



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO
DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 04.217.362/0001-90

CONTRATO DE RATEIO N.º 001/2.024

CONTRATO DE RATEIO QUE FORMALIZAM ENTRE SI O MUNICÍPIO DE SANTO ANTONIO DO LESTE/MT E O CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO - CORESS/MT, PARA OS FINS QUE ESPECIFICAM.

O **MUNICÍPIO DE SANTO ANTONIO DO LESTE/MT**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede à Rua A, Nº 367, Jardim Santa Inês, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 04.217.362/0001-90, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, **Sr. JOSE ARIMATEIA VIEIRA ALVES**, brasileiro, portador do RG sob o n. nº 14428342 - SSP/MT e inscrito no CPF nº 867.715.741-72, residente e domiciliado em Santo Antônio do Leste, na Rua Salgado Filho, nº 137, Centro, denominando de **CONCEDENTE**, e o **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO - CORESS/MT**, associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.238.413/0001-22, com sede na com sede na Rua João Pessoa, nº 1.357, Centro A, nesta cidade de Rondonópolis/MT, fone/fax: (66) 3423-1086, neste ato representado pelo Presidente, **Sr. GUSTAVO DE MELO ANICÉZIO**, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade sob o n.º 1371295-0, SSP/MT e CPF (MF) n.º 709.304.491-34, residente e domiciliado na Cidade de Alto Araguaia/MT, denominado de **PROPONENTE**, resolvem celebrar o presente Contrato de Rateio, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

1.1 - Constitui objeto deste instrumento o rateio das despesas do PROPONENTE entre os Municípios Consorciados para custear os serviços de análise da qualidade da água para consumo humano nos municípios integrantes da região, através do Programa de Vigilância da Qualidade da Água – VIGIÁGUA.

CLÁUSULA SEGUNDA: DOS OBJETIVOS DO PROGRAMA

2.1 - O objetivo geral do Programa Vigiágua é implementar o Monitoramento da Qualidade da água para o consumo Humano, aos municípios da regional de Rondonópolis. São objetivos específicos do programa VIGIÁGUA:

- I. Garantir implantação do laboratório no município de Rondonópolis;



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO
DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 04.217.362/0001-90

- II. Implementar ações de vigilância da qualidade de água para o consumo humano;
- III. Promover a descentralização e regionalização dos serviços de saúde;
- IV. Monitorar sistematicamente a qualidade da água para o consumo humano por meio de coleta de amostras e análises laboratoriais de vigilância, nos parâmetros bacteriológicos e físico-químicos básicos de rotina aos municípios da regional em atenção a Portaria 2.914/2.011 do Ministério da Saúde e Resolução 004/2.007 da Secretaria Estadual de Saúde;
- V. Facilitar o acesso e agilidade nos resultados.

CLÁUSULA TERCEIRA: DO VALOR E FORMA DE PAGAMENTO

3.1 - O valor do presente Contrato de Rateio é de **R\$ 7.792,20 (sete mil, setecentos e noventa e dois reais e vinte centavos)**, e será pago em **12 (doze) parcelas mensais, no valor de R\$ 649,35 (seiscentos e quarenta e nove reais e trinta e cinco centavos)**, conforme demonstrado no quadro a seguir:

DESCRIÇÃO	POPULAÇÃO 2.023 (IBGE)	QTD MINIMA ANÁLISES 2.024		VALOR UNITÁRIO R\$	VALOR MENSAL R\$	VALOR ANUAL R\$
		QTD MENSAL	QTD TOTAL			
Análise da qualidade da água para consumo humano – Programa VIGIAGUA	4.099	09	108	72,15	649,35	7.792,20

Proposta Orçamentaria - Consórcio 2024

Função	Subfunção	Natureza Despesa	Valor Mensal	Valor Anual	Fonte	Descrição
10-Saúde	305 - Vigilância Epidemiológica e Ambiental	33.93.30	649,35	7.792,20	1.500.1002000 - Livre Aplicação	Programa Vigiágua
TOTAL			649,35	7.792,20		

CLÁUSULA QUARTA: DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

Rua Primavera – N° 959– Jardim Viver – Fone (66) 99209-8828 – e-mail: saude.pmsal@gmail.com
CEP 78.628-000 – Santo Antônio do Leste/MT

6



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO
DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 04.217.362/0001-90

4.1 - As partes obrigam-se mutuamente a cumprir este Contrato de Rateio, ficando a cargo do CONCEDENTE efetuar os repasses das verbas previstas na Tabela de Distribuição de Exames de Análise de Qualidade de Água por Município, descrito no projeto do Laboratório de Água.

4.2 - O **CONCEDENTE** se compromete a:

- I. Efetuar o repasse financeiro previsto no *caput* da CLÁUSULA TERCEIRA, por meio de **transferência bancária na conta corrente do PROPONENTE nº 6770-9, agência 3283-2, do Banco do Brasil**, ficando, em caso de inadimplência, sujeito a não realização das análises;
- II. Nos casos de epidemias, serão acrescidas no valor total do repasse mensal, as amostras excedentes realizadas fora da pactuação do Programa VIGIAGUA, em casos de investigação.

4.3 - O **PROponente** se compromete a:

- I. Cumprido, pelo CONCEDENTE, o previsto no inciso I da SUB-CLÁUSULA 4.2, repassar os recursos financeiros ao laboratório, conforme pactuado no contrato nº 026/2.017;
- II. Fazer prestação de contas, se solicitado;
- III. Movimentar contas específicas para os valores ora conveniados em instituições financeiras oficiais.

CLÁUSULA QUINTA: DO PRAZO DE VIGÊNCIA

5.1 - O prazo de vigência do presente Contrato será de **02 de janeiro de 2.024 a 31 de dezembro de 2.024**.

CLÁUSULA SEXTA: DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

6.1 - As despesas decorrentes deste Contrato de Rateio, correrão a conta do **CONCEDENTE**, com sua cota de participação descrita no projeto do laboratório de água, sob a seguinte dotação orçamentária:

Unidade	05	Secretaria Municipal de Saúde
----------------	----	-------------------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO
DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 04.217.362/0001-90

Funcional Programática	10.302.5018.2168	Manutenção e encargos com o Pronto Atendimento
Ficha	317	
Despesa/fonte	3.390.39	Outros serviços de terceiros-Pessoa Jurídica

CLÁUSULA SÉTIMA: DA DENÚNCIA E DA RESCISÃO

7.1 - O presente instrumento poderá ser denunciado por qualquer das partes mediante comunicação formal, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;

7.2 - O presente Termo de Convênio poderá ser rescindido:

- I. por consenso das partes, desde que presentes razões de superior interesse público e conveniência administrativa;
- II. por superveniência de lei, fatos ou atos que torne inviável a sua execução;
- III. por descumprimento de cláusulas e condições contratuais.

CLÁUSULA OITAVA: DAS MODIFICAÇÕES

8.1 – Será objeto de Termo Aditivo qualquer modificação julgada necessária pelos signatários deste Contrato de Rateio.

CLÁUSULA NONA: DA OMISÃO

9.1 - Diante de eventual omissão, esta será sanada com base na Lei nº 8.666/93 e nos princípios que regem a Administração Pública.

CLAUSULA DÉCIMA: DO FUNDAMENTO LEGAL

10.1 - Ao presente Contrato de Rateio, no que couber, é aplicado o disposto nas Leis Federais nº 8.666/93 e 11.107/05, Portaria nº 2.941/2011 do Ministério da Saúde e a Resolução nº 004/2.007 da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, subsidiariamente pelo Estatuto Social do Proponente e pelos demais dispositivos legais correlatos.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO
DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 04.217.362/0001-90

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

11.1 - Fica o PROPONENTE autorizado, a regulamentar, via Resolução, outras disposições necessárias a garantir a finalidade do objeto descrito na CLAUSULA PRIMEIRA.

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DO FORO

12.1 – As partes elegem o foro da Justiça Estadual da Comarca de Rondonópolis, como competente para dirimir as questões oriundas da execução do presente Contrato que não puderem ser resolvidas por via administrativa, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem, assim, justas e acertadas, as partes firmam o presente instrumento, em 3 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas que também o subscrevem, para que surta, desde logo, os efeitos nele contidos.

Santo Antônio do Leste/MT, 02 de janeiro de 2.024.

JOSE
ARIMATEIA
VIEIRA
ALVES:8677157
4172

Assinado de forma
digital por JOSE
ARIMATEIA VIEIRA
ALVES:86771574172
Dados: 2024.01.25
15:09:38 -04'00'

JOSE ARIMATEIA VIEIRA ALVES
Prefeito Municipal de
Santo Antônio do Leste/MT

GUSTAVO DE MELO ANICÉZIO
Presidente do Consórcio Regional
de Saúde Sul de Mato Grosso
CORESS/MT

Testemunhas:

Nome: _____

CPF: _____

Nome: _____

CPF: _____