

**Número SIT** 22743**Tipo Instrumento** Termo de Convênio**Número do Instrumento** 132014**Situação Atual** Em Execução**Concedente****Tomador****Ano** 2014**Data Celebração** 25/06/2014**Data Início Vigência** 25/06/2014**Data Fim vigência** 25/12/2015**Data Fim Vigência sem Aditivo** 25/12/2015**Data Início Execução** 25/06/2014**Data Fim Execução** 25/12/2015**Data Fim Execução sem Aditivo** 25/12/2015**Periódico de Publicação** DIOE/PR**Data Publicação** 30/06/2014**Atividade Principal da Transferência** Assistência Hospitalar e Ambulatorial

**Objeto** O presente convênio tem por objeto estabelecer as condições de obrigações entre as partes signatárias, cuja finalidade é o repasse de Recursos Financeiros destinados ao custeio da estruturação da Rede de Urgência e Emergência do município, conforme Plano de Trabalho, parte integrante do presente convênio.

|                               |            |                                     |            |
|-------------------------------|------------|-------------------------------------|------------|
| <b>Valor do Repasse (R\$)</b> | 540.000,00 | <b>Valor do Repasse sem Aditivo</b> | 540.000,00 |
|-------------------------------|------------|-------------------------------------|------------|

|                                  |      |  |      |
|----------------------------------|------|--|------|
| <b>Valor Contrapartida (R\$)</b> | 0,00 | <b>Valor Contrapartida sem Aditivo</b> | 0,00 |
|----------------------------------|------|--|------|

|  |            |  |            |
|--|------------|--|------------|
| <b>Valor Total Transferência (R\$)</b> | 540.000,00 | <b>Valor Total Transf. sem Aditivo</b> | 540.000,00 |
|--|------------|--|------------|

**Identificação do Responsável Pela Fiscalização da Transferência no Concedente**

CPF 428.206.699-72

Nome PAULO CESAR ALVES DE AZEVEDO E ALMEIDA

Cargo Superintendente em Gestão de Sistemas de Saúde