



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

TERMO ADITIVO Nº 008/2020

TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO PMCB Nº 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 o Município de Capão Bonito, Estado de São Paulo, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 46.634.259/0001-95, neste ato representado pelo Prefeito Municipal Senhor **MARCO ANTONIO CITADINI**, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº 13.599.551-6 e do CPF nº 072.114.408-05, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado simplesmente **MUNICÍPIO**, e, de outro lado, a **ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAPÃO BONITO**, CNPJ nº 46.886.149/0001-10, inscrita no CREMESP sob nº 04140, com endereço na cidade de Capão Bonito, na Rua Auta de Camargo Lírio, nº 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 nº 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 nº 486.253.108-34, residente e domiciliado, nesta cidade, doravante denominada **SANTA CASA**, participando também deste ato, como representante da Secretaria Municipal de Saúde a Senhora **ANA FERNANDA DE MELLO DE OLIVEIRA LIMA CÉSAR**, Secretária Municipal de Saúde, portadora da Cédula de Identidade RG nº 24.704.836-7 e do CPF nº 144.935.628-11, residente nesta cidade de Capão Bonito, doravante denominada como **SECRETARIA**, firmam os presente nos termos e para os fins aqui previstos.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DAS DISPOSIÇÕES LEGAIS

Tendo em vista o que dispõe 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 e alterações posteriores, as Leis Municipais nºs: 4.508/2018 e 4.645/2019, o Protocolado nº 7831/1/2020 e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, têm entre si, justo e acordado, o presente Termo Aditivo ao Convênio nº 001/2018 (Clausula Décima Quinta), na forma e nas condições ora estabelecidas.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

A vigência do Convênio PMCB nº 001/2018, firmado pelas partes em 28 de setembro de 2018, fica prorrogada

[Handwritten signatures]



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

por 12 meses, contados de 01/10/2020, conforme autoriza o artigo 2º, da Lei Municipal nº 4.645, de 26 de setembro de 2019.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO VALOR MENSAL DO REPASSE E Nº DE PARCELAS

O valor do repasse mensal a ser transferido à SANTA CASA será de R\$ 277.872,28 (duzentos e setenta e sete mil, oitocentos e setenta e dois reais e vinte e oito centavos), por 12 (doze) meses, a partir de 01/10/2020, conforme fls. 03 e Plano de Trabalho de fls. 06/24, todas do Protocolado nº 7831/1/2020.

CLÁUSULA QUARTA - 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.

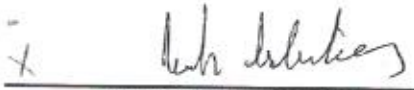
CLÁUSULA QUINTA - DO FORO

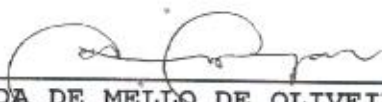
As partes elegem o Foro do Município de Capão Bonito, SP, para dirimir questões oriundas do presente TERMO ADITIVO e que não puderem ser resolvidas pelas partes e pelo Conselho Municipal de Saúde.

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.

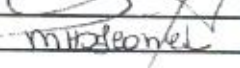
Capão Bonito, 24 de setembro de 2020.


MARCO ANTONIO CITADINI
Prefeito Municipal


MASARU ISHIHARA
Provedor


ANA FERNANDA DE MELLO DE OLIVEIRA LIMA CÉSAR
Secretária Municipal de Saúde

TESTEMUNHAS:

01 -  RG Nº 18.545.398-3
02 -  RG Nº 16.607.655-7