



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 32/15.

PROCESSO Nº. 7027/2015.

TERMO DE REPASSE DE SUBVENÇÃO SOCIAL PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA-SP E A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PATROCÍNIO PAULISTA, PARA CUSTEIO, NOS TERMOS DA LEI MUNICIPAL Nº 2.992/2015.

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 **CUSTEIO**, material de consumo, serviços de terceiros e recursos humanos para desempenho de ações de saúde, no **Âmbito Hospitalar**; 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 o material de consumo, serviços de terceiros e recursos humanos para desempenho de ações de saúde, no **Âmbito Hospitalar**.

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.

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



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

2.2.1. O aprimoramento dos processos de humanização dos atendimentos referenciados e impostos pela legislação em vigor;

2.3. A manutenção de despesas de **CUSTEIO**, material de consumo, serviços de terceiros e recursos humanos para desempenho de ações de saúde, no Âmbito Hospitalar; conforme plano de trabalho aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e autoridades, inclusive financeiras, que fica fazendo parte integrante desse termo.

3. DOS RECURSOS FINANCEIROS E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA.

3.1. Os recursos destinados a atender ao presente termo de despesas de **CUSTEIO**, material de consumo, serviços de terceiros e recursos humanos para desempenho de ações de saúde, no Âmbito Hospitalar; 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\$ 185.000,00 (cento e oitenta e cinco mil reais)**, para os meses de novembro e dezembro de 2015.

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.

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 pelo serviço prestado.

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.



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

4.4. 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 convênio

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 serviços e na aquisição de material na execução do presente.

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 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, 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 para os casos



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

em que houver contrato de trabalho, 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 termo de repasse.

6.6. A SANTA CASA apresentará ao MUNICÍPIO as justificativas, inclusive com comprovação documental, a insuficiência dos recursos, para que não ocorram sanções desmotivadas à SANTA CASA e promova sua adequação pelo MUNICÍPIO.

6.7. 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 Termo de Repasse.

6.8. 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.

6.9. 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 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.



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

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

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

Dr. Cristóvão Barcellos Júnior
Diretor Técnico
CRM-SP 45164

TESTEMUNHAS:

1: _____

2: _____