



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**

**PROJETO DE LEI Nº / 2015.**

**Prorroga o prazo do convênio celebrado com a Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba, visando à prestação de serviços hospitalares ambulatoriais e de internação.**

**PROJETO DE LEI ORDINÁRIA Nº 142/2015**

**Autor:** PREFEITO MUNICIPAL

**Ementa:** PRORROGA O PRAZO DO CONVÊNIO CELEBRADO COM A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PINDAMONHANGABA, VISANDO À PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES AMBULATORIAIS E DE INTERNAÇÃO.

**PROTOCOLO GERAL Nº 2145/2015**

Data: 23/10/2015 - Horário: 15:18



**Dr. Vito Ardito Lerário**, Prefeito Municipal de Pindamonhangaba, faz saber que a Câmara de Vereadores de Pindamonhangaba aprova e ele promulga a seguinte Lei:

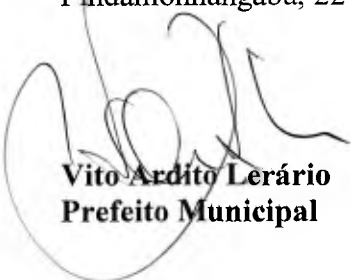
**Art.1º.** Fica o Executivo Municipal autorizado a prorrogar o prazo do convênio celebrado com a Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba, visando à prestação de serviços hospitalares ambulatoriais e de internação -Convênio nº 89/2014, por doze meses.

**Parágrafo único.** O prazo previsto no *caput* destina-se a prorrogação do convênio, com a alteração do plano operativo.

**Art.2º.** As despesas decorrentes desta Lei correrão por dotações próprias do orçamento vigente, suplementadas se necessário.

**Art.3º** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, produzindo seus efeitos a partir de 05 de novembro de 2015.

Pindamonhangaba, 22 de outubro de 2015.

  
**Vito Ardito Lerário**  
**Prefeito Municipal**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**

**MENSAGEM Nº 72/ 2015**

**Prorroga o prazo do convênio celebrado com a Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba, visando à prestação de serviços hospitalares ambulatoriais e de internação.**

Exmo. Sr.  
Felipe Francisco César Costa  
DD. Presidente da Câmara de Vereadores de  
Pindamonhangaba/SP.

Senhor Presidente,

Encaminhamos pelo presente Mensagem a essa Casa Legislativa o Projeto de Lei em apartado que *prorroga o prazo do convênio celebrado com a Santa Casa visando à prestação de serviços hospitalares ambulatoriais e de internação - Convênio nº 89/2014, em doze meses.*

O convênio celebrado entre o Município e a Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba – Convênio nº 89/2014, terá vigência até 05 de novembro de 2015, cópia anexa.

Assim, é proposta a prorrogação por doze meses, para a renovação do plano operativo do convênio nº 089/2014, serviços hospitalares ambulatoriais e de internação, com alteração para supressão de valores no tocante aos exames de diagnóstico (SADT) externo e exames pré-cirúrgicos, cujo plano operativo segue anexo.

Conforme já encaminhado à Câmara de Vereadores anteriormente para ciência das alterações do contrato de convênio nº 089/2014.

Os planos operativos foram aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde (COMUS) em reunião extraordinária ocorrida em 14 de outubro de 2015, e a Secretaria de Saúde está aguardando a ata da reunião, sendo até a presente data não houve envio pelo referido Conselho.

Este Executivo encaminha o projeto de lei para autorizar a prorrogação do prazo do convênio com a Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba.

Portanto, Senhor Presidente, por se tratar de matéria de extrema importância, é fundamental a aprovação do presente projeto, e para isso invocamos o Art. 44 da Lei Orgânica Municipal, para que se vote em caráter de urgência, no menor tempo possível, já que o prazo do convênio se expirará em 05 de novembro de 2015.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**

No ensejo, reiteramos a V. Exa. os protestos de elevada estima e consideração, homenagem que peço seja extensiva a todos os Nobres Vereadores, que integram essa Casa de Leis.

Pindamonhangaba, 22 de outubro de 2015.

  
**Vito Ardito Lerário**  
**Prefeito Municipal**

## PLANO OPERATIVO DO CONVÊNIO N.º 089/2014

Período de Vigência: 12 meses

Convênio n.º. 089/2014

Processo n.º. 24655/2014

### I – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Razão Social da Instituição: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PINDAMONHANGABA

CNES: 2755092

CNPJ: 54.122.213/0001-15

Licença de Funcionamento – Prazo de validade: Protocolo 421198.2015-90-02/06/2015

Endereço: Rua Major José dos Santos Moreira, 466 – Centro.

CEP: 12410-050 Município: Pindamonhangaba

Provedor: Dr. José Alberto Monteclaro César

Diretor Clínico: Dr. Marcelo Magalhães Bastos Moutinho

Diretor Técnico: Dr. José Luiz Castro de Mello César

Enfermeira Responsável: Fernanda Maciel Marques

Unidade Vinculada: sim ( ) não ( x )

É unidade mantida por outra instituição: sim ( ) não ( x )

### II – CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE

Missão da Instituição: Sociedade civil, sem fins lucrativos, de finalidade filantrópica.

Conveniada com o SUS para assistência ambulatorial e hospitalar, de média e alta complexidade, ofertando, consultas, Diagnose, hemodiálise, cirurgias, leitos clínicos, obstétricos, cirúrgicos, pediátricos, UTI (unidade de Terapia Intensiva) adulto e neonatal, UCI (Unidade de Cuidados Intermediários) neonatal e Hospital dia. Estabelece como missão prestar assistência à saúde da comunidade de forma igualitária, com excelência técnica, humana e espírito inovador, incorporando ações sociais e educativas, garantindo a satisfação dos clientes e colaboradores, com princípios éticos e a qualidade de vida.

Natureza Jurídica: Entidade Beneficente Sem Fins Lucrativos

CEBAS: 235941-2014-0/19/12/2014

Presta atendimento Ambulatorial: Sim ( x ) não ( )

Presta atendimento Hospitalar: Sim ( x ) não ( )

### III – CARACTERIZAÇÃO DA INFRAESTRUTURA HOSPITALAR

Salas	Nº	Leitos
Sala de Cirurgia	8	0
Sala de Recuperação Pós anestésica	1	6
Sala de Parto Normal	1	1
Sala de Pré-Parto	1	3
Sala RN Normal	1	24
Sala RN patológicos	1	2

#### SERVIÇOS DE APOIO

Tipo de Serviço	Procedência
Ambulância	Pertencente à Frota Municipal
Central de Esterilização de Materiais	Próprio
Farmácia	Próprio
Lactário	Próprio
Lavanderia	Próprio
Necrotério	Próprio
Nutrição e Dietética (S.N. D)	Próprio
Serviço de Sangue e Hemoderivados	Terceirizado
Serviço de Limpeza Hospitalar	Próprio
S.A.M.E ou S.P.P. (Serviço de Prontoário de Paciente)	Próprio
Serviço de Manutenção e Engenharia Clínica	Próprio e terceirizado
Serviço Social	Próprio

#### SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Tipo de Serviço	Procedência
Eletroencefalografia	Terceirizado
Fibrobroncoscopia	Próprio (Retaguarda)
Radiologia (RX)	Próprio
Serviço de Endoscopia	Próprio e Terceirizado
Serviço de Fisioterapia	Próprio
Serviço de Laboratório de Análise Cito patológica	Terceirizado
Serviço de Laboratório de Análise Clínica	Terceirizado
Serviço em Nefrologia e Hemodiálise	Terceirizado
Serviços de Imagens (Ultrassonografia, Ultrassonografia obstétrica, Ultrassonografia com Doppler, Tomografia,	Terceirizado



**INTERNAÇÃO**

Número de leitos distribuídos por especialidades, disponibilizados ao SUS:

<b>Tipos de leito por Especialidades</b>	<b>Nº. de leitos existentes</b>	<b>Nº. de leitos SUS contratualizados</b>
Clínica Cirúrgica	46	30
Clínica Médica	66	45
Obstetrícia Cirúrgica	22	18
Obstetrícia Clínica	22	18
Pediatria Cirúrgica	10	8
Pediatria Clínica	10	8
UCI neonatal	10	7
UTI Adulto Tipo II	10	7*
UTI Neonatal Tipo II	10	7*
Hospital DIA	11	7
<b>TOTAL</b>	<b>217</b>	<b>155</b>

**UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA HABILITADA:**

<b>Especialidades</b>	<b>Nº. Total de leitos conforme CNES</b>	<b>Leitos disponíveis ao SUS</b>	<b>Leitos de convênios e particulares</b>
Adulto tipo II	10	7	3
Neonatal tipo II	10	7	3

**UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS (NEONATAL) – habilitados**

<b>Nº. de leitos Existentes</b>	<b>Nº. de leitos SUS</b>
10 leitos	7

#### IV – HABILITAÇÕES NAS AREAS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Especialidade/Área	Portaria MS/nº.	Data Habilitação
Terapia Renal Substitutiva	Portaria SAS 120	01/2008
UTI Adulto Tipo II	Portaria GM 793	04/2006
UTI Neonatal Tipo II	Portaria GM 547	04/2005
UCI Neonatal	Portaria 1593	08/2013

#### V – REDES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – REFERÊNCIAS:

Especialidades	Procedimentos pactuados por grupo	Municípios Referenciados
<b>Hemodiálise</b>	0305 - Tratamento em Nefrologia 0418 - Cirurgia em nefrologia 0702 - Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico.	<b>Pindamonhangaba Campos do Jordão, Roseira, Santo Antonio do Pinhal, São Bento do Sapucai,</b>
<b>Oftalmologia</b>	0405 Cirurgia do aparelho da visão	<b>Pindamonhangaba</b>
<b>SADT</b>	0204 Mamografia Bilateral	<b>Pindamonhangaba</b>
<b>Outros Serviços Ambulatoriais</b>	*0211060020 - Biomicroscopia de Fundo de Olho *0211070149 - Emissões Otoacústicas Evocadas para Triagem Auditiva Teste do Coraçãozinho	<b>Pindamonhangaba</b>

\* Procedimento preconizado no Projeto Cegonha

#### VI – METAS FÍSICAS

##### ATENDIMENTOS CONTRATADOS PELO SUS

##### a) ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

A assistência ambulatorial eletiva se desenvolverá na Santa Casa a partir do agendamento de natureza eletiva que deverá ser realizado através do sistema informatizado da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** onde, obrigatoriamente deverá contar a identificação do atendimento **SUS**, através do **SISTEMA OFICIAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL DO SUS** a ser definido pela Contratante.

A definição dos pacientes a serem agendados para esta assistência é de responsabilidade exclusiva da Contratante, sendo de responsabilidade da Contratada a disponibilização dos recursos materiais e humanos, bem como a definição dos dias, locais e horários em que os pacientes serão atendidos.

Os pacientes que devam ter continuidade de tratamento em serviços básicos de saúde deverão ser contra-referenciados para a **REDE SUS** por meio das instâncias reguladoras competentes.

**a.1) Atendimento ambulatorial em nefrologia – atendimentos com finalidade terapêutica - FAEC SIA - NEFROLOGIA:**

Neste subitem encontram-se os tratamentos a serem realizados, financiados por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC).

Os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade, de natureza eletiva serão realizados pela Santa Casa após a autorização da correspondente APAC.

Somente serão autorizadas APAC's eletivas para usuários em atendimento ambulatorial na SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PINDAMONHANGABA, o que se comprovará pelo indicativo, no laudo médico para emissão de APAC, do código de transação da consulta eletiva na qual ocorreu a indicação do procedimento de alta complexidade.

Os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade em nefrologia, de natureza emergencial, serão realizados pela SANTA CASA aos pacientes em atendimento em Unidade de Urgência e Emergência, PRONTO SOCORRO MUNICIPAL.

Após a realização desses procedimentos emergenciais necessários, a Santa Casa deverá encaminhar à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, para autorização:

- Os Laudos Médicos para emissão de **APAC**;
- Os correspondentes Laudos ou Relatórios dos procedimentos realizados.

Nas tabelas abaixo temos a quantidade de atendimentos a serem realizados mensalmente, de acordo com a série histórica de março a agosto de 2015:

Tratamento	Média mensal	Valor médio da sessão	Valor médio mensal APAC repassado
0305 Pacientes em tratamento de Nefrologia	150	R\$ 179,11	** R\$ 350.188,21
0418 Cirurgia em Nefrologia	7	R\$ 648,50	R\$ 4.539,50

\* Valor retirado da tabela abaixo / repasse FAEC conforme produção

\*\* Valor mensal de apacs de sessões de hemodiálise / cirurgia em nefrologia e dpa/dpac



Município: Pindamonhangaba			
Período: Março/2015 a agosto 2015- APAC			
Procedimento	MÉDIA DE PROCEDIMENTO O MÊS	VALOR MÉDIO MÊS	VALOR MÉDIO PROCEDIMENTO
0305010107 hemodiálise (máximo 3 sessões por semana)	1814	R\$ 324.911,28	R\$ 179,11
0305010166 manutenção e acompanhamento domiciliar de paciente submetido a dpa /dpac	6	R\$ 1.253,21	R\$ 358,06
<b>TOTAL</b> 0305 Tratamento em Nefrologia	1820	R\$ 326.164,49	R\$ 537,17

#### Procedimento Laboratorial \*

Código Procedimento	Procedimentos SADT (Grupo)	Meta Mensal
0202	Diagnóstico em laboratório clínico	R\$ 9.075,70

\*Procedimento MAC

#### a.2) Atendimento ambulatorial em cirurgia – atendimentos com finalidade terapêutica – FAEC - CIRURGIAS ELETIVAS - COMPONENTE I:

Os procedimentos cirúrgicos ambulatoriais de natureza eletiva serão realizados pela Santa Casa após a regulação dos pacientes e respectivas autorizações pelo gesto municipal.

Nas tabelas abaixo temos a quantidade de cirurgias eletivas ambulatoriais a serem realizadas mensalmente pelo contratado de acordo com a tabela SUS:

Tratamento	Quantidade e pactuada	Municípios referenciados	Valor SUS	Valor Total
0405 Cirurgia do aparelho da visão	40	Pindamonhangaba	R\$ 643,00	R\$ 25.720,00

#### a.3) Atendimento ambulatorial-exames com finalidade diagnóstica

##### Mamografia de rastreamento-FAEC SIA

Neste subitem encontram-se os exames com finalidade diagnóstica financiada por meio do fundo de ações estratégicas e Compensações (FAEC).

Nas tabelas abaixo temos a quantidade de exames a serem disponibilizados ao gestor de acordo com a tabela SUS conforme série histórica de março a agosto de 2015:

Código Procedimento	Procedimentos SADT (Grupo)	Meta Mensal	Valor Unitário SUS	Valor Total Preço SUS
0204030188	Mamografia Bilateral	300	R\$ 45,00	R\$ 13.500,00
Total		300		R\$ 13.500,00*

\* conforme produção

#### a.4) Atendimento ambulatorial - Mamografia –MAC

Neste subitem encontram-se os exames com finalidade diagnóstica financiada por meio do teto financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC).

Nas tabelas abaixo temos a quantidade de exames a serem disponibilizados ao gestor de acordo com a tabela SUS conforme série histórica de março a agosto de 2015:

Código Procedimento	Procedimentos SADT (Grupo)	Meta Mensal	Valor Unitário SUS	Valor Total Preço SUS
0204030188	Mamografia Bilateral	200	R\$ 45,00	R\$ 9.000,00
Total		200		R\$ 9.000,00

#### a.5) Consultas cirúrgicas

As consultas ambulatoriais de média complexidade com finalidade pré e pós cirúrgica, incluindo avaliações anestésicas e avaliações cardiológicas que serão realizadas na Santa Casa através do Ambulatório Cirúrgico e terão o quantitativo de 500 (quinhentas) consultas mês, tendo como referência a Tabela SUS.

QUANTIDADE CONSULTAS	VALOR CONSULTA
500	R\$ 10,00
TOTAL	R\$ 5.000,00

#### a.6) a.5) Exames Diagnósticos e Procedimentos Pré Cirurgicos

A realização de exames e procedimentos gerados no Ambulatório de Cirurgias Eletivas devem seguir programação conforme tabela abaixo:

Natureza	Referência/Regulação/Execução
Ultrassonografia simples	Secretária de Saúde e Assistência Social
Ultrassonografia doppler	Secretária de Saúde e Assistência Social
Tomografia com ou sem contraste	Secretária de Saúde e Assistência Social
Ressonância Magnética	Secretária de Saúde e Assistência Social
Eletroneuromiografia	Secretária de Saúde e Assistência Social
Eletroencefalograma	Secretária de Saúde e Assistência Social

Colonoscopia	Secretária de Saúde e Assistência Social
Eletrocardiograma	Santa Casa de Misericórdia
Exames de Radiologia Simples (RX)	Santa Casa de Misericórdia
Avaliações de curativos pós cirúrgicos	Santa Casa de Misericórdia
Retirada de pontos pós cirúrgicos	Santa Casa de Misericórdia

**b) ATENDIMENTO HOSPITALAR:**

**METAS FÍSICAS DE ATENDIMENTOS CONTRATADOS PELO SUS – HOSPITALAR**

Abaixo segue a tabela com os quantitativos físico e financeiro de atendimentos hospitalares (AIH's) a serem realizados por meio deste instrumento (financiados por MAC):

ESPECIALIDADES		AIH /Mês	SAÍDAS	VALOR MÉDIO POR AIH	% CIRURGIAS ELETIVAS	VALOR TOTAL POR ESPECIALIDADE
Hospitalar Enfermaria	Clínica Cirúrgica	128 Eletivas 82 Urgência	90%	R\$ 996,54	60% eletivas e 40% urgência	R\$ 209.273,40
	Obstetrícia	271	90%	R\$ 527,15	----	R\$ 142.856,63
	Clínica médica	225	90%	R\$ 897,60	----	R\$ 201.960,47
	Pediatria	62	90%	R\$ 1.315,97	----	R\$ 81.590,31
	<b>Total</b>	<b>768</b>				<b>R\$ 635.680,80</b>

Neste total, incluem-se as UTI's, as quais devem realizar um quantitativo de produção, conforme tabela abaixo:

Tipo	Leitos	Diárias UTI Mensal
Adulto	7	189
Neonatal	7	189

Os **procedimentos cirúrgicos eletivos** de média complexidade deverão obedecer a seguinte programação:

PROCEDIMENTOS PRIORITÁRIOS	QUANTIDADE MÊS
Geral	35
Vascular	20



Otorrino	10
Ortopédica	20
Pediátrica	10
Ginecológica	15
Urológica	15
Oftalmológica	03
<b>TOTAL</b>	<b>128</b>

## **CARACTERÍSTICAS E FLUXOS PARA OS ATENDIMENTOS HOSPITALARES CONTRATADOS PELO SUS:**

### **1) PROCEDIMENTOS HOSPITALARES ELETIVOS:**

Os atendimentos hospitalares de média complexidade, de natureza eletiva, serão disponibilizados aos usuários do **SUS** que tiverem essa necessidade identificada nos serviços ambulatoriais da rede municipal de saúde, que irá dispor de Sistema de Regulação para acompanhamento e controle dos procedimentos a serem realizados pela Santa Casa.

A identificação da origem da indicação da internação eletiva deverá ser efetivada por ocasião da emissão do **Laudo Médico** para emissão de **AIH**. Todos os **Laudos Médicos** para emissão de **AIH** deverão ser emitidos através do formulário da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** onde, obrigatoriamente deverá contar a identificação do atendimento **SUS** onde foi gerada a indicação da internação.

As internações eletivas somente deverão ser efetivadas pela Santa Casa após prévia autorização da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, no qual a Santa Casa responsabiliza-se em enviar as **AIHs** à Secretaria dentro do prazo estabelecido no Manual do Sistema de Informações Hospitalares do **SUS** (**SIH/SUS**).

O quantitativo de cirurgias eletivas mensais a serem realizadas está na tabela acima (página 11) e corresponde a 60% do total das **AIH's** cirúrgicas, ou seja, **128 cirurgias/mês**. Estas cirurgias devem ser oferecidas nas diversas especialidades cirúrgicas necessárias, objeto de pactuação específica entre o prestador e o gestor de acordo com a necessidade detectada nos serviços ambulatoriais **SUS** do município.

### **2) PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:**

As internações de natureza emergencial deverão ter como origem de demanda exclusivamente a Unidade de Urgência e Emergência **SUS** do município, ou seja, **PRONTO**

**SOCORRO MUNICIPAL**, onde deve ser preenchido o laudo médico para internação (Laudo de AIH), conforme orientação recebida pelo setor de Regulação desta Secretaria.

Todos os Laudos Médicos para emissão de **AIH** de urgência deverão ser apresentados à **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, por intermédio do sistema utilizado, no **prazo máximo de até 02 (dois) dias úteis após o internamento, em duas vias.**

No momento o sistema adotado para solicitação da **AIH** é o **SISREG** – Sistema Nacional de Regulação do Ministério da Saúde (sistema on-line, criado para gerenciamento de todo Complexo Regulatório), visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

### **3) ATENDIMENTO INTEGRAL HOSPITALAR:**

A Santa Casa responsabilizar-se-á pela realização do atendimento integral do paciente internado, conforme sua capacidade instalada e complexidade de atendimento habilitada e se necessário buscará referências na rede **SUS** intermunicipal / Estadual, para assegurar ao paciente toda assistência necessária, bem como todos os medicamentos e exames e condutas prescritos pelos assistentes dos pacientes internados, ou seja, atuará de modo a lhes garantir um atendimento integral e conclusivo.

Este atendimento integral poderá acontecer no próprio hospital quando sua complexidade o permitir, e também em outros serviços **SUS** quando por ele forem referenciados.

O contratado assegurará a disponibilização dos profissionais de saúde quando necessários para acompanhamento dos pacientes internados que necessitem de locomoção municipal e/ou intermunicipal para transferência, realização de exames, avaliações médicas, etc.

### **VII – METAS QUALITATIVAS - INDICADORES**

a) Apresentar e encaminhar ao Gestor Local os seguintes documentos **MENSAIS**:

#### **1. Comissão de Revisão de óbito**

- Ata do período ou Relatório da Comissão de Revisão de óbitos conforme o preconizado pela Resolução CREMESP N.º 114/2005;

#### **2. Comissão de CCIH (Controle de Infecção Hospitalar)**

- Ata do período ou Relatório da CCIH contendo a devida análise dos indicadores específicos e ocorrências do período, assim como, as medidas adotadas frente o observado, conforme o preconizado pela Portaria 2.616/98;



### **3. Comissão de Revisão de Prontuário**

- Ata do período ou Relatório da Revisão de Prontuário contendo itens relacionados às atribuições desta Comissão conforme o preconizado pela Resolução CFM N.º 1.638/2002;

### **4. Comissão de Ética Médica**

- Ata do período ou Relatório de Ética Médica das ações efetivadas conforme o preconizado pela Resolução CFM N.º 1.657/2002 e N.º 1.812//2007;

### **5. Taxa de ocupação das clínicas contratualizadas;**

- Relatório do total de pacientes-dia e total de leitos-dia

### **6. Tempo médio de permanência das clínicas contratualizadas;**

- Relatório do total de pacientes-dia e total de pacientes com saída

### **7. Partograma**

- Relatório do número de partos normais e cesarianos com a devida realização do partograma

### **8. Participação dos Programas especiais do SUS**

- Relatório detalhado de cumprimento e resultados referentes aos Programas SUS (Rede Cegonha, Pró- Santa Casa, Santa Casa Sustentável e outro que no momento da avaliação, estiver realizado a adesão).

### **9. Sistema de Avaliação de Satisfação do Usuário SUS**

- Apresentação dos resultados da pesquisa de satisfação aplicada

### **10. Taxa de infecção hospitalar**

- Relatório/indicador do Serviço de Controle de Infecção hospitalar

### **11. Taxa de mortalidade institucional**

- Relatório do Número de óbitos ocorridos em pacientes após 24 horas de internação

### **12. Incidência de Queda de paciente**

- Relatório do Número de pacientes-dia e número de quedas

### **13. Taxa de suspensão de Cirurgias eletivas**

- Relatório do Número de cirurgias suspensas com seus respectivos motivos de suspensão

## **b) Participar nas Políticas prioritárias do SUS**

### **• Humaniza SUS**

❖ Implantar sistema de avaliação de satisfação do usuário internado e ambulatorial conforme preconizado no Programa Nacional de Humanização e Consensuado pelo Gestor Municipal.

✓ **Indicador:** relatório com o resultado da pesquisa

### **• Atenção à saúde materno-infantil**

- Desenvolver políticas de incentivo ao aleitamento materno.

- Efetuar avaliação de anóxia neonatal (apgar).
- Efetuar controle da taxa de parto cirúrgico.
- Constituir comissão para avaliação de Mortalidade Materna e Neonatal.
- ✓ **Indicadores:**
  - Apresentar relatório com número de partos e parturientes orientadas.
  - Apresentar prontuários com fichas de registro de apgar.
  - Apresentar relatório com número total de partos, partos normais e partos cirúrgicos, no mesmo período.
  - Apresentar relatório com razão de mortalidade materna e taxa de mortalidade neonatal
- **HIV/DST/AIDS**
  - Realizar teste rápido para HIV em 100% das parturientes;
  - Realizar exames de VDRL e TPHA confirmatório na hora do parto em 100% das parturientes;;
  - Disponibilizar administração do AZT xarope, na maternidade, para os RN filhos de mães soropositivas para HIV, diagnosticadas no pré-natal ou na hora do parto, garantindo-se que a primeira dose seja administrada, ainda na sala de parto.
  - ✓ **Indicadores:**
    - Apresentar relatório com número total de partos e número de testes realizados e percentual de testes positivos
    - Realizar notificação compulsória de sífilis congênita, de gestantes HIV+ e de crianças expostas.
    - Apresentar registro específico em prontuário

**c) Cadastro Nacional de Estabelecimento de saúde**

Manter os dados do CNES atualizados, em especial dos serviços, equipamentos e recursos humanos. A entidade se compromete a encaminhar **mensalmente** ao Gestor local o relatório do período com relato resumido das alterações, inclusões e exclusões ocorridas no período.

✓ **Indicador:** Relatório do CNES

**d) Altas Hospitalares (AIHs de saída)-SIHD**

Apresentar, no mínimo 90% das altas hospitalares, no faturamento hospitalar ao SUS na própria competência, ou seja, no início do mês subsequente.

✓ **Indicador:** Relatório do SIHD

**e) APAC-Autorização de Procedimento de alta complexidade-SIA**

Apresentar, no mínimo, 90% das APAC, dos tratamentos ocorridos no mês juntamente com o faturamento do SIA da competência do ato.

✓ **Indicador:** Relatório do SIA

**VIII – GESTÃO HOSPITALAR**

Apresentar os aspectos centrais da gestão e dos mecanismos de gerenciamento e acompanhamento das metas físicas e de qualidade acordadas entre instituição e gestor e que deverá conter:

Equipe de monitoramento e acompanhamento do Convênio/Plano Operativo, cuja indicação será formalizada por meio de ofício.

Encaminhar todas as informações ou relatórios solicitados e pactuados neste plano operativo, nos prazos fixados. Deverá ainda participar das reuniões de avaliação na SES.

Apresentação anual das licenças /alvarás da Vigilância / Sanitária ou o protocolo de renovação.

Elaboração de planejamento hospitalar em conjunto com a equipe multiprofissional visando às metas setoriais específicas para cada área de atuação. Promovendo ou permitindo a participação de técnicos ou dirigentes em cursos de capacitações, treinamentos que possam contribuir com a melhoria do funcionamento da instituição. Apresentar relatório trimestral com o nome, curso e data que seus funcionários ou prepostos participaram.

Elaboração do Plano Diretor de desenvolvimento da gestão, assegurando a participação dos funcionários.

Aplicação de ferramentas gerenciais que induzam a horizontalização da gestão, a qualificação gerencial e ao enfrentamento das questões corporativas, incluindo rotinas técnicas e operacionais, sistema de avaliação de custos, sistema de informação e avaliação de satisfação do usuário.

Gestão administrativa – financeira que agregue transparência ao processo gerencial da instituição, inclusive com a abertura de planilhas financeiras e de custos para acompanhamento das partes, garantindo equilíbrio econômico do convênio/contrato firmado e regularidade de pagamento integral e a termo da contraprestação.

Ações que garantam, ao longo do ano, continuidade da oferta de serviços de atenção à saúde, independente do desenvolvimento das atividades de ensino.

Garantia da aplicação integral na Unidade hospitalar dos recursos financeiros de custeio e de investimento provenientes do SUS.

## **XI - ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO**

A avaliação de desempenho da Instituição será realizada **QUADRIMESTRALMENTE**, conforme cronograma anexo, ocasião em que será verificado o cumprimento das metas físicas e qualitativas, bem como a inserção da Unidade no sistema de Regulação e de controle. O não cumprimento de metas deverá ser informado ao serviço contratado juntamente com as medidas propostas de correção e suspensão de recursos financeiros próprios do Contratante e dos incentivos provenientes do tesouro Federal e Estadual.

Período de competência	Mês de Avaliação
Novembro, Dezembro, janeiro e Fevereiro.	Março
Março, Abril, Maio e Junho.	Julho
Julho, Agosto, Setembro e Outubro.	Novembro

Os critérios e a respectiva pontuação para esta avaliação encontram-se no anexo deste plano operativo e serão utilizadas como base para os repasses financeiros do período subsequente ao da avaliação.

Na tabela abaixo se encontram as faixas de pontuação e o percentual referente ao valor da parcela variável do recurso financeiro deste plano operativo a ser percebida conforme pontuação atingida nas avaliações.

Faixas de pontuação	Percentual do valor variável
2826 a 3500	100%
2376 a 2825	85%
1251 a 2375	75%
Menos que 1.250	50%

## XII REPASSES FINANCEIROS

Neste plano operativo versamos os valores mensais desta contratualização, conforme rubrica de financiamento:

Valores repassados por meio do FAEC e, portanto, baseados na produção:

FAEC	Valor
Mamografia	R\$ 13.500,00
Componente I	R\$ 25.720,00
Nefrologia *	R\$ 350.188,21
<b>Total * conforme produção</b>	<b>R\$ 389.408,21</b>

Valores repassados por meio do teto MAC fixo.

Média e Alta Complexidade	Valor
Ambulatorial	R\$ 23.075,70
Hospitalar	R\$ 635.681,19
Rede Cegonha	R\$ 124.015,32
<b>Total</b>	<b>R\$ 782.772,21</b>

<b>Recurso</b>	<b>Valor</b>
MAC	R\$ 782.772,21
FAEC *	R\$ 389.408,21
IGH**	R\$ 342.572,50
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1.514.752,92</b>

\*Conforme produção

\*\* Valor ainda não disponibilizado pelo Ministério da Saúde - processo em análise desde dezembro/2014

**Recurso variável proveniente do Tesouro Municipal:**

<b>Contrapartida</b>	<b>Valor</b>
Contrapartida Municipal ao Programa Rede Cegonha	R\$ 57.213,75
Contrapartida Municipal ao Pró Santa Casa	R\$ 52.500,00
Contrapartida da Contratualização Municipal	R\$ 58.120,48
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 167.834,23</b>

Os Valores de contrapartida Municipal acima discriminados são destinados para o equilíbrio financeiro da Instituição e estão condicionados ao cumprimento dos indicadores qualitativos determinados no ANEXO a este Plano Operativo. E ainda, deverá a Santa Casa apresentar os Planos de Trabalho que discriminem como os recursos serão utilizados, assim como as comprovações de utilização desses para a devida prestação de contas.

**Incentivos estaduais valores mensais:**

<b>Programa Pró Santa Casa II</b>	<b>R\$ 175.000,00</b>
<b>Santa Casa Sustentável</b>	<b>R\$ 280.000,00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 455.000,00</b>

Pindamonhangaba, 05 de Novembro de 2015

**Dr. José Alberto Monteclaro César**  
Provedor



**ANEXO**  
**PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO QUALITATIVA DE DESEMPENHO**

Indicadores a serem monitorados	Parâmetro Mensal	Pontos
AIH de cirurgia eletiva	60% das AIH cirurgias Eletivas	200
Taxa de Ocupação Clínicas Médicas	Mínimo 85%	450
Taxa de Ocupação clínicas cirúrgicas e obstétricas	Mínimo 85%	450
Taxa de Ocupação clínica Pediátrica	Mínimo 85%	450
Taxa de Ocupação UTI Adulto e Neonatal	90% ou 216 diárias	450
Taxa infecção Hospitalar máxima	5%	100
Taxa Cesárea máxima primeira gestação	40%	150
Diminuição da taxa geral de Cesárea de 10% ao ano	Diminuição proporcional mensal em relação à redução anual prevista (10%)	150
Implantação de protocolo de procedimento para trabalho de parto/ partograma / indicação de Cesárea	Relatório avaliação "In loco"	100
Comissão de revisão de óbitos	Atas/Relatório	100
Comissão de revisão de prontuários	Atas/Relatório	100
CCIH	Atas/Relatório	100
Comissão de Ética Médica	Atas/Relatório	100
Sistema de Avaliação satisfação do usuário	Relatório	100
Atualização do CNES	Relatório	100
95% de altas apresentada na própria competência	Relatório SIHD	150
95% APAC apresentada na competência	Relatório SIA	150
Participação nos programas especiais do SUS	Relatório	100
<b>TOTAL</b>		<b>3500</b>

27257/2014

Nº 27257/2014



**PREFEITURA MUNICIPAL  
DE  
PINDAMONHANGABA**

ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

INTERESSADO: .....

Assunto: .....

CONVÊNIO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA-TA N.º 001/2015 AO  
CONVÊNIO N.º 088/2014 - VOLUME 3.....

Pindamonhangaba, ..... de **OUTUBRO** ..... de 20..... **15**

.....  
**SEÇÃO DE PROTOCOLO E ARQUIVO**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E  
ASSISTÊNCIA SOCIAL**

MEMO Nº. 1375/2015 – SES

22 de outubro de 2015

Ilma. Sr.<sup>a</sup>  
Synthea Telles de Castro Schmidt  
Secretária de Assuntos Jurídicos

**URGENTE**

**Considerando:**

1. Que os convênios de números 088/14 e 089/14 possuem vigência até a data de 05/11/15;
2. A possibilidade avençada, nos termos de ajuste firmados, acerca da prorrogação por período igual e sucessivo;
3. A relevância dos objetos contratualizados e a caracterização de serviços essenciais;
4. O que preceitua a Instrução Normativa nº. 02/2008 Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão estabelecendo no § 3º, artigo 36 que:

*§ 3º A prorrogação de contrato, quando vantajosa para a Administração, deverá ser promovida mediante celebração de termo aditivo, o qual deverá ser submetido à aprovação da consultoria jurídica do órgão ou entidade contratante;*

Destarte, por meio deste, solicitamos a análise e providências para a **celebração de termos aditivos de prorrogação dos convênios em tela para o período de 12 meses**, seguindo em anexo os devidos processos administrativos dos Convênios em tela.

Atenciosamente,



**SANDRA MARIA CARNEIRO TUTIHASHI**  
Secretária de Saúde e Assistência Social





**PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA**

ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E  
ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Pindamonhangaba, 22 de Outubro de 2015.

**Memo. Nº 022/2015-Gestão Estratégica**

Ref.: Alterações nos Convênios N.º 088/2014 e N.º 089/2014

Prezada Senhora

Considerando o ofício n.º 1375/2015-SES enviado, solicito constar nos Termos de Aditamento dos Convênios as seguintes alterações:

**Alterações- Convênio N.º 088/2014**

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA**

**DOS RECURSOS PRÓPRIOS**

**PARÁGRAFO PRIMEIRO-** O valor mensal será repassado à CONVENIADA no dia 15 (quinze) de cada mês.

**PARAGRAFO SEGUNDO** - o valor mensal a ser repassado será de acordo com o cumprimento das metas qualitativas descritas no Plano Operativo. Sendo assim a **CONVENIADA** ficará sujeita a programação de recebimento financeiro a partir dos seguintes critérios:

Faixas de pontuação	Percentual do valor variável	Valor Repasse
2551 a 3000	100%	<b>TOTAL MENSAL: R\$ 1.686.323,79</b>
2251 a 2550	850%	<b>TOTAL MENSAL R\$ 1.662.793,69 TOTAL VARIÁVEL 6,0%</b>
1501 a 2250	75%	<b>TOTAL MENSAL R\$ 1.647.106,96 TOTAL VARIÁVEL 5,0%</b>
1500 ou < 1500	50%	<b>TOTAL GERAL R\$ 1.568.673,30</b>

17



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E  
ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**PARÁGRAFO QUARTO** - nas avaliações realizadas pela Comissão de Acompanhamento do Convênio, quando a pontuação chegar o valor a menor de 100% (do percentual variável) a **CONVENIENTE** notificará a **CONVENIADA** dos valores a serem repassados no trimestre subsequente.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – Caberá à Comissão de Acompanhamento do Convênio reunir-se ordinariamente com periodicidade a ser definida pela Comissão de Acompanhamento do Convênio, para a avaliação da execução do Convênio, com base nas metas contratualmente estipuladas, nos resultados efetivamente apresentados pela **CONVENIADA** e no cumprimento dos respectivos prazos de execução. Para tal avaliação, a Comissão se pautará no documento de **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DA PARTE VARIÁVEL DO CONVÊNIO** estando contemplado em tal documento o detalhamento dos parâmetros de Avaliação, assim como um escalonamento da pontuação determinada para cada indicador qualitativo. Esse documento será parte integrante do presente Termo de Ajuste e Plano Operativo.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA  
DOS DOCUMENTOS INFORMATIVOS**

a) Relatório mensal das atividades desenvolvidas entre o 20º (vigésimo) e 25º (vigésimo quinto) dia do mês subsequente à realização dos serviços;

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA  
DO PROJETO DE ADEQUAÇÃO E REFORMA**

Essa cláusula deve ser **SUPRIMIDA**, alterando-se assim as numerações das cláusulas subsequentes.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA  
DA RESCISÃO**

c) Pela não entrega dos relatórios mensais, trimestrais e anuais;

7





**PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E  
ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**Alterações -Convênio N.º 089/2014**

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA**

**DOS RECURSOS PROVENIENTES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – FNS E FAEC**

**PARÁGRAFO PRIMEIRO-** As despesas decorrentes do atendimento ambulatorial e SADT, consignadas no **Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS** tem o valor anual estimado em R\$ 276.908,40 (Duzentos e setenta e seis mil, novecentos e oito reais e quarenta centavos) correspondente a R\$ 23.075,70 (vinte e três mil setenta e cinco reais e sessenta centavos) mensais, constante no Plano Operativo anexo, sendo o valor fixo de R\$ 23.075,70 (vinte e três mil setenta e cinco reais e sessenta centavos ) para os procedimentos de **MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE** e a **estimativa mensal de R\$ 389.408,21** (trezentos e oitenta e nove mil, quatrocentos e oito reais e vinte e um centavos) para os identificados como de **AÇÕES ESTRATÉGICAS** da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS), que serão custeados pelo FUNDO NACIONAL DE SAÚDE e repassados à **CONVENIADA** por intermédio do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.

**PARÁGRAFO TERCEIRO-** Receberá ainda, a **CONVENIADA**, o valor anual de R\$ 1.488.183,84 (um milhão quatrocentos e oitenta e oito mil centos e oitenta e três reais e oitenta e quatro centavos) que corresponde ao valor mensal de R\$ 124.015,32 (Cento e vinte e quatro mil quinze reais e trinta e dois centavos) como **INCENTIVO FEDERAL**, destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Adesão à Rede Cegonha – Portaria MS/GM n.º 1.593, de 02 de agosto de 2013;

**PARÁGRAFO QUARTO-** O valor mensal será repassado à **CONVENIADA** no dia 15 (quinze) de cada mês.

**PARÁGRAFO OITAVO-** A comissão de avaliação citada no § 5º, criada pelo Chefe do Executivo Municipal deverá manter-se em pleno funcionamento.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E  
ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA  
DAS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS**

O repasse será realizado por intermédio da Dotação Orçamentária n.º 01.11.13.10.302.0020.2025.3.3.50.39.00.05-ficha N.º 601 e Dotação Orçamentária n.º 01.11.13.10.302.0020.2025.3.3.50.39.00.01 - ficha N.º 602 da Secretaria de Saúde e Assistência Social, conforme a regularização da prestação de contas com o município e cronograma de desembolso da Secretaria gestora.

Os valores deverão ser depositados no **Banco do Brasil, c/c n.º 0574-6, agência n.º 0574-6**, em nome da **CONVENIADA**.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA  
DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO.**

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – Caberá à Comissão de Acompanhamento do Convênio reunir-se ordinariamente com periodicidade a ser definida pela Comissão de Acompanhamento do Convênio, para a avaliação da execução do Convênio, com base nas metas contratualmente estipuladas, nos resultados efetivamente apresentados pela **CONVENIADA** e no cumprimento dos respectivos prazos de execução. Para tal avaliação, a Comissão se pautará no documento de **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DA PARTE VARIÁVEL DO CONVÊNIO** estando contemplado em tal documento o detalhamento dos parâmetros de Avaliação, assim como um escalonamento da pontuação determinada para cada indicador qualitativo. Esse documento será parte integrante do presente Termo de Ajuste e Plano Operativo.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA  
DOS DOCUMENTOS INFORMATIVOS**

a) Relatório mensal das atividades desenvolvidas entre o 20º (vigésimo) e 25º (vigésimo quinto) dia do mês subsequente à realização dos serviços;

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA  
DA RESCISÃO**

Rua Major José dos Santos Moreira, nº 570 – Centro – Pindamonhangaba – SP – CEP12410-050  
TELEFAX (12) 3644-5988 – e-mail: saude@pindamonhangaba.sp.gov.br



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E  
ASSISTÊNCIA SOCIAL**

c) Pela não entrega dos relatórios mensais, quadrimestrais e anuais;

**CLÁUSULA VIGÉSIMA**

**DA ADEQUAÇÃO AO PRESENTE TERMO DE AJUSTE E PLANO OPERATIVO**

Esta cláusula deverá ser **SUPRIMIDA**, alterando-se assim as numerações das cláusulas subsequentes.

Sem mais, coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos.

Respeitosamente,


À

**SAJ-Secretaria de Assuntos Jurídicos**

A/c

**Dra. Synthea Telles de Castro Schmidt**

**Secretária de Assuntos Jurídico**

  
**Patrícia Galvão Junqueira**

**Assessora de Gestão Estratégica**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTENCIA SOCIAL**

**JUSTIFICATIVA DE PRORROGAÇÃO DO CONVÊNIO N.º 088/14**

A justificativa para a prorrogação do Convênio entre a Prefeitura Municipal de Pindamonhangaba, por intermédio da Secretaria de Saúde e Assistência Social e a Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba advém de algumas principais considerações.

Sendo assim, apresentamos abaixo as razões pelas quais definimos que a Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba deve permanecer como a Instituição Hospitalar para gerenciar, administrar e executar os Serviços de Urgência e Emergência, sendo:

- 1) A Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba é uma instituição idônea, com sede à Rua Major José dos Santos Moreira, 466, Bairro: Centro, na Cidade de Pindamonhangaba – SP, CEP 12410-050, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - M.F. sob nº 54.122.213/0001-15, tendo sido fundada em 06/08/1863.
  
- 2) A Santa Casa possui toda a documentação necessária, atualizada, para que possa realizar convênios e contratos com instituições públicas, isto é, todas as certidões negativas de débito junto aos diversos órgãos de controle e fiscalização;
  
- 3) A Santa Casa foi a **única participante e habilitada** no processo de chamamento público N.º 002/2014 ocorrido em 18/07/14, tendo esse o objetivo de **CRENCIAMENTO INSTITUIÇÕES DE SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES AMBULATORIAIS E DE INTERNAÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E PARA SERVIÇOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM UNIDADE HOSPITALAR DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS E UNIDADE NÃO-HOSPITALAR DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS;**





**PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTENCIA SOCIAL**

- 4) Considerando que os contratos/convênios de prestação de serviços têm por objeto a execução de determinadas atividades complementares aos serviços do SUS, mediante remuneração pelos cofres públicos e que tais instrumentos são regulamentados pela **Constituição Federal, de 1988** em seu artigo:

*Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.*

*§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.*

E pela Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes em seu artigo:

*Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde-SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.*

*Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.*

*Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).*

- 5) Que o Município de Pindamonhangaba possui 158.864 mil habitantes, no qual minimamente 75% utilizam o Sistema Único de Saúde;
- 6) Que o Poder Público opta, pela continuidade da administração indireta de seu Pronto Socorro Municipal por não ser indicado e conveniente a administração direta desse Serviço de Urgência e Emergência;
- 7) Que o atual convênio se apresenta mais adequado, mais favorável, mais consentâneo com o interesse da Administração;

Rua Major José dos Santos Moreira, s/nº – Centro – Pindamonhangaba – SP – CEP12410-050  
TELEFAX (12) 3  
644-5978 – e-mail: saude@pindamonhangaba.sp.gov.br



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTENCIA SOCIAL**

- 8) Que o Convênio mantém-se vantajoso para a Administração Pública, não havendo acréscimo no valor a ser repassado à Santa Casa e pelo fato desse valor ser a menor que os valores apresentados na pesquisa de mercado realizada à época da celebração do Convênio, constante no processo original (Processo 27257/2014-Volume 1);
- 9) O Município já vem tendo a parceria com a Santa Casa para a administração e execução do Pronto Socorro Municipal por intermédio do convênio N.º 088/14;
- 10) A Santa Casa permanece apresentando condições (características técnicas e legais) para a execução dos Serviços a serem contratualizados;
- 11) O Plano Operativo que embasa o Termo de Ajuste a ser efetivado foi avaliado renovado e amplamente discutido entre esta Secretaria de Saúde e Assistência Social, Santa Casa de Misericórdia, tendo sido oficialmente apresentado e aprovado por unanimidade no Conselho Municipal de Saúde na data de 14/10/15;
- 12) Que os Serviços de Urgência e Emergência ora prestados configuram-se enquanto **serviços essenciais** regulamentados pelo artigo 9º, § 1º da **Constituição Federal**, e pela e pela **Lei 7.783/89** nos seus artigos 10 e 11, parágrafo único, que *"São necessidades inadiáveis, da comunidade aquelas que, não atendidas, colocam em perigo iminente a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população."* que assim dispõe;
- 13) Que os Serviços de Urgência e Emergência ora prestados configuram-se enquanto **serviços contínuos** uma vez os Serviços de assistência médico-hospitalar podem ser enquadrados como de natureza contínua para os fins do artigo 57 da Lei nº 8.666/93;
- 14) Que os recursos financeiros indicados em cláusula do convênio firmado, constam na dotação orçamentária da despesa para continuidade da execução de seu objeto;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO


**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTENCIA SOCIAL**

É o que consideramos como elementos suficientes para que a **Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba** permaneça como Instituição que executará os Serviços supracitados e administrará a aplicação dos recursos financeiros do convênio acima referido.

Para tal prorrogação, importante asseverar que o objeto do Termo de ajuste apresentado quando da aprovação do Convênio permanecerá o mesmo, assim como os valores envolvidos.

Destarte, não se pode olvidar, também, que os serviços de saúde, por estarem diretamente vinculados com o bem maior a ser protegido, qual seja, a vida, caracterizam-se enquanto **serviços públicos contínuos e inadiáveis** e exatamente por isso, para atender ao princípio constitucional da eficiência administrativa (art.37 “caput” da Constituição Federal/1988) e garantir que tais serviços não sejam interrompidos, atendendo ao Princípio da Continuidade do Serviço Público, solicita-se a **prorrogação de 12 (doze) meses do Convênio N.º 088/2014.**

Pindamonhangaba, 22 de Outubro de 2015.

  
**Patrícia Galvão Junqueira**

**Assessora de Gestão Estratégica**

**CIENTE E DE ACORDO:**

  
**Sra. Sandra Maria Carneiro Tutihashi**

**Secretária de Saúde e Assistência Social**

Rua Major José dos Santos Moreira, s/nº – Centro – Pindamonhangaba – SP – CEP12410-050

TELEFAX (12) 3

644-5978 – e-mail: saude@pindamonhangaba.sp.gov.br



# MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA

**Dra. Synthea Telles de Castro Schmidt**  
**Secretária de Assuntos Jurídicos**

**Ref. ao Aditamento ao Convênio nº 89/2014**

**Assunto: Prestação de serviços hospitalares e ambulatoriais e  
internação**

Trata-se de pedido de aditamento ao convênio supracitado pelo prazo de 12 (doze) meses, solicitado pela Secretária de Saúde e Assistência Social.

Justifica seu pedido, pela alegação da Secretaria competente, pois esta se mostra vantajosa à Municipalidade.

Informa ainda que haverá alteração de valores, para a supressão de valores, no tocante aos exames de diagnóstico (SADT EXTERNO E EXAMES PRÉ-CIRÚRGICOS), conforme plano operativo apresentado, que discriminou todo o seu objeto, bem como os serviços de atendimento à população.

Desta feita, entendo que a Municipalidade não poderá ficar sem a assistência dos serviços em apreço, pois a própria Secretaria Municipal de Saúde afirmou que o poder público municipal se mostra ineficaz para a realização dos serviços com estrutura própria.

Ratificou que o convênio se mantém econômico e vantajoso para a Administração e que a prorrogação é tida como alternativa mais conveniente e oportuna do que a interrupção do serviço.





# MUNICIPIO DE PINDAMONHANGABA

Pelo exposto, nos termos da justificativa da Secretaria Municipal de Saúde, me manifesto favorável a prorrogação da presente avença por mais 12 (doze) meses.

Por fim, deverá a Municipalidade elaborar o competente Projeto de Lei para a aprovação legislativa nos termos avançados e solicitados pela Secretaria de Saúde e Assistência Social, nos documentos anexos ao presente.

Era o que me cabia manifestar, remeto os autos para análise e deliberações de Vossa Senhoria.

Respeitosamente

*Secretaria de Assuntos Jurídicos, 22 de outubro de 2015.*

*Rodrigo Antônio Possébon Caetano  
Diretor do Depto. de Negócios Jurídicos*



**MUNICIPIO DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**CONVÊNIO Nº. 89/2014:**

Convênio de assistência à saúde, que entre si celebram a Prefeitura Municipal de Pindamonhangaba, por intermédio da SMS - Secretaria de Saúde e Assistência Social de Pindamonhangaba e a Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba.

Pelo presente instrumento, a Prefeitura Municipal de Pindamonhangaba, com sede na Avenida Nossa Senhora do Bom Sucesso, n.º 1400 – Centro - Pindamonhangaba – SP, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 45.226.214/0001-19, por intermédio neste ato representado por sua Secretária de Saúde e Assistência Social Sra. **SANDRA MARIA CARNEIRO TUTIHASHI**, brasileira, casada, assistente social, portadora da cédula de identidade n.º 5.586.219-6, e inscrita no CPF/MF n.º 019.194.358-40, residente e domiciliada na Rua das Quaresmeiras, n.º 1300, Condomínio Village Paineiras, nesta cidade, doravante denominada **CONVENENTE** e de outro lado a Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o n.º 54.122.213.0001-15, com sede à Rua Major José dos Santos Moreira, n.º 466, por intermédio de seu provedor **SR. JOSÉ ALBERTO MONTECLARO CÉSAR**, brasileiro, casado, portador da célula de identidade n.º 2.819.956, e do CPF/MF n.º 150.278. 808-04 e por seu Diretor Financeiro, **SR. Décio Prates da Fonseca**, brasileiro, casado, portador da célula de identidade n.º 3.215.974 e CPF/MF n.º 040.449.248-72 doravante denominado **CONVENIADA**, tendo em vista o que dispõe sobre a CF/88, em especial os seus artigos 196 e seguintes; as Leis n.º 8.080/90 e 8142/90, a Lei Federal n.º 8666/93 e alterações, bem como a Lei Municipal n.º 5701 de 12 de setembro de 2014, e em conformidade com o credenciamento da **CONVENIADA**, mediante chamamento público n.º 002 / 2014

Rua Major José dos Santos Moreira, n.º 570 – Centro – Pindamonhangaba – SP – CEP12410-050  
TELEFAX (12) 3644-5988 – e-mail: saude@pindamonhangaba.sp.gov.br



**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

com data de sessão pública em 18/07/2014 promovido pela **PREFEITURA**, tem entre si, justo e acordado, o presente Convênio de assistência integral à saúde, na forma e nas condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA**

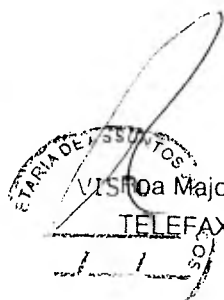
**DO OBJETO**

O presente convênio tem por objeto integrar a **CONVENIADA** ao Sistema Único de Saúde – SUS e definir a sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde consistentes na prestação de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais e de internação de média e alta complexidade visando à garantia da atenção integral à saúde dos munícipes que integram a região de saúde na qual a **CONVENIADA** esta inserida, e conforme Plano Operativo anexo.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Os serviços ora conveniados encontram-se discriminados no Plano Operativo, que integra o presente convênio, **anexo I**, para todos os efeitos legais e serão prestados pelo estabelecimento:

I. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PINDAMONHANGABA – CNES n.º 2755092, situado a Rua Major José dos Santos Moreira, n.º 466 Centro-Pindamonhangaba-SP.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – A assistência Hospitalar ambulatorial e de internação a ser prestada possui como área de abrangência o Município de Pindamonhangaba e o Distrito de Moreira César e a população referenciada obedece às pactuações regionais formalizadas.



Rua Major José dos Santos Moreira, nº 570 – Centro – Pindamonhangaba – SP – CEP12410-050  
TELEFAX (12) 3644-5988 – e-mail: saude@pindamonhangaba.sp.gov.br

Página 2



**MUNICIPIO DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**PARÁGRAFO TERCEIRO** Os serviços ora conveniados serão ofertados com base nas indicações técnicas do planejamento da saúde mediante compatibilização das necessidades da demanda e a disponibilidade de recursos financeiros do SUS.

**PARÁGRAFO QUARTO** - Os serviços ora **CONVENIADOS** compreendem a utilização, pelos usuários do SUS/SP, da capacidade instalada da **CONVENIADA**, incluídos os equipamentos médico-hospitalares, de modo que a utilização desses equipamentos para atender clientela particular, incluída a proveniente de convênios com entidades privadas 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 serviços prestados e, atingidas as metas de produção discriminadas no Plano Operativo que integra o presente convênio.

**CLÁUSULA SEGUNDA**

**DAS ESPÉCIES DE INTERNAÇÃO**

Para atender ao objeto deste convênio a **CONVENIADA** obriga-se a realizar duas espécies de internação:

- I – Internação eletiva;
- II – Internação de emergência ou de urgência.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - A internação eletiva somente será efetuada pela **CONVENIADA** mediante a apresentação de laudo médico autorizado por profissional do SUS com a respectiva Autorização de Internação Hospitalar.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - A internação de emergência ou de urgência será efetuada pela **CONVENIADA** sem a exigência prévia de apresentação de qualquer documento.

**BUSCA** Major José dos Santos Moreira, nº 570 – Centro – Pindamonhangaba – SP – CEP12410-050  
TELEFAX (12) 3644-5988 – e-mail: saude@pindamonhangaba.sp.gov.br

Página 3





**MUNICIPIO DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Nas situações de urgência ou de emergência o médico da **CONVENIADA** procederá ao exame do paciente e avaliará a necessidade de internação, emitindo laudo medico que será enviado, no prazo de 2 (dois) dias uteis, ao órgão competente do SUS para autorização de emissão de AIH (Autorização de Internação Hospitalar), também no prazo de 2 (dois) dias uteis.

**PARÁGRAFO QUARTO** - Na ocorrência de dúvida, ouvir-se-á a **CONVENIADA** no prazo de 02 (dois) dias, emitindo-se parecer conclusivo em 02 (dois) dias.

**CLÁUSULA TERCEIRA**

**DAS ESPÉCIES DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA**

Para o cumprimento do objeto deste convênio, a **CONVENIADA** obriga-se a oferecer ao paciente os recursos necessários ao seu atendimento, conforme discriminação abaixo:

**I - Assistência médico-ambulatorial.**

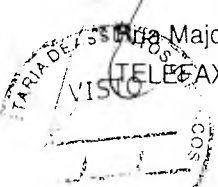
1. Atendimento médico, nas especialidades relacionadas no Plano Operativo que integra o presente convênio, (por especialidade), com realização de todos os procedimentos específicos necessários para cada área, incluindo os de rotina, urgência ou emergência, compreendendo os enumerados nos itens I e II da Cláusula Segunda;
2. Assistência social;
3. Atendimento odontológico;
4. Assistência farmacêutica, de enfermagem, de nutrição, e outras, quando indicadas.
5. Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT).

**II - Assistência técnico-profissional e hospitalar:**

1. Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento quanto na fase de recuperação hospitalar;
2. Assistência por equipes medica especializada, de enfermagem e pessoal auxiliar;

Rua Major José dos Santos Moreira, nº 570 – Centro – Pindamonhangaba – SP – CEP12410-050  
TELEFAX (12) 3644-5988 – e-mail: saude@pindamonhangaba.sp.gov.br

Página 4



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



## MUNICIPIO DE PINDAMONHANGABA

ESTADO DE SÃO PAULO

### SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

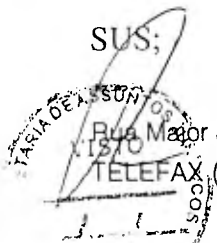
3. Utilização de centro cirúrgico e procedimentos anestésicos;
4. Fornecimento de sangue e hemoderivados;
5. Utilização de materiais e insumos necessários ao atendimento;
6. Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
7. Utilização dos serviços gerais;
8. Fornecimento de roupa hospitalar;
9. Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, devido às condições especiais do paciente, respeitados os direitos do acompanhante, para casos previstos em lei, ou por necessidade do paciente.
10. Diárias de UTI – Unidade de Terapia Intensiva e de UCI – Unidade de Cuidados Intermediários;
11. Alimentação com observância das dietas prescritas;
12. Procedimentos especiais, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia, e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando sua complexidade.

#### CLÁUSULA QUARTA

#### DAS CONDIÇÕES GERAIS

Na execução do presente convênio, a **CONVENIADA** deverá observar as seguintes condições gerais:

- I - Encaminhamento e atendimento ao usuário, de acordo com as regras estabelecidas para a referência e contra referência, ressalvadas as situações de urgência e emergência;
- II - Gratuidade das ações e dos serviços de saúde executados no âmbito deste convênio;
- III - A prescrição de medicamentos deve observar a Política Nacional de Medicamentos, excetuadas as situações aprovadas pela Comissão de Ética Médica;
- IV - Atendimento humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS;



Rua Major José dos Santos Moreira, nº 570 – Centro – Pindamonhangaba – SP – CEP12410-050  
TELEFAX (12) 3644-5988 – e-mail: [saude@pindamonhangaba.sp.gov.br](mailto:saude@pindamonhangaba.sp.gov.br)



**MUNICIPIO DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

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

VI – Cumprimento às metas quantitativas e qualitativas para todas as atividades de saúde decorrentes desse convênio.

**CLÁUSULA QUINTA**

**DOS ENCARGOS COMUNS**

São encargos comuns dos partícipes:

- a) Estabelecimento de fluxos assistenciais e de encaminhamento para as ações de saúde;
- b) Elaboração do Plano Operativo;
- c) Educação permanente dos recursos humanos;
- d) Aprimoramento da atenção à saúde.

**CLÁUSULA SEXTA**

**DOS ENCARGOS ESPECÍFICOS**

São encargos dos partícipes:

I – da **CONVENIADA**:

Cumprir todas as metas e condições especificadas no presente Termo de Ajuste e Plano Operativo anexo.

II - da **PREFEITURA**:

- a) Transferir os recursos previstos neste convênio à **CONVENIADA**, conforme Cláusulas Décima Primeira e Décima Segunda deste ajuste.
- b) Controlar, fiscalizar e avaliar as ações e os serviços contratados;
- c) Estabelecer mecanismos de controle da oferta e demanda de ações e serviços de saúde,
- d) Analisar os relatórios elaborados pela **CONVENIADA**, comparando-se as metas do Plano Operativo com os resultados alcançados e os recursos financeiros repassados.



## MUNICIPIO DE PINDAMONHANGABA

ESTADO DE SÃO PAULO

### SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

- \* e) Através da Secretaria de Saúde e Assistência Social, receber e examinar as prestações de contas mensais e anuais nos termos da Instrução nº. 02/2008 - TC – A - 40.728/026/07.

#### CLÁUSULA SÉTIMA

##### DO PLANO OPERATIVO ANUAL

O Plano Operativo Anual anexo a este convênio foi elaborado conjuntamente pela **PREFEITURA** e pela **CONVENIADA** e contem:

- I - Todas as ações e serviços objeto deste convênio;
- II - A estrutura tecnológica e a capacidade instalada;
- III - Definição das metas físicas das internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, com os seus quantitativos e fluxos de referencia e contra referencia;
- IV - Definição das metas qualitativas;
- V - Descrição das atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão hospitalar.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – o plano operativo terá validade de 12 meses, podendo sofrer alteração a qualquer tempo, mediante fundamentação e nítida necessidade apontada pelas partes, sendo vedada a sua prorrogação. Em caso de renovação do presente convênio será avaliado e elaborado novo plano operativo devidamente aprovado pelos órgãos competentes.

#### CLÁUSULA OITAVA

##### DOS PROFISSIONAIS DA CONVENIADA

Os serviços ora conveniados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento da **CONVENIADA** e por profissionais que, não estando incluídos nas categorias referidas nos itens 1, 2 e 3 do § 1º, desta cláusula, serão admitidos nas dependências da **CONVENIADA** para prestar serviços.





**MUNICIPIO DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Para os efeitos deste convênio, consideram-se profissionais do próprio estabelecimento **CONVENIADO**:

- 1 - O membro de seu corpo clínico;
- 2 - O profissional que tenha vínculo de emprego com a **CONVENIADA**.
- 3 - O profissional autônomo que, eventualmente ou permanentemente, presta serviços à **CONVENIADA** ou, por esta, autorizado.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Equipara-se ao profissional autônomo definido no item 3 a empresa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerça atividade na área de saúde.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - 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 previsto nas normas técnicas para hospitais;
- 2 - É vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares e outros complementares da assistência devida ao paciente;
- 3 - A **CONVENIADA** responsabilizar-se-á por cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste **CONVÊNIO**;
- 4 - Nas internações de crianças, adolescentes e pessoas com mais de 60 anos, é assegurada a presença de acompanhante, em tempo integral, no hospital, podendo a **CONVENIADA** acrescer a conta hospitalar as diárias do acompanhante, correspondentes ao alojamento e alimentação.

**PARÁGRAFO QUARTO** - Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar, exercidos pela **PREFEITURA** sobre a execução do objeto



**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

deste **CONVÊNIO**, os **CONVENENTES** reconhecem a prerrogativa de controle e auditoria nos termos da legislação vigente, pelos órgãos gestores do SUS, ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo específico, ou de notificação dirigida a **CONVENIADA**.

**PARÁGRAFO QUINTO** - É de responsabilidade exclusiva e integral da **CONVENIADA** a utilização de pessoal para execução do objeto deste **CONVÊNIO**, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a **PREFEITURA** ou para o **Ministério da Saúde**.

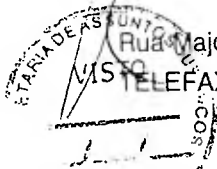
**PARÁGRAFO SEXTO** - A **CONVENIADA** obriga-se a informar, diariamente, a **SMS**, o número de vagas de internação disponíveis, a fim de manter atualizado o sistema de regulação do SUS.

**PARÁGRAFO SÉTIMO** - A **CONVENIADA** ficará obrigada a internar paciente, no limite dos leitos **CONVENIADOS**, ainda que, por falta ocasional de leito vago em enfermaria, tenha a entidade **CONVENIADA** de acomodar o paciente em instalação de nível superior a ajustada neste **CONVÊNIO**, sem direito a cobrança de sobre preço.

**PARÁGRAFO OITAVO** - A **CONVENIADA** 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, ressalvadas as situações de calamidade pública ou grave ameaça de ordem interna ou as situações de urgência ou emergência.

**CLÁUSULA NONA**

**OBRIGAÇÕES DA CONVENIADA**



Rua Major José dos Santos Moreira, nº 570 – Centro – Pindamonhangaba – SP – CEP12410-050  
TELEFAX (12) 3644-5988 – e-mail: saude@pindamonhangaba.sp.gov.br

Página 9



MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA  
ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

A **CONVENIADA** obriga-se a:

- I - Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, conforme legislação estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina;
- II - Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- III - Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;
- IV - Afixar aviso, em local visível, de sua condição de entidade integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
- V - Justificar ao paciente ou a seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste convênio;
- VI - Permitir a visita ao paciente do SUS internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 02 (duas) horas;
- VII - Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- VIII - 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;
- IX - Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;
- X - Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente, por ministro de culto religioso;
- XI - Manter em pleno funcionamento Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, Comissão de Análise de Óbitos, Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Ética Médica e Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes;
- XII - Instalar, no prazo previsto para cada caso, qualquer outra comissão que venha a ser criada por lei ou norma infra legal, independentemente de notificação pela **PREFEITURA**;

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten initials]*



**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

XIII - Notificar a **PREFEITURA**, por sua instância situada na jurisdição da **CONVENIADA**, de eventual alteração de seus **Estatutos** ou de sua Diretoria, enviando-lhe, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos;

XIV - Manter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, dos profissionais que prestam serviços para o estabelecimento e fornecer ao gestor Municipal os dados necessários à atualização das demais informações sobre área física, equipamentos e outros;

XV - Submeter-se a avaliações sistemáticas, de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS, ou qualquer outro Programa que venha a ser adotado pelo gestor;

XVI - Submeter-se à regulação instituída pelo gestor;

\* XVII- Obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividades que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto;

XVIII- Atender às diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Política Estadual de Humanização;

XIX- Submeter-se ao Sistema Nacional de Auditoria, no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, desde que solicitado;

XX- Submeter-se as regras e normativas do SUS, do Ministério da Saúde e da SMS.

XXI- Obrigar-se a apresentar o faturamento ambulatorial e/ou hospitalar utilizando os sistemas oficiais e as versões disponibilizadas pelo Ministério da Saúde/DATASUS, em cumprimento ao cronograma de entrega definido pelo Ministério da Saúde;

\* XXII- Apresentar os registros dos atendimentos ambulatoriais e/ou hospitalares, realizados em um determinado mês no início da competência seguinte.

XXIII- Responsabilizar-se integralmente civil e criminalmente pela execução dos serviços, ora conveniados, não trazendo a **CONVENENTE**, isolada ou subsidiariamente para nenhuma responsabilidade.





**MUNICIPIO DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**CLÁUSULA DÉCIMA**

**DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONVENIADA**

A **CONVENIADA** é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado à **CONVENIADA** o direito de regresso.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste **CONVÊNIO** pelos órgãos competentes do SUS, não exclui, nem reduz, a responsabilidade da **CONVENIADA** nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos e demais legislação existente.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos da reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, nos estritos termos do art. 14 da Lei 8.078, de 11/09/90 (Código de Defesa do Consumidor).

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA**

**DOS RECURSOS PROVENIENTES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – FNS E FAEC**

A **CONVENIADA** receberá, mensalmente, da **CONVENENTE** os recursos para a cobertura dos serviços conveniados referentes aos parágrafos 1º e 2º, observando-se as metas quantitativas e qualitativas. Os recursos são provenientes do **FUNDO NACIONAL DE SAÚDE /MINISTÉRIO DA SAÚDE**, parte integrante do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, que serão repassados na seguinte conformidade:



**MUNICIPIO DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - As despesas decorrentes do atendimento ambulatorial e SADT, consignadas no **Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS** tem o valor anual estimado em R\$ 1.017.523,20 (Hum milhão dezessete mil quinhentos e vinte e três reais e vinte centavos) correspondente a R\$ 84.793,60 (Oitenta e quatro mil setecentos e noventa e três reais e sessenta centavos) mensais, constante no Plano Operativo anexo, sendo o valor fixo de R\$ 84.793,60 (Oitenta e quatro mil setecentos e noventa e três reais e sessenta centavos) para os procedimentos de **MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE** e a **estimativa de R\$ 421.580,20** (quatrocentos e vinte e um mil quinhentos e oitenta reais e vinte centavos) para os identificados como de **AÇÕES ESTRATÉGICAS** da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS), que serão custeados pelo FUNDO NACIONAL DE SAUDE e repassados à **CONVENIADA** por intermédio do FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - As despesas decorrentes da execução das atividades de assistência à saúde, em regime hospitalar, consignadas no Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado – SIHD, relativas à utilização de **768** AIH/mês tem o valor anual estimado em R\$ 7.628.174,28 (Sete milhões seiscentos e vinte e oito mil cento e setenta e quatro reais e vinte e oito centavos) correspondente a R\$ 635.681,19 (seiscentos e trinta e cinco mil seiscentos e oitenta e um reais e dezenove centavos) mensais, sendo o **valor fixo** de R\$ 635.681,19 (seiscentos e trinta e cinco mil seiscentos e oitenta e um reais e dezenove centavos) para os procedimentos de **MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Receberá ainda, a **CONVENIADA**, o valor anual de R\$ 1.488.183,84 (um milhão quatrocentos e oitenta e oito mil centos e oitenta e três reais e oitenta e quatro centavos) que corresponde ao valor mensal de R\$ 124.015,32 (Cento e vinte e quatro mil quinze reais e trinta e dois centavos) como **INCENTIVO**, destinado ao



**MUNICIPIO DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

cumprimento das ações decorrentes da Adesão à Rede Cegonha – Portaria MS/GM n.º 1.593, de 02 de agosto de 2013;

**PARÁGRAFO QUARTO** – O valor mensal a ser repassado no primeiro mês de vigência será realizado em 2 (duas) parcelas iguais, respectivamente nos dias 20 e 30. A partir do mês subsequente a assinatura do convênio o repasse será realizado no dia 15 de cada mês.

**PARÁGRAFO QUINTO** - As metas dispostas no Plano Operativo e em documento específico aprovado entre as partes, ambas parte integrante do presente instrumento, serão avaliadas pela Comissão de Acompanhamento do Convênio. Cabendo à **CONVENIADA** fornecer os documentos solicitados para a referida avaliação.

**PARÁGRAFO SEXTO** - Os valores de que tratam os parágrafos 1º, 2º e 3º, serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.

**PARÁGRAFO SÉTIMO** - Os procedimentos atualmente financiados com recursos do FAEC estratégico, na medida em que sofrerem reclassificação para procedimentos de média e alta complexidade, terão os seus recursos financeiros incorporados ao teto de média e alta complexidade, na mesma proporção, índices e épocas determinadas pelo Ministério da Saúde.

**PARÁGRAFO OITAVO** - A comissão de avaliação citada no § 4º deverá ser criada pelo Chefe do Executivo Municipal e pela Gestora do presente convênio em até 15 dias após a assinatura desse termo cabendo a **CONVENIADA**, neste prazo, indicar à **CONVENIENTE** o nome dos seus representantes.



MUNICIPIO DE PINDAMONHANGABA  
ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

**PARÁGRAFO NONO - A CONVENIADA** obriga-se a apresentar as informações regulares do SIA e do SIH / SUS, ou outros sistemas porventura implantados pelo Ministério da Saúde, solicitados pela **CONVENENTE**.

➔ **PARÁGRAFO DÉCIMO** - Os valores financeiros deste ajuste poderão ser alterados de acordo com: os reajustes dos valores dos procedimentos da TABELA SUS efetuados pelo Ministério da Saúde; com a renovação do Plano Operativo; e com as quantidades e especificidades dos procedimentos ora acordadas.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA**  
**DOS RECURSOS COMPLEMENTARES**

Além dos recursos financeiros destacados na clausula décima-primeira, necessários à cobertura das despesas previstas neste convênio, a **CONVENENTE** repassará mensalmente à **CONVENIADA**, recurso no valor de R\$ 167.834,23 (cento e sessenta e sete mil oitocentos e trinta e quatro reais e vinte e três centavos) em caráter de contrapartida às adesões especificadas no parágrafo terceiro da clausula décima primeira, onerando o TESOIRO MUNICIPAL, em conformidade com o Plano Operativo anexo e com o alcance das metas quantitativo-qualitativas especificadas em portarias e programas específicos. Mediante novas adesões formalizadas, a **CONVENENTE** repassará, também em caráter de contrapartida, os recursos devidos, devendo o Plano Operativo ser anteriormente alterado.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA**  
**DAS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS**

O repasse será realizado através da Dotação Orçamentária nº. 01.11.13.10.302.0020.2025.3.3.50.39.00.05 ficha nº. 601, da Secretaria de Saúde e

SECRETARIA DE SAÚDE  
VISTO  
11/05/2015

Major José dos Santos Moreira, nº 570 – Centro – Pindamonhangaba – SP – CEP12410-050  
TELEFAX (12) 3644-5988 – e-mail: saude@pindamonhangaba.sp.gov.br



**MUNICIPIO DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Assistência Social, conforme a regularização da prestação de contas com o município e cronograma de desembolso da Secretaria gestora.

Os valores deverão ser depositados no **Banco do Brasil, c/c n.º 3353-7, agência n.º 0574-6**, em nome da **CONVENIADA**.

**CLAUSULA DECIMA QUARTA**

**DA PRESTAÇÃO DE CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

A prestação de contas, bem como o pagamento pela execução dos serviços conveniados, observarão as condições estabelecidas nas normas que regem o Sistema Único de Saúde, na seguinte conformidade:

- I - A Entidade Conveniada apresentará, mensalmente, à SMS, as faturas e os documentos referentes aos serviços conveniados efetivamente prestados, obedecendo, para tanto, o procedimento e os prazos estabelecidos pela SMS em conformidade com o cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde;
- II - A SMS revisará as faturas e documentos recebidos da **CONVENIADA**, procederá ao pagamento das ações de Média Complexidade, Alta Complexidade e Estratégicos, com recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde/MS, observando, para tanto, as diretrizes e normas emanadas pelo próprio Ministério da Saúde e pela SMS, nos termos das respectivas competências e atribuições legais;
- III - Os laudos referentes às internações serão obrigatoriamente visados pelos órgãos competentes do SUS;
- IV - Para fins de prova da data de apresentação das contas e observância dos prazos de pagamento será entregue à **CONVENIADA**, recibo, assinado ou rubricado pelo servidor da SMS, com aposição do respectivo carimbo funcional;
- V - Na hipótese da SMS 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



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





**MUNICIPIO DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

recebimento, pela **CONVENIADA**, dos citados documentos, do qual se dará recibo, assinado ou rubricado, com a posição do respectivo carimbo;

VI - As contas rejeitadas pelo sistema de processamento de dados, ou pela conferência técnica e administrativa, serão devolvidas à **CONVENIADA** para as correções cabíveis, devendo ser reapresentadas no prazo estabelecido pela SMS. O documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original, devidamente inutilizado por meio de carimbo, quando cabível;

VII - Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas, por culpa da SMS esta garantirá à **CONVENIADA** o pagamento, no prazo avençado neste **CONVÊNIO**, pelos valores do mês imediatamente anterior, acertando-se as diferenças que houver, no pagamento seguinte, mas ficando o Ministério da Saúde exonerado do pagamento de multa e sanções financeiras;

VIII - As contas rejeitadas quanto ao mérito serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação e controle do SUS.

IX - As prestações de contas dos recursos repassados pela SMS que oneram o TESOURO MUNICIPAL obedecerão as Instruções estabelecidas pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA**

**DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO.**

A execução do presente convênio será avaliada pelos órgãos competentes do SUS e pela Comissão de Acompanhamento do Convênio, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste convênio e mediante verificação do movimento das internações e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.



**MUNICIPIO DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

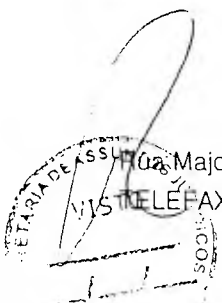
**SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** Caberá à Comissão de Acompanhamento do Convênio reunir-se ordinariamente com periodicidade a ser definida após ato da constituição da Comissão pelo Chefe do Executivo Municipal e pela gestora do convênio, para a avaliação da execução do Convênio, com base nas metas contratualmente estipuladas, nos resultados efetivamente apresentados pela **CONVENIADA** e no cumprimento dos respectivos prazos de execução. Para tal avaliação, a Comissão elaborará documento de **AValiação E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DA PARTE VARIÁVEL DO CONVÊNIO** estando contemplado em tal documento o detalhamento dos parâmetros mensal de Avaliação, assim como um escalonamento da pontuação determinada para cada indicador qualitativo a ser monitorado. Esse documento será parte integrante do presente Termo de Ajuste e Plano Operativo.

**PARÁGRAFO SEGUNDO-** Poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada.

**PARÁGRAFO TERCEIRO-** A SMS e a Comissão de Acompanhamento do Convênio poderão vistoriar as instalações da **CONVENIADA** para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas da **CONVENIADA**, comprovada por ocasião da assinatura deste convênio ou mediante a ocorrência de fato superveniente ou denúncia de alguma condição irregular.

**PARÁGRAFO QUARTO** - Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição ou aumento da capacidade operativa da **CONVENIADA** poderá ensejar a alteração do Plano Operativo anexo a este convênio com a devida revisão das condições ora estipuladas.



Major José dos Santos Moreira, nº 570 – Centro – Pindamonhangaba – SP – CEP12410-050  
TELEFAX (12) 3644-5988 – e-mail: saude@pindamonhangaba.sp.gov.br

Página 18



## MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA

ESTADO DE SÃO PAULO

### SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

**PARÁGRAFO QUINTO** - A fiscalização exercida pela **SMS** e pela **Comissão de Acompanhamento do Convênio** sobre os serviços ora conveniados não eximirá a **CONVENIADA** da sua plena responsabilidade perante o **MINISTÉRIO DA SAÚDE/SMS** ou para com os pacientes, funcionários e terceiros, independentemente de culpa ou dolo na execução do convênio.

**PARÁGRAFO SEXTO** - A **CONVENIADA** facilitará à **SMS** e à **Comissão de Acompanhamento do Convênio** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da **SMS** designados para tal fim, conforme recomende o interesse público.

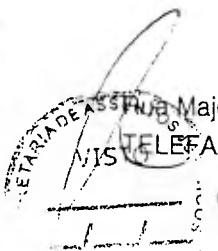
**PARÁGRAFO SÉTIMO** - Em qualquer hipótese de alteração das cláusulas constantes no presente termo, será a **CONVENIADA** notificada e lhe é assegurado amplo direito de defesa.

### CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA

#### DOS DOCUMENTOS INFORMATIVOS

A **CONVENIADA** obriga-se a encaminhar a **SMS**, nos prazos estabelecidos, os seguintes documentos ou informações:

- a) Relatório mensal das atividades desenvolvidas até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente à realização dos serviços, conforme definido pela Comissão de Acompanhamento;
- b) Faturas e demais documentos referentes aos serviços efetivamente prestados;
- c) Relatório anual até o 20º (vigésimo) dia útil do mês subsequente ao término do período de 12 (doze) meses da assinatura do presente termo, contendo informações sobre a execução do presente convênio;



Major José dos Santos Moreira, nº 570 – Centro – Pindamonhangaba – SP – CEP12410-050  
TELEFAX (12) 3644-5988 – e-mail: saude@pindamonhangaba.sp.gov.br

Página 19



**MUNICIPIO DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

d) Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), ou outro sistema de informações que venha a ser implantado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA**  
**DA RESCISÃO**

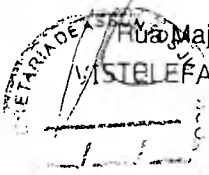
O presente convênio poderá ser rescindido total ou parcialmente pela SMS quando ocorrer o descumprimento de suas cláusulas ou condições, em especial:

- a) Pelo fornecimento de informações incompletas, intempestivas ou fora dos critérios definidos pela SMS;
- b) Pela ocorrência de fatos que venham a impedir ou dificultar o acompanhamento, a avaliação e a auditoria pelos órgãos competentes da SMS ou do Ministério da Saúde;
- c) Pela não entrega dos relatórios mensais e anuais;
- d) Pela não observância dos procedimentos referentes ao sistema de informações em saúde.
- e) O Convênio será rescindido, de pleno direito, independentemente de procedimento judicial e do pagamento de indenização, nos casos de falência, insolvência civil, concordata, liquidação judicial ou extrajudicial, dissolução, alteração ou modificação da finalidade ou estrutura da CONVENIADA, de forma que prejudique a execução do objeto, de qualquer outro fato impeditivo da continuidade da sua execução, ou, ainda, na hipótese de sua cessão ou transferência, total ou parcial, a terceiros.
- f) o presente convênio será rescindido ainda com base nos artigos 77 e seguintes da Lei n.º 8666/93.

**CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA**  
**DAS VEDAÇÕES**

Rua Major José dos Santos Moreira, nº 570 – Centro – Pindamonhangaba – SP – CEP12410-050  
TELEFAX (12) 3644-5988 – e-mail: saude@pindamonhangaba.sp.gov.br

Página 20



4/11/14



**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

18.1 - É vedada:

- a) a utilização dos recursos em finalidade diversa daquela estabelecida neste termo e no Plano de Trabalho, ainda que em caráter de urgência;
- b) realização de despesas a título de taxas de administração, de gerência ou similar, bem como, realização de despesas com taxas bancárias, multas, juros ou correção monetária, inclusive referente a pagamentos ou recolhimento fora dos prazos.
- c) realização de despesas com publicidade, salvo de caráter educativo, informativo, ou de orientação social, dos quais não constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal de autoridades ou servidores públicos.
- d) a realização de despesas em data anterior ou posterior à vigência do presente termo.
- e) a redistribuição dos recursos a outras entidades, congêneres ou não.

**CLÁUSULA DÉCIMA NONA**  
**DA DENÚNCIA**

Qualquer uma das partes poderá denunciar o presente convênio, devidamente motivado, por escrito, com antecedência mínima de 120 dias, devendo ser respeitado o andamento de atividades neste prazo para não ocasionar prejuízos à saúde da população.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA**  
**DA ADEQUAÇÃO AO PRESENTE TERMO DE AJUSTE E PLANO OPERATIVO**

Terá a **CONVENIADA** o prazo de 30 (trinta) dias para adequar-se a este presente Termo de Ajuste e respectivo Plano Operativo inicial no que tange às metas quantitativas e qualitativas referentes às cirurgias eletivas e realização de exames do atendimento ambulatorial.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA**  
**DA PUBLICAÇÃO**

Assinada em Pindamonhangaba, Major José dos Santos Moreira, nº 570 – Centro – Pindamonhangaba – SP – CEP12410-050  
TELEFAX (12) 3644-5988 – e-mail: saude@pindamonhangaba.sp.gov.br

Página 21





## MUNICIPIO DE PINDAMONHANGABA

ESTADO DE SÃO PAULO

### SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

O presente **CONVÊNIO** será publicado, no jornal local, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO**

O prazo de vigência do presente **CONVÊNIO** será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por períodos iguais e sucessivos, até o limite de 60 (sessenta) meses, tendo por termo inicial a data de sua assinatura.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - A continuidade da prestação de serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao presente, respeitado o prazo de vigência do convênio, estipulado no *caput*, fica condicionada a aprovação das dotações próprias para as referidas despesas no orçamento do Ministério da Saúde, bem como ao do Tesouro Municipal.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA DA OBRIGAÇÃO DO PAGAMENTO**

O não cumprimento pelo **MINISTÉRIO DA SAÚDE** da obrigação de repassar os recursos correspondentes aos valores constantes deste convênio não transfere para a **SMS** a obrigação de pagar os serviços ora conveniados, os quais são de responsabilidade do **MINISTÉRIO DA SAÚDE** para todos os efeitos legais.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - A **SMS** responderá pelos encargos financeiros assumidos além do limite dos recursos que lhe são destinados, ficando o **MINISTÉRIO DA SAÚDE** exonerado do pagamento de eventual excesso.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA DO FORO**

Rua Major José dos Santos Moreira, nº 570 - Centro - Pindamonhangaba - SP - CEP12410-050  
TELEFAX (12) 3644-5988 - e-mail: saude@pindamonhangaba.sp.gov.br

Página 22



**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**

ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Os partícipes elegem o Foro da Comarca de Pindamonhangaba com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do presente **CONVÊNIO** que não puderem ser resolvidas por esses.

E por estarem os partícipes justos e conveniados, firmam o presente convênio em 02 (duas) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

Pindamonhangaba, 05 de novembro de 2014.



SANDRA MARIA CARNEIRO TUTIHASHI

Secretária de Saúde e Assistência Social



JOSE ALBERTO MONTECLARO CÉSAR

Provedor Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba



DÉCIO PRATES DA FONSECA

Diretor Financeiro Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba

Testemunhas:

1- 

2- 

Rua Major José dos Santos Moreira, nº 570 – Centro – Pindamonhangaba – SP – CEP12410-050  
VISTO LEFAX (12) 3644-5988 – e-mail: saude@pindamonhangaba.sp.gov.br

Página 23



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE E  
ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**CONTRATOS OU ATOS JURÍDICOS ANÁLOGOS  
TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO**

**ÓRGÃO CONCESSOR:** Secretaria de Saúde e Assistência Social /Prefeitura de Pindamonhangaba

**ENTIDADE CONVENIADA:** Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba

**TIPO DE CONCESSÃO:** convênio

**EXERCÍCIO:** 2015

**ADVOGADO(S): (\*\*)**

**TERMO DE ADITAMENTO N.º 002/2015**

**DO OBJETO:**

Este TERMO DE ADITAMENTO tem por objetivo a **prorrogação de 12 meses do CONVÊNIO N.º 089/14 para a Prestação de Serviços Hospitalares Ambulatoriais e de Internação conforme especificações e valores discriminados no Plano Operativo**

Pelo presente TERMO damo-nos por NOTIFICADOS para o acompanhamento dos atos da tramitação do correspondente processo no Tribunal de Contas até seu julgamento final e conseqüente publicação, e se for o caso e de nosso interesse, para, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito da defesa, interpor recursos e o mais que couber.

Outrossim, estamos CIENTES, doravante, de que todos os despachos e decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar Estadual n.º 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais.

**LOCAL E DATA:** Pindamonhangaba, 22 de Outubro de 2015.

**ÓRGÃO CONCESSOR:** Sandra Maria Carneiro Tutihashi  
Secretária de Saúde e Assistência Social

**ÓRGÃO BENEFICIÁRIO:** José Alberto Monteclaro César  
Provedor