



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

CONTRATO DE RATEIO N.º 004/2.024

CONTRATO DE RATEIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO - CORESS/MT E MUNICÍPIO DE SANTO ANTONIO DO LESTE, 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 seu Presidente, **Sr. GUSTAVO DE MELO ANICÉZIO**, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade sob o n.º 13712950, SSP/MT e CPF (MF) n.º 709.304.491-34, residente e domiciliado na Cidade de Alto Araguaia/MT, denominado de **PROPONENTE**, considerando as PORTARIAS Nº 233/2.024/GBSES que regulamenta a utilização de recursos financeiros oriundos de Emenda Parlamentar Estadual Impositiva do exercício de 2024 destinada aos municípios de Mato Grosso, para realização de Cirurgias Eletivas, e Nº 279/2.024/GBSES que dispõe sobre os critérios para o financiamento estadual ao Programa Mais MT Cirurgias 2024 - Programa Estadual de Cirurgias Eletivas (GOV MT FILA ZERO NA CIRURGIA), e NOTAS TÉCNICAS 001 e 002/2024 que têm como objetivo esclarecer, orientar e complementar as informações da Portaria nº 279/2024/GBSES, e a LEI Nº 4.593, de 13 de agosto de 2.024, do Município de Alto Araguaia (município gestor da proposta apresentada pelo CORESS), que dispõe sobre a abertura de Crédito Adicional Suplementar no Orçamento do Exercício de 2.024, Lei nº 4.551 de 12 de dezembro de 2.023.", para atender o Programa Fila Zero 2.024 - Programa Estadual de Cirurgias Eletivas no âmbito do estado de Mato Grosso, resolvem celebrar o presente Contrato de Rateio, que reger-se-á pelas normas gerais aplicáveis e mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

1.1 O presente instrumento tem como objetivo ratear os custos para **realizar a complementação dos valores dos procedimentos constantes no Programa Mais MT Cirurgias 2024 - Programa Estadual de Cirurgias Eletivas (GOV MT FILA ZERO NA CIRURGIA)**, com recursos próprios, para que execução de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, nos estabelecimentos de saúde credenciados para atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).

1.2 O município **CONCEDENTE** deverá repassar a contrapartida, a fim de garantir a execução dos procedimentos previstos no Programa.

1.3 O repasse de valores estará condicionado a execução dos procedimentos, onde o município realizará apenas o pagamento dos valores complementares.



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

CLÁUSULA SEGUNDA: DO VALOR E FORMA DE PAGAMENTO

2.1 O valor total do presente contrato é **R\$ 27.641,41 (vinte e sete mil, seiscentos e quarenta e um reais e quarenta e um centavos)**, de acordo com o pactuado entre as partes, e será repassado conforme os serviços de saúde forem executados.

2.2 O valor a que se refere o item 2.1 será repassado pelo CONCEDENTE na conta corrente nº 27013-X, do Banco do Brasil S/A, agência nº 3283-2, de titularidade do PROPONENTE.

CLÁUSULA TERCEIRA: DA DOTACÃO

3.1 - As despesas decorrentes do presente Contrato de Rateio correrão à conta do orçamento vigente programado para o corrente exercício, na dotação orçamentária nº 02.005.10.302.5018.2169.3.3.71.70.00.001.001.

CLÁUSULA QUARTA: DAS OBRIGAÇÕES

4.1 DO GESTOR MUNICIPAL CONCEDENTE

4.1.1. Realizar o processo de regulação conforme descrito na PORTARIA Nº 279/2024/GBSES.

4.1.2 É de responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde realizar o constante monitoramento e supervisão in loco periódica dos serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde contratualizados em que os mesmos estejam sob sua gestão, com a emissão dos relatórios pertinentes à execução do serviço e necessários para instrução do processo de pagamento, tais como: BPA, APAC e SIHSUS.

4.1.3. Fazer a prestação de contas conforme estabelecido na Portaria GBSES Nº 279/2024 e suas alterações.

4.1.4. Fiscalizar a consecução do presente Contrato através da Secretaria Municipal de Saúde, do Município CONCEDENTE.

4.1.5. Cumprir os requisitos propostos nos atos regulamentares e complementares para a execução do objeto do Programa.

4.2 DO CONSORCIO PROPONENTE

4.2.1. Aplicar os valores financeiros, pagos pelo CONCEDENTE, no limite das finalidades do Programa Mais MT Cirurgias, com vistas a oferta de procedimentos relacionados a CLAUSULA PRIMEIRA;



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

4.2.2. Iniciar a execução dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade após a Ordem de Serviço emitida pela Secretaria de Estado de Saúde.

4.2.3. O Consórcio será responsável pela regulação dos serviços, seguindo os critérios estabelecidos na legislação vigente, sendo que a distribuição de serviço se dará por meio de Regulação de pacientes ao serviço credenciado, de acordo com a especificidade e a disponibilidade dos serviços ofertados (capacidade instalada e agenda). Assim, no momento da regulação do paciente o profissional regulador irá realizar o agendamento do procedimento no estabelecimento que dispor de vaga mais rápida e mais próxima do município de residência do paciente.

4.2.4. Operacionalizar o atendimento ambulatorial e hospitalar dos pacientes, dentro do prazo de vigência do Programa.

4.2.5. Fazer prestação de contas e enviar relatório mensal, discriminando os serviços realizados e o dispêndio financeiro empregado para a realização do objeto do presente instrumento, a fim de subsidiar a transferência dos valores que serão repassados pelo CONCEDENTE ao PROPONENTE.

CLÁUSULA QUINTA: DO PRAZO

5.1 - O prazo de vigência deste contrato será de **01 de setembro de 2.024 a 01 de setembro de 2.025**, podendo ser prorrogado, e aditado seu valor, mediante Termo Aditivo, devidamente acordado e aceito entre as partes.

5.1.1- Havendo interesse em celebrar termos aditivos, estes não precisarão ser submetidos a aprovação do legislativo municipal.

CLÁUSULA SEXTA: DA INADIMPLÊNCIA

6.1 - As partes signatárias acordam que em caso de inadimplência do CONCEDENTE, após a apresentação da prestação de contas, passados 5 (cinco) dias da data para repasse, o PROPONENTE, informará ao estabelecimento de saúde executor para a imediata suspensão dos atendimentos, sem prejuízo de responsabilização judicial.

CLÁUSULA SÉTIMA: DAS ALTERAÇÕES

7.1 - Será objeto de Termo Aditivo qualquer alteração julgada necessária pelos signatários do presente Contrato.

CLÁUSULA OITAVA: DA RESCISÃO CONTRATUAL

8.1 - O presente Contrato de Rateio poderá ser rescindido de comum acordo pelas partes signatárias, ou unilateralmente, mediante notificação extrajudicial da parte interessada, com prazo nunca inferior a 30 (trinta) dias.



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

CLÁUSULA NONA: DO FORO

9.1 - Fica eleito o Foro da Comarca de Rondonópolis/MT para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes deste instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA: DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 - Fica certo que o presente Termo, dada a sua natureza obrigacional recíproca, servirá de título executivo extrajudicial (artigo 910 do CPC) para a devida execução, em casa de inadimplemento, de todos os valores pelo Município CONCEDENTE, originados pelo descumprimento de quaisquer cláusulas do presente pacto.

Por estarem as partes de acordo, assinam o presente Contrato em 04 (quatro) vias de igual teor e forma na presença de 02 (duas) testemunhas.

Santo Antônio do Leste/MT, 01 de setembro de 2.024.

JOSE ARIMATEIA VIEIRA
ALVES:86771574
172

Assinado de forma
digital por JOSE
ARIMATEIA VIEIRA
ALVES:86771574172
Dados: 2024.09.18
08:17:01 -04'00'

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

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

Testemunhas:

Nome: _____

CPF: _____

Nome: _____

CPF: _____