas do presente TERMO ADITIVO e que não puderem ser resolvidas pelas partes e pelo Conselho Municipal de Saúde.

E por estarem as partes de acordo com os termos deste Aditivo, firmam-no em 03 (três) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

Capão Bonito, 12 de fevereiro de 2021.

  
\_\_\_\_\_  
DR. JULIO FERNANDO GALVÃO DIAS  
Prefeito Municipal

  
\_\_\_\_\_  
MASARU ISHIHARA  
Provedor

  
\_\_\_\_\_  
ROBERTO KAZUSHI TAMURA  
Secretário Municipal de Saúde

### TESTEMUNHAS:

01 - \_\_\_\_\_  
02 - \_\_\_\_\_

RG N° \_\_\_\_\_  
RG N° \_\_\_\_\_

30.857.706-7  
16.607.655-7