

TERMO DE PRORROGAÇÃO DE CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE SOROCABA, POR MEIO DA SECRETARIA DA SAÚDE – SES, E A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOROCABA.

Processo Adm. nº 2019/15862

O Município de Sorocaba, por meio da Secretaria da Saúde – SES, com fundamento na Lei federal nº 8666/93, e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, instituição privada sem fins lucrativos, celebram termo de prorrogação com o objetivo de realizar a operacionalização e o gerenciamento da Unidade Pré-Hospitalar da Zona Leste – UPHZL.

O **MUNICÍPIO DE SOROCABA**, pessoa jurídica de direito público, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ sob o nº 46.634.044/0001-74, localizada na Avenida Engenheiro Carlos Reinaldo Mendes nº 3.041, no Bairro Alto da Boa Vista, Sorocaba/SP CEP: 18013-280, neste ato representado pela Prefeita, Sra. Jaqueline Lilian Barcelos Coutinho, portadora do CPF: [REDACTED] e do RG: [REDACTED].

E

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOROCABA**, neste ato denominada **CONVENIADA**, organização privada sem fins lucrativos, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ sob o nº 71.485.056/0004-74, fixada à Avenida São Paulo nº750, Sorocaba/SP, CEP: 18013-002, representada por seu Superintendente o Sr. Reinaldo Beserra dos Reis, portador da carteira de identidade RG nº [REDACTED] e do CPF/MF nº [REDACTED]

Com fundamento na Lei Federal 8.666/93; na Lei Federal nº 8.080/90; na Lei Federal 8.142/90 e no Decreto Municipal nº 22.103/15, pactuam o presente Termo de Prorrogação de Convênio para renovar o ajuste firmado no processo administrativo nº **2019/15862** conforme disposto a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DA PRORROGAÇÃO

1.1 Por meio deste termo, fica o convênio celebrado em 15/05/2019, prorrogado por 3 (três) meses, a partir de 15/11/2020 até 14/02/2021, nos termos do art. 57, inciso II, da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO VALOR

2.1 Dá-se ao presente termo, o valor de R\$ 6.001.337,58 (Seis milhões, um mil, trezentos e trinta e sete reais e cinquenta e oito centavos).

2.2 Os valores que serão repassados por meio deste instrumento são oriundo(s) da(s) seguinte(s) fonte(s) de recurso(s):

Órgão	Econômica	Função	Subfunção	Programa	Ação	Fonte	Cód Aplicação
18	3.3.90.39.50	10	302	1001	222	5	3020001
18	3.3.90.39.50	10	302	1001	222	1	3020000

2.3 As parcelas mensais, no valor de R\$ 2.000.445,86 (Dois milhões, quatrocentos e quarenta e cinco reais e oitenta e seis centavos) serão repassadas à conveniada no dia 05 de cada mês.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO

3.1 Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições constantes do Convênio inicialmente celebrado entre as partes, assim como também suas eventuais alterações pactuadas por termos aditivos anteriores a este.

CLÁUSULA QUARTA – DO FORO

4.1 Para dirimir eventuais conflitos emergentes deste termo aditivo e não solucionados pela via administrativa, fica eleito o foro da Comarca de Sorocaba.



E por estarem as partes de comum acordo, firmam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma, com a presença de 02 (duas) testemunhas.

Sorocaba, 13 de Novembro de 2020.


JAQUELINE LILIAN BARCELOS
COUTINHO
Prefeita de Sorocaba


REINALDO BESERRA DOS REIS
Superintendente da Irmandade da
Santa Casa de Misericórdia de
Sorocaba

Testemunhas:

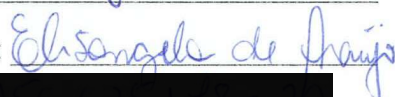

MARCOS FABRÍCIO DOS SANTOS
Secretário da Saúde
Prefeitura de Sorocaba

Ass. _____

Nome: _____

CPF: _____





**ANEXO RP-11 – REPASSES AO TERCEIRO SETOR – TERMO DE CIÊNCIA
E DE NOTIFICAÇÃO – TERMO DE CONVÊNIO**

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): MUNICÍPIO DE SOROCABA

CONVENIADA: IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOROCABA

TERMO DE CONVÊNIO Nº(DE ORIGEM): P.A. 2019/15.862

OBJETO: OPERACIONALIZAÇÃO E GERENCIAMENTO DA UNIDADE PRÉ-HOSPITALAR DA ZONA LESTE – UPHZL.

VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1): R\$ R\$ R\$ 6.001.337,58.

EXERCÍCIO (1): De: 15/11/2020 até 14/02/2021.

ADVOGADO(S)/ Nº OAB / E-MAIL: (2) _____

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) as informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concedor e entidade beneficiária, estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

SOROCABA, 13 DE NOVEMBRO DE 2020.



AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: JAQUELINE LILIAN BARCELOS COUTINHO

Cargo: Prefeita

CPF: [REDACTED]

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:

Nome: REINALDO BESERRA DOS REIS

Cargo: Superintendente

CPF: [REDACTED]

Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: JAQUELINE LILIAN BARCELOS COUTINHO

Cargo: Prefeita

CPF: [REDACTED]

Assinatura: _____



Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou prestação de contas:

PELA ENTIDADE CONVENIADA:

Nome: REINALDO BESERRA DOS REIS

Cargo: Superintendente

CPF: [REDACTED]

Assinatura: _____



-
- (1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.
(2) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.