



TERMO DE CONVÊNIO N° 009/2025

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE LAGES**, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, entidade de direito público, inscrita no CNPJ n° 11.840.546/0001-77, localizada na Praça Leoberto Leal, n° 20, Centro, CEP 88501-310, Lages/SC, neste ato representada pelo Secretário Municipal de Saúde, Sra. neste ato representada pela Secretária Municipal de Saúde, Sra. **SUSANA ZEN**, inscrito no CPF n° 773.846.799-15, doravante denominada **CONVENIENTE** e de outro a **ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SEARA DO BEM**, entidade filantrópica, inscrita no CNPJ n° 84.947.167/0001-54, localizada na Av. Luiz de Camões, n° 1511, Conta Dinheiro, CEP 88520-000, Lages/SC, neste ato representada pelo Sr. **Wilson Ribeiro dos Santos**, inscrito no CPF n° 105.764.529-04, doravante denominada **CONVENIADA**, resolvem, de comum acordo, celebrar o presente CONVÊNIO, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:

1.1- O objeto do presente Termo de Convênio consiste no repasse financeiro para a melhoria da qualidade dos serviços do Hospital Seara do Bem Materno e Infantil, visando manutenção aos usuários do SUS, conforme Plano de Trabalho anexo a este instrumento.

1.2- O Município de Lages/Secretaria Municipal da Saúde/Fundo Municipal da Saúde repassará a quantia de R\$ 300.000,00 (Trezentos mil reais), em parcela única, oriunda da Emenda Parlamentar - Proposta n° 36000590173202400.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENIADA:

- 1) Aplicar os recursos transferidos exclusivamente no objeto deste Termo de Convênio;
- 2) Assegurar o aporte de recursos financeiros próprios e de outras fontes para complementação do objeto deste Termo de Convênio;
- 3) Apresentar a prestação de contas do recurso recebido referente à execução integral



do objeto deste Termo de Convênio, de acordo com o Manual de Prestação de Contas do Município,

- 4) Movimentar os recursos na conta bancária única e específica do convênio;
- 5) Restituir os recursos não utilizados e/ou não aprovados à conta de origem do repasse.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO DE LAGES/SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE:

- 1) Repassar a conveniente os valores previstos na cláusula primeira deste instrumento.
- 2) Acompanhar a execução do objeto deste Termo de Convênio até seu prazo final.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA:

A vigência deste Termo de Convênio será até 31 de dezembro de 2025.

CLÁUSULA QUINTA - DO FUNDAMENTO LEGAL:

Art. 184 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021 e Lei Municipal nº 4062, de 03 de setembro de 2014.

CLÁUSULA SEXTA - DO DESCUMPRIMENTO:

O descumprimento de qualquer cláusula deste Termo de Convênio implicará na imediata tomada de medidas judiciais ou extrajudiciais, para apurar responsabilidade civil ou criminal a quem der causa, na forma da lei.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOS RECURSOS FINANCEIROS:

As despesas decorrentes deste instrumento correrão da Dotação Orçamentária nº 20 BLMAC FNS - OUTRAS AÇÕES DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE 2.631.3110.2024.0009 - Superávit/proposta 36000590173202400



CLÁUSULA OITAVA - DO FORO:

Para dirimir eventuais dúvidas na aplicação e interpretação deste Termo de Convênio e que eventualmente não puderem ser resolvidas de comum acordo, as partes elegem o Foro da Comarca de Lages/SC.

CLÁUSULA NONA - DO GESTOR RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO:

A Gestora responsável pelo acompanhamento será a servidora Sabrina M. Seibt, inscrita no CPF nº ***.799.439-**, tendo como suplente a servidora Juliana Hining da Silva, inscrita no CPF nº ***.287.859-**.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA PRORROGAÇÃO DE PRAZO:

Este Termo de Convênio poderá ser prorrogado caso haja necessidade, havendo interesse recíproco das partes ora conveniadas.

E, por estarem as partes justas e acordadas, firmam o presente CONVÊNIO em 02 (duas) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

Lages/SC, 22 de maio de 2025.

SUSANA ZEN

Secretária Municipal de Saúde

WILSON RIBEIRO DOS SANTOS

Presidente

SABRINA M. SEIBT

Gestora

JULIANA HINING DA SILVA

Gestora Suplente



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

P R E F E I T O R A D E



Testemunha

Testemunha

CONTRATOS

Praça Leoberto Leal, nº 20, Centro | Fone (049) 3251-7623 | Cep. 88.501.310 | CNPJ-11.840.546/0001-77

contratos@saudelages.sc.gov.br