

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - TO

RESOLUÇÃO N.º 088/97

*Dispõe sobre o pleito da
Prefeitura Municipal de Santa Rosa do Tocantins,
o Projeto para aquisição de um (01) veículo tipo ambulância.*

O Presidente da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Tocantins, consoante com a análise do pleito da Prefeitura Municipal Santa Rosa do Tocantins, pelo plenário da Comissão Intergestores Bipartite do Tocantins em sua Reunião Ordinária realizada no dia 08 de Outubro de 1997 e após avaliação técnica da Coordenadoria de Finanças da SES-TO,

RESOLVE:

Aprovar a solicitação de alocação para recursos do Ministério da Saúde, destinados a:

- Projeto para aquisição de (01) veículo tipo ambulância no valor de R\$21.053,00 (Vinte e Hum Mil e Cinquenta e Três Reais)

Palmas, 08 de Outubro de 1997

LUÍS EDUARDO RODRIGUES

Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/TO
em Substituição



ESTADO DO TOCANTINS

Prefeitura Municipal de Santa Rosa do Tocantins

DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de celebração de convênio ou outro instrumento similar com o Fundo Nacional de Saúde, visando obtenção de recursos que a Prefeitura Municipal de Santa Rosa do Tocantins, vem observando o seguinte:

- a) institui e arrecada todos os tributos previstos no art. 155 (no caso de Estados e Distrito Federal) ou 156 (no caso de Município) da Constituição Federal;
- b) que a receita tributária em relação à receita orçamentaria, exclusive operações de crédito, atende o disposto no art. 18. inciso II, da LDO;
- c) que atende o disposto nos arts. 167, inciso III e 212 da Constituição Federal, e no art. 37 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias - ADCT;
- d) que não está inadimplente com a União, inclusive com as contribuições de que tratam os arts. 195 e 239 da Constituição Federal, com o FGTS, com o INSS, com o PIS/PASEP, com a Fazenda Federal ou local, com a Procuradoria Geral da Fazenda, e com transferências recebidas anteriormente da Administração Pública Federal;
- e) que incluiu na Lei Orçamentaria os subprojetos ou subatividades a serem contemplados.

Santa Rosa do Tocantins, 06 de outubro de 1997.

ALBINO TEIXEIRA DE OLIVEIRA
PREFEITO MUNICIPAL

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDO NACIONAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE CONVÊNIOS E CONTRATOS
COORDENAÇÃO DE CONTROLE DE PROCESSOS**

CADASTRO FINANCEIRO

Favorecido (Razão Social): PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DO TOCANTINS TO
Objeto do Convênio a ser solicitado AQUISIÇÃO DE AMBULÂNCIA
Endereço: Praça Jaime Pereira s/nº - Santa Rosa do Tocantins TO
C.G.C.: 24.851.503/0001-39
Banco do Brasil nº.: 1117-7
Conta Corrente nº. 32.342-X
Agência nº.(Praça de Pagamento): 1117-7 - PORTO NACIONAL TO

- 1 - As informações acima deverão conter o carimbo e a assinatura do Gerente da Agência do Banco do Brasil S/A onde foi aberta a respectiva conta corrente;
- 2 - Esclarecemos que a liberação da verba está condicionada à devolução do presente cadastro;
- 3 - A conta corrente deverá ser específica (Banco do Brasil S/A), agência mais próxima, com a seguinte denominação:

PREF. MUN. SANTA ROSA DO TO /Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
(Favorecido - Razão Social)

- 4 - Telefone do Favorecido para contato: (063) 880.1112


Gerente Geral 22893-6

1 - DADOS CADASTRAS

Nome da Entidade Proponente			C.G.C Da Entidade	
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DO TOCANTINS			24.851.503-0001/39	
Endeço da Entidade Praça Jaime Pereira s/n				
Cidade	U.F	C.E.P.	DDD/TelefoneFAX	Esfera Administrativa
Santa Rosa do To.	TO	77.375-000	(063) 880-1112	Municipal
Conta Corrente	Banco	Agência	Praça de Pagamento	
32.342-x	001	1117-7	Porto Nacional - To.	

Nome do Dirigente da Entidade Proponente			C.P.F. do Dirigente	
ALBINO TEIXEIRA DE OLIVEIRA			081449231-20	
C.I./Órgão Expedidor/Data	Cargo	Função	Matrícula	
56.845 - SSP GO	Prefeito	Prefeito		

2 - OUTROS PARTICÍPIES

Nome da Entidade	C.G.C.	Esfera Administrativa
Endereço (Rua, bairro, Cidade e CEP)		Fone: _____ FAX: _____

3 - DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do Projeto: Aquisição de Ambulância.	Período de Execução	
	Início	Término
	Out/97	Dez/97

Identificação do Objeto: Aquisição de veículo ambulância para resgate.
Justificativa da Proposição: município não possui carro para transporte de doentes, não possui Hospital e os pacientes que necessitam de atendimento médico e internação são deslocados para Silvanópolis , Porto Nacional e Palmas de acordo com a gravidade do caso.

4 - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (meta, etapa ou fase)

Meta	Etapa Fase	Especificação	Indicador Físico		Período	
			Unid.	Qtde.	Início	Término
01	01	Aquisição de Ambulância Simples Remoção para Resgate.	UND	01	OUT/97	DEZ/97

5 - PLANO DE APLICAÇÃO (EM R\$)

Natureza da despesa		1 = (2 + 3)	2	3
Código	Especificação	Total Geral	Concedente ()	Proponente* (ENTIDADE)
3190.11	Pessoal			
3490.14	Diárias			
3490.30	Material de Consumo			
3490.33	Passagens			
3490.36	Serviços Terceiros - P. Física			
3490.39	O. Serviços Terceiros - P. Física			
4590.51	Obras Cíveis			
4590.52	Equipamentos e Mat. Permanente	21.053,00	20.000,00	1.053,00
	TOTAL	21.053,00	20.000,00	1.053,00

6 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (EM R\$)

Concedente (FNS)

META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
META	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
				20.000,00		

Proponente (Entidade Solicitante)

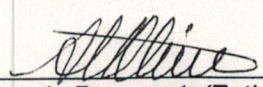
META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
META	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
				1.053,00		

7 - DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante do Proponente, DECLARO, para fins de prova junto ao _____, para os efeitos e sob penas da lei, que inexistirá qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Nacional ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União, na forma deste Plano de Trabalho.

Pede deferimento.

Palmas, 06.10.97


 Assinatura do Proponente(Entidade)

8 - APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

Aprovado

Local e data

Concedente