



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITACAJÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Costa e Silva, s/n, Centro – Itacajá – TO cep: 77.720-000
Fone (063) 3439-1479 E-Mail itacaja@saude.to.gov.br

PROCESSO ADMINISTRATIVO N º 057/2021
DISPENSA Nº 040/2021

TERMO DE CONTRATO Nº 060/2021, ENTRE O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E WELLINGTON LUZ OLIVEIRA, VISANDO A CONTRATAÇÃO DE PESSOA FÍSICA PARA FORNECIMENTO DE PASSAGENS RODOVIÁRIAS EM VEÍCULO TIPO VAN NO TRANSPORTE DE PACIENTES QUE FAZEM TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO-TFD, PARA ATENDER AS NECESSIDADES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITACAJÁ/TO.

CONTRATANTE: O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITACAJÁ, Estado do Tocantins, inscrito no CNPJ sob nº 11.372.183/0001-92, localizado à Rua Costa e Silva, s/nº, Centro, Itacajá – TO, CEP: 77.720-000, neste ato representado pela sua atual Gestor o Sro. **GUSTAVO GUIMARÃES PAIVA**, brasileiro, casado, funcionário público, portador do RG nº 689-193 SSP-TO e do CPF Nº 036.355.181-66, residente em Avenida Castelo Branco, nº 94, Centro, Itacajá – TO.

CONTRATADO: **WELLITHON LUZ OLIVEIRA**, CPF: 694.644.561-91, residente e domiciliado na Avenida presidente Dutra nº1100, Centro, Itacajá/TO, têm justos e certos o presente Contrato, mediante as Cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Contratação de pessoa física para o Fornecimento de passagens rodoviárias em veículo tipo VAN em linha regular até as cidades de Colinas e Araguaína, no transporte de pacientes que fazem tratamento fora do domicílio-TFD, para atender as necessidades do Fundo Municipal de Saúde de Itacajá/TO.

A quantidade, preço unitário e outras informações constam na tabela abaixo:

Fornecedor: WELLITHON LUZ OLIVEIRA						
CPF: 694.644.561-91.			Telefone: (63) 3439-1470			
Endereço: Av. Presidente Dutra nº2100-TO CEP: 77720-000						
Item	Descrição dos Serviços	Unid.	Quant.	V. Unit.	V. Total	



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITACAJÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Costa e Silva, s/n, Centro – Itacajá – TO cep: 77.720-000
Fone (063) 3439-1479 E-Mail itacaja@saude.to.gov.br

01	Passagens em veículo tipo van para Araguaína para pacientes de TFD.	Unid.	200	R\$ 55,00	R\$ 11.000,00
02	Passagens em veículo tipo van para Colinas para pacientes de TFD.	Unid.	80	R\$ 40,00	R\$ 3.200,00
Valor total					R\$ 14.200,00

CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

O presente contrato decorre da Lei nº 14.133 de 1º de abril de 2021 e suas alterações posteriores.

As obrigações assumidas deverão ser executadas fielmente pelas partes, de acordo com as condições avançadas e as normas legais pertinentes, respondendo cada uma pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS PRAZOS/ PRESTAÇÃO

3.1. A Contratação disponibilizará as passagens, nas quantidades e datas conforme requisição do Fundo Municipal de Saúde.

3.2. O Contratado deverá recolher e devolver os passageiros nas suas casas, na cidade de Itacajá e deixa-los e recolher em frente aos Hospitais/clínicas nas cidades de Colinas do Tocantins e Araguaína.

CLÁUSULA QUARTA- VALOR E FORMA DE PAGAMENTO

a) O valor total estimado para a contratação é de **14.200,00 (quatorze mil e duzentos reais)**.

b) Fica expressamente estabelecido que os preços contratados incluam todos os custos diretos e indiretos para a completa execução do avençado.

c) O Contratado deverá protocolizar perante a CONTRATANTE, nota fiscal/fatura, que após conferência e aprovação, será devidamente atestada, e será paga, diretamente na conta corrente de titularidade da Contratada.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITACAJÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Costa e Silva, s/n, Centro – Itacajá – TO cep: 77.720-000
Fone (063) 3439-1479 E-Mail itacaja@saude.to.gov.br

- d)** Na ocorrência da rejeição da (s) nota (s) fiscal(s), motivada por erro ou incorreções, o pagamento ocorrerá somente após a sua reapresentação.
- e)** As condições para o pagamento será de 30(trinta dias) após a apresentação da Nota Fiscal.
- f)** Os pagamentos serão efetuados através de depósito bancário exclusivamente em conta corrente de titularidade do Contratado, sendo a garantia do referido pagamento a Nota de Empenho.
- g)** Os valores a serem pagos serão os constantes da proposta apresentada.

CLÁUSULA QUINTA – DO RECEBIMENTO

- a)** Em conformidade com o art. 75, inciso II, da Lei nº 14.133 de 1º de abril de 2021 o recebimento será feito mediante recibo.
- b)** O Recebimento será confiado a servidor designado oportunamente, pela Contratante.
- c)** O recebimento provisório ou definitivo não exclui a responsabilidade civil pela solidez e segurança do serviço, nem ético-profissional pela perfeita execução do Contrato, dentro dos limites estabelecidos pela lei ou pelo Contrato, nos termos do art. 75, inciso II, da Lei nº 14.133 de 1º de abril de 2021.

CLÁUSULA SEXTA- DA VIGÊNCIA E REAJUSTE

- a)** O prazo de duração do presente contrato terá início na data da sua assinatura e se estenderá até o dia 31/12/2021.
- b)** O valor do presente contrato terá valor fixo e não reajustável durante a sua vigência. Podendo sofrer alterações apenas os valores das passagens caso autorizadas pela ATR.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

O custeio do presente contrato correrá por conta da seguinte dotação orçamentária.

10.122.2704.2153.3.3.90.39 - Fonte 40 - Ficha 474.
Constantes no Orçamento Municipal em execução.

CLÁUSULA OITAVA-DA EFICÁCIA E DA PUBLICAÇÃO



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITACAJÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Costa e Silva, s/n, Centro – Itacajá – TO cep: 77.720-000
Fone (063) 3439-1479 E-Mail itacaja@saude.to.gov.br

O presente instrumento será publicado, em resumo, no Diário Oficial, que é condição indispensável para sua eficácia, consoante dispõe o art. 75, inciso II, da Lei nº 14.133 de 1º de abril de 2021.

CLÁUSULA NONA – DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

Fica a contratada obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, acréscimos ou supressões que se fizerem necessários em até 25% (vinte e cinco) por cento do valor total do objeto deste instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA- DA RESCISÃO

A contratante poderá rescindir unilateralmente o presente contrato conforme os motivos seguintes:

- I - o não cumprimento de cláusulas contratuais;
- II - o cumprimento irregular de cláusulas contratuais;
- III - a lentidão no seu cumprimento;
- IV - o atraso injustificado no início da execução dos serviços;
- V - a paralisação dos serviços, sem justa causa e prévia comunicação à Administração;
- VI - a decretação de falência ou instauração de insolvência civil;
- VII - a dissolução da sociedade;
- VIII - a alteração social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da empresa, que prejudique a execução do contrato;
- IX - razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificados e determinados pela máxima autoridade da esfera administrativa a que está subordinada a contratante no processo administrativo a que se refere o contrato;

Parágrafo Único - Nos casos de rescisão acima mencionados, a contratante não indenizará a contratada, salvo pelos serviços já executados até o momento da rescisão.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS PENALIDADES



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITACAJÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Costa e Silva, s/n, Centro – Itacajá – TO cep: 77.720-000
Fone (063) 3439-1479 E-Mail itacaja@saude.to.gov.br

O contrato ficará de pleno direito, rescindido, em caso de inexecução, total ou parcial, ficando a administração com o direito de retomar os serviços e aplicar multas no contratado, além de exigir, se for o caso, indenização.

Parágrafo único – O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas caracterizará a inadimplência do contratado sujeitando-o as seguintes penalidades:

- a) Advertência;
- b) Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor global do contrato;

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

As partes elegem o foro da Comarca de Itacajá – TO, para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios decorrentes do presente contrato.

E por estarem assim ajustadas, firmam este instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Itacajá - TO, 22 de outubro de 2021.

GUSTAVO GUIMARÃES PAIVA
Secretário Municipal de Saúde
CONTRANTE

WELLITHON LUZ OLIVEIRA
CONTRATADO

Testemunhas:

Nome: _____

CPF:

Nome: _____

CPF: