

**CPSMIT**

Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca  
 AMONTADA-ITAPIPOCA-MIRAIMA-TRAIRI-TURURU-UMIRIM-URUBURETAMA



GOVERNO DO  
 ESTADO DO CEARÁ  
 Secretaria de Saúde

**CONTRATO DE RATEIO Nº 008/2022/CEO**

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ  
 PROJ.: 00245895/2022  
 DATA: 11/01/22  
 Assinatura do Resp. pelo licenciamento

**CONTRATO DE RATEIO CELEBRADO ENTRE O  
 CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE  
 ITAPIPOCA – CPSMIT E O MUNICÍPIO DE AMONTADA.**

Pelo presente, conforme a Cláusula Décima Primeira do Contrato referente à constituição do **CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE ITAPIPOCA – CPSMIT**, oriundo da ratificação, por lei, do Protocolo de Intenções, o **MUNICÍPIO DE AMONTADA**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o nº 06.582.449/0001-91, com sede na Rua Cel. Antônio Belo, nº 651, CEP 62.540-000, Centro, Amontada/CE, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, **FLÁVIO CÉSAR BRUNO TEIXEIRA FILHO**, inscrito no CPF sob o n.º 031.355.033-64, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro, o **CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE ITAPIPOCA – CPSMIT**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ nº 12.939.977/0001-58, com sede na Rua Urbano Teixeira Barbosa, nº 546, CEP 62.500-970, Centro, Itapipoca/CE, neste ato representado por seu Presidente, **FELIPE SOUZA PINHEIRO**, RG nº 91002093514 – SSPDS/CE, CPF nº 511.253.073-15, doravante denominado **CONTRATADO**, arrimados na Lei Federal nº 8.666/93, na Lei Federal nº 11.107/2005, no Decreto nº 6.017/2007 e no Contrato de Consórcio Público firmando entre os entes consorciados, têm entre si justo e acordado o que se segue:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL**

O presente CONTRATO DE RATEIO reger-se-á pelo disposto no art. 8º da Lei Federal nº 11.107/05, de 06 de abril de 2005, art. 13 e ss. do Decreto Federal nº 6.017/07, de 17 de janeiro de 2007, na Lei Municipal nº 840, de 15 de junho de 2009 (Município de AMONTADA), no Estatuto do CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE ITAPIPOCA – CPSMIT, e nos demais atos normativos correlatos.

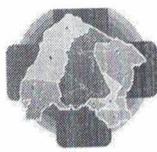
**CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO**

Constitui-se como objeto do presente CONTRATO DE RATEIO a definição das regras e critérios de participação do **CONTRATANTE** junto ao **CONTRATADO**, no que tange aos repasses de obrigações financeiras rateadas, assegurando concorrer com as despesas de todas as atividades a serem desenvolvidas pela entidade de acordo com o definido no Contrato de Programa, inclusive a transferência, do **CONTRATANTE** ao **CONTRATADO**, da gestão do **Centro de Especialidades Odontológicas - CEO/Regional - Dr. Hugues Pessoa Amorim**, localizado no Município de Itapipoca, unidade integrante da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, bem como a manutenção das demais atividades de funcionamento da entidade, nos termos do Estatuto do CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE ITAPIPOCA – CPSMIT.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DA PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA**

O **CONTRATANTE**, para o exercício financeiro de **2022**, assegura ter consignado na sua Lei Orçamentária Anual - LOA, e/ou assegurará inserção através de Crédito Adicional Especial em sua Lei Orçamentária em vigência, de dotação suficiente para suportar as despesas assumidas através do presente CONTRATO DE RATEIO.

**PARÁGRAFO ÚNICO**



**CPSMIT**

Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca  
AMONTADA-ITAPIPOCA-MIRAIMA-TRAIRI-TURURU-UMIRIM-URUBURETAMA



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
Secretaria de Saúde

O **CONTRATANTE** deverá informar sobre a respectiva Lei Orçamentária Anual juntamente com os Anexos correspondentes, e/ou do respectivo Crédito Adicional Especial, objeto desta Cláusula, fornecendo cópia ao **CONTRATADO** no **prazo de 30(trinta) dias** da data de assinatura deste Contrato.

#### **CLÁUSULA QUARTA – DO VALOR DA COTA-PARTE E DA FORMA DE REPASSE**

Conforme regras estabelecidas no Contrato de Programa para o rateio proporcional das obrigações financeiras com o custeio das despesas relativas às atividades do **CONTRATADO**, o **CONTRATANTE** fica comprometido perante o **CONTRATADO** com sua **Cota-Parte Anual de 2022** no valor total de **R\$ 141.720,76 (cento e quarenta e um mil e setecentos e vinte reais e setenta e seis centavos)**, obrigando-se repassá-lo em **12 (doze) parcelas** mensais, iguais e sucessivas de **R\$ 11.810,06 (onze mil oitocentos e dez reais e seis centavos)**, a partir de **janeiro/2022**, devendo ser creditadas em favor do **CONTRATADO** até o dia 20 de cada mês em conta bancária destinada a este fim.

#### **SUBCLÁUSULA PRIMEIRA – DAS COTAS-PARTES EVENTUALMENTE PENDENTES ANTES DA PUBLICAÇÃO DO PRESENTE CONTRATO E DA EFETIVAÇÃO DOS DESCONTOS**

Sem prejuízo do pagamento das parcelas a vencer no exercício **2022**, nas formas e condições estabelecidas na cláusula quarta, as cotas-partes eventualmente vencidas e não pagas anteriores à publicação deste contrato e à efetivação dos descontos serão diluídas em proporções iguais nas parcelas restantes do exercício de **2022**, sem acréscimo de qualquer natureza, creditadas na forma constante deste contrato.

#### **SUBCLÁUSULA SEGUNDA**

Por força deste Contrato de Rateio, conforme autorização contida na Subcláusula Única, da Cláusula Décima Primeira do Protocolo de Intenções Ratificado por Lei Municipal do **CONTRATANTE**, o mesmo autoriza o **CONTRATADO** a promover os créditos das parcelas mensais estabelecidas no *caput* e na **SUBCLÁUSULA PRIMEIRA** desta Cláusula mediante sua apresentação perante a Secretaria da Fazenda do Estado do Ceará (SEFAZ/CE), e solicitar a retenção dos valores que faz jus nos recursos do ICMS Mensal do Município de AMONTADA.

#### **SUBCLÁUSULA TERCEIRA**

Por força deste Contrato de Rateio, na conformidade da autorização contida na Subcláusula Única, da Cláusula Décima Primeira do Protocolo de Intenções Ratificado por Lei Municipal do **CONTRATANTE**, o mesmo autoriza a Secretaria da Fazenda do Estado do Ceará (SEFAZ/CE) a promover a retenção do valor correspondente de cada parcela mensal vincenda nos recursos do ICMS mensal do Município de AMONTADA, bem como transferir o referido crédito em favor da conta bancária de titularidade do **CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE ITAPIPOCA – CPSMIT**.

#### **SUBCLÁUSULA QUARTA**

O período de retenção dos valores mensais estabelecidos neste Contrato de Rateio em 12 (doze) parcelas tem início em **1º de janeiro de 2022** e término em **31 de dezembro de 2022**.

#### **SUBCLÁUSULA QUINTA**

As autorizações nos valores e na forma disposta nesta Cláusula e suas Subcláusulas, respectivamente, são de caráter irrevogável até o seu cumprimento total, salvo mediante apresentação de Distrato e/ou Rescisão deste Contrato, obrigatoriamente com anuência de ambos os contratantes.

#### **SUBCLÁUSULA SEXTA**

Quaisquer alterações de valores e/ou de cronograma de desembolso, na forma disposta nesta Cláusula e suas Subcláusulas, respectivamente, não serão permitidas nem promovidas, salvo disposição mediante Termo Aditivo e/ou outro documento que o substitua, sempre com anuência das partes que o subscrevem.

#### **CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE**



**CPSMIT**

Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca  
AMONTADA-ITAPIPOCA-MIRAIMA-TRAIRI-TURURU-UMIRIM-URUBURETAMA



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
Secretaria de Saúde

- I** – Entregar recursos ao **CONTRATADO** somente mediante o estabelecimento no presente CONTRATO DE RATEIO;
- II** – Exigir, isoladamente ou em conjunto com os demais consorciados, o pleno cumprimento das obrigações previstas no presente CONTRATO DE RATEIO, quando na condição de adimplente;
- III** – Ter assegurado o correspondente Crédito Orçamentário na conta da respectiva dotação na Lei Orçamentária Anual do Município, e/ou fazer constar, no **prazo de 30 (trinta) dias** da data de assinatura deste instrumento, inserindo-o através de Crédito Adicional Especial, no qual ocorrerão as despesas com obrigações financeiras assumidas por força deste Contrato de Rateio;
- IV** – Cumprir o cronograma de desembolso do repasse dos recursos financeiros deste Contrato de Rateio, conforme previsto na Cláusula Quarta e suas Subcláusulas.

#### **CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO**

- I** – Aplicar os recursos oriundos do presente Contrato de Rateio na consecução dos objetivos definidos no Contrato de Programa, observadas as normas da contabilidade pública;
- II** - Executar as receitas e despesas em conformidade com as normas de direito financeiro aplicáveis às entidades públicas;
- III** – Informar, mensalmente, as despesas realizadas em face dos recursos entregues pela **CONTRATANTE** com base no presente Contrato de Rateio.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA**

Para os efeitos deste Contrato de Rateio, sua vigência inicia em **1º de janeiro de 2022**, com término em **31 de dezembro de 2022**, em estrita observância à legislação orçamentária e financeira de cada ente consorciado, nunca superior às dotações que o suportam, tendo efeitos financeiros retroativos caso firmado após a primeira data.

#### **PARÁGRAFO ÚNICO**

O prazo de vigência previsto no *caput* desta Cláusula poderá ser prorrogado, caso haja despesas custeadas por tarifas, por outros preços públicos ou por ações contempladas em Plano Plurianual.

#### **CLÁUSULA OITAVA – DA RETIRADA E DA EXCLUSÃO DO CONSORCIADO**

Conforme a Cláusula Décima Sexta e sua Subcláusula Segunda, do Protocolo de Intenções Ratificado pela Lei Municipal do Contratante, a retirada do ente municipal do Consórcio Público dependerá de ato formal de seu representante, na forma previamente disciplinada por lei do próprio ente federado, a ser comunicado à Assembleia Geral, conforme determinado no Estatuto do CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE ITAPIPOCA – CPSMIT, ciente de que, por força deste Contrato de Rateio, a retirada ou a extinção do Consórcio Público não prejudicará as obrigações constituídas, inclusive os contratos de programas e contratos de rateios, cuja extinção dependerá do prévio pagamento das indenizações das obrigações já cumpridas pelo **CONTRATADO**.

#### **CLÁUSULA NONA - DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO**

A execução do objeto deste contrato será acompanhada e fiscalizada pelo **CONTRATANTE**, na pessoa do (a) Diretor (a) Executivo do CPSMIT, especialmente designado (a) pela Administração para esse fim, doravante denominado (a) simplesmente GESTOR (A) deste contrato, conforme determina o art. 67 da Lei nº 8.666/93.

**CPSMIT**

Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca  
 AMONTADA-ITAPIPOCA-MIRAIMA-TRAIRI-TURURU-UMIRIM-URUBURETAMA



GOVERNO DO  
 ESTADO DO CEARÁ  
 Secretaria de Saúde

**9.1.** Para o acompanhamento e a fiscalização de que trata esta Cláusula, compete a (o) Gestor (a), entre outras atribuições:

**9.1.1.** Solicitar do **CONTRATADO** e seus prepostos, ou obter da Administração, tempestivamente, todas as providências necessárias ao bom andamento deste contrato, registrando-as e anexando-as aos autos do processo correspondente cópia dos documentos escritos que comprovem essas solicitações;

**9.1.2.** Verificar a conformidade da execução contratual com as normas especificadas e a adequação dos procedimentos, de modo a garantir a Programação Pactuada Consorcial;

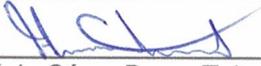
**9.2.** A ação da fiscalização não exonera o **CONTRATADO** de suas responsabilidades contratuais.

**CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO**

Para dirimir eventuais dúvidas, controvérsias, excessos e/ou omissões deste Contrato de Rateio, as partes elegem o foro da Comarca de Itapipoca, Estado do Ceará, renunciando a quaisquer outros.

E por estarem de acordo com as Cláusulas e condições acima estabelecidas, assinam o presente Contrato de Rateio em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo identificadas, para que surta os devidos efeitos legais.

Amontada/CE, **03 de janeiro de 2022.**

 Flávio César Bruno Teixeira Filho Prefeito de Amontada	 Felipe Souza Pinheiro Presidente do CPSMIT
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**TESTEMUNHAS:**

Nome FRANCIVAN GOMES RODRIGUES

CPF 767.120.793-49

Assinatura 

Nome \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_