



CONVÊNIO No. 01/2020

Convênio visando à execução de ações e assistência à saúde de natureza hospitalar ambulatorial e diagnóstica que entre si celebram o **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO**, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** e a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO**, objetivando a promoção, proteção e recuperação da saúde de forma complementar, com o desenvolvimento de Programa e Parceria na Assistência à Saúde de Santa Cruz do Rio Pardo, no âmbito do SUS.

Pelo presente instrumento, na melhor forma de direito, o **CONVENENTE, MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO**, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, inscrito no Ministério da Fazenda com o CNPJ nº 46.231.890/0001-43, com sede nesta cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, Estado de São Paulo, na Praça Deputado Leônidas Camarinha, 340 - Centro, neste ato representado pelo Prefeito Municipal **OTACILIO PARRAS ASSIS**, brasileiro, casado, portador do RG 5.543.202, emitido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no CPF/MF sob o nº 004.236.138-98, residente e domiciliado à Avenida Coronel Clementino Gonçalves, nº 91, Centro, nesta cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, e pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, na qualidade de gestora do Sistema Único de Saúde (SUS), com sede nesta cidade na Praça Sebastião, 509, - Centro, neste ato representada Secretário Municipal de Saúde **DIEGO HENRIQUE SINGOLANI COSTA**, brasileiro, solteiro, administrador, portador do RG 42.990.477-0, emitido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no CPF/MF sob o nº 360.926.208-71, domiciliado no município de Santa Cruz do Rio Pardo, doravante denominada apenas **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** e de outro lado, a **CONVENIADA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO** -, instituição filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no Ministério da Fazenda com o CGC/MF nº 56.813.926/0001-50, inscrita no CREMESP sob o nº 00843, desde 22/2/1983, nos termos da Lei Federal 6.839/80, com endereço na cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, à Avenida Dr. Cyro de Melo Camarinha, 530 - Centro, e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas de Santa Cruz do Rio Pardo, em 23/11/2018, sob o nº 175,AV. 24, LV.A , neste ato representada por seu interventor nomeado através do Decreto nº 05/2020, **SR. MAURICIO SALEMME CORREA**, brasileiro, casado, portador do RG nº 12.384.455/SSP-SP, emitido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no CPF/MF sob o nº 042.565.258-07, residente e domiciliado à Avenida Tiradentes, nº 988, Centro nesta cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, doravante denominada apenas **SANTA CASA**, resolvem celebrar o convênio de cooperação



Prestação de Serviços Hospitalares, Ambulatorial, Diagnóstico e Terapêutica, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal nos artigos 192 e seguintes; a Constituição Estadual nos artigos 218 e seguintes; a Lei Federal n.º 8080/90; a Lei n.º 8142/90; a Lei Complementar Estadual n.º 791/95; a Lei Federal n.º 8.666/93 atualizada pela Lei Federal 8.833/94; Portaria de Consolidação GM/MS 02/2017; Portaria GM/MS 15/2018, Portaria GM/MS 456/2018, Deliberação CIB 56/2018, Portaria GM/MS 1.664/2019, Portaria GM/MS 3.339/2019, Portaria GM/MS 1.667/2019, Portaria GM/MS 3.776/2019, a Lei Municipal n.º 2.298/08 e a Lei Municipal 2.539/11, e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, conforme cláusulas a seguir:


1ª. CLÁUSULA PRIMEIRA DO OBJETO

O **Presente Convênio** tem por objetivo estabelecer e definir as obrigações e encargos dos partícipes correspondentes ao desenvolvimento de convênio e Parceria na Assistência à Saúde de Santa Cruz do Rio Pardo, no âmbito do SUS, firmado entre o **MUNICÍPIO**, por intermédio da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, e a **SANTA CASA**, definindo a sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, visando à garantia da atenção integral à saúde dos munícipes que integram a região de saúde na qual a SANTA CASA está inserida, bem como estabelecer e definir as obrigações e os encargos de seus partícipes, correspondentes à execução, pela SANTA CASA,

§ 1º. Este **CONVÊNIO** estabelece normas para a aplicação no âmbito municipal do disposto no § 1º. do art. 199 da Constituição da República, do art. 25 da Lei n.º. 8080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde e dos arts. 173 e 176 da Lei Orgânica do Município de Santa Cruz do Rio Pardo, que especificamente tratam da preferência assegurada às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos para participarem de forma complementar do Sistema Único de Saúde, depois de esgotada a capacidade de prestação de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais pelos órgãos e entidades da Administração pública direta, indireta e fundacional, entre as quais passa a fazer parte por este convênio a **SANTA CASA**.

§ 2º. As obrigações firmadas entre o **MUNICÍPIO**, por intermédio da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, e a **SANTA CASA**, assim como o detalhamento dos objetos referentes aos serviços médico-hospitalares e ambulatoriais a serem prestados a qualquer indivíduo que deles necessite, nos limites Físicos e Orçamentários, ora estabelecidos, são os constantes neste convênio e detalhado pelo respectivo plano descritivo bienal em anexo.

§ 3º. As ações de saúde e serviços objeto deste **CONVÊNIO**, referidos numa base territorial populacional, conforme o Plano Municipal de Saúde de Santa Cruz do Rio Pardo e a Programação Pactuada Integrada (**PPI**) regional serão ofertados com


FERNANDA GOMES CASSITA
Advogada-Secretar. M. Saúde
OAB-SP 133.721



base nas indicações técnicas do planejamento da saúde, mediante compatibilização das necessidades da demanda e as disponibilidades de recursos financeiros do SUS.

2ª. CLÁUSULA SEGUNDA DO PRAZO

O presente convênio vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, a partir da data de sua assinatura, renovado automaticamente por igual período até o limite de 60 (sessenta) meses, respeitando o Plano Descritivo Bianual

Parágrafo único: Ao final do prazo de vigência e havendo interesse das partes, poderá ser firmado novo convênio nos mesmos moldes deste, para continuidade da parceria ou, sendo conveniente às partes e havendo manifestação prévia no prazo máximo de 90 (noventa) dias antes do termo final do ajuste, poderá ser prorrogado por igual período este convênio, ficando mantidos seu objeto e suas cláusulas.

3ª. CLÁUSULA TERCEIRA OBRIGAÇÕES SANTA CASA - ASSISTÊNCIA

Cabe a SANTA CASA DE MISERICORDIA promover:

I. **Internação hospitalar:** internações mensais (AIHs) de acordo com a PPI do Estado de São Paulo, respeitando os parâmetros técnicos de planejamento para as diferentes especialidades médico-hospitalares. A SANTA CASA destinará para a execução do presente convênio um total de 73 (oitenta e três) leitos hospitalares. Para atender ao objetivo deste **CONVÊNIO** a **SANTA CASA** se obriga a realizar duas espécies de internação:

- a) – Internação eletiva e;
- b) – Internação de urgência/emergência.

§1º. A **internação eletiva** somente será efetuada pela **SANTA CASA** mediante a apresentação de laudo médico autorizado por profissional especificamente designado pelo Município através da Unidade de Avaliação e Controle e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde, ou da respectiva Autorização de Internação Hospitalar – AIH, sendo que Cirurgias Eletivas, que não são urgência ou emergência, só poderão ser realizadas mediante autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde.

§2º. A **internação de emergência ou de urgência** será efetuada pela **SANTA CASA** com a necessidade/exigência de apresentação prévia de qualquer documento, e somente ocorrerão através do encaminhamento da UPA Porte I e SAMU Regional do município que será a "porta de entrada".

§3º. Para as finalidades deste Convênio a Internação de Urgência/Emergência será caracterizada como de "iminente risco de vida ao paciente"

FERNANDA GOMES CASSITA
Advogada-Secretar. M. Saúde
OAB-SP 133.721



§4º. Nas situações de emergência ou urgência o médico da **SANTA CASA** procederá ao exame do paciente, avaliando a necessidade de internação e emitindo laudo médico para a emissão de AIH, que será enviada no prazo de 3 (três) dias úteis contados da internação para a Unidade de Avaliação e Controle e Auditoria, para autorização de emissão da AIH (Autorização de Internação Hospitalar), também no prazo de 3 (três) dias úteis.

§5º. Na ocorrência de dúvidas, ouvir-se-á a **SANTA CASA**, no prazo de até 3 (três) dias, emitindo-se parecer conclusivo em até 3 (três) dias.

II. Atendimento ambulatorial, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT e pequenas cirurgias gerais): que compreende em todas as especialidades médicas elencadas no Plano Descritivo, o atendimento médico, serviços hospitalares e a assistência medicamentosa, quando necessária, além de tudo o mais que for imprescindível ao adequado atendimento de cada caso, que será efetuado até o limite constante da Programação Físico Orçamentário, respeitados os parâmetros definidos pelo **MUNICÍPIO**, e de acordo com a PPI do Estado de São Paulo.

Para o fiel cumprimento do objeto desde convênio, a **SANTA CASA** se obriga a oferecer ao paciente os recursos necessários ao seu atendimento, em termos de assistência técnico-profissional e hospitalar, conforme discriminado nos incisos III e IV:

III- Assistência médico-ambulatorial: atendimento médico por especialidade, com realização de todas as ações de saúde e todos os procedimentos específicos necessários para cada área, urgência ou emergência, compreendendo os enumerados nos incisos I e II desta cláusula, dentro do seu nível de complexidade, bem como, da capacidade técnica instalada;

IV- Assistência técnico-profissional e hospitalar:

a)- todos os recursos disponíveis na **SANTA CASA**, para diagnóstico e tratamento necessários ao atendimento dos usuários do SUS;

b)- encargos profissionais (incluindo plantonistas) e nosocomiais necessários;

c)- utilização das salas de cirurgia, bem como, de materiais e serviços do centro cirúrgico, e instalações correlatas;

d)- medicamentos receitados e outros materiais utilizados, sangue e hemoderivados;

e)- serviços de enfermagem;

f)- serviços gerais;

g)- fornecimento de roupas hospitalares;

h)- alimentação, com observância das dietas prescritas;

i)- outros serviços que se fizerem necessários ao adequado atendimento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando sua complexidade;

FERNANDA GOMES CASSITA
Advogada-Secretar. M. Saúde
OAB-SP 133.721



j)- Acionar o transporte (ambulância) a pacientes nos casos de transferência inter-hospitalar, após a liberação de vaga pela Central de Regulação de Urgência e Emergência ou órgão que a substituí-la.

V - Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal, igualitário e humanizado, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviço; de acordo com a Política nacional de humanização do SUS;

VI - Afixar aviso, em local visível, de sua condição de entidade integrante do SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

VI - Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste convênio;

VII - Permitir a visita ao paciente do SUS internado, diariamente, respeitando-se a rotina de serviço e de acordo com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, por período mínimo de 01 (uma) hora, ressalvadas as hipóteses de internação em Unidades de Terapia Intensiva;

VIII - Esclarecer ao paciente sobre seus direitos aos assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

IX- Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

X- Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes, nos termos da legislação vigente;

XI - Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente, por ministro de culto religioso;

XII - No tocante à internação e ao acompanhamento do paciente, serão cumpridas as seguintes normas:

1. Os pacientes serão internados em enfermaria ou quarto com o número máximo de leitos previstos nas normas técnicas para hospitais;

2. É vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares e outros complementares da assistência devida ao paciente no âmbito do SUS; ficando assegurada a gratuidade das ações e dos serviços de saúde executados no âmbito deste convênio. Comprovada a cobrança do paciente, através de processo administrativo no qual se garanta o direito de defesa à Entidade conveniada, o valor da cobrança será descontado do pagamento mensal da Entidade, ressarcindo-se o paciente, sem prejuízo das demais sanções legais cabíveis.

3. A **SANTA CASA** responsabilizar-se-á por cobrança indevida feita ao paciente ou seu representante, por qualquer profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste CONVÊNIO;

4. Nas internações de crianças, adolescentes, excepcionais e idosos acima de 60 anos, ressalvadas a hipóteses de risco de contágio e internação em Unidades de Terapia Intensiva, conforme definido no Regimento Interno da **SANTA CASA** e normas técnicas dos órgãos competentes do **MUNICÍPIO**, será assegurada a presença



acompanhante em tempo integral no hospital, podendo a **SANTA CASA** acrescer à conta hospitalar as diárias do acompanhante, correspondente ao alojamento e alimentação do mesmo, segundo valor fixado na Tabela Nacional SIH/SUS, mediante comprovação emitida pela supervisão administrativa e ou de enfermagem.

XIII- Exigir dos profissionais médicos o preenchimento da solicitação de internação hospitalar ou de atendimento ambulatorial, conforme as normas e recomendações vigentes;

XIV- A **SANTA CASA** deverá disponibilizar ao paciente internado ou ao seu responsável, documento de histórico do atendimento prestado ou resumo de alta, onde conste também a inscrição "ESTA CONTA FOI PAGA COM RECURSOS PÚBLICOS SUS" contendo:

1. Identificação do hospital;
2. Nome do paciente;
3. Número da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) correspondente;
4. Motivo, data de início e término da internação;
5. Diagnóstico e procedimentos realizados;
6. Valor total e discriminado (serviços profissionais, por profissional, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços hospitalares, por item, órtese, prótese. Material e procedimentos especiais) do pagamento referente à internação;

XV. A **SANTA CASA** se obriga a informar diariamente à **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** o número de leitos vagos disponíveis, a fim de manter atualizado o serviço de atendimento da "Central de Vagas do SUS".

XVI. A **SANTA CASA** fica obrigada a internar paciente no limite dos leitos conveniados.

§ 1º Nas situações de urgências/emergências, em havendo falta ocasional de leito vago em enfermaria, fica a **SANTA CASA** obrigada a acomodar o paciente em instalação de nível superior à ajustada neste **CONVÊNIO**, sem direito a cobrança de eventual diferença.

XVII. A **SANTA CASA** fica exonerada da responsabilidade pelo não atendimento de paciente, amparado pelo SUS, na hipótese de atraso superior a 90 (noventa) dias no pagamento devido pelo Poder Público.

XVIII - Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo máximo de 05 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei, onde documentos deste tipo e outros devem ser mantidos em arquivo permanentemente;

XIX - Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação. Os projetos de pesquisa científica que forem realizados pela **SANTA CASA**, serão submetidos à aprovação da Comissão de Ética Médica da **SANTA CASA**, em conformidade com a legislação vigente para pesquisa em seres humanos do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina;

FERNANDA GOMES CASSITA
Advogada-Secretar. M. Saúde
OAB-SP 133.721



XX- Observância integral dos protocolos técnicos de atendimento e regulamentos estabelecidos pelo ministério da Saúde e respectivos gestores do SUS;

XXI - Ter/manter Comissão de Infecção Hospitalar;

XXII - Ter/manter Comissão de Ética Médica;

XXIII- Ter/manter Comissão de Revisão de Prontuário;

XXIV - Ter/manter Comissão de Discussão de Óbito;

XXV - Ter/manter suas dependências em estado de conservação, higiene e funcionamento equivalentes ou melhores do que os verificados por ocasião da presente contratação, devendo comunicar a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE qualquer alteração nas condições verificadas no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas contadas da ocorrência que gerou alteração;

XXVI- Prescrição de medicamentos deve observar a Política Nacional de Medicamentos.

4ª. CLÁUSULA QUARTA

OBRIGAÇÕES DA SANTA CASA - GESTÃO

São obrigações da **SANTA CASA**:

I - Oferecer a todo e qualquer paciente os recursos disponíveis em qualquer de suas unidades de atendimento cadastradas pelo SUS, necessários ao cumprimento do presente **CONVÊNIO**, mantendo sempre elevado padrão de qualidade na prestação dos serviços, primando pela dignidade e respeito no atendimento. É de responsabilidade exclusiva e integral da **SANTA CASA** a utilização de todos os meios necessários à execução dos serviços ora conveniados, incluindo contratação de pessoal, encargos trabalhistas, previdenciários e comerciais, correndo por conta da **SANTA CASA** todos os riscos da atividade econômica e prestacional a que se propõe, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o **MUNICÍPIO** ou para o **Ministério da Saúde**.

II - A execução do presente convênio se sujeita às normas Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde, no que couber, e do Sistema Municipal de Auditoria do SUS, na forma da Seção III da Lei Complementar Municipal nº 704/2019; a **SANTA CASA** se obriga a obedecer todas as normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, especialmente aquelas ditadas pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE e por Portarias Ministeriais;

III - Os serviços ora conveniados serão prestados diretamente por profissionais da **SANTA CASA** e por profissionais que, não estando incluídos nas categorias referidas nos itens 1, 2 e 3 do inciso IV desta cláusula, são admitidos nas dependências da **SANTA CASA** para prestar serviços..

IV - Para os efeitos deste **CONVÊNIO**, consideram-se profissionais da **SANTA CASA**:

1. O membro de seu corpo clínico;

FERNANDA GOMES CASSITA
Advogada-Secretar. M. Saúde
OAB-SP 133.721



2. O profissional que tenha vínculo de emprego com a **SANTA CASA**.

3. O profissional autônomo que eventual ou permanentemente presta serviços à **SANTA CASA** ou está autorizada por ela a assim agir.

V. Equipara-se ao profissional autônomo definido no item 3 a empresa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerçam atividades na área de saúde.

VI. Fica expressamente vedada a participação na prestação de serviços de pessoas não habilitadas para a função que desempenhem, quando exigível a habilitação.

VII. Toda contratação, subcontratação ou terceirização de serviços que incidam diretamente sobre o atendimento de usuários do SUS deverão ser oficiadas à **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, com a devida comprovação de sua regularidade de funcionamento perante a Vigilância Sanitária do **MUNICÍPIO**.

VIII. É de responsabilidade exclusiva e integral da **SANTA CASA** a utilização de pessoal para a execução do objeto deste **CONVÊNIO**, mantendo contrato de trabalho que assegure direitos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculos empregatícios e prestadores de serviços cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** ou para o **MINISTÉRIO DA SAÚDE**.

IX – Disponibilizar as dependências, em condições adequadas à realização dos serviços ora conveniados.

X. Excepcionalmente em função da ocorrência de situações de calamidade pública, acidentes que envolvam grande quantidade de vítimas e epidemias, havendo infra-estrutura disponível, tais serviços poderão ser prestados por profissionais habilitados do **MUNICÍPIO**, ao seu critério, respeitadas as exigências contidas no regimento interno do corpo clínico da **SANTA CASA**.

XI. Nas hipóteses previstas no inciso X a **SANTA CASA** fica obrigada a fornecer instalações, equipamentos, medicamentos e profissionais nos limites quantitativo-financeiros estabelecidos no presente **CONVÊNIO**, ficando totalmente desonerada de qualquer obrigação de natureza contratual com relação aos profissionais do **MUNICÍPIO**.

XII. Sem prejuízo de acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidos pelo **MUNICÍPIO**, por intermédio da **Secretaria Municipal de Saúde**, sobre a execução do objeto deste convênio, os **CONVENENTES** reconhecem a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS, decorrente da Lei nº. 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), e do Decreto Federal nº 1.691/95, ficando certo que alteração decorrente das tais competências normativas será objeto de termo aditivo específico ou de notificação dirigida à **SANTA CASA**.

XIII - Submeter-se à regulação instituída pelo gestor; encaminhamento e atendimento do usuário de acordo com as regras estabelecidas para a referência e

FERNANDA GOMES CASSITA
Advogada-Secretar. M. Saúde
OAB-SP 133.721



contra-referência SUS nas situações de Urgência e Emergência e/ou eletivas e de acordo com a complexidade dos serviços necessários ao usuário do SUS.

XIV – Disponibilização da agenda contendo a quantidade, dia e horário marcados para a Secretaria Municipal de Saúde através da Central de Regulação para inclusão no SISREG.

XV – Assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores.

XVI – Alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde.

XVII – Registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratualizadas, de acordo com as normas estabelecidas pelo gestor.

XVIII - A **SANTA CASA** fica obrigada a informar toda a produção realizada conforme as normas vigentes, devendo ser apresentada para auditoria dentro do mês em que for realizada, não podendo ficar represada para apresentação posterior, salvo as exceções previstas neste Convênio, sob pena de arcar com os eventuais prejuízos decorrentes da omissão, além de restituir ao **MUNICÍPIO** os valores repassados, sem prejuízo da fiscalização a ser exercida pelo ente público.

XIX – Dispor de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário;


XX - Comunicar previamente o **MUNICÍPIO** toda e qualquer alteração nas condições verificadas quando da celebração deste **CONVÊNIO**, que será deferida exclusivamente se as alterações forem compatíveis com as obrigações, condições e qualificações ora exigidas;

XXI - Sendo impossível a comunicação prévia, por caso fortuito ou força maior, ou nos casos de mera alteração de razão social, estatuto, regimento interno ou diretoria, o **MUNICÍPIO** deverá ser comunicado no prazo máximo de 10 (dez) dias, contados a partir da data de registro da alteração através do envio de cópia autenticada dos respectivos documentos;

XXII - Garantir o acesso do Conselho de Saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização;

XXIII – Gerir os recursos financeiros que lhe serão repassados pelo **MUNICÍPIO**, visando à cobertura de despesas com o objeto deste convênio.

XXIV - Cumprir as diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH.
Parágrafo único. Ressalva-se à **SANTA CASA** o direito, em caso de atraso por mais de 90 (noventa) dias no repasse do Ministério da Saúde, suspender novos atendimentos conforme o disposto na parte final do inciso XV, do art. 78 da Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993, mediante notificação com antecedência de 30 (trinta) dias à **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**.



FERNANDA GOMES CASSITA
Advogada-Secretar. M. Saúde
OAB-SP 133.721



5ª. CLÁUSULA QUINTA

OBRIGAÇÕES DA SANTA CASA – PRESTAÇÃO DE CONTAS E AVALIAÇÃO

Compete à Santa Casa:

I – Acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços;

II – Avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização;

III – Avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes;

IV – Participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS;

VI – Realizar Auditoria Clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos;

VII – Monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratualização.

VIII - A SANTA CASA apresentará mensalmente à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE as faturas e os documentos referentes aos serviços previstos neste convênio, efetivamente prestados, obedecendo, para tanto, o procedimento e prazos estabelecidos pelo órgão competente do SUS/SANTA CRUZ DO RIO PARDO sob pena da suspensão dos repasses, de acordo com o cronograma fixado e enviado pelo DATASUS/MS.

IX - A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, por sua vez, revisará as faturas e documentos recebidos da SANTA CASA para desencadear os procedimentos relativos ao pagamento, observando, para tanto, as diretrizes e normas emanadas pelo próprio Ministério da Saúde e pela Secretária do Estado da Saúde, nos termos das respectivas competências e atribuições legais;

X - Os laudos referentes à internação serão obrigatoriamente vistoriados pelo Sistema de Avaliação e Controle da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, e serão liberados em no máximo 3 (TRÊS) dias úteis após o recebimento da respectiva documentação, desde que estejam dentro das normas do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – SUS, ou serão devolvidos mediante protocolo à SANTA CASA para eventuais correções.

XI - Para fins de prova da data de apresentação das contas e observância dos prazos de pagamento, será entregue à SANTA CASA recibo, assinado ou rubricado por servidor devidamente designado para tal finalidade pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, com aposição do respectivo carimbo funcional;

XII - Na hipótese do MUNICÍPIO não proceder à entrega dos documentos de autorização de internação até o dia da saída do paciente, o prazo será contado a partir da data do recebimento, pelo conveniado, dos citados documentos, do qual se dará recibo, assinado ou rubricado, com aposição do respectivo carimbo;

FERNANDA GOMES CASSI
Advogada-Secretar. M. San
OAB-SP 133.721



XIII - As contas rejeitadas pelo serviço de processamento de dados ou pela conferência técnica e administrativa serão devolvidas à **SANTA CASA** para as correções cabíveis, devendo ser reapresentadas no prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde, conforme a manual do SIH que segue a seguinte sistemática: **1 - Reapresentação de AIH** – Uma AIH apresentada e rejeitada dentro dos 04 (quatro) meses de validade podendo ser reapresentada até o 6º mês a contar do mês de alta do paciente; **2 - Apresentação de AIH** – AIH apresentada com mais de 04 (quatro) meses do mês de alta, será rejeitada em definitivo; **3** - O documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original, devidamente inutilizado por meio de carimbo, quando cabível;

XIV - Equiparam-se a erros, falhas ou faltas no procedimento, para efeito desta Cláusula, os cortes, glosas ou reduções do pagamento devido, feitos justificadamente pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, que resultem de contas hospitalares rejeitadas quanto ao mérito, sujeitas à análise pela Unidade de Avaliação e Controle e Auditoria.

XV - Os SADTs e Fichas de Atendimento Ambulatorial referentes aos serviços prestados, juntamente com seus respectivos laudos e relatórios, deverão ser entregues semanalmente conforme produção realizada no período, sendo o prazo limite até o 1º dia útil ao mês subsequente. Os laudos ou FAAs deverão ser entregues em conformidade com o que estiver nos relatórios, na mesma ordem discriminada e com a totalização dos procedimentos realizados. Os arquivos por meio magnético ambulatoriais (BPA, APAC e SISCAN, CIHA) deverão ser entregues até o 1º dia útil do mês subsequente à produção e suas correções até 5º dia útil do mês subsequente. Os sistemas Hospitalares (SISAIH), deverão disponibilizar os prontuários para auditoria médica até o 7º dia útil do mês subsequente ao faturamento e o arquivo para processamento do SIDH2 até 2º dia após a análise dos prontuários. Antes de ser realizada a transmissão dos valores faturados ao DATASUS, a Unidade de Avaliação e Controle convocará o responsável pelo faturamento hospitalar, para consolidação dos serviços faturados, para que não ocorram divergências em relação aos serviços realizados e aos que serão pagos.

XVI - As contas rejeitadas (glosa) quanto ao mérito (produção) serão objeto de análise pelos Órgãos de avaliação e controle da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, que notificará a **SANTA CASA** para, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da notificação de glosa, efetuar sua defesa, que será julgada no prazo máximo de 10 (dez) dias.

XVII- A **SANTA CASA** não poderá cobrar, em nenhuma hipótese, qualquer valor pelos serviços previstos no presente instrumento, seja a que título for, de qualquer outra pessoa ou instituição que não o **MUNICÍPIO**.

XVIII - Serão pagos à parte, com base na tabela nacional de preços do SIA e SIH/SUS, os procedimentos executados em situações de calamidade pública, acidentes que envolvam grande quantidade de vítimas e epidemias, devidamente



requisitadas e autorizadas pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, quando a demanda for superior aos limites da Programação Física e Orçamentária prevista neste e em outros instrumentos convencionais.

XIX- A SANTA CASA poderá denunciar o presente convênio no caso de atraso superior a 90 (noventa) dias quando o **MUNICÍPIO** já tiver recebido o repasse dos recursos referentes ao SIA e SIH do Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde.

XX - O não cumprimento do repasse financeiro pelo **MINISTÉRIO DA SAÚDE**, com relação aos valores constantes deste CONVÊNIO, não transfere para o Município e/ou **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, a obrigação de pagar os serviços ora conveniados.

XXI. A SANTA CASA facilitará o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços, informando sobre qualquer ocorrência que fuja à normalidade prevista no presente **CONVÊNIO**, atendendo prontamente a quaisquer exigências ou solicitações, sejam de caráter geral ou específico, prestando todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos órgãos do **MUNICÍPIO** designados para tal fim ou pelo Conselho Municipal de Saúde.

XXII. Em qualquer hipótese é assegurado à **SANTA CASA** amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da Constituição Federal e da Lei de Licitações e Contratos Administrativos, bem como ao direito à interposição de recursos.

XXIII - A SANTA CASA deverá, quando do fornecimento do relatório do atendimento prestado pelo SUS, colher a assinatura do paciente ou de seus representantes legais, na segunda via do documento, que deverá ser arquivado no prontuário.

XIV - Fornecer mensalmente à **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, mapa geral de todos os atendimentos realizados identificando o paciente, número do prontuário médico e origem do pagamento (se referente ao presente convênio ou a outro contrato, ou ainda convênios particulares), AMBULATORIAL E INTERNAÇÕES através CIHA, SISAIH, BPA E SISCAN;

XXV - Manter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, encaminhando à Secretaria Municipal de Saúde as alterações periodicamente.

6ª. CLÁUSULA SEXTA

DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA SANTA CASA

A **SANTA CASA** é responsável pela indenização de quaisquer danos causados aos pacientes, ao **MUNICÍPIO**, ao órgão do SUS e a terceiros a eles vinculados, sejam danos materiais ou morais a que der causa, por ação ou omissão, em razão de dolo ou culpa, negligência, imperícia ou imprudência, praticadas por seus profissionais, empregados, contratados ou prepostos, devendo ressarcir o **MUNICÍPIO** caso este venha a sofrer qualquer espécie de prejuízo.

FERNANDA GOMES CASSITA
Advogada-Secretar. M. Saúde
OAB-SP-133.721



§ 1º. A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste **CONVÊNIO** pelos órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade da **SANTA CASA**, nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos e demais legislações existentes.

§ 2º. A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços, nos termos do art. 14 da Lei nº. 8.078, de 11/09/90 (Código de Defesa do Consumidor).

7ª. CLÁUSULA SÉTIMA

DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO – RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E GESTÃO

Cabe ao MUNICÍPIO:

I - Transferir os recursos necessários à execução das ações de saúde conveniadas, para sua manutenção, de acordo com o Convênio e Plano Descritivo;

II- Os serviços e demais ações ora pactuadas compreendem a utilização pelos usuários do SUS da capacidade instalada da **SANTA CASA**, incluídos os equipamentos médico-hospitalares, de modo que a utilização desses equipamentos para atender a clientela particular, incluída a proveniente de convênio com Entidade Privada, será permitida desde que mantida a disponibilidade de sua utilização em favor da clientela universalizada em pelo menos 60% (sessenta por cento) dos leitos ou dos serviços prestados, ou de acordo com o disposto na Lei Federal nº 12.101 de 27 de novembro de 2009 e regulamentada pelo Decreto Federal nº 8.242 de 23 de maio de 2014 e Portaria de Consolidação nº 05 de 28 de setembro de 2017;

III - Os pagamentos serão efetuados pelo **MUNICÍPIO**, por intermédio da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, até o 5º (quinto) dia útil após o encerramento do faturamento e a aprovação da produção, obedecendo-se ao cronograma de entrega estabelecido pelo **MINISTÉRIO DA SAÚDE**, referente ao período de prestação de serviços e conforme disponibilização do referido recurso por parte do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde;

IV - A **SANTA CASA** receberá mensalmente do órgão responsável pelos pagamentos, o **MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNDO NACIONAL DE SAÚDE** através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO**, em função da habilitação do Município de Santa Cruz do Rio Pardo à Gestão Plena do Sistema Municipal, nos termos da Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02 e Portaria de Consolidação n.º 02/2017 do Ministério da Saúde, a importância referente aos serviços, objeto deste **CONVÊNIO**, de acordo com a **CLÁUSULA NONA** e o respectivo detalhamento em seu plano descritivo.

§ 1º. Além dos recursos financeiros destacados na Cláusula supra mencionada e necessária à cobertura das despesas previstas neste **CONVÊNIO**, sob responsabilidade orçamentária do **MINISTÉRIO DA SAÚDE (FUNDO NACIONAL DE SAÚDE)**, o **MUNICÍPIO**, por intermédio da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**,



poderá repassar à **SANTA CASA**, como forma de viabilizar o disposto na **CLÁUSULA TERCEIRA**, recursos complementares, mediante a formalização de **TERMO ADITIVO** a este **CONVÊNIO**, que será parte integrante para todos os efeitos legais, e consignará as épocas, valores e formas dos repasses devidos em função do desenvolvimento tecnológico, do grau de complexidade da assistência prestada, da introdução e adequação de novas tecnologias e do desempenho assistencial e gerencial, consubstanciados em **PROGRAMA DE PARCERIA** estabelecido através do citado termo aditivo, em comum acordo entre a **SANTA CASA** e o **MUNICÍPIO**, após aprovação do Conselho Municipal de Saúde de Santa Cruz do Rio Pardo, órgão de deliberação do SUS, nos termos da Lei Federal nº. 8.050/90 e nº. 8.142/90 e do § 2º do art. 175 e 176 da Lei Orgânica do Município.

§2º. Os valores a serem estipulados em conformidade com a referida cláusula serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde, salvo disposição específica nos termos aditivos.


§ 3º. Os repasses e pagamentos realizados em decorrência deste convênio provenientes de recursos próprios do Município serão através do Fundo Municipal de Saúde na conta corrente nº 19.917-6, agência 0218-6 de Santa Cruz do Rio Pardo, do Banco do Brasil S.A, de titularidade da SANTA CASA e os pagamentos provenientes de recursos Federais serão realizados por meio da conta corrente nº 000022-1 operação 003 agência 0343 de Santa Cruz do Rio Pardo, do Banco, Caixa Econômica Federal, mantidas exclusivamente para a transferência dos recursos conveniados, sendo vedada qualquer movimentação estranha a este convênio.

V - Os repasses referente a Contrapartida Estadual do Programa Pró-Santa Casa II, para serem utilizados no custeio da UTI Neonatal, ficará a cargo da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, onde a DRS-IX estará monitorando as planilhas de prestação de contas, podendo este incentivo ser suspenso a qualquer momento, se assim entender o colegiado, por não cumprimento dos compromissos e metas pactuadas.

VI - Os pagamentos dos serviços prestados por força deste **CONVÊNIO** correrão à conta das seguintes funções programáticas Manutenção do Atendimento às Urgências e Emergências e Manutenção da Regulação do Sistema.

§1º. Nos exercícios financeiros futuros as despesas para execução deste convênio correrão à conta das dotações próprias que forem aprovadas no orçamento do **MUNICÍPIO**.

§2º. As metas dispostas no Plano Descritivo, parte integrante do presente instrumento, serão avaliadas semestralmente por uma Comissão constituída por representantes da **SANTA CASA** e da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, cabendo à **SANTA CASA** fornecer os documentos solicitados para a referida avaliação.


FERNANDA GOMES CASSITA
Advogada-Secretar. M. Saúde
OAB-SP 133.721



§3º. Os valores de que tratam esta Cláusula serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.

§4º. Quando da habilitação do município para a realização de Mutirão de Cirurgias Eletivas, serão repassados os valores conforme portaria do Ministério da Saúde.

§5º. Os procedimentos financiados com recursos de ações estratégicas Fundo a Fundo (FAEC), na medida em que sofrerem reclassificação para procedimentos de média complexidade terão os seus recursos financeiros incorporados ao teto de média complexidade, na mesma proporção, índices e épocas determinadas pelo **MINISTÉRIO DA SAÚDE**.

§6º. A **SANTA CASA** obriga-se a apresentar as informações regulares do SIA e do SIH/SUS, ou outro sistema porventura implantado pelo **MINISTÉRIO DA SAÚDE**, solicitados pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**.

§7º. As despesas decorrentes da execução deste Convênio correrão à conta de dotações próprias consignadas no orçamento do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, constantes na lei orçamentária vigente, na subunidade orçamentária 02.04.02 FMS – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR, nas especificações **MANUTENÇÃO DO ATENDIMENTO AS URGENCIAS E EMERGENCIAS** e **MANUTENÇÃO DA REGULAÇÃO DO SISTEMA**.

§8º. Nos exercícios financeiros futuros, as despesas ocorrerão à conta das dotações próprias que forem aprovadas no orçamento do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**.

VII – A Prefeitura Municipal fará a cessão de funcionários em serviços essenciais, desde que solicitado pela entidade, não onerando os recursos financeiros e de comum acordo entre ambas as partes.

8ª. CLÁUSULA OITAVA **DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO**

A execução do presente **CONVÊNIO** será avaliada pelos órgãos competentes do SUS, por técnicos ou prepostos designados pelo **MUNICÍPIO**, por intermédio da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, mediante procedimentos de supervisão *in-loco* ou indiretos, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste convênio, à verificação do movimento das internações e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados, bem como ao disposto na Lei Complementar Municipal nº 704/2019.

§1º Fica a Comissão de Acompanhamento do Convênio, criada pela Portaria 17/2020, responsável pela Avaliação e Fiscalização da presente contratualização.

§2º. A Comissão prevista no parágrafo anterior se reunirá semestralmente e terá as atribuições de acompanhar a execução do presente Convênio, principalmente no tocante aos seus custos, ao cumprimento das metas estabelecidas no Plano



Descritivo e à avaliação da qualidade da atenção à saúde dos usuários, se comprometendo ainda a elaborar o plano descritivo bienal, que conterà as especificações detalhadas das metas quantitativas e qualitativas a serem executadas.

§3º. A **SANTA CASA** fica obrigada a fornecer à Comissão de Acompanhamento todos os documentos e informações necessárias ao cumprimento de suas finalidades.

§4º. A existência da Comissão mencionada nesta Cláusula não impede nem substitui as atividades próprias do Sistema Nacional de Auditoria (federal, estadual ou municipal).

§5º. Poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada pelo Serviço Municipal, Estadual ou Federal.

§6º. Anualmente o **MUNICÍPIO** vistoriará as instalações da **SANTA CASA** para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas do convênio, comprovada por ocasião da assinatura deste convênio.

§7º. Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da **SANTA CASA** poderá ensejar a não prorrogação deste **CONVÊNIO** ou a revisão das condições ora estipuladas.

§8º. A fiscalização exercida pelo **MUNICÍPIO**, por intermédio da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, sobre os serviços ora conveniados, não eximirá a **SANTA CASA** da sua plena responsabilidade perante o **MINISTÉRIO DA SAÚDE** e ao próprio **MUNICÍPIO**, ou para com os pacientes e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução deste convênio.

§9º. O **MUNICÍPIO** reserva o direito de rejeitar, no todo ou em parte, o serviço se em desacordo com as normas do SUS ou com os termos do presente instrumento.

9ª CLÁUSULA NONA **DOS RECURSOS FINANCEIROS**

O valor total anual estimado para execução do presente convênio é de **R\$ 13.114.883,16 (treze milhões, cento e quatorze mil, oitocentos e oitenta e três reais e dezesseis centavos)**, que correspondem a um repasse mensal à **SANTA CASA** de até **R\$ 1.092.906,93 (um milhão, noventa e dois mil, novecentos e seis reais e noventa e três centavos)**.

A tabela abaixo estabelece como: I - componente pós - fixado; e II - componente pré-fixado disponibilizado pelo Ministério da Saúde através do Fundo Nacional de Saúde:

| Programação Pré e Pós Fixado (Recurso Federal) | Mensal | Anual |
|---|-------------------|---------------------|
| Pós-fixado (alta complexidade) - tomografia, ressonância magnética, densitometria óssea | 14.098,27 | 169.179,24 |
| Pré-fixado (Amb/hosp-média complexidade, IAC, Integrasus) | 562.723,86 | 6.752.686,32 |
| TOTAL | 576.822,13 | 6.921.865,56 |



I - O componente **Pós-Fixado**, que corresponde aos procedimentos de **Alta Complexidade**, já cadastrados, será repassado à **SANTA CASA** a posterior (pós-produção, aprovação, processamento e apenas concomitantemente à respectiva transferência financeira de recursos do FNS/MS, de acordo com produção mensal aprovada pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, até o limite de transferência do FNS, respeitado similarmente, o limite estadual para as modalidades de Procedimentos Alta Complexidade e conforme programação disposta no Plano Descritivo Bional, estimando-se valores médio mensal de **R\$ 14.098,27 (quatorze mil, noventa e oito reais e vinte e sete centavos)** para **Alta Complexidade Ambulatorial (SIA)**.

II - O componente **Pré-Fixado**, que corresponde às Ações de **Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar**, será transferido à **SANTA CASA** em parcelas duo decimal de até **R\$ 562.723,86 (quinhentos e sessenta e dois mil, setecentos e vinte e três reais e oitenta e seis centavos)**, sendo composta pela somatória dos seguintes recursos conforme tabela anexa:

1 - Parcela correspondente aos **atendimentos ambulatoriais** da **SANTA CASA (SIA/SUS Média Complexidade e IAC)**, somando a quantia de **R\$ 147.919,07 (cento e quarenta e sete mil, novecentos e dezenove reais e sete centavos)**, sendo **R\$ 42.069,06 (quarenta e dois mil, sessenta e nove reais e seis centavos)** referentes ao faturamento dos **procedimentos SIA/SUS** e **R\$ 105.850,01 (cento e cinco mil e oitocentos e cinquenta reais e um centavo)** referentes ao **IAC**, em parcelas mensais, valor este que já se encontra no teto financeiro do **MUNICÍPIO**;

2 - Parcela correspondente aos **atendimentos hospitalares** da **SANTA CASA (SIH/SUS Média Complexidade e Integrasus)**, somando a quantia de **R\$ 414.804,79**), sendo **R\$ 409.349,47 (quatrocentos e nove mil, trezentos e quarenta e nove reais e quarenta e sete centavos)** referentes ao faturamento das **internações SIH/SUS** e **R\$ 5.455,32 (cinco mil, quatrocentos e cinquenta e cinco reais e trinta e dois centavos)** referentes ao **Integrasus**, em parcelas mensais, valor este que já se encontra no teto financeiro do **MUNICÍPIO**;

§ 1º. Os recursos do **IAC** e **INTEGRAGUS** acima especificados são provenientes de repasses realizados pela **UNIÃO**, no componente **pré-fixado**, consistindo em:

a)- Parcela correspondente ao **INTEGRASUS** – Incentivo de Integração ao SUS, no montante de **R\$ 5.455,32 (cinco mil, quatrocentos e cinquenta e cinco reais e trinta e dois centavos)**, em parcelas fixas mensais, valor este que já se encontra no teto financeiro do **MUNICÍPIO**;

b)- Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos (**IAC**) - Incentivo de Adesão à Contratualização, no montante de **R\$ 105.850,01 (cento e cinco mil**



oitocentos e cinquenta reais e um centavo) em parcelas fixas mensais, valor este que já se encontra no teto financeiro do **MUNICÍPIO**.

Para efetivo cumprimento do Inciso II desta cláusula também deverão ser observados os seguintes requisitos, conforme determina o Capítulo V, Sessão III do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 02 de 28 de setembro de 2017:

1)- Quarenta por cento (40%) dos valores do componente Pré-Fixado, descrito no inciso II desta cláusula, identificados com **1, 2, §1º “a” e “b”**, parcelas correspondentes aos procedimentos de **Média Complexidade SIA e SIH**, Incentivo ao **INTEGRASUS** e Incentivo a Contratualização (IAC); e que somam **R\$ 225.089,54 (duzentos e vinte e cinco mil, oitenta e nove reais e cinquenta e quatro reais)**, sendo destes, **R\$ 16.827,62 (dezesseis mil, oitocentos e vinte e sete reais e sessenta e dois centavos)** referente ao componente da **Média Complexidade Ambulatorial (SIA)** e **R\$ 163.739,79 (cento e sessenta e três mil, setecentos e trinta e nove reais e setenta e nove centavos)** referente ao componente da **Média Complexidade Internação (SIH)**, **R\$ 2.182,13 (dois mil, cento e oitenta e dois reais e treze centavos)** referente ao **INTEGRASUS** e **R\$ 42.340,00 (quarenta e dois mil e trezentos e quarenta reais)** referente ao (IAC) respectivamente serão repassados mensalmente à **SANTA CASA**, como **parte variável da parcela Pré-Fixada**, vinculados e condicionados ao **cumprimento de no mínimo 50% (cinquenta por cento) das metas qualitativas** discriminadas no Plano Descritivo Bienal;

2)- Sessenta por cento (60%) dos valores do componente Pré-Fixado, descrito no inciso II desta cláusula, identificados com **1, 2, §1º “a” e “b”**, parcelas correspondentes aos procedimentos de **Média Complexidade SIA e SIH**, Incentivo ao **INTEGRASUS** e Incentivo a Contratualização (IAC); e que somam **R\$ 337.634,32 (trezentos e trinta e sete mil, seiscentos e trinta e quatro reais e trinta e dois centavos)**, sendo destes, **R\$ 25.241,44 (vinte e cinco mil, duzentos e quarenta e um reais e quarenta e quatro reais)** referente ao componente da **Média Complexidade Ambulatorial (SIA)** e **R\$ 245.609,68 (duzentos e quarenta e cinco mil, seiscentos e nove reais e sessenta e oito centavos)** referente ao componente da **Média Complexidade Internação (SIH)**, **R\$ 3.273,19 (três mil, duzentos e setenta e três reais e dezenove centavos)** referente ao **INTEGRASUS** e **R\$ 63.510,01 (sessenta e três mil quinhentos e dez reais e um centavo)** referente ao (IAC) respectivamente serão repassados mensalmente à **SANTA CASA**, como **parte variável da parcela Pré-Fixada**, vinculados e condicionados ao **cumprimento de no mínimo 50% (cinquenta por cento) das metas quantitativas** discriminadas no Plano Descritivo Bienal;

3)- O não cumprimento das metas quantitativas e qualitativas estabelecidas no Plano Descritivo acarretará no pagamento parcial da parte variável estabelecida no parágrafo anterior, conforme regras estabelecidas no Plano Descritivo Anual;

FERNANDA GOMES CASSITA
Advogada-Secretar. M. Saúde
OAB-SP 133.721



4)- O valor da parcela pré-fixada descrito no inciso II, itens 1, 2, §1º “a” e “b” desta Cláusula poderá ser revisado e repactuado pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** em conformidade com as regras de avaliação de desempenho das **metas quantitativas** estabelecidas no Plano Descritivo a cada 6 (seis) meses;

III - São recursos disponibilizados pelo tesouro municipal:

a)-R\$ 150.929,52 (cento e cinquenta mil, novecentos e vinte e nove reais e cinquenta e dois centavos), em duodécimos mensais fixos no valor de R\$ 12.577,46 (doze mil quinhentos e setenta e sete reais e quarenta e seis centavos), correspondentes ao pagamento de assistência à saúde em **UTI Neonatal**, valor este alocado no Fundo Municipal de Saúde para a Santa Casa, na forma de contrapartida ao programa Pró-Santa Casa II, este repasse será efetuado enquanto permanecer o convênio Pro Santa Casa II com a Secretaria Estadual de Saúde. Este repasse deverá ocorrer em até 05 (cinco) dia úteis da entrega e aprovação da produção (faturamento), previamente autorizado pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**.

b)-R\$ 267.600,00 (duzentos e sessenta e quatro mil reais), em duodécimos mensais fixos no valor de R\$ 22.300,00 (vinte e dois mil e trezentos reais), correspondentes ao pagamento de assistência à saúde em **UTI Adulto**, valor este alocado no Fundo Municipal de Saúde para a Santa Casa, na forma de incentivo para o seu funcionamento. Este repasse deverá ocorrer em até 05 (cinco) dia úteis da entrega da produção (faturamento), previamente autorizado pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**.

c)- R\$ 3.735.851,28 (três milhões, setecentos e trinta e cinco mil, oitocentos e cinquenta e um reais e vinte e oito centavos), em duodécimos mensais fixos no valor de R\$ 311.320,94 (trezentos e onze mil, trezentos e vinte reais e noventa e quatro centavos) para custeio do **Pronto Atendimento Referenciado Especialidades – Suporte a UPA**, conforme descritos na letra c do Item V do Plano Descritivo, os quais serão repassados em parcelas fixas mensais, alocados do Fundo Municipal de Saúde, podendo tais valores sofrer reajustes na mesma forma pactuada no convênio 01/2015. O repasse mensal da especialidade Neurologia, fica condicionado à apresentação de escala completa dos profissionais.

d)-R\$ 162.000,00 (cento e sessenta e dois mil reais), em duodécimos mensais fixos conforme a produção apresentada, no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), correspondentes ao pagamento de assistência à saúde referente aos **atendimentos e procedimentos ambulatoriais ambulatório de ortopedia, conforme descritos** no Item V do Plano Descritivo, valor este alocado no Fundo Municipal de Saúde para a Santa Casa. Este repasse deverá ocorrer em até 05 (cinco)



dias úteis da entrega e aprovação da produção, previamente autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde;

e) **R\$136.800,00 (cento e trinta e seis mil e oitocentos reais)** em duodécimos mensais conforme produção apresentada no valor de até **R\$ 11.400,00 (onze mil e quatrocentos reais)**, para custeio dos **atendimentos e procedimentos ambulatoriais de ortopedia/trauma referenciado**, cujos serviços estão descritos no Item V do Plano Descritivo, os quais serão repassados em parcelas mensais, alocados no Fundo Municipal de Saúde para a Santa Casa. Este repasse deverá ocorrer em até 05 (cinco) dias úteis da entrega e aprovação da produção, previamente autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde;

f)-**R\$ 66.636,00 (sessenta e seis mil e seiscentos e trinta e seis reais)**, em duodécimos mensais fixos conforme a produção apresentada, no valor de **R\$ 5.553,00 (cinco mil e quinhentos e cinquenta e três centavos)** mensais, a título de pagamento de **pequenas cirurgias ambulatoriais**, cujo serviços estão descritos no Item V do Plano Descritivo, a serem repassados em até 05 (cinco) dias úteis da entrega e aprovação da produção (faturamento), mediante prévia autorização da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

g)- **R\$ 152.640,00 (cento e cinquenta e dois mil e seiscentos e quarenta reais)**, em duodécimos mensais fixos conforme a produção apresentada, no valor de **R\$ 12.720,00 (doze mil e setecentos e vinte reais)**, a título de pagamento de **atendimentos, procedimentos e exames ambulatoriais na especialidade de gastroenterologia**, cujo serviços estão descritos no Item V do Plano Descritivo, a serem repassados em até 05 (cinco) dias úteis da entrega e aprovação da produção (faturamento), mediante prévia autorização da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

h)- **R\$ 104.736,00(cento e quatro mil e setecentos e trinta e seis reais)**, em duodécimos mensais fixos conforme a produção apresentada, no valor de **R\$ 8.728,00 (oito mil e setecentos e vinte e oito reais)**, a título de pagamento de **atendimentos, procedimentos e exames ambulatoriais na especialidade de cardiologia**, cujo serviços estão descritos no Item V do Plano Descritivo, a serem repassados em até 05 (cinco) dias úteis da entrega e aprovação da produção (faturamento), mediante prévia autorização da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

i)-**R\$ 39.600,00 (trinta e nove mil e seiscentos reais)**, em duodécimos mensais fixos conforme a produção apresentada, no valor de **R\$ 3.300,00 (três mil e trezentos reais)**, a título de pagamento de **atendimentos e procedimentos ambulatoriais na especialidade de obstetrícia**, cujo serviços estão descritos no Item V do Plano Descritivo, a serem repassados em até 05 (cinco) dias úteis da entrega e



aprovação da produção (faturamento), mediante prévia autorização da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.


j)-R\$ 43.980,00 (quarenta e três mil e novecentos e oitenta reais), em duodécimos mensais fixos conforme a produção apresentada, no valor de **R\$ 3.665,00 (três mil e seiscentos e sessenta e cinco reais)**, a título de pagamento de **atendimentos, procedimentos e exames ambulatoriais na especialidade de otorrinolaringologia**, cujo serviços estão descritos no Item V do Plano Descritivo, a serem repassados em até 05 (cinco) dias úteis da entrega e aprovação da produção (faturamento), mediante prévia autorização da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

k)-R\$ 60.600,00 (sessenta mil e seiscentos reais), em duodécimos mensais fixos conforme a produção apresentada, no valor de **R\$ 5.050,00 (cinco mil e cinquenta reais)**, a título de pagamento de **atendimentos, procedimentos e exames ambulatoriais na especialidade de urologia**, cujo serviços estão no Item V do Plano Descritivo, a serem repassados em até 05 (cinco) dias úteis da entrega e aprovação da produção (faturamento), mediante prévia autorização da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

l)-R\$ 21.600,00 (vinte e um mil e seiscentos reais), em duodécimos mensais fixos conforme a produção apresentada, no valor de **R\$ 1.800,00 (hum mil e oitocentos reais)**, a título de pagamento de **atendimentos e procedimentos ambulatoriais na especialidade de anestesia**, cujo serviços estão descritos no Item V do Plano Descritivo, a serem repassados em até 05 (cinco) dias úteis da entrega e aprovação da produção (faturamento), mediante prévia autorização da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

m)-R\$ 54.000,00 (cinquenta e quatro mil reais), em duodécimos mensais fixos conforme a produção apresentada, no valor de **R\$ 4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais)**, a título de pagamento de **atendimentos e procedimentos ambulatoriais na especialidade vascular**, cujo serviços estão descritos no Item V do Plano Descritivo, a serem repassados em até 05 (cinco) dias úteis da entrega e aprovação da produção (faturamento), mediante prévia autorização da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

n)-R\$ 136.800,00 (cento e trinta e seis mil e oitocentos reais), em duodécimos mensais fixos conforme a produção apresentada, no valor de **R\$ 11.400,00 (onze mil e quatrocentos reais)**, a título de pagamento de **atendimentos, procedimentos e exames ambulatoriais na especialidade de neurologia**, cujo serviços estão descritos no Item V do Plano Descritivo, a serem repassados em até 05 (cinco) dias úteis da entrega e aprovação da produção (faturamento), mediante prévia autorização da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.


FERNANDA GOMES CASSITA
Advogada-Secretar. M. Saúde
OAB-SP 133.721



o)-R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais), em duodécimos mensais fixos conforme a produção apresentada, no valor de **R\$ 1.500,00 (hum mil e quinhentos reais)**, correspondentes ao pagamento de assistência à saúde referente aos **atendimentos e procedimentos ambulatoriais em pneumologia**, conforme descritos no Item V do Plano Descritivo, valor este alocado no Fundo Municipal de Saúde para a Santa Casa. Este repasse deverá ocorrer em até 05 (cinco) dias úteis da entrega e aprovação da produção, previamente autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde;

p)-R\$ 8.896,68 (oito mil, oitocentos e noventa e seis reais e sessenta e oito centavos), em duodécimos mensais fixos conforme a produção apresentada, no valor de **R\$ 741,39 (setecentos e quarenta e um reais e trinta e nove centavos)**, a título de pagamento de **cirurgias e procedimentos ambulatoriais em oftalmologia**, e cujo serviços estão descritos no Item V do Plano Descritivo, a serem repassados em até 05 (cinco) dias úteis da entrega e aprovação da produção (faturamento), mediante prévia autorização da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

q)-R\$ 41.813,04 (quarenta e um mil, oitocentos e treze reais e quatro centavos), em duodécimos mensais fixos conforme a produção apresentada, no valor de **R\$ 3.484,42 (três mil, quatrocentos e oitenta e quatro reais e quarenta e dois centavos)**, a título de pagamento de **atendimentos ambulatoriais de pré e pós cirurgia**, cujo serviços estão descritos no Item V do Plano Descritivo, a serem repassados em até 05 (cinco) dias úteis da entrega e aprovação da produção (faturamento), mediante prévia autorização da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

r)-R\$ 900.535,08 (novecentos mil, quinhentos e trinta e cinco reais e oito centavos), em duodécimos mensais fixos no valor de **R\$ 75.044,59 (setenta e cinco mil, quarenta e quatro reais e cinquenta e nove centavos)** mensais, para a realização de **cirurgias eletivas gerais**, cujos serviços estão descritos no Item V do Plano Descritivo. O valor previsto nesta alínea será repassado em até 05 (cinco) dias úteis da entrega e aprovação de toda a produção realizada pelo prestador de serviços (faturamento), mediante prévia autorização da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

s)-R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais), em duodécimos mensais fixos conforme a produção apresentada, no valor de **R\$ 1.500,00 (hum mil e quinhentos reais)**, correspondentes ao pagamento de assistência à saúde referente aos **atendimentos e procedimentos ambulatoriais em reumatologia**, conforme descritos no Item V do Plano Descritivo, valor este alocado no Fundo Municipal de Saúde para a Santa Casa. Este repasse deverá ocorrer em até 05 (cinco) dias úteis da entrega e aprovação da produção, previamente autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde;

FERNANDA GOMES CASSITA
Advogada-Secretar. M. Saúde
OAB-SP 133.721



t)- **R\$ 72.000,00 (setenta e dois mil reais)**, em duodécimos mensais fixos conforme a produção apresentada, no valor de **R\$ 6.000,00 (seis mil reais)**, correspondentes ao pagamento de assistência à saúde referente aos **atendimentos e procedimentos ambulatoriais em nefrologia**, conforme descritos no Item V do Plano Descritivo, valor este alocado no Fundo Municipal de Saúde para a Santa Casa. Este repasse deverá ocorrer em até 05 (cinco) dias úteis da entrega e aprovação da produção, previamente autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde;

IV – Incremento Temporário Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial:

a) Serão repassados os recursos provenientes de emendas parlamentares com destinação a entidade e efetuadas através do Fundo Nacional de Saúde com o CNES da entidade. Ficando estabelecido para tanto, a necessidade de apresentação de Plano de Trabalho contendo a destinação dos recursos, cronograma de aplicação e metas a serem alcançadas.


§1º Todos os recursos financeiros constantes desta Cláusula serão repassados concomitantemente à respectiva transferência financeira de recursos do **Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde, Fundo de Ações Estratégicas e Complementares – FAEC** e recursos próprios Municipais ao **Fundo Municipal de Saúde** e deste à **SANTA CASA**, de acordo com o montante descrito e nos prazos estabelecidos, através das Contas Bancárias especificadas.

§2º- Os valores previstos para as ações de saúde, objetos deste convênio, poderão ser alterados, de comum acordo entre o Gestor Municipal e a Santa Casa, mediante a celebração de **TERMO ADITIVO** que será devidamente publicado e enviado ao Ministério da Saúde.

§ 3º - Quando os recursos financeiros estiverem vinculados à transferência da UNIÃO (Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde) para o Município, eventuais atrasos ou qualquer tipo de suspensão de repasse não poderão ser debitados à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, que não está obrigada a efetuar o repasse com recursos do Tesouro Municipal;

§ 4º - As mesmas regras dos parágrafos anteriores e do Caput se aplicam quando os recursos forem oriundos do Estado de São Paulo.

§ 5º. O quadro abaixo discrimina o resumo dos recursos estabelecidos nesta cláusula e objetos do convênio:


FERNANDA GOMES CASSITA
Advogada-Secretar. M. Saúde
OAB-SP 133.721



| Nº | Programação Orçamentária para a Santa Casa | F | Mensal | Anual |
|-----------------|---|---|--------------|---------------|
| 1 | Procedimentos Média e Alta Complexidade – SIA | F | 56.167,33 | 674.007,96 |
| 2 | Internações Média Complexidade – AIH | F | 409.349,47 | 4.912.193,64 |
| 3 | Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde – INTEGRASUS | F | 5.455,32 | 65.463,84 |
| 5 | Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos IAC/Federal | F | 105.850,01 | 1.270.200,12 |
| 6 | Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – Pró-Santa Casa Municipal | M | 12.577,46 | 150.929,52 |
| 7 | Unidade de Terapia Intensiva Adulto | M | 22.300,00 | 267.600,00 |
| 8 | Pronto Atendimento Referenciado de especialidades – Suporte a UPA | M | 311.320,94 | 3.735.851,28 |
| 9 | Atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Ambulatório Ortopedia | M | 13.500,00 | 162.000,00 |
| 10 | Atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Ortopedia/Trauma Referenciado | M | 11.400,00 | 136.800,00 |
| 11 | Pequenas Cirurgias Ambulatoriais | M | 5.553,00 | 66.636,00 |
| 12 | Atendimentos, Procedimentos e Exames Ambulatoriais Espec. Gastroenterologia | M | 12.720,00 | 152.640,00 |
| 13 | Atendimentos, Procedimentos e Exames Ambulatoriais Especial Cardiologia | M | 8.728,00 | 104.736,00 |
| 14 | Atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Obstetria | M | 3.300,00 | 39.600,00 |
| 15 | Atendimentos, Procedimentos e Exames Ambulatoriais Espec Otorrino | M | 3.665,00 | 43.980,00 |
| 16 | Atendimentos, Procedimentos e Exames Ambulatoriais Especialidade Urologia | M | 5.050,00 | 60.600,00 |
| 17 | Atendimento e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Anestesia | M | 1.800,00 | 21.600,00 |
| 18 | Atendimento e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Vascular | M | 4.500,00 | 54.000,00 |
| 19 | Atendimentos, Procedimentos e Exames Ambulatoriais Especial Neurologia | M | 11.400,00 | 136.800,00 |
| 20 | Atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Pneumologia | M | 1.500,00 | 18.000,00 |
| 21 | Cirurgias e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Oftalmologia | M | 741,39 | 8.896,68 |
| 22 | Atendimentos Ambulatoriais Pré e Pós Cirurgias | M | 3.484,42 | 41.813,04 |
| 23 | Cirurgias Eletivas Gerais | M | 75.044,59 | 900.535,08 |
| 24 | Atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Reumatologia | M | 1.500,00 | 18.000,00 |
| 25 | Atendimento e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Nefrologia | M | 6.000,00 | 72.000,00 |
| Total Orçamento | | | 1.092.906,93 | 13.114.883,16 |

10ª. CLÁUSULA DÉCIMA DAS PENALIDADES

A inobservância pela **SANTA CASA** de cláusula ou obrigação constante deste **CONVÊNIO** ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, observado o devido processo legal, a aplicar em cada caso as sanções previstas nos artigos 86, 87 e 88 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, combinado com o disposto na Resolução SS - 46, de 10 de abril de 2002, da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, sendo as seguintes as sanções:

- I - Advertência;
- II - Multa de 5% (cinco por cento) sobre o total do serviço contratado e não realizado;
- III - Suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar ou convênir com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- IV - Declaração de idoneidade para licitar, contratar ou convênir com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinados da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a contratada/convênida ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base na alínea anterior deste artigo;
- V - Rescisão por culpa ou por dolo de descumprimento do convênio.

§1º - A imposição das penalidades previstas nesta Cláusula observará a gravidade do fato que a motivou, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que o fato ocorreu, através de Auditoria ou inspeção e dela será notificada a **SANTA CASA**, garantida a prévia defesa.

§2º - As sanções previstas nos incisos I, III e IV, do *caput* desta Cláusula, poderão ser aplicadas juntamente com a sanção prevista no inciso II também desta Cláusula.

FERNANDA GOMES CASSITA
Advogada-Secretar. M. Saúde
OAB-SP 133.721



§3º - Para a aplicação das penalidades previstas no § 2º desta Cláusula, são competentes:

I - o Prefeito Municipal;

II - o Secretário Municipal de Saúde, nas hipóteses previstas nos incisos I e II do *caput* desta Cláusula.

§4º - Da aplicação das penalidades a **SANTA CASA** terá o prazo de 5 (cinco) dias, a contar do recebimento da notificação, para interpor recurso, dirigido a autoridade competente, que terá o prazo de 5 (cinco) dias para decidir a matéria.

§5º - Na aplicação das penalidades previstas nos incisos I a V, do *caput* desta Cláusula, considerar-se-á a gravidade do fato a ser punido, podendo a conveniada interpor recurso administrativo dirigido à autoridade competente nos prazos e formas determinadas pela legislação do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – SUS.

§6º - Tais penalidades serão aplicadas na seguinte conformidade:

I - A penalidade de multa será aplicada, por escrito, nas infrações de natureza moderada e grave;

II - A penalidade de advertência será aplicada, por escrito, nas infrações de natureza leve ou moderada;

§7º - Consideram-se infrações de natureza grave, de que trata o inciso I do § 6º desta Cláusula:

I - Constatação de que o paciente citado nas AIH'S e/ou FAA, APAC, SADT, BPAI, BPAC não foi submetido a nenhum procedimento;

II - Constatação de que o procedimento constante das AIH'S ou FAA, APAC, SADT, BPAI, BPAC preenchidas para a cobrança do SUS não foi efetivamente prestado ao usuário;

III - Constatação de que a entidade **SANTA CASA** cobrou, de forma direta ou indireta, importância dos usuários do SUS, sejam os próprios pacientes ou seus responsáveis;

IV - Recusa infundada em prestar atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde;

§8º - Consideram-se infrações de natureza moderada, de que tratam o inciso II, do § 6º desta Cláusula:

I - Constatação de que a entidade **SANTA CASA** cobrou, simultaneamente, ou de qualquer outra forma, importâncias do SUS, de entidades públicas de saúde, de seguros saúde e/ou outras modalidades assistenciais de medicina de grupo e/ou cooperativas de saúde ou similares, por um mesmo procedimento realizado em um mesmo paciente;

§9º - Consideram-se infrações de natureza leve, as demais irregularidades não previstas nos §§ 6º e 7º desta Cláusula, que de qualquer forma afrontam a legislação regulamentadora do Sistema Único de Saúde.

§10º - A reincidência no cometimento de infrações que já acarretaram a aplicação das penalidades previstas nos incisos I, III e IV, do *caput* desta Cláusula, ensejará obrigatoriamente a aplicação simultânea da penalidade de multa prevista no inciso II desta Cláusula.

§11º - Para fins de aplicação das penalidades previstas nos incisos II, III e IV desta Cláusula, fica estabelecido que o valor da multa corresponda aos seguintes percentuais, calculados sobre o valor estimado do convênio, ora firmado, e será fixado de acordo com a natureza e gravidade da infração cometida:

I - 10% (dez por cento), na hipótese das infrações previstas no inciso I do § 7º desta Cláusula;

II - De 7% (sete por cento) a 10% (dez por cento), na hipótese das infrações previstas nos demais incisos do § 7º desta Cláusula;

III - De 4% (quatro por cento) a 6% (seis por cento), na hipótese das infrações previstas nos incisos do § 8º desta Cláusula;

IV - De 1% (um por cento) a 3% (três por cento), na hipótese das infrações previstas no § 9º desta Cláusula.

§ 12º - A suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar/conveniar com a administração prevista no inciso III, do *caput* desta Cláusula, serão aplicadas nos casos de reincidência nas infrações previstas nos incisos dos §§ 7º e 8º, todos desta Cláusula.

FERNANDA GOMES CASSI
Advogada-Secretar. M. Saúde
OAB-SP 133.721



§ 13º - A declaração de inidoneidade para licitar ou conveniar com a Administração, prevista no inciso IV, do caput desta Cláusula, será aplicada nos casos em que ocorra má fé da **SANTA CASA**, bem como nos casos de reincidência, exceto quando a natureza e gravidade da infração cometida ensejar a aplicação das penalidades de advertência.

§ 14º - O valor da multa de que trata o inciso I, do § 11 desta Cláusula, será descontado pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, dos pagamentos devidos à **SANTA CASA**.

§ 15º - A reabilitação da **SANTA CASA**, que tenha sofrido a penalidade prevista no inciso IV, do caput desta Cláusula, poderá ser concedida desde que a Administração seja ressarcida dos prejuízos resultantes da infração cometida, e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso IV, do caput desta Cláusula.

§ 16º - A imposição de quaisquer das sanções previstas nesta Cláusula não ilidirá o direito de a **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** exigir da **SANTA CASA** o ressarcimento integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar aos Órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor de fato.

§ 17º - Na aplicação das penalidades de que trata este Convênio, as autoridades administrativas deverão observar também os procedimentos previstos nos demais instrumentos que regulamentem a relação jurídica entre as partes.

11ª. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA DA RESCISÃO

A rescisão obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, com as alterações introduzidas pela Lei Federal nº 8.883, de 8 de junho de 1994, podendo ser rescindido total ou parcialmente pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** quando ocorrer o descumprimento de suas cláusulas ou condições, em especial:

§1º - A **SANTA CASA** reconhece os direitos da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** em caso de rescisão administrativa prevista no § 1º, do artigo 79 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, alterada pela Lei Federal nº 8.883, de 8 de junho de 1994.

§2º - Em caso de rescisão, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 90 (noventa) dias para ocorrer a rescisão.

§ 3º - Se, no prazo previsto no §2º desta Cláusula, a **SANTA CASA** negligenciar a prestação dos serviços ora conveniados ou praticar quaisquer das infrações previstas neste convênio, a multa será aplicada em dobro.

§ 4º - A **SANTA CASA** poderá rescindir o presente **CONVÊNIO**, no caso de descumprimento pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** das obrigações aqui previstas, em especial no caso de atraso superior a 90 (noventa) dias do pagamento devido.

§5º - No caso previsto no § 4º desta Cláusula, caberá à **SANTA CASA** formalizar a rescisão do convênio mediante notificação da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, a qual deverá ser devidamente notificada, informando a intenção de por fim à prestação dos serviços conveniados, devendo manter a prestação destes pelo prazo de 90 (noventa) dias a partir do recebimento pelo ente público da notificação aqui tratada.

§6º - Em caso de rescisão do presente Convênio por parte da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, não caberá à **SANTA CASA** o direito a qualquer indenização, salvo na hipótese do artigo 79, § 2º, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, alterada pela Lei Federal nº 8.883, de 08 de junho de 1994.

§7º - O presente **CONVÊNIO** rescinde os Contratos/Convênios, Termos Aditivos, ou qualquer outro instrumento anteriormente assinado entre as partes, e que contenham disposições cujo objeto está aqui regulamentado, celebrados entre o **MUNICÍPIO** e a **SANTA CASA**, que tenham como objetivo e prestação da assistência à saúde.

§ 8º - O cancelamento de um ou mais serviços constantes deste **CONVÊNIO** implicará no cancelamento total ou parcial, pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**,



do presente instrumento, quando ocorrer o descumprimento de suas cláusulas ou condições, em especial:

- a) pelo fornecimento de informações incompletas, intempestivas ou fora dos critérios definidos pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**;
- b) pela ocorrência de fatos que venham a impedir ou dificultar o acompanhamento, a avaliação e a auditoria pelos órgãos competentes da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** ou Ministério da Saúde;
- c) pela não entrega dos relatórios mensais e anuais; e
- d) pela não observância dos procedimentos referentes ao sistema de informações em saúde.

Parágrafo Único. O conselho Municipal de Saúde deverá manifestar-se sobre a rescisão deste convênio/contrato, devendo avaliar os prejuízos que esse fato poderá acarretar para a população.

12ª. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA DOS RECURSOS PROCESSUAIS

Dos atos de aplicação de penalidade prevista neste convênio, ou de sua rescisão, praticados pelo **MUNICÍPIO**, cabe recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

§ 1º. Da decisão da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** de Santa Cruz do Rio Pardo que rescinde o presente convênio cabe, inicialmente, pedido da reconsideração, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

§ 2º. Sobre o pedido de reconsideração formulado nos termos do § 1º, o Secretário Municipal de Saúde de Santa Cruz do Rio Pardo deverá manifestar-se no prazo de 15 (quinze) dias e poderá, ao recebê-lo, atribuir-lhe eficácia suspensiva, desde que o faça motivadamente diante de razões de interesse público.

§ 3º. Quando decisão da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** de Santa Cruz do Rio Pardo rescindir o presente Termo Aditivo, o Conselho Municipal de Saúde deverá manifestar-se sobre essa rescisão.

13ª. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA DA VIGÊNCIA, DA PRORROGAÇÃO E DA ALTERAÇÃO

O prazo de vigência do presente convênio é de 12 (doze) meses, a partir da data de sua assinatura, renovado automaticamente por igual período até o limite de 60 (sessenta) meses, respeitando o Plano Descritivo Bidual.

§ 1º. A continuação da prestação de serviços nos exercícios financeiros subseqüentes ao presente, respeitando o prazo de vigência do convênio estipulado no *caput*, fica condicionada à aprovação das dotações próprias para as referidas despesas no orçamento do Ministério da Saúde e do **MUNICÍPIO**.

§ 2º. Qualquer alteração do presente **CONVÊNIO** será objeto de Termo Aditivo, na forma de legislação referente às licitações e contratos administrativos, submetido à prévia deliberação do Conselho Municipal de Saúde de Santa Cruz do Rio Pardo, ressalvado o seu objeto, que não pode ser modificado.

§ 3º. O **PLANO DESCRITIVO** poderá ser alterado, repactuado em seus respectivos objetos e valores, observado o prazo de vigência do **CONVÊNIO**.

§ 4º - Os valores previstos neste convênio também poderão ser alterados caso haja modificações do **PLANO DESCRITIVO BIENAL**, podendo as metas físicas relacionadas ao valor fixo do convênio sofrer variações para mais ou menos sem haver alterações do montante financeiro.

§ 5º - Os recursos financeiros para o financiamento do Programa de Parceria estão contemplados no Convênio e no Plano Descritivo. Novas parcerias e projetos serão objeto de termos aditivos específicos, inclusive no que diz respeito aos recursos financeiros correspondentes.

§ 6º - O termo aditivo expressamente mencionará se o repasse de recurso, porventura existente e a cargo da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, vincula-se à



transferência da UNIÃO (Ministério da Saúde/Fundão Nacional de Saúde) para o financiamento do SUS-Municipal (Fundo Municipal de Saúde);

§ 7º - O PLANO DESCRITIVO, nos primeiros noventa dias de sua vigência, não poderá sofrer nenhuma alteração.

14ª. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA DA PUBLICAÇÃO

Este convênio será publicado por extrato no Diário Oficial do Município, na forma estabelecida pelo parágrafo único, do art. 61 da Lei nº 8.666/93.

15ª. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA DA DENÚNCIA

A denúncia do presente convênio obedecerá às disposições da Lei 8.666/93, no que for aplicável aos convênios.

§ 1º - O conveniente interessado em denunciar o presente convênio deverá comunicar por escrito a outra parte sobre sua intenção, isso com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.

§ 2º - O presente convênio rescinde aquele firmado em 01/08/2008, bem como seus aditivos anteriormente celebrados entre a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE e a SANTA CASA.

16ª. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA DOS CASOS OMISSOS

Fica estabelecido que as questões que não puderem ser resolvidas de comum acordo pelos partícipes serão encaminhadas ao Conselho Municipal de Saúde, principalmente as referentes ao plano, cabendo recurso ao Conselho Estadual de Saúde.

17ª. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

A **SANTA CASA** fica impedida de utilizar o SUS para arrecadar doações da sociedade civil, ressalvadas campanhas solicitando a colaboração da sociedade civil para auxiliar na manutenção do hospital.

18ª. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA DO FORO

As partes elegem o Foro da Comarca de Santa Cruz do Rio Pardo, Estado de São Paulo, com exclusão de qualquer outro, por-mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do presente Convênio e **PLANO DESCRITIVO** que não puderem ser resolvidas pelas partes e pelo Conselho Municipal de Saúde de Santa Cruz do Rio Pardo.


FERNANDA GOMES CASSITA
Advogada-Secretar. M. Saúde
OAB-SP 133.721



E por estarem as partes justas e conveniadas, firmam o presente Plano de Trabalho em 05 (cinco) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

Santa Cruz do Rio Pardo,

de

de

OTACILIO PARRAS ASSIS
Prefeito de Santa Cruz do Rio Pardo



DIEGO HENRIQUE SINGOLANI COSTA
Secretário Municipal de Saúde




MAURICIO SALEMME CORRÊA
Interventor
Santa Casa de Misericórdia de Santa Cruz do Rio Pardo

Testemunhas:

Nome
RG

Nome
RG



FERNANDA GOMES CASSITA
Advogada-Secretar. M. Saúde
OAB-SP 133.721



1º TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO 01/2020

Primeiro Termo de Aditamento ao Convênio nº 01/2020, que entre si celebram a Santa Casa de Misericórdia de Santa Cruz do Rio Pardo e o Município, através da Secretaria Municipal de Saúde, na forma abaixo.

Pelo presente instrumento, na melhor forma de direito, o **CONVENIENTE, MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO**, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, inscrito no Ministério da Fazenda com o CNPJ nº 46.231.890/0001-43, com sede nesta cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, Estado de São Paulo, na Praça Deputado Leônidas Camarinha, 340 - Centro, neste ato representado pelo Prefeito Municipal **OTACILIO PARRAS ASSIS**, brasileiro, casado, portador do RG 5.543.202, emitido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no CPF/MF sob o nº 004.236.138-98, residente e domiciliado à Avenida Coronel Clementino Gonçalves, nº 91, Centro, nesta cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, e pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, na qualidade de gestora do Sistema Único de Saúde (SUS), com sede nesta cidade na Praça Sebastião, 509, - Centro, neste ato representada Secretário Municipal de Saúde **DIEGO HENRIQUE SINGOLANI COSTA**, brasileiro, solteiro, administrador, portador do RG 42.990.477-0, emitido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no CPF/MF sob o nº 360.926.208-71, domiciliado no município de Santa Cruz do Rio Pardo, doravante denominada apenas **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** e de outro lado, a **CONVENIADA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO** -, instituição filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no Ministério da Fazenda com o CGC/MF nº 56.813.926/0001-50, inscrita no CREMESP sob o nº 00843, desde 22/2/1983, nos termos da Lei Federal 6.839/80, com endereço na cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, à Avenida Dr. Cyro de Melo Camarinha, 530 - Centro, e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas de Santa Cruz do Rio Pardo, em 23/11/2018, sob o nº 175, AV. 24, LV.A, neste ato representada por seu interventor nomeado através do Decreto nº 05/2020, **SR. MAURICIO SALEMME CORREA**, brasileiro, casado, portador do RG nº 12.384.455/SSP-SP, emitido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no CPF/MF sob o nº 042.565.258-07, residente e domiciliado à Avenida Tiradentes, nº 988, Centro nesta cidade de Santa



Cruz do Rio Pardo, doravante denominada apenas **SANTA CASA**, resolvem aditar o convênio de cooperação para Prestação de Serviços Hospitalares, Ambulatorial, Diagnóstico e Terapêutico, de acordo com disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, conforme cláusulas a seguir:

Cláusula Primeira – Do Objeto

O Presente Termo tem por finalidade o aditamento para repasse de recursos financeiros para o Atendimento Ambulatorial e Hospitalar, a serem destinados às ações de saúde para o enfrentamento do Coronavírus – Covid-19.

Cláusula Segunda – Da alteração

Fica incluso o Inciso V da cláusula 9ª Nona do Convênio 01/2020; passando o Convênio ora aditado a vigorar com a redação que lhe é dada por este instrumento, nos seguintes termos:

“CONVÊNIO No. 01/2020

...

9ª CLÁUSULA NONA **DOS RECURSOS FINANCEIROS**

...

V – Enfrentamento do Coronavírus – COVID 19:

a) Serão repassados os recursos provenientes do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde, a serem efetuados através do Fundo Estadual de Saúde e Fundo Nacional de Saúde para o município, destinados às ações de saúde para o enfrentamento do Coronavírus. Ficando estabelecido para tanto, a necessidade de apresentação de Plano de Trabalho contendo a destinação dos recursos, cronograma de aplicação, metas a serem alcançadas e apresentação da prestação de contas dos recursos aplicados em contas bancárias específicas de cada fonte de recursos.

b) Poderão ser pagos com recursos do enfrentamento do Coronavírus – COVID 19 os plantões do pronto atendimento referenciado de clínica médica e UTI adulto, constantes na letra c do Item V do plano descritivo anexo ao Convênio 01/2020.

Cláusula Terceira – Da reti-ratificação



Ficam mantidas as demais cláusulas e disposições do Convênio originário que não tenham sido modificados no todo ou em parte, pelo presente e pelos seus termos aditivos.

Cláusula Quarta – Da Publicação

O Presente Aditamento terá seus efeitos a partir da publicação e sua duração será conforme termos do Convênio 01/2020.

E, por estarem as partes justas e conveniadas, firmam o presente em 05 (cinco) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

Santa Cruz do Rio Pardo, de _____ de _____

OTACILIO PARRAS ASSIS
Prefeito de Santa Cruz do Rio Pardo

DIEGO HENRIQUE SINGOLANI COSTA
Secretário Municipal de Saúde

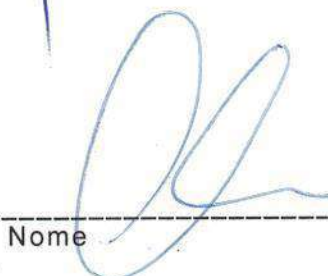
MAURICIO SALEMME CORRÊA
Interventor
Santa Casa de Misericórdia de Santa Cruz do Rio Pardo

Testemunhas:



Nome

RG
FERNANDO AZEVEDO RAMPAZO
Secretário Municipal de Administração
CPF nº 309.402.998-93



Nome

CLAUDIO LUIZ ANTONIOLI
Secretário M. de Gestão e Comunicação Social
CPF- 135.682.498-63
Prefeitura M. de Sta Cruz do Rio Pardo- SP



2º TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO 01/2020

Segundo Termo de Aditamento ao Convênio nº 01/2020, que entre si celebram a Santa Casa de Misericórdia de Santa Cruz do Rio Pardo e o Município, através da Secretaria Municipal de Saúde, na forma abaixo.

Pelo presente instrumento, na melhor forma de direito, o **CONVENIENTE, MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO**, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, inscrito no Ministério da Fazenda com o CNPJ nº 46.231.890/0001-43, com sede nesta cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, Estado de São Paulo, na Praça Deputado Leônidas Camarinha, 340 - Centro, neste ato representado pelo Prefeito Municipal **OTACILIO PARRAS ASSIS**, brasileiro, casado, portador do RG 5.543.202, emitido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no CPF/MF sob o nº 004.236.138-98, residente e domiciliado à Avenida Coronel Clementino Gonçalves, nº 91, Centro, nesta cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, e pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, na qualidade de gestora do Sistema Único de Saúde (SUS), com sede nesta cidade na Praça Sebastião, 509, - Centro, neste ato representada Secretário Municipal de Saúde **DIEGO HENRIQUE SINGOLANI COSTA**, brasileiro, solteiro, administrador, portador do RG 42.990.477-0, emitido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no CPF/MF sob o nº 360.926.208-71, domiciliado no município de Santa Cruz do Rio Pardo, doravante denominada apenas **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** e de outro lado, a **CONVENIADA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO** -, instituição filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no Ministério da Fazenda com o CGC/MF nº 56.813.926/0001-50, inscrita no CREMESP sob o nº 00843, desde 22/2/1983, nos termos da Lei Federal 6.839/80, com endereço na cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, à Avenida Dr. Cyro de Melo Camarinha, 530 - Centro, e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas de Santa Cruz do Rio Pardo, em 23/11/2018, sob o nº 175,AV. 24, LV.A, neste ato representada por seu interventor nomeado através do Decreto nº 05/2020, **SR. MAURICIO SALEMME CORREA**, brasileiro, casado, portador do RG nº 12.384.455/SSP-SP, emitido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no CPF/MF sob o nº 042.565.258-07, residente e domiciliado à Avenida Tiradentes, nº 988, Centro nesta cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, doravante denominada apenas **SANTA CASA**, resolvem aditar o convênio de cooperação para Prestação de Serviços Hospitalares, Ambulatorial, Diagnose e Terapêutica, de acordo com disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, conforme cláusulas a seguir:



Cláusula Primeira – Do Objeto

O Presente Termo tem por finalidade o aditamento para repasse de recursos financeiros provenientes de emendas parlamentares através do Ministério da Saúde, conforme Portaria MS/GM 652 de 01 de abril de 2020, a serem destinados ao custeio do Pronto Atendimento Referenciado Especialidades – Suporte a UPA e para repasse de recursos referente ao Programa Pró-Santa Casa 2 através do convênio da Secretaria de Estado da Saúde.

Cláusula Segunda – Da alteração

Fica alterado a letra “c”, Inciso III da cláusula 9ª Nona do Convênio 01/2020; inclusão do inciso VI da cláusula 9ª Nona do Convênio; inclusões dos itens VI e VII e alteração do item VIII do anexo I-Plano Descritivo, passando o Convênio ora aditado a vigorar com a redação que lhe é dada por este instrumento, nos seguintes termos:

“CONVÊNIO No. 01/2020

...

9ª CLÁUSULA NONA DOS RECURSOS FINANCEIROS

...

III – São recursos disponibilizados pelo tesouro municipal:

c)- R\$ 3.735.851,28 (três milhões, setecentos e trinta e cinco mil, oitocentos e cinquenta e um reais e vinte e oito centavos), em duodécimos mensais fixos no valor de R\$ 311.320,94 (trezentos e onze mil, trezentos e vinte reais e noventa e quatro centavos) para custeio do **Suporte a UPA - Pronto Atendimento Referenciado Especialidades – Suporte a UPA**, conforme descritos na letra c do Item V do Plano Descritivo já aprovado anteriormente, os quais serão repassados em parcelas fixas mensais conforme acima, alocados do Fundo Municipal de Saúde, podendo sofrer reajustes na mesma forma pactuada no convênio 01/2020. Esse repasse mensal das especialidades de referência, fica condicionado à apresentação de escala/produção completa dos profissionais. *Os valores poderão também serem repassados através de outras fontes de recursos conforme origem e, quando das transferências provenientes do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado da Saúde e enquanto houver saldo financeiro para esse repasse. Findo esse saldo, a transferência mensal retornará para fonte de recursos do tesouro municipal, conforme*

...



VI – São recursos disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde:

a) Serão repassados os recursos provenientes da Secretaria de Estado da Saúde, a serem efetuados através do Fundo Estadual de Saúde para o município, destinados às ações de saúde referente ao Programa Pró-Santa Casa 2, no valor total de **R\$ 1.209.600,00 (um milhão, duzentos e nove mil e seiscentos reais)** com prazo de vigência até 31 de dezembro de 2024, que serão repassados após o crédito em conta em parcelas mensais de R\$ 25.200,00 (vinte e cinco mil e duzentos reais), de acordo com convênio e plano de trabalho aditivo entre o município e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

...

Cláusula Quarta – Da Publicação

O Presente Aditamento terá seus efeitos jurídicos a partir da data de publicação e sua vigência será conforme termos do Convênio 01/2020.

E, por estarem as partes justas e conveniadas, firmam o presente em 04 (quatro) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.


Santa Cruz do Rio Pardo, 28 de Abril de 2020.



OTACILIO PARRAS ASSIS
Prefeito de Santa Cruz do Rio Pardo


DIEGO HENRIQUE SINGOLANI COSTA
Secretário Municipal de Saúde


MAURICIO SALEMME CORRÊA
Interventor
Santa Casa de Misericórdia de Santa Cruz do Rio Pardo

Testemunhas:


Nome _____
RG 24.927.725-6


Nome _____
24.360.528-6


FERNANDA GOMES CAS
Advogada-Secretar. M. P.
OAB-SP 133.721



3º TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO 01/2020

Terceiro Termo de Aditamento ao Convênio nº 01/2020, que entre si celebram a Santa Casa de Misericórdia de Santa Cruz do Rio Pardo e o Município, através da Secretaria Municipal de Saúde, na forma abaixo.

Pelo presente instrumento, na melhor forma de direito, o **CONVENENTE, MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO**, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, inscrito no Ministério da Fazenda com o CNPJ nº 46.231.890/0001-43, com sede nesta cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, Estado de São Paulo, na Praça Deputado Leônidas Camarinha, 340 - Centro, neste ato representado pelo Prefeito Municipal **OTACILIO PARRAS ASSIS**, brasileiro, casado, portador do RG 5.543.202, emitido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no CPF/MF sob o nº 004.236.138-98, residente e domiciliado à Avenida Coronel Clementino Gonçalves, nº 91, Centro, nesta cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, e pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, na qualidade de gestora do Sistema Único de Saúde (SUS), com sede nesta cidade na Praça Sebastião, 509, – Centro, neste ato representada Secretária Municipal de Saúde **CARLA CRISTINA DE OLIVEIRA ANDRADE**, brasileira, casada, enfermeira, portadora do RG 30.324.248-6, emitido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no CPF/MF sob o nº 296.293.798-56, residente e domiciliada na Rua Romão Buzolin, nº 83, Residencial Eldorado, no município de Santa Cruz do Rio Pardo, doravante denominada apenas **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** e de outro lado, a **CONVENIADA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO** –, instituição filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no Ministério da Fazenda com o CGC/MF nº 56.813.926/0001-50, inscrita no CREMESP sob o nº 00843, desde 22/2/1983, nos termos da Lei Federal 6.839/80, com endereço na cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, à Avenida Dr. Cyro de Melo Camarinha, 530 - Centro, e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas de Santa Cruz do Rio Pardo, em 23/11/2018, sob o nº 175, AV. 24, LV.A, neste ato representada por seu interventor nomeado através do Decreto nº 05/2020,



SR. MAURICIO SALEMME CORREA, brasileiro, casado, portador do RG nº 12.384.455/SSP-SP, emitido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no CPF/MF sob o nº 042.565.258-07, residente e domiciliado à Avenida Tiradentes, nº 988, Centro nesta cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, doravante denominada apenas **SANTA CASA**, resolvem aditar o convênio de cooperação para Prestação de Serviços Hospitalares, Ambulatorial, Diagnose e Terapêutica, de acordo com disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, conforme cláusulas a seguir:

Cláusula Primeira – Do Objeto

O Presente Termo tem por finalidade o aditamento para repactuação do Plano Descritivo Bianual, conforme valores estabelecidos com base na série histórica da produção de serviços aprovados nas prestações de contas mensais, ficando alteradas as metas físicas e financeiras de recursos próprios, referentes aos Atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Ambulatório de Ortopedia e; Atendimentos, Procedimentos e Exames Ambulatoriais em Neurologia, após verificação da série histórica dos valores pagos com esta fonte de recurso; e para alteração de contas bancárias para repasse de recursos federais e inclusão de conta bancário exclusiva para repasse do programa pró-santa casa 2.

Cláusula Segunda – Da alteração

Ficam alteradas as letras “d” e “n”, Inciso III da cláusula 9ª Nona do Convênio 01/2020; alteração do parágrafo 3º do inciso IV da cláusula 7ª Nona do Convênio; e alteração da letras “d” e “n” do item V e item VIII do anexo I- Plano Descritivo, passando o Convênio ora aditado a vigorar com a redação que lhe é dada por este instrumento, nos seguintes termos:

“CONVÊNIO No. 01/2020

...

7ª CLÁUSULA SÉTIMA

DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO – RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E GESTÃO

...



§ 3º. Os repasses e pagamentos realizados em decorrência deste convênio provenientes de recursos próprios do Município serão através do Fundo Municipal de Saúde na conta corrente nº 19.917-6, agência 0218-6 de Santa Cruz do Rio Pardo, do Banco do Brasil S.A, de titularidade da SANTA CASA; os pagamentos provenientes de recursos Federais serão realizados por meio da conta corrente nº 1660-8, operação 003, agência 0343, do Banco Caixa Econômica Federal de Santa Cruz do Rio Pardo; o pagamento de recursos específicos do COVID-19 serão realizados através da conta do Banco do Brasil S/A, conta 45002-2 para recurso estadual covid-19 e conta nº 45001-4 para recurso federal covid-19; e o convênio Pró-Santa Casa 2 o pagamento será efetuado através da conta corrente 21.290-3, agência 0218-6 do Banco do Brasil, mantidas exclusivamente para a transferência dos recursos conveniados, sendo vedada qualquer movimentação estranha a este convênio.

...

9ª CLÁUSULA NONA
DOS RECURSOS FINANCEIROS

...

III – São recursos disponibilizados pelo tesouro municipal:

d)-R\$ 109.440,00 (*cento e nove mil e quatrocentos e quarenta reais*), em duodécimos mensais fixos conforme a produção apresentada, no valor de R\$ 9.120,00 (*nove mil e cento e vinte reais*), correspondentes ao pagamento de assistência à saúde referente aos **atendimentos e procedimentos ambulatoriais ambulatório de ortopedia**, conforme descritos no Item V do Plano Descritivo, valor este alocado no Fundo Municipal de Saúde para a Santa Casa. Este repasse deverá ocorrer em até 05 (cinco) dias úteis da entrega e aprovação da produção, previamente autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde;

n)- R\$ 189.360,00 (*cento e oitenta e nove mil e trezentos e sessenta reais*), em duodécimos mensais fixos no valor de R\$ 15.780,00 (*quinze mil e setecentos e oitenta reais*), a título de pagamento aos **atendimentos, procedimentos e exames ambulatoriais na especialidade de neurologia**, cujo serviços estão descritos no Item V do Plano Descritivo, a serem repassados em

FRANCISCA GOMES CASSITA
Advogada-Secretar. M. Saúde



até (cinco) dias úteis da entrega e aprovação da produção (faturamento), mediante prévia autorização da Secretaria Municipal de Saúde

...

Cláusula Quarta – Da Publicação

O Presente Aditamento terá seus efeitos jurídicos a partir da data de publicação e sua vigência será conforme termos do Convênio 01/2020.

E, por estarem as partes justas e conveniadas, firmam o presente em 04 (quatro) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

Santa Cruz do Rio Pardo, 17 de julho de 2020



OTACILIO PARRAS ASSIS
Prefeito de Santa Cruz do Rio Pardo


CARLA CRISTINA DE OLIVEIRA ANDRADE
Secretária Municipal de Saúde


MAURICIO SALEMME CORRÊA
Interventor
Santa Casa de Misericórdia de Santa Cruz do Rio Pardo

Testemunhas:

Nome
RG


Eliana Maria Scarpin
CRC 1SP 244 630/0-4
RG 24.927.725-6
CPF 170.625.298-69

Nome
RG


Elisandra C. Zilotti
Diretor de Auditoria
RG 24.360.528-6


FERNANDA GOMES CASATTA
Advogada-Secretar. M. Saúde
OAB-SP 133.721



ANEXO I – DO CONVÊNIO Nº 01/2020

PLANO DESCRITIVO BIANUAL DA ATENÇÃO PACTUADA ENTRE A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA E A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

...

V – METAS FÍSICAS – RECURSOS MUNICIPAIS

...

d) atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Ambulatório Ortopedia

| PROCEDIMENTOS | QTD/ MÊS | VALOR UNIT | VALOR MENSAL | QTD/ ANO | VALOR ANUAL |
|--------------------------|-------------|---------------|---------------------|--------------|-----------------------|
| Atendimentos ortopédicos | 304 | R\$ 30,00 | R\$ 9.120,00 | 3.648 | R\$ 109.440,00 |
| TOTAL | 304 | | R\$ 9.120,00 | 3.648 | R\$ 109.440,00 |

...

n) atendimentos, Procedimentos e Exames Ambulatoriais em Neurologia

| PROCEDIMENTOS | QTD/ MÊS | VALOR UNIT | VALOR MENSAL | QTD/ ANO | VALOR ANUAL |
|---|-------------|---------------|----------------------|--------------|-----------------------|
| Atendimento Ambulatorial Especializado – Neurologia | 218 | R\$ 30,00 | R\$ 6.530,00 | 2.612 | R\$ 78.360,00 |
| Eletroencefalograma | 40 | R\$ 60,00 | R\$ 2.400,00 | 480 | R\$ 28.800,00 |
| Eletroneuromiografia-1º membro | 20 | R\$ 230,00 | R\$ 4.600,00 | 240 | R\$ 55.200,00 |
| Eletroneuromiografia-2º membro ou mais | 15 | R\$ 150,00 | R\$ 2.250,00 | 180 | R\$ 27.000,00 |
| TOTAL | 293 | | R\$ 15.780,00 | 3.512 | R\$ 189.360,00 |

...

VIII – PLANO DO FINANCIAMENTO

A alocação dos recursos financeiros para atenção à saúde, políticas prioritárias do SUS e gestão é alocado por orçamento o de recursos próprios e federais para custeio do hospital, composto por:

| REPASSE FEDERAL | | |
|----------------------------------|-------------------|---------------------|
| AMBULATORIAL - SIA | | |
| COMPONENTE PRÉ-FIXADO | VALOR MENSAL | VALOR ANUAL |
| PROC. AMB. - MÉDIA COMPLEXIDADE | 42.069,06 | 504.828,72 |
| IAC | 105.850,01 | 1.270.200,12 |
| COMPONENTE PRÉ-FIXADO | VALOR MENSAL | VALOR ANUAL |
| ALTA COMPLEXIDADE | 14.098,27 | 169.179,24 |
| TOTAL PROCEDIMENTOS S I A | 56.167,33 | 674.007,96 |
| IAC | 105.850,01 | 1.270.200,12 |
| TOTAL AMBULATORIAL | 162.017,34 | 1.944.208,08 |

FERNANDA GOMES CAS...
Advogada-Secretar. M. S. ...



| HOSPITALAR - SIHD | | |
|--------------------------------------|---------------------|---------------------|
| COMPONENTE PRÉ-FIXADO | VALOR MENSAL | VALOR ANUAL |
| INTERNAÇÕES-LEITOS CLÍNICOS | 153.012,25 | 1.836.147,00 |
| INTERNAÇÕES LEITOS UTI | 256.337,22 | 3.076.046,64 |
| INTEGRASUS | 5.455,32 | 65.463,84 |
| TOTAL HOSPITALAR - PRÉ-FIXADO | 414.804,79 | 4.977.657,48 |
| DESCRIÇÃO | VALOR MENSAL | VALOR ANUAL |
| AMBULATORIAL | 162.017,34 | 1.944.208,08 |
| HOSPITALAR | 414.804,79 | 4.977.657,48 |
| TOTAL S I A / SIHD | 576.822,13 | 6.921.865,56 |

| DESCRIÇÃO | VALOR MENSAL | VALOR ANUAL |
|---|---------------------|---------------------|
| INCREMENTO TEMPORÁRIO EMENDAS PARLAMENTARES-7 parcelas (abril a novembro de 2020) | 252.008,64 | 2.016.069,12 |
| INCREMENTO TEMPORÁRIO EMENDAS PARLAMENTARES-1 parcela (dezembro/2020 - parcial) | 183.930,88 | 183.930,88 |
| TOTAL REPASSE TEMPORÁRIO / ÚNICO | 435.939,52 | 2.200.000,00 |

| | | |
|----------------------|---------------------|---------------------|
| TOTAL FEDERAL | 1.012.761,65 | 9.121.865,56 |
|----------------------|---------------------|---------------------|

| REPASSE ESTADUAL | | |
|---------------------------|---------------------|--------------------|
| DESCRIÇÃO | VALOR MENSAL | VALOR ANUAL |
| Programa Pró-Santa Casa 2 | 25.200,00 | 302.400,00 |
| TOTAL ESTADUAL | 25.200,00 | 302.400,00 |

| REPASSE MUNICIPAL | | |
|--|---------------------|---------------------|
| DESCRIÇÃO | VALOR MENSAL | VALOR ANUAL |
| Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – Pró-Santa Casa Municipal | 12.577,46 | 150.929,52 |
| Unidade de Terapia Intensiva Adulto | 22.300,00 | 267.600,00 |
| Pronto Atendimento Referenciado de especialidades – Suporte a UPA | 311.320,94 | 3.735.851,28 |
| Atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Ambulatório Ortopedia | 9.120,00 | 109.440,00 |
| Atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Ortopedia/Trauma Referenciado | 11.400,00 | 136.800,00 |
| Pequenas Cirurgias Ambulatoriais | 5.553,00 | 66.636,00 |
| Atendimentos, Procedimentos e Exames Ambulatoriais Especialidade Gastroenterologia | 11.220,00 | 134.640,00 |
| Atendimentos, Procedimentos e Exames Ambulatoriais Especialidade Cardiologia | 14.728,00 | 176.736,00 |
| Atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Obstetria | 4.800,00 | 57.600,00 |
| Atendimentos, Procedimentos e Exames Ambulatoriais Especialidade | 3.665,00 | 43.980,00 |
| Atendimentos, Procedimentos e Exames Ambulatoriais Especialidade Urologia | 5.050,00 | 60.600,00 |
| Atendimento e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Anestesia | 1.800,00 | 21.600,00 |
| Atendimento e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Vascular | 4.500,00 | 54.000,00 |
| Atendimentos, Procedimentos e Exames Ambulatoriais Especialidade Neurologia | 15.780,00 | 189.360,00 |
| Atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Pneumologia | 1.500,00 | 18.000,00 |
| Cirurgias e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Oftalmologia | 741,39 | 8.896,68 |
| Atendimentos Ambulatoriais Pré e Pós Cirurgias | 3.484,42 | 41.813,04 |
| Cirurgias Eletivas Gerais | 75.044,59 | 900.535,08 |
| Atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Reumatologia | 1.500,00 | 18.000,00 |
| TOTAL REPASSE MUNICIPAL | 516.084,80 | 6.193.017,60 |

| | | |
|--------------------|---------------------|----------------------|
| TOTAL GERAL | 1.554.046,45 | 15.617.283,16 |
|--------------------|---------------------|----------------------|

FERNANDA GOMES CASSI
Aida
Secretaria Municipal de Saúde
18-SP 133.77



(continuação do 3º Aditamento Convênio 1/2020)

...

Santa Cruz do Rio Pardo, 17 de julho de 2020


Carla Cristina de Oliveira Andrade
Secretária Municipal de Saúde


Mauricio Saleme Corrêa
Interventor Santa Casa de Misericórdia
de Santa Cruz do Rio Pardo


FERNANDA GOMES CASSITA
Advogada-Secretar. M. Saúde
OAB-SP 133.721



4º TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO 01/2020

Quarto Termo de Aditamento ao Convênio nº 01/2020, que entre si celebram a Santa Casa de Misericórdia de Santa Cruz do Rio Pardo e o Município, através da Secretaria Municipal de Saúde, na forma abaixo.

Pelo presente instrumento, na melhor forma de direito, o **CONVENIENTE, MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO**, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, inscrito no Ministério da Fazenda com o CNPJ nº 46.231.890/0001-43, com sede nesta cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, Estado de São Paulo, na Praça Deputado Leônidas Camarinha, 340 - Centro, neste ato representado pelo Prefeito Municipal **DIEGO HENRIQUE SINGOLANI COSTA**, brasileiro, casado, portador do RG 42.990.477-0, emitido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no CPF/MF sob o nº 360.926.208-71, residente e domiciliado à Avenida Tiradentes, nº 830, Centro, nesta cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, e pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, na qualidade de gestora do Sistema Único de Saúde (SUS), com sede nesta cidade na Praça Sebastião, 509, – Centro, neste ato representada Secretária Municipal de Saúde **ANELISE LINK LEITÃO**, brasileira, viúva, enfermeira, portadora do RG 55.663.123-7, emitido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no CPF/MF sob o nº 884.425.780-72, residente e domiciliada na Rua Conselheiro Saraiva, nº 526, Centro, no município de Santa Cruz do Rio Pardo, doravante denominada apenas **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** e de outro lado, a **CONVENIADA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO** –, instituição filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no Ministério da Fazenda com o CGC/MF nº 56.813.926/0001-50, inscrita no CREMESP sob o nº 00843, desde 22/2/1983, nos termos da Lei Federal 6.839/80, com endereço na cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, à Avenida Dr. Cyro de Melo Camarinha, 530 - Centro, e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas de Santa Cruz do Rio Pardo, em 23/11/2018, sob o nº 175,AV. 24, LV.A, neste ato representada por seu interventor nomeado através do Decreto nº 05/2020 e Decreto 15/2021, **SR.**



MAURICIO SALEMME CORREA, brasileiro, casado, portador do RG nº 12.384.455/SSP-SP, emitido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no CPF/MF sob o nº 042.565.258-07, residente e domiciliado à Avenida Tiradentes, nº 988, Centro nesta cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, doravante denominada apenas **SANTA CASA**, resolvem aditar o convênio de cooperação para Prestação de Serviços Hospitalares, Ambulatorial, Diagnóstico e Terapêutica, de acordo com disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, conforme cláusulas a seguir:

Cláusula Primeira – Do Objeto

O Presente Termo tem por finalidade o aditamento para repasse de recurso financeiro transferido em parcela única, por meio de convênio celebrado entre o município de Santa Cruz do Rio Pardo e a Secretaria de Estado de Saúde para ocorrer despesas com Material de consumo (aquisição de medicamento, oxigênio, material médico hospitalar e rouparia) Investimentos - Aquisição de equipamentos médicos para a Santa Casa de Misericórdia de Santa Cruz do Rio Pardo, e inclusão de repasses de recursos próprios para medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus – COVID-19 durante a situação de emergência em saúde pública, conforme Decreto 60/2020 e nos termos do Convênio nº 01/2020 e demais partes integrantes.

Cláusula Segunda – Da alteração


Ficam inclusas a letra “c” do Inciso V da cláusula nona do convênio 01/2020 e a letra “b” do Inciso VI da cláusula 9ª nona do Convênio 01/2020; alteração do parágrafo 3º do inciso IV da cláusula 7ª Sétima do Convênio, passando o Convênio ora aditado a vigorar com a redação que lhe é dada por este instrumento, nos seguintes termos:

“CONVÊNIO No. 01/2020

...

7ª CLÁUSULA SÉTIMA

DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO – RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E GESTÃO


Renanda Gomes Cassita
Advogada-Secretar. M. Saúde
OAB-SP 133.721

29



Cabe ao Município:

...

§ 3º. Os repasses e pagamentos realizados em decorrência deste convênio provenientes de recursos próprios do Município serão através do Fundo Municipal de Saúde na conta corrente nº 19.917-6, agência 0218-6 de Santa Cruz do Rio Pardo, do Banco do Brasil S.A, de titularidade da SANTA CASA; os pagamentos provenientes de recursos Federais serão realizados por meio da conta corrente nº 1660-8, operação 003, agência 0343, do Banco Caixa Econômica Federal de Santa Cruz do Rio Pardo; o pagamento de recursos específicos do COVID-19 serão realizados através da conta do Banco do Brasil S/A, conta 45002-2 para recurso estadual covid-19, conta nº 45001-4 para recurso federal covid-19 e **conta nº 45004-9 para recurso próprio covid-19**; convênio Pró-Santa Casa 2 o pagamento será efetuado através da conta corrente 21.290-3, agência 0218-6 do Banco do Brasil; e o **convênio 941/2020 da Secretaria de Estado da Saúde será efetuado através da conta corrente 21.293-8**, mantidas exclusivamente para a transferência dos recursos conveniados, sendo vedada qualquer movimentação estranha a este convênio.

...

9ª CLÁUSULA NONA DOS RECURSOS FINANCEIROS

...

V – Enfrentamento do Coronavírus – COVID-19:

...

c) – *Poderão ser repassados recursos próprios a serem efetuados através do Fundo Municipal de Saúde, destinados às ações de saúde para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus – COVID-19 durante esse período. Fica estabelecido para tanto, a necessidade de apresentação de Plano de Trabalho contendo a destinação dos recursos, cronograma de aplicação, metas a serem alcançadas e a prestação de contas dos recursos aplicados em conta bancária específica.*

VI – São recursos disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde:

...

b) – *Serão repassados os recursos provenientes da Secretaria de Estado da Saúde para o município, destinados à aquisição de materiais de*

FERNANDA GOMES CASSIA
Advogada-Secretaria M. Saúde
OAB-SP 133.721



consumo e permanente para a realização de ações de saúde, de acordo com convênios celebrados entre os entes. Fica estabelecido para tanto, a necessidade de apresentação de Plano de Trabalho contendo a destinação dos recursos, cronograma de aplicação, metas a serem alcançadas e a apresentação da prestação de contas dos recursos aplicados em contas bancárias específicas para cada recurso.

...

Cláusula Quarta – Da Publicação

O Presente Aditamento terá seus efeitos jurídicos a partir da data de publicação e sua vigência conforme termos do Convênio 01/2020.

E, por estarem as partes justas e conveniadas, firmam o presente em 04 (quatro) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

Santa Cruz do Rio Pardo, 05 de março de 2021.

DIEGO HENRIQUE SINGOLANI COSTA
Prefeito de Santa Cruz do Rio Pardo


ANELISE LINK LEITÃO
Secretária Municipal de Saúde

MAURICIO SALEMME CORRÊA
Interventor
Santa Casa de Misericórdia de Santa Cruz do Rio Pardo

Testemunhas:

Nome **Eliana Maria Scarpin**
RG CRC 1SP 244 630/0-4
RG 24.927.725-6
CPF 170.625.298-69

Nome **Ellsandra C. Zilotti**
RG **24.360.528-6**
Diretor de Auditoria


FERNANDA GOMES CASSITA
Advogada-Secretar: M. Saúde
OAB-SP 133.721



5º TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO 01/2020

Quinto Termo de Aditamento ao Convênio nº 01/2020, que entre si celebram a Santa Casa de Misericórdia de Santa Cruz do Rio Pardo e o Município, através da Secretaria Municipal de Saúde, na forma abaixo.

Pelo presente instrumento, na melhor forma de direito, o **CONVENENTE, MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO**, inscrito no Ministério da Fazenda com o CNPJ nº 46.231.890/0001-43, com sede nesta cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, Estado de São Paulo, na Praça Deputado Leônidas Camarinha, 340 - Centro, neste ato representado pelo Prefeito Municipal **DIEGO HENRIQUE SINGOLANI COSTA**, brasileiro, casado, portador do RG 42.990.477-0, emitido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no CPF/MF sob o nº 360.926.208-71, residente e domiciliado à Avenida Tiradentes, nº 830, Centro, nesta cidade de Santa Cruz do Rio Pardo e de outro lado, a **CONVENIADA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO** -, instituição filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no Ministério da Fazenda com o CNPJ/MF nº 56.813.926/0001-50, inscrita no CREMESP sob o nº 00843, desde 22/2/1983, nos termos da Lei Federal 6.839/80, com endereço na cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, à Avenida Dr. Cyro de Melo Camarinha, 530 - Centro, e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas de Santa Cruz do Rio Pardo, em 23/11/2018, sob o nº 175, AV. 24, LV.A, neste ato representada por seu



interventor nomeado pelo Decreto 278/2021, **SR. FERNANDO AZEVEDO RAMPAZO**, brasileiro, casado, portador do RG nº 40.757.705-1/SSP-SP, emitido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no CPF/MF sob o nº 308.402.998-93, residente e domiciliado à Rua Albino Trevisan, nº 473, Vila Santa Aureliana nesta cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, doravante denominada apenas **SANTA CASA**, resolvem aditar o convênio de cooperação para Prestação de Serviços Hospitalares, Ambulatorial, Diagnose e Terapêutica, de acordo com disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, conforme cláusulas a seguir:

Cláusula Primeira – Do Objeto

O Presente Termo tem por finalidade o aditamento para reajustes dos plantões do Pronto Atendimento Referenciado de Especialidades – Suporte UPA (retaguarda médica), dos procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos realizados através do Ambulatório de Especialidades Médicas e acréscimo de exames de radiognósticos, ultra-som, tomografia, tomografia com contraste e biópsia a serem pagos com recursos próprios do tesouro municipal.

Cláusula Segunda – Da alteração

Ficam alteradas e incluídas letras do item III da cláusula nona do convênio 01/2020 e item V do plano descritivo em anexo, conforme tabelas anexas, totalizando do valor anual aditado de R\$ 4.937.208,48 (quatro milhões, novecentos e trinta e sete mil, duzentos e oito reais e quarenta e oito reais), passando o valor do teto mensal de repasse de recursos próprios o valor de R\$ 927.518,84 (novecentos e vinte e sete mil, quinhentos e dezoito reais e oitenta e quatro centavos), resultando o valor total anual do convênio em R\$ 11.130.226,08 (onze milhões, cento e trinta mil, duzentos e vinte e seis reais e oito centavos).



As dotações orçamentárias específicas para cada fim, serão suplementadas se necessário.

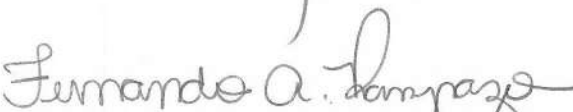
Cláusula Quarta – Da Publicação

O Presente Aditamento terá seus efeitos financeiros e jurídicos retroagidos a partir de 01 de outubro de 2021, e demais cláusulas conforme termos do Convênio 01/2020.

E, por estarem as partes justas e conveniadas, firmam o presente em 04 (quatro) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

Santa Cruz do Rio Pardo, 12 de novembro de 2021 .


DIEGO HENRIQUE SINGOLANI COSTA
Prefeito de Santa Cruz do Rio Pardo


FERNANDO AZEVEDO RAMPAZO
Interventor
Santa Casa de Misericórdia de Santa Cruz do Rio Pardo

Testemunhas:


Anelise Link Leitão
Secretária Municipal de Saúde

Nome _____
RG _____

Nome _____
RG _____

FERNANDA GOMES CASSITA
Advogada-Secretar. M. Saúde
OAB-SP 133.721



V – METAS FÍSICAS – RECURSOS MUNICIPAIS

a) Contrapartida Pró-Santa Casa II UTI Neonatal

| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | VALOR ANUAL |
|-----------------------------|---------|----------------|----------------------|---------|-----------------------|
| Assistência em UTI Neonatal | - | - | R\$ 12.577,46 | - | R\$ 150.929,52 |
| TOTAL | - | - | R\$ 12.577,46 | - | R\$ 150.929,52 |

b) Incentivo UTI Adulto

| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | META VALOR ANUAL |
|----------------------------------|---------|----------------|----------------------|---------|-----------------------|
| Incentivo Assistência UTI Adulto | - | - | R\$ 22.300,00 | - | R\$ 267.600,00 |
| TOTAL | - | - | R\$ 22.300,00 | - | R\$ 267.600,00 |

c) Pronto Atendimento Referenciado de Especialidades – Suporte UPA

| Retaguarda Médica | Valor Hora | Pontos | Valor mensal | VALOR ANUAL | |
|-------------------------------|------------|--------|--------------|-------------------|---------------------|
| Obstetrícia | 120,00 | 6 | 87.600,00 | 1.051.200,00 | |
| Anestesia | | 4 | 43.800,00 | 525.600,00 | |
| Cirurgia | | 2 | 29.200,00 | 350.400,00 | |
| Clínica Médica | | 2 | 29.200,00 | 350.400,00 | |
| Ortopedia | | 2 | 29.200,00 | 350.400,00 | |
| Cardiologia | | 2 | 29.200,00 | 350.400,00 | |
| Pediatria | | 2 | 29.200,00 | 350.400,00 | |
| Neurologia | | 2 | 29.200,00 | 350.400,00 | |
| Instrumentadores | | - | - | 5.000,00 | 60.000,00 |
| Especialidades | | - | - | 7.000,00 | 84.000,00 |
| Plantões Médicos UTI Adulto | | - | - | 75.022,54 | 900.270,48 |
| Plantões Médicos UTI Neonatal | | - | - | 65.300,00 | 783.600,00 |
| TOTAIS | | | | 458.922,54 | 5.507.070,48 |

d) atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Ambulatório Ortopedia

| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | META VALOR ANUAL |
|--------------------------|------------|----------------|----------------------|-------------|-----------------------|
| Atendimentos ortopédicos | 304 | R\$ 36,00 | R\$ 10.944,00 | 3.648 | R\$ 131.328,00 |
| TOTAL | 304 | | R\$ 10.944,00 | 3648 | R\$ 131.328,00 |

e) atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Ortopedia/Trauma Referenciado

| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | META VALOR ANUAL |
|---|------------|----------------|----------------------|-------------|-----------------------|
| Atendimento Ambulatorial e Procedimentos Especializados – Trauma/Ortopedia referenciado | 380 | R\$ 36,00 | R\$ 13.680,00 | 4.560 | R\$ 164.160,00 |
| TOTAL | 380 | | R\$ 13.680,00 | 4560 | R\$ 164.160,00 |

f) Pequenas Cirurgias Ambulatoriais

| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | META VALOR ANUAL |
|---|-----------|----------------|---------------------|------------|----------------------|
| Pequenas Cirurgias | 58 | R\$ 105,06 | R\$ 6.093,48 | 696 | R\$ 73.121,76 |
| Atendimento para triagem dos pacientes | 1 | R\$ 360,00 | R\$ 360,00 | 12 | R\$ 4.320,00 |
| Biópsia / Punção de Tumor Superficial da Pele | 5 | R\$ 42,02 | R\$ 210,12 | 60 | R\$ 2.521,44 |
| TOTAL | 64 | | R\$ 6.663,60 | 768 | R\$ 79.963,20 |

g) atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais em Gastroenterologia

| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | META VALOR ANUAL |
|----------------------------|-----------|----------------|----------------------|------------|-----------------------|
| Esofagogastroduodenoscopia | 30 | R\$ 294,00 | R\$ 8.820,00 | 360 | R\$ 105.840,00 |
| Colonoscopia | 9 | R\$ 456,00 | R\$ 4.104,00 | 108 | R\$ 49.248,00 |
| Anestesia Regional | 10 | R\$ 180,00 | R\$ 1.800,00 | 120 | R\$ 21.600,00 |
| Retossigmoidoscopia | 3 | R\$ 180,00 | R\$ 540,00 | 36 | R\$ 6.480,00 |
| TOTAL | 52 | | R\$ 15.264,00 | 624 | R\$ 183.168,00 |

h) atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais em Cardiologia



| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | META VALOR ANUAL |
|--|------------|----------------|----------------------|-------------|-----------------------|
| Atendimento Ambulatorial Atenção Especializada - Cardiologia | 200 | R\$ 36,00 | R\$ 7.200,00 | 2.400 | R\$ 86.400,00 |
| Eletrocardiograma | 240 | R\$ 12,00 | R\$ 2.880,00 | 2.880 | R\$ 34.560,00 |
| Teste Ergométrico | 1 | R\$ 96,00 | R\$ 96,00 | 12 | R\$ 1.152,00 |
| Ecocardiograma | 1 | R\$ 156,00 | R\$ 156,00 | 12 | R\$ 1.872,00 |
| Mapa | 1 | R\$ 70,80 | R\$ 70,80 | 12 | R\$ 849,60 |
| Holter | 1 | R\$ 70,80 | R\$ 70,80 | 12 | R\$ 849,60 |
| TOTAL | 444 | | R\$ 10.473,60 | 5328 | R\$ 125.683,20 |

i) atendimentos e procedimentos ambulatoriais de obstetria

| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | META VALOR ANUAL |
|---------------------------------------|------------|----------------|---------------------|-------------|----------------------|
| Atendimento ambulatorial de Obstetria | 110 | R\$ 36,00 | R\$ 3.960,00 | 1.320 | R\$ 47.520,00 |
| TOTAL | 110 | | R\$ 3.960,00 | 1320 | R\$ 47.520,00 |

j) atendimentos, procedimentos e exames ambulatoriais em otorrinolaringologia

| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | META VALOR ANUAL |
|---|-----------|----------------|---------------------|------------|----------------------|
| Atendimento Ambulatorial Especializada - Otorrino | 50 | R\$ 36,00 | R\$ 1.800,00 | 600 | R\$ 21.600,00 |
| Pequenas cirurgias - otorrino | 8 | R\$ 240,00 | R\$ 1.920,00 | 96 | R\$ 23.040,00 |
| Laringoscopia e Videoscopia Nasosinusal | 2 | R\$ 84,00 | R\$ 168,00 | 24 | R\$ 2.016,00 |
| Audiometria Tonal Limiar | 2 | R\$ 42,00 | R\$ 84,00 | 24 | R\$ 1.008,00 |
| Audiometria Vocal c/ pesquisa de Limiar de Inteligibilidade | 3 | R\$ 18,00 | R\$ 54,00 | 36 | R\$ 648,00 |
| Vectonistagmografia | 2 | R\$ 144,00 | R\$ 288,00 | 24 | R\$ 3.456,00 |
| Impedanciometria | 2 | R\$ 42,00 | R\$ 84,00 | 24 | R\$ 1.008,00 |
| TOTAL | 69 | | R\$ 4.398,00 | 828 | R\$ 52.776,00 |

k) atendimentos e procedimentos e exames ambulatoriais em urologia

| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | META VALOR ANUAL |
|---|-----------|----------------|---------------------|------------|----------------------|
| Atendimento Ambulatorial - Urologia | 60 | R\$ 36,00 | R\$ 2.160,00 | 720 | R\$ 25.920,00 |
| Procedimento Ambulatorial Invasivo - Urologia | 10 | R\$ 180,00 | R\$ 1.800,00 | 120 | R\$ 21.600,00 |
| Urotomografia | 5 | R\$ 420,00 | R\$ 2.100,00 | 60 | R\$ 25.200,00 |
| TOTAL | 75 | | R\$ 6.060,00 | 900 | R\$ 72.720,00 |

l) atendimentos e procedimentos ambulatoriais em anestesia

| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | META VALOR ANUAL |
|--|-----------|----------------|---------------------|------------|----------------------|
| Atendimento Ambulatorial Especializado - Anestesiata | 60 | R\$ 36,00 | R\$ 2.160,00 | 720 | R\$ 25.920,00 |
| TOTAL | 60 | | R\$ 2.160,00 | 720 | R\$ 25.920,00 |

m) atendimentos e procedimentos ambulatoriais em vascular

| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | META VALOR ANUAL |
|---|------------|----------------|---------------------|-------------|----------------------|
| Atendimento ambulatorial Especializado - Vascular | 150 | R\$ 36,00 | R\$ 5.400,00 | 1.800 | R\$ 64.800,00 |
| TOTAL | 150 | | R\$ 5.400,00 | 1800 | R\$ 64.800,00 |

n) atendimentos, procedimentos e exames ambulatoriais em neurologia

| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | META VALOR ANUAL |
|---|------------|----------------|----------------------|-------------|-----------------------|
| Atendimento Ambulatorial Especializado - Neurologia | 218 | R\$ 36,00 | R\$ 7.848,00 | 2.612 | R\$ 94.032,00 |
| Eletroencefalograma | 40 | R\$ 72,00 | R\$ 2.880,00 | 480 | R\$ 34.560,00 |
| Eletroneuromiografia - 1º membro | 20 | R\$ 276,00 | R\$ 5.520,00 | 240 | R\$ 66.240,00 |
| Eletroneuromiografia - 2º membro ou mais | 15 | R\$ 180,00 | R\$ 2.700,00 | 180 | R\$ 32.400,00 |
| TOTAL | 293 | | R\$ 18.948,00 | 3512 | R\$ 227.232,00 |

o) atendimentos e procedimentos ambulatoriais em pneumologia

| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | META VALOR ANUAL |
|--|-----------|----------------|---------------------|------------|----------------------|
| Atendimento Ambulatorial Especializado - Pneumologia | 50 | R\$ 36,00 | R\$ 1.800,00 | 600 | R\$ 21.600,00 |
| TOTAL | 50 | | R\$ 1.800,00 | 600 | R\$ 21.600,00 |



p) Cirurgias e Procedimentos Ambulatoriais em Oftalmologia

| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | META VALOR ANUAL |
|--------------------------|----------|----------------|-------------------|-----------|----------------------|
| Cirurgias Oftalmológicas | 1 | 769,67 | R\$ 769,67 | 12 | R\$ 9.236,04 |
| Procedimento Anestésico | 1 | 120,00 | R\$ 120,00 | 12 | R\$ 1.440,00 |
| TOTAL | 2 | | R\$ 889,67 | 24 | R\$ 10.676,04 |

q) atendimentos Ambulatoriais Pré e Pós Cirurgias

| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | META VALOR ANUAL |
|--|------------|----------------|---------------------|-------------|----------------------|
| Atendimento Ambulatorial – Pré e Pós-Cirúrgica | 116 | R\$ 36,00 | R\$ 4.176,00 | 1.392 | R\$ 50.112,00 |
| TOTAL | 116 | | R\$ 4.176,00 | 1392 | R\$ 50.112,00 |

r) Cirurgias Eletivas Gerais

| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | META VALOR ANUAL |
|---|-----------|----------------|-----------------------|------------|-------------------------|
| Cirurgias Eletivas – AIH 3,5 X Tabela SUS | | | | | |
| Profissional - | 37 | 3549,41 | R\$ 131.328,17 | 444 | R\$ 1.575.938,04 |
| Instrumentador – R\$ 36,00 por Cirurgia | | | | | |
| Órteses, Próteses e Materiais Especiais | | | | | |
| TOTAL | 37 | 3549,41 | R\$ 131.328,17 | 444 | R\$ 1.575.938,04 |

s) atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais em Reumatologia

| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | META VALOR ANUAL |
|---|-----------|----------------|---------------------|------------|----------------------|
| Atendimento Ambulatorial Especializado – Reumatologia | 50 | R\$ 36,00 | R\$ 1.800,00 | 600 | R\$ 21.600,00 |
| TOTAL | 50 | | R\$ 1.800,00 | 600 | R\$ 21.600,00 |

f) atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais em Nefrologia

| PROCEDIMENTOS | QTD/ MÊS | VALOR UNIT | VALOR MENSAL | QTD/ANO | VALOR ANUAL |
|---|------------|------------|---------------------|-------------|----------------------|
| Atendimento Ambulatorial Especializado – Nefrologia | 200 | R\$ 36,00 | R\$ 7.200,00 | 2.400 | R\$ 86.400,00 |
| TOTAL | 200 | | R\$ 7.200,00 | 2400 | R\$ 86.400,00 |

u) Exames radiográficos

| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | META VALOR ANUAL |
|--|---------|----------------|--------------|---------|------------------|
| Rx Abdomen Simples | 20 | R\$ 21,50 | R\$ 430,00 | 240 | R\$ 5.160,00 |
| Rx Antebraço Direito / Esquerdo (Cada) | 20 | R\$ 21,50 | R\$ 430,00 | 240 | R\$ 5.160,00 |
| Rx Arcos Costais Direito / Esquerdo (Cada) | 20 | R\$ 21,50 | R\$ 430,00 | 240 | R\$ 5.160,00 |
| Rx Bacia Frente | 20 | R\$ 21,50 | R\$ 430,00 | 240 | R\$ 5.160,00 |
| Rx Braço Direito / Esquerdo (Cada) | 20 | R\$ 21,50 | R\$ 430,00 | 240 | R\$ 5.160,00 |
| Rx Calcâneo Direito/Esquerdo (Cada) | 20 | R\$ 21,50 | R\$ 430,00 | 240 | R\$ 5.160,00 |
| Rx Cavum | 20 | R\$ 21,50 | R\$ 430,00 | 240 | R\$ 5.160,00 |
| Rx Clavicula Direita / Esquerda (Cada) | 20 | R\$ 21,50 | R\$ 430,00 | 240 | R\$ 5.160,00 |
| Rx Coluna Cervical | 20 | R\$ 21,50 | R\$ 430,00 | 240 | R\$ 5.160,00 |
| Rx Coluna Dorsal | 20 | R\$ 21,50 | R\$ 430,00 | 240 | R\$ 5.160,00 |
| Rx Coluna Dorso Lombar | 20 | R\$ 21,50 | R\$ 430,00 | 240 | R\$ 5.160,00 |
| Rx Coluna Lombar | 20 | R\$ 21,50 | R\$ 430,00 | 240 | R\$ 5.160,00 |
| Rx Coluna Lombo Sacra | 20 | R\$ 21,50 | R\$ 430,00 | 240 | R\$ 5.160,00 |
| Rx Coluna Toraco Lombar | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Coluna Toracica | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Coccix | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Costelas | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Esterno | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Cotovelo Direito / Esquerdo (Cada) | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Coxa Direita / Esquerda (Cada) | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Crânio | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Mao Direita / Esquerda (Cada) | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Ossos Da Face | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Femur Direito / Esquerdo (Cada) | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Joelho Direito / Esquerdo (Cada) | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Mao E Punho (Idade Ossea) | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Mastoide (Bilateral) | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Maxilar (Pa+Obliqua) | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Ombro Direito / Esquerdo (Cada) | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Orbita (Pa + Obliquas + Hirtz) | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Pe Direito / Esquerdo (Cada) | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |



| | | | | | |
|--------------------------------------|------------|------------|----------------------|--------------|-----------------------|
| Rx Perna Direita / Esquerda (Cada) | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Punho Direito / Esquerdo (Cada) | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Quadril Direito / Esquerdo (Cada) | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Seios Da Face | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Sela Turcica | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Torax Pa | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Torax Pa E Perfil | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Rx Tomozelo Direito E Esquerdo | 20 | R\$ 23,00 | R\$ 460,00 | 240 | R\$ 5.520,00 |
| Densitometria Ossea | 70 | R\$ 120,00 | R\$ 8.400,00 | 840 | R\$ 100.800,00 |
| Mamografia | 100 | R\$ 89,00 | R\$ 8.900,00 | 1.200 | R\$ 106.800,00 |
| Eed | 7 | R\$ 250,00 | R\$ 1.750,00 | 84 | R\$ 21.000,00 |
| Enema Opaco | 7 | R\$ 250,00 | R\$ 1.750,00 | 84 | R\$ 21.000,00 |
| Histerossalpingografia | 7 | R\$ 350,00 | R\$ 2.450,00 | 84 | R\$ 29.400,00 |
| Transito Intestinal | 7 | R\$ 250,00 | R\$ 1.750,00 | 84 | R\$ 21.000,00 |
| Uretrocistografia | 7 | R\$ 250,00 | R\$ 1.750,00 | 84 | R\$ 21.000,00 |
| Urografia Excretora | 7 | R\$ 250,00 | R\$ 1.750,00 | 84 | R\$ 21.000,00 |
| TOTAL | 992 | | R\$ 46.050,00 | 11904 | R\$ 552.600,00 |

v) Ultra-som

| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | META VALOR ANUAL |
|---|------------|----------------|----------------------|-------------|-----------------------|
| Us AbdomeM Bolsa Escrotal | 20 | R\$ 50,19 | R\$ 1.003,80 | 240 | R\$ 12.045,60 |
| Us Abdomen Inferior | 20 | R\$ 52,37 | R\$ 1.047,40 | 240 | R\$ 12.568,80 |
| Us Abdômen Superior | 20 | R\$ 52,37 | R\$ 1.047,40 | 240 | R\$ 12.568,80 |
| Us AbdomeM Total | 20 | R\$ 71,77 | R\$ 1.435,40 | 240 | R\$ 17.224,80 |
| Us Aparelho Urinario | 20 | R\$ 52,37 | R\$ 1.047,40 | 240 | R\$ 12.568,80 |
| Us Articulações (Cada) | 20 | R\$ 50,19 | R\$ 1.003,80 | 240 | R\$ 12.045,60 |
| Us Doppler Arterial De Membros Inferiores | 20 | R\$ 96,26 | R\$ 1.925,20 | 240 | R\$ 23.102,40 |
| Us Doppler Venoso De Membros Inferiores | 20 | R\$ 96,26 | R\$ 1.925,20 | 240 | R\$ 23.102,40 |
| Us Mamas | 20 | R\$ 50,19 | R\$ 1.003,80 | 240 | R\$ 12.045,60 |
| Us Morfológico Obstetrico | 20 | R\$ 196,38 | R\$ 3.927,60 | 240 | R\$ 47.131,20 |
| Us Obstétrico | 20 | R\$ 50,19 | R\$ 1.003,80 | 240 | R\$ 12.045,60 |
| Us Obstetrico Com Doppler | 20 | R\$ 196,38 | R\$ 3.927,60 | 240 | R\$ 47.131,20 |
| Us Ocular | 20 | R\$ 52,37 | R\$ 1.047,40 | 240 | R\$ 12.568,80 |
| Us Partes Moles | 20 | R\$ 50,19 | R\$ 1.003,80 | 240 | R\$ 12.045,60 |
| Us Pélvico | 20 | R\$ 53,46 | R\$ 1.069,20 | 240 | R\$ 12.830,40 |
| Us Prostata Via Abdominal | 20 | R\$ 52,37 | R\$ 1.047,40 | 240 | R\$ 12.568,80 |
| Us Transfontanelar | 20 | R\$ 50,19 | R\$ 1.003,80 | 240 | R\$ 12.045,60 |
| Us Tireóide | 20 | R\$ 50,19 | R\$ 1.003,80 | 240 | R\$ 12.045,60 |
| Us Prostata Via Transretal | 20 | R\$ 65,46 | R\$ 1.309,20 | 240 | R\$ 15.710,40 |
| Us Transvaginal | 20 | R\$ 50,19 | R\$ 1.003,80 | 240 | R\$ 12.045,60 |
| TOTAL | 400 | | R\$ 28.786,80 | 4800 | R\$ 345.441,60 |

x) Tomografia com contraste

| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | META VALOR ANUAL |
|---|------------|----------------|----------------------|-------------|-----------------------|
| Tomografia Abdomem Superior | 10 | R\$ 300,00 | R\$ 3.000,00 | 120 | R\$ 36.000,00 |
| Tomografia Abdomen Inferior / Pelve / Bacia | 10 | R\$ 300,00 | R\$ 3.000,00 | 120 | R\$ 36.000,00 |
| Tomografia Coluna Cervical | 10 | R\$ 200,00 | R\$ 2.000,00 | 120 | R\$ 24.000,00 |
| Tomografia Coluna Dorsal | 10 | R\$ 200,00 | R\$ 2.000,00 | 120 | R\$ 24.000,00 |
| Tomografia Coluna Lombar | 10 | R\$ 200,00 | R\$ 2.000,00 | 120 | R\$ 24.000,00 |
| Tomografia Coluna Toracica | 10 | R\$ 200,00 | R\$ 2.000,00 | 120 | R\$ 24.000,00 |
| Tomografia De Cranio | 10 | R\$ 262,90 | R\$ 2.629,00 | 120 | R\$ 31.548,00 |
| Tomografia Face / Seios Da Face / Articulação Temporo-Mandi | 10 | R\$ 200,00 | R\$ 2.000,00 | 120 | R\$ 24.000,00 |
| Tomografia De Pescoco | 10 | R\$ 262,90 | R\$ 2.629,00 | 120 | R\$ 31.548,00 |
| Tomografia Sela Turcica | 10 | R\$ 262,90 | R\$ 2.629,00 | 120 | R\$ 31.548,00 |
| Tomografia De Articulação De Membro Superior (Cada) | 10 | R\$ 300,00 | R\$ 3.000,00 | 120 | R\$ 36.000,00 |
| Tomografia De Articulação De Membro Inferior (Cada) | 10 | R\$ 300,00 | R\$ 3.000,00 | 120 | R\$ 36.000,00 |
| Tomografia Torax | 10 | R\$ 310,00 | R\$ 3.100,00 | 120 | R\$ 37.200,00 |
| Tomografia De Segmentos Apendiculares (Braço, Antebraço, M | 10 | R\$ 300,00 | R\$ 3.000,00 | 120 | R\$ 36.000,00 |
| TOTAL | 140 | | R\$ 35.987,00 | 1680 | R\$ 431.844,00 |

x) Tomografia com contraste - pacientes internados pelo SUS

| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | META VALOR ANUAL |
|---------------|---------|----------------|--------------|---------|------------------|
| Urotomografia | 10 | R\$ 650,00 | R\$ 6.500,00 | 120 | R\$ 78.000,00 |



| | | | | | |
|---------------------------------|------------|------------|----------------------|-------------|-----------------------|
| Tc Sela Tursica | 10 | R\$ 400,00 | R\$ 4.000,00 | 120 | R\$ 48.000,00 |
| Tc Pescoço | 10 | R\$ 450,00 | R\$ 4.500,00 | 120 | R\$ 54.000,00 |
| Tc Abdomen Total (Via Oral/E.V) | 10 | R\$ 650,00 | R\$ 6.500,00 | 120 | R\$ 78.000,00 |
| Angiotomografia De Torax | 10 | R\$ 700,00 | R\$ 7.000,00 | 120 | R\$ 84.000,00 |
| Angiotomografia De Abdomen | 10 | R\$ 700,00 | R\$ 7.000,00 | 120 | R\$ 84.000,00 |
| Angiotomografia De Cranio | 10 | R\$ 700,00 | R\$ 7.000,00 | 120 | R\$ 84.000,00 |
| Angiotomografia De Pescoço | 10 | R\$ 700,00 | R\$ 7.000,00 | 120 | R\$ 84.000,00 |
| Tc Abdomen Superior | 10 | R\$ 500,00 | R\$ 5.000,00 | 120 | R\$ 60.000,00 |
| Tc Cranio | 10 | R\$ 350,00 | R\$ 3.500,00 | 120 | R\$ 42.000,00 |
| TOTAL | 100 | | R\$ 58.000,00 | 1200 | R\$ 696.000,00 |

t) Biópsia - Punção (sem anatomopatológico)

| PROCEDIMENTOS | QTD/MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | QTD/ANO | META VALOR ANUAL |
|--|-----------|----------------|----------------------|------------|-----------------------|
| Core Biópsia De Mama (Cada Nódulo) | 5 | R\$ 550,00 | R\$ 2.750,00 | 60 | R\$ 33.000,00 |
| Biópsia De Prostata | 5 | R\$ 650,00 | R\$ 3.250,00 | 60 | R\$ 39.000,00 |
| Paaf Tireoide (Cada Nodulo) | 5 | R\$ 250,00 | R\$ 1.250,00 | 60 | R\$ 15.000,00 |
| Drenagem/Biópsia Guiada Por Tomografia | 5 | R\$ 2.500,00 | R\$ 12.500,00 | 60 | R\$ 150.000,00 |
| TOTAL | 20 | | R\$ 19.750,00 | 240 | R\$ 237.000,00 |

| | | | | | |
|--------------------|--------------|--|-----------------------|---------------|--------------------------|
| TOTAL GERAL | 4.108 | | R\$ 927.518,84 | 49.292 | R\$ 11.130.082,08 |
|--------------------|--------------|--|-----------------------|---------------|--------------------------|

| RESUMO | VALOR MENSAL | VALOR ANUAL |
|---|-------------------|----------------------|
| Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – Pró-Santa Casa Municipal | 12.577,46 | 150.929,52 |
| Unidade de Terapia Intensiva Adulto | 22.300,00 | 267.600,00 |
| Pronto Atendimento Referenciado de especialidades – Suporte a UPA | 458.922,54 | 5.507.070,48 |
| Atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Ambulatório Ortopedia | 10.944,00 | 131.328,00 |
| Atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Ortopedia/Trauma Referenciado | 13.680,00 | 164.160,00 |
| Pequenas Cirurgias Ambulatoriais | 6.663,60 | 79.963,20 |
| Atendimentos, Procedimentos e Exames Ambulatoriais Especialidade Gastroenterologia | 15.264,00 | 183.168,00 |
| Atendimentos, Procedimentos e Exames Ambulatoriais Especialidade Cardiologia | 10.473,60 | 125.683,20 |
| Atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Obstetricia | 3.960,00 | 47.520,00 |
| Atendimentos, Procedimentos e Exames Ambulatoriais Especialidade Otorrinolaringologia | 4.398,00 | 52.776,00 |
| Atendimentos, Procedimentos e Exames Ambulatoriais Especialidade Urologia | 6.060,00 | 72.720,00 |
| Atendimento e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Anestesia | 2.160,00 | 25.920,00 |
| Atendimento e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Vascular | 5.400,00 | 64.800,00 |
| Atendimentos, Procedimentos e Exames Ambulatoriais Especialidade Neurologia | 18.948,00 | 227.376,00 |
| Atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Pneumologia | 1.800,00 | 21.600,00 |
| Cirurgias e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Oftalmologia | 889,67 | 10.676,04 |
| Atendimentos Ambulatoriais Pré e Pós Cirurgias | 4.176,00 | 50.112,00 |
| Atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Reumatologia | 1.800,00 | 21.600,00 |
| Atendimento e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Nefrologia | 7.200,00 | 86.400,00 |
| Cirurgias Eletivas Gerais | 131.328,17 | 1.575.938,04 |
| Exames Radiológicos | 46.050,00 | 552.600,00 |
| Ultra-som | 28.786,80 | 345.441,60 |
| Tomografia | 35.987,00 | 431.844,00 |
| Exames de Tomografia Computadorizada com Contraste - Pacientes Internados pelo SUS | 58.000,00 | 696.000,00 |
| Biópsia - Punção (sem anatomopatológico) | 19.750,00 | 237.000,00 |
| TOTAL GERAL | 927.518,84 | 11.130.226,08 |

Santa Cruz do Rio Pardo, de de

DIEGO HENRIQUE SINGOLANI COSTA
Prefeito de Santa Cruz do Rio Pardo

FERNANDO AZEVEDO RAMPAZO
Interventor
Santa Casa de Misericórdia de Santa Cruz do Rio Pardo