



PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910 – FAX (16) 3145-1911

CNPJ 45.318.185/0001-15

TERMO DE REPASSE DE SUBVENÇÃO SOCIAL Nº 31/15

PROCESSO Nº. 7027/2015.

TERMO DE REPASSE DE SUBVENÇÃO SOCIAL PARA EXAMES DE RADIOLOGIA, ULTRASONOGRAFIAS E CONSULTAS MÉDICAS DE ESPECIALIDADES QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA-SP E A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PATROCÍNIO PAULISTA, NOS TERMOS DA LEI MUNICIPAL Nº 2.992/15.

1. DO OBJETO.

1.1. O presente **TERMO DE REPASSE DE SUBVENÇÃO SOCIAL** é feito entre o **Município de Patrocínio Paulista**, com a interveniência e anuência do controlador interno José Carlos de Almeida, portador do RG. 10.525.818, doravante designado **MUNICÍPIO**; e a **Santa Casa de Misericórdia de Patrocínio Paulista-SP**, com a interveniência e anuência do Diretor e Vice Diretor Clínico, bem como Diretor Técnico, representado pelos Drs. Luciano Barcellos, José Mauro Barcellos e Cristóvão Barcellos Júnior, designado **SANTA CASA**; e tem por objetivo:

1.1.1. O auxílio para manutenção de despesas de **EXAMES DE RADIOLOGIA, ULTRASONOGRAFIAS E CONSULTAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS** para desempenho de ações de saúde, cujos exames serão realizados no Âmbito Hospitalar e as consultas médicas na UBS designada pelo Município; conforme plano de trabalho aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e autoridades, inclusive financeiras, que fica fazendo parte integrante desse termo.

1.2. Declarando-se partes, o **MUNICÍPIO** e a **SANTA CASA** somarão esforços para bem atender a comunidade “patrocínense” referenciado pela Secretaria Municipal de Saúde e aqueles que a Legislação impõe, viabilizando a realização de radiologias, ultrassonografias, realizadas nas dependências da “Santa Casa” e consultas médicas de especialidades, essas últimas prestadas na UBS que o Município indicar para desempenho de ações de saúde do Município.

2. DO PLANO OPERATIVO.

2.1. O Plano Operativo, que constitui parte integrante e essencial deste Termo, deverá ser executado de acordo com as condições estabelecidas, devidamente aprovado pelas autoridades competentes, inclusive financeiras.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910 – FAX (16) 3145-1911

CNPJ 45.318.185/0001-15

2.2. O Plano Operativo e o Plano de Trabalho previamente aprovados:

2.2.1. O aprimoramento dos processos de humanização dos atendimentos e realização dos exames;

2.3. A manutenção de despesas para realização de exames de radiologia, ultrassonografias, realizadas nas dependências da “Santa Casa” e consultas médicas de especialidades, essas últimas prestadas na UBS que o Município indicar para desempenho de ações de saúde do Município, conforme plano de trabalho aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e autoridades, inclusive financeiras, que fica fazendo parte integrante desse termo.

2.4. Conforme discriminação em tabelas abaixo, as RADIOGRAFIAS, ULTRASONOGRAFIAS E CONSULTAS MÉDICAS DE ESPECIALIDADES NA UBS, conforme discriminados no plano de trabalho:

Tabela I. Descrição de valores para repasse mensal.

RECURSOS FINANCEIROS PREVISTOS NA CLAUSULA TERCEIRA	
SUBCLAUSULA	VALOR MENSAL
Custeio de serviços de consultas médicas de especialidades na UBS	R\$ 34.000,00
Ultrassonografias	R\$ 4.000,00
Exames de RX diversos	R\$ 5.000,00
TOTAL	R\$ - 43.000,00

3. DOS RECURSOS FINANCEIROS E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA.

3.1. Os recursos destinados a atender ao presente termo de despesas de realização de exames radiologias, ultrassonografias, realizadas nas dependências da “Santa Casa” e consultas médicas de especialidades prestadas na UBS que o Município indicar para desempenho de ações de saúde do Município, originar-se-ão do Fundo Municipal de Saúde de Patrocínio Paulista, próprio e repassados pelo Fundo Nacional de Saúde, totalizando o valor mensal de **R\$ 43.000,00 (quarenta e três mil reais)**.

3.2. O repasse será feito mensalmente até o dia 10 de cada mês subsequente e conforme a disponibilidade de caixa, de acordo com as dotações existentes no orçamento vigente, cuja despesa correrá as seguintes dotações orçamentárias: 02.04.01 – Serviços de Saúde – 10.302.0008.2007.0000 – Manutenção dos Serviços de Assistência Médica – 3.3.50.43.00 – Subvenções Sociais.

3.3. O presente termo não implica em quitação, concordância, composição total ou parcial de pendências financeiras com a instituição



PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910 – FAX (16) 3145-1911

CNPJ 45.318.185/0001-15

4. OBRIGAÇÕES DA SANTA CASA

4.1. Prestar contas mensalmente dos gastos autorizados, sob as penas de bloqueio dos demais repasses subsequentes de acordo com as normas do TCE/SP, nos termos da Instrução 02/05 e a Lei Complementar 709/93 do Egrégio Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, após a aprovação das prestações de contas por parte do Conselho Municipal de Saúde do Município, haverá o pagamento pela realização dos exames acima e consultas médicas de especialidades.

4.2. Informar ao usuário sobre o padrão de qualidade e o caráter público das ações a que tem direito.

4.3. Prestar todo e qualquer esclarecimento ou informações solicitadas por órgãos municipais seja verbal e/ou por escrito, salvo sigilo imposto por lei e normas de órgãos de classe.

4.4. Manter contabilidade e registro atualizado em boa ordem à disposição dos agentes públicos, no local da execução, e ainda manter registros contábeis específicos, relativos aos recebimentos de recursos oriundos do presente termo de repasse social.

4.5. Afixar em local público, na SANTA CASA, o certificado de parceria entre a Santa Casa de Misericórdia de Patrocínio Paulista-SP e o Município de Patrocínio Paulista-SP.

5. DA VIGÊNCIA.

O presente termo vigorará de 01 de novembro de 2015 a 31 de dezembro de 2015, podendo ser prorrogado, mediante termo aditivo, com a devida autorização legislativa.

6. DOS INSTRUMENTOS DE CONTROLE

6.1. A Comissão de Acompanhamento do Convênio, mensalmente, deverá avaliar o nível de desempenho dos profissionais médicos e demais serviços na execução do presente, no tocante ao cumprimento das metas estabelecidas e seus objetivos.

6.2. A Comissão de Acompanhamento do Convênio será constituída, através de ato específico do MUNICÍPIO, emitido em até 15 (quinze) dias após a assinatura deste instrumento, cabendo à SANTA CASA, neste prazo, indicar à Secretaria Municipal de Saúde seus representantes que, obrigatoriamente, deverão ser 01 (um) membro da



PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910 – FAX (16) 3145-1911

CNPJ 45.318.185/0001-15

administração municipal, 01 (um) membro representante da SANTA CASA e 01 membro, representando a comunidade.

6.3. A SANTA CASA e o MUNICÍPIO, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, ficam obrigados a, mensal e rotineiramente, disponibilizar a Comissão de Acompanhamento do Convênio todas as informações e documentos necessários para que possa executar, de modo correto as suas atribuições, seguindo os seguintes critérios:

6.3.1. Havendo desconformidade do pactuado, para mais ou para menos, pela Comissão de Acompanhamento do Convênio, deverá ser encaminhado relatório a Secretaria Municipal de Saúde que submeterá ao Conselho Municipal de Saúde a questão;

6.4. As eventuais alterações nos repasses financeiros previstos nesta cláusula, ainda que menores ou insuficientes, far-se-ão mediante a aprovação do Conselho Municipal de Saúde e a celebração de termo aditivo ao convênio, não estão incluídas as verbas rescisórias e reflexos, que serão calculados e repassados somente se ocorrer às hipóteses, comunicado a Secretaria de Saúde para complementação.

6.5. Caberá à Comissão, baseada nas informações recebidas, emitir relatório mensal, conclusivo, a partir do primeiro mês de vigência do convênio, indicando o percentual de metas atingidas pelos médicos à SANTA CASA, para ambas as partes contratantes.

6.6. O MUNICÍPIO, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, deverá apresentar, mensalmente, ao Conselho Municipal de Saúde, os relatórios mensais emitidos pela Comissão de Acompanhamento do Convênio.

6.7. O controle realizado pelo Conselho Municipal de Saúde não impede e nem substitui as atividades próprias do Sistema Nacional de Auditoria (federal, estadual e municipal), inclusive auditoria interna do Município.

6.8. A execução do presente TERMO será avaliada pelos órgãos competentes do “SUS” mediante procedimentos de supervisão indireta ou local.

7. DA RESCISÃO E DA RENÚNCIA.

O presente termo poderá, a qualquer tempo e por iniciativa de qualquer das partes, ser denunciado mediante notificação prévia de 30 (trinta) dias, ressalvada a hipótese de rescisão por descumprimento de suas cláusulas ou infração legal. Em qualquer caso



PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910 – FAX (16) 3145-1911

CNPJ 45.318.185/0001-15

responderá cada partícipe pelas obrigações assumidas, até a data do rompimento do convênio, desde que haja repasse financeiro.

8. DA PUBLICAÇÃO E TRANSPARÊNCIA.

A eficácia desse termo fica condicionada a publicação do respectivo extrato no órgão de imprensa oficial do município ou publicação em átrio, em caso de dispensa por previsão em Lei Municipal, no prazo de 65 (sessenta e cinco) dias a contar da data de sua assinatura, bem como será prestadas as contas à população nos termos da exigência da Lei.

9. DO FORO.

Fica eleito o foro da Comarca de Patrocínio Paulista-SP para dirimir quaisquer questões resultantes da execução desse convênio.

E, por estarem de acordo com as cláusulas e condições ajustadas, firmam o presente em duas vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Patrocínio Paulista - SP, 11 de novembro de 2015.

Marcos Antônio Ferreira
Prefeito Municipal

Emílio Bertoni
Provedor da “Santa Casa”

Intervenientes e anuentes:

José Carlos de Almeida
Controlador Interno
RG. 10.525.818

Dr. Luciano Barcellos
Diretor Clínico
CRM-SP 63431



PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910 – FAX (16) 3145-1911

CNPJ 45.318.185/0001-15

Dr. José Mauro Barcellos
Vice-Diretor Clínico
CRM-SP 43596

Dr. Cristóvão Barcellos Júnior
Diretor Técnico
CRM-SP 45164

TESTEMUNHAS:

1: _____

2: _____