



TERMO DE CONVÊNIO Nº 003/2025

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 sob o nº 11.840.546/0001-77, localizada na Praça Leoberto Leal, nº 20, Centro, CEP 88501-310, Lages/SC, neste ato representada pelo Secretário Municipal de Saúde, Sra. **Susana Zen**, inscrito no CPF nº 773.846.799-15, doravante denominada **CONVENIENTE ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SEARA DO BEM**, entidade filantrópica, inscrita no CNPJ nº 84.947.167/0001-54, localizada na Av. Luiz de Camões, nº 1511, Conta Dinheiro, CEP 88520-000, Lages/SC, neste ato representada pelo Sr. **Wilson Ribeiro dos Santos**, inscrito no CPF nº 105.764.529-04, doravante denominada **CONVENIADO**, resolvem, de comum acordo, celebrar o presente CONVÊNIO, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:**

O objeto do presente Termo de Convênio consiste no repasse de auxílio financeiro destinado como estratégia para o custeio de atividades cotidianas da Associação Beneficente Seara do Bem, conforme Plano de Trabalho em anexo.

1.1- O Município de Lages/Secretaria Municipal da Saúde/Fundo Municipal da Saúde repassará, mensalmente, a quantia de R\$ 23.600,00 (vinte e três mil e seiscentos reais) para a execução do objeto do presente convênio.

**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 no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a data de liberação de cada parcela repassada, 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 iniciará na data da sua assinatura com término em 31/12/2025, podendo ser prorrogado pelo prazo de até 60 meses.

**CLÁUSULA QUINTA - DO FUNDAMENTO LEGAL:**

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 ORÇAMENTÁRIOS:**

As despesas decorrentes deste instrumento correrão por conta da Dotação Orçamentária nº 7 – Recurso 1.500.1002.0002.0000.

**CLÁUSULA OITAVA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS:**

A Conveniada fica responsável pela prestação de contas parcial e final, a qual deverá ser encaminhado a prestação de contas final no prazo de 30 (trinta) dias após o encerramento do prazo de vigência do presente convênio.

**CLÁUSULA NONA- DAS ALTERAÇÕES:**



Qualquer alteração do presente CONVÊNIO será objeto de termo aditivo, na forma da legislação vigente.

**CLÁUSULA DÉCIMA - DO GESTOR RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO:**

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

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - 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.

E, por estarem as partes justas e conveniadas, firmam o presente CONVÊNIO em 03 (três) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

Lages, 17 de abril de 2025.

\_\_\_\_\_  
**Susana Zen**

Secretária Municipal de Saúde

\_\_\_\_\_  
**Wilson Ribeiro dos Santos**

Presidente

\_\_\_\_\_  
**Sabrina 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) 3251-7645 | Cep. 88.501.310 | CNPJ-11.840.546/0001-77

[contratos@saudelages.sc.gov.br](mailto:contratos@saudelages.sc.gov.br)