



**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 [saude.itacajato@gmail.com](mailto:saude.itacajato@gmail.com)

**PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO Nº 013/2025**

**INEXIGIBILIDADE: Nº 002/2025**

**CONTRATO Nº 016/2025**

**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:

<b>Fornecedor: WELLITHON LUZ OLIVEIRA</b>					
<b>CPF: 694.644.561-91.</b>			<b>Telefone: (63) 3439-1470</b>		
<b>Endereço: Av. Presidente Dutra, nº2100, CEP: 77720-000</b>					
<b>ITEM</b>	<b>Descrição dos serviços</b>	<b>Unid.</b>	<b>Quant.</b>	<b>Valor Un.</b>	<b>Valor Total</b>



**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 [saude.itacajato@gmail.com](mailto:saude.itacajato@gmail.com)

<b>01</b>	Passagens em veículo tipo van para Araguaína para pacientes de TFD.	Unid.	1.200	R\$ 85,00	R\$ 102.000,00
<b>02</b>	Passagens em veículo tipo van para Colinas para pacientes de TFD.	Unid.	750	R\$ 60,00	R\$ 45.000,00
<b>VALOR TOTAL</b>					<b>R\$ 147.000,00</b>

### **CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

O presente contrato decorre da Lei nº 14.133 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 deixá-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 R\$ **147.000,00 (cento e quarenta e sete mil 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.

**d)** Na ocorrência da rejeição da (s) nota (s) fiscal(s), motivada por erro ou incorreções, o pagamento ocorrerá somente após a sua reapresentação.



**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 [saude.itacajato@gmail.com](mailto:saude.itacajato@gmail.com)

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 artigo 74, inciso I, da Lei 14.133/2021 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 artigo 74, inciso I, da Lei nº 14.133.

#### **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 31/12/2025, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos com vistas a obtenção de preços e condições mais vantajosas para a Administração, limitada a sessenta meses.

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.

07.01.10.122.2704.2.153 (Bloco de Custeio Gestão do SUS no Âmbito Municipal)  
3.3.90.36 fichas: 466 fontes: 1500.1002, **R\$ 73.500,00 (setenta e três mil e quinhentos e reais).**

07.01.10.301.2704.2.154 (Bloco de Custeio Atenção Básica) 3.3.90.36, ficha:481  
fonte:1.600.0000, **R\$ 73.500,00 (setenta e três mil e quinhentos e reais).**

#### **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 [saude.itacajato@gmail.com](mailto:saude.itacajato@gmail.com)

O presente instrumento será publicado, em resumo, no Diário Oficial, que é condição indispensável para sua eficácia, consoante dispõe o artigo 74, inciso I, da Lei nº 14.133/2021.

### **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**

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.



**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 [saude.itacajato@gmail.com](mailto:saude.itacajato@gmail.com)

**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, 17 de fevereiro de 2025.

---

**GUSTAVO GUIMARÃES PAIVA**  
Secretário Municipal de Saúde  
CONTRANTE

---

**WELLITHON LUZ OLIVEIRA**  
CONTRATADO

**Testemunhas:**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_