

## Atos Administrativos



ESTADO DA BAHIA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE IBITIARA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FMS: 11.390.964/000100



### TERMO DE RECONHECIMENTO DE DÍVIDA Nº 001/2024 Processo Administrativo nº 155/2024

TERMO DE RECONHECIMENTO DE DÍVIDA QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE IBITIARA/BA E A SOCIEDADE ASSISTENCIAL BENEFICENTE DE IBITIARA – HOSPITAL PADRE ALDO COPPOLA NA FORMA ABAIXO:

O MUNICÍPIO DE IBITIARA, Estado da Bahia, Entidade de Direito Público Interno, inscrito no CNPJ nº. 13.781.828/0001-76, com sede na Rua João Pessoa, 08 - Centro, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, inscrito no CNPJ sob o nº. 11.390.964/0001-00, neste ato representado pelo Gestor do Fundo o Sr. Quintino de Souza Pereira, nomeado por via do Decreto nº 004/2021 de 04/01/2021, e legalmente ratificado pelo seu Prefeito o Sr. WILSON DOS SANTOS SOUZA, e do outro lado, SOCIEDADE ASSISTENCIAL BENEFICENTE DE IBITIARA – Hospital Padre Aldo Coppola, pessoa jurídica de direito privado, regularmente inscrito no CNPJ nº 13.229.778/0001-19, com sede na ROD BA 152, nº 1000, KM 22, Município de Ibitiara/BA, doravante denominado simplesmente CREDOR, neste ato, representado por seu presidente, o Sr. Uendel Rodrigues dos Santos, brasileiro, casado, portador do RG n. 980786401, SSPBA, e CPF 001163885-01, residente e domiciliado na rua do Alecrim, n. 36B, Centro, Ibitiara/BA, CELEBRAM o presente Termo de Reconhecimento de Dívida, mediante as seguintes cláusulas e condições:

#### CLAÚSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

As partes firmam o presente instrumento tendo por objeto o reconhecimento da dívida, bem como pagamento e quitação, referente à prestação de serviços por parte da SOCIEDADE ASSISTENCIAL BENEFICENTE DE IBITIARA – Hospital Padre Aldo Coppola, no período de agosto/2022 a janeiro/2023, de atendimento de média e alta complexidade, bem como ambulatorial, em tempo integral, aos munícipes de Ibitiara/BA.

O valor global da dívida ora reconhecida é de R\$ 512.273,30 (quinhentos e doze mil, duzentos e setenta e três reais e trinta centavos), valores atualizados até 30 de novembro de 2024.

O período do objeto acima se deu de agosto/2022 a janeiro/2023.

#### CLAÚSULA SEGUNDA – DO VALOR RECONHECIDO

O DEVEDOR reconhece os valores devidos ou pendentes, junto ao CREDOR, na importância de R\$ 512.273,30 (quinhentos e doze mil, duzentos e setenta e três reais e trinta centavos), referente ao objeto e período mencionados na Cláusula Primeira, e demais documentos acostados ao processo administrativo nº. 155/2024.

Endereço: Rua Antônio Rodrigues Barbosa – Centro – S/N Ibitiara-Ba  
CEP: 46 700-000 Tel: 77 – 3647 2155.



ESTADO DA BAHIA  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE IBITIARA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
FMS: 11.390.964/000100



PERÍODO APURADO	VALOR ATUALIZADO
PRODUÇÃO DO HOSPITAL AGOSTO DE 2022	R\$ 90.594,41
PRODUÇÃO DO HOSPITAL SETEMBRO DE 2022	R\$ 99.788,88
PRODUÇÃO DO HOSPITAL OUTUBRO DE 2022	R\$ 87.218,33
PRODUÇÃO DO HOSPITAL NOVEMBRO DE 2022	R\$ 79.723,63
PRODUÇÃO DO HOSPITAL DEZEMBRO DE 2022	R\$ 76.783,68
PRODUÇÃO DO HOSPITAL JANEIRO DE 2023	R\$ 78.783,68
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 512.273,30</b>

**CLAÚSULA TERCEIRA – DO PAGAMENTO**

O DEVEDOR efetuará o pagamento ao CREDOR dos valores mencionados na Cláusula Primeira, em até 30 (trinta) dias contados da data de assinatura deste instrumento.

PARAGRAFO ÚNICO – O DEVEDOR deverá efetuar o pagamento correspondente ao objeto mencionado na cláusula primeira, em nome do CREDOR, por meio de Ordem Bancária em conta apresentada pelo CREDOR.

**CLAÚSULA QUARTA – DA QUITAÇÃO**

Após a comunicação e a comprovação do pagamento, dar-se-á ampla e geral quitação para ambas as partes, dos direitos e deveres sobscritos neste ajuste.

**CLAÚSULA QUINTA – DA NOVAÇÃO**

Reconhecem as partes que o ajuste ora pactuado diz respeito às questões expressamente mencionadas neste Instrumento, não implicando renúncia a qualquer outro direito ou dispensa do cumprimento de outras obrigações existentes entre as partes.

**CLAÚSULA SEXTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

As despesas decorrentes da execução do presente Termo de Reconhecimento de Dívida correrão à conta do orçamento do DEVEDOR.

**02.03.000 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

10.302.033.2068 GESTÃO DAS AÇÕES DO FUNDO A FUNDO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA – MAC  
3.3.9.0.93.00.00 Indenizações e Restituições (16000000)

**CLAÚSULA SETIMA – DA PUBLICAÇÃO**

O DEVEDOR providenciará a publicação resumida do presente instrumento, nos termos do art. 175 da Lei nº 14.133/2021.

**CLAÚSULA OITAVA – DO FORO**

Endereço: Rua Antônio Rodrigues Barbosa – Centro – S/N Ibitiara-Ba  
CEP: 46 700-000 Tel: 77 – 3647 2155.



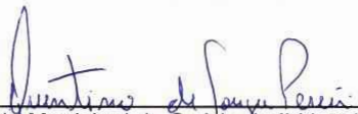
ESTADO DA BAHIA  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE IBITIARA**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FMS: 11.390.964/000100



Fica eleito o foro da Justiça Estadual, Comarca de Seabra/BA, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir qualquer dúvida ou litígio oriundo deste ajuste.

E, por estarem assim ajustadas, as partes assinam o presente TERMO DE RECONHECIMENTO DE DÍVIDA em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo qualificadas, para que produzam os efeitos jurídicos legais pertinentes.


Ibitiara/BA, 03 de dezembro de 2024.

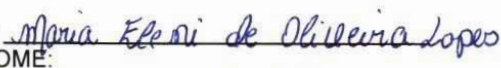
  
Fundação Municipal de Saúde de Ibitiara/BA (Devedor)

  
Município de Ibitiara/BA/BA (Devedor)

  
Sociedade Assistencial Beneficente de Ibitiara  
Hospital Padre Aldo Coppola (Credor)

Testemunhas:

1)   
NOME: Milton Lopes de Menezes Sobrinho  
CPF: 961.516.175-68

2)   
NOME: Maria Eleni de Oliveira Lopes  
CPF: 004.707.355-11

Endereço: Rua Antônio Rodrigues Barbosa – Centro – S/N Ibitiara-Ba  
CEP: 46 700-000 Tel: 77 – 3647 2155.

