



**SÃO BENTO
DO SAPUCAÍ**
PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO

Rua Coronel Ferreira Júnior, 55

Centro - CEP: 12.490-000

www.saobentodosapucaí.sp.gov.br | (12) 3971-2441

cs3@saobentodosapucaí.sp.gov.br

CONVÊNIO

Convênio n° 01/2019

Convênio de assistência à saúde, que entre si celebram o Município de São Bento do Sapucaí, Estado de São Paulo e a Santa Casa de Misericórdia de São Bento do Sapucaí.

Pelo presente instrumento, os abaixo-assinados, de um lado o Município de São Bento do Sapucaí, neste ato apresentado por sua Prefeita Municipal, Senhora Ana Catarina Martins Bonassi, com sede na Av. Sebastião de Mello Mendes, 511, Jardim Santa Terezinha, São Bento do Sapucaí, SP, daqui por diante doravante denominado **MUNICÍPIO** e, de outro lado, o(a) Santa Casa de Misericórdia, CNPJ n° 59.086.215/0001-10, inscrita no CREMESP sob n° 001.543, com endereço na cidade de São Bento do Sapucaí na Praça General Marcondes Salgado, n° 34, São Bento do Sapucaí e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas de São Bento do Sapucaí, em 16/03/1985, sob n° 09 neste ato representado (a) por seu provedor, Sr. Luiz Fernando Ferreira, brasileiro, casado, funcionário público, RG. n° 2.653.512 -, CPF n° 140.226.808-49, doravante denominado (a) **CONVENIADA**, tendo em vista o que dispõe sobre a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e seguintes; a Constituição Estadual, em especial os seus artigos 218 e seguintes; as Leis n° 8080/90 e 8142/90, a Lei Federal n° 8666/93 e alterações posteriores e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, têm 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 a execução, pela **CONVENIADA**, de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais a serem prestados a qualquer indivíduo que deles



**SÃO BENTO
DO SAPUCAÍ**
PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO

Rua Coronel Ferreira Júnior, 55

Centro - CEP: 12.490-000

www.saobentodosapucaí.sp.gov.br | (12) 3971-2441

cs3@saobentodosapucaí.sp.gov.br

necessite, observada a sistemática de referência e contra-referência do Sistema Único de Saúde - SUS, sem prejuízo da observância do sistema regulador de urgências/emergências quando for o caso.

§ 1º. Os serviços ora conveniados encontram-se discriminados no Plano Operativo e Anexo I, que integra o presente convênio, para todos os efeitos legais.

§ 2º - Os serviços ora conveniados estão referidos a uma base territorial populacional, conforme Plano de Saúde da **SECRETARIA** e 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.

§ 3º - 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.

CLÁUSULA SEGUNDA DAS ESPÉCIES DE INTERNAÇÃO

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

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

§ 1º - A internação eletiva somente será efetuada pela **CONVENIADA** mediante a apresentação de laudo médico autorizado por profissional do SUS, ou da respectiva Autorização de Internação Hospitalar.

§ 2º - A internação de emergência ou de urgência será efetuada pela **CONVENIADA** sem a exigência prévia de apresentação de qualquer documento.



§ 3º - Nas situações de urgência ou de emergência o médico da **CONVENIADA** procederá ao exame do paciente e avaliará a necessidade de internação, emitindo laudo médico que será enviado, no prazo de 2 (dois) dias úteis, ao órgão competente do SUS para autorização de emissão de AIH (Autorização de Internação Hospitalar), também no prazo de 2 (dois) dias úteis.

§ 4º - 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** se obriga a oferecer ao paciente os recursos necessários ao seu atendimento, conforme discriminação abaixo:

I - Assistência médico-ambulatorial.

1 - Atendimento médico, 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 do § 1º da Cláusula Primeira;

2 - Assistência social;

3 - Atendimento odontológico, quando disponível;

4 - Assistência farmacêutica, de enfermagem, de nutrição, e outras, quando indicadas.

II - Assistência técnico-profissional e hospitalar:

1 - Todos os recursos disponíveis, na instituição conveniada, de diagnóstico e tratamento necessários ao atendimento dos usuários do SUS;

2 - Encargos profissionais (incluindo plantonistas) e nosocomiais necessários;

3 - Utilização de sala de cirurgia e de material e serviços do centro cirúrgico e instalações correlatas;

4 - Medicamentos receitados e outros materiais utilizados, sangue e hemoderivados;



SÃO BENTO DO SAPUCAÍ

PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO

Rua Coronel Ferreira Júnior, 55

Centro - CEP: 12.490-000

www.saobentodosapucaí.sp.gov.br | (12) 3971-2441

cs3@saobentodosapucaí.sp.gov.br

- 5 - Serviços de enfermagem;
- 6 - Serviços gerais;
- 7 - Fornecimento de roupa hospitalar;
- 8 - Alimentação com observância das dietas prescritas; e
- 9 - 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 OBRIGAÇÕES 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, são admitidos nas dependências da **CONVENIADA** para prestar serviços.

§ 1º- 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, se por esta autorizado.

§ 2º- 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.

§ 3º- 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;



SÃO BENTO DO SAPUCAÍ

PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO

Rua Coronel Ferreira Júnior, 55

Centro - CEP: 12.490-000

www.saobentodosapucaí.sp.gov.br | (12) 3971-2441

cs3@saobentodosapucaí.sp.gov.br

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**; e

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** acrescentar à conta hospitalar as diárias do acompanhante, correspondentes ao alojamento e alimentação.

§ 4º- Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidos pela **SECRETARIA** sobre a execução do objeto deste **CONVÊNIO**, os **CONVENIENTES** 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 à **CONVENIADA**.

§ 5º- 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 **SECRETARIA** ou para o **Ministério da Saúde**.

§ 6º- A **CONVENIADA** se obriga a informar, diariamente, à **SECRETARIA**, o número de vagas de internação disponíveis, a fim de manter atualizado o sistema de regulação do SUS

§ 7º- A **CONVENIADA** fica 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 à ajustada neste **CONVÊNIO**, sem direito a cobrança de sobrepreço.

§ 8º- 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 QUINTA

OUTRAS OBRIGAÇÕES DA CONVENIADA

A CONVENIADA ainda se obriga a:

I - Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo máximo de 05 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;

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 **SECRETARIA**

XIII - Notificar a **SECRETARIA**, por sua instância situada na jurisdição do Conveniado, de eventual alteração de seus **Estatutos** ou de sua Diretoria, enviando-lhe, no prazo de



SÃO BENTO DO SAPUCAÍ

PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO

Rua Coronel Ferreira Júnior, 55

Centro - CEP: 12.490-000

www.saobentodosapucaí.sp.gov.br | (12) 3971-2441

cs3@saobentodosapucaí.sp.gov.br

60 (sessenta) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos; e

XIV - A **CONVENIADA** fica obrigado a fornecer, ao paciente, relatório do atendimento prestado, com os seguintes dados:

- 1- Nome do paciente;
- 2- Nome do hospital;
- 3- Localidade (Estado/Município);
- 4- Motivo da internação;
- 5- Data da internação;
- 6- Data da alta;
- 7- Tipo de Órtese, Prótese, material e Procedimentos Especiais utilizados, quando for o caso e
- 8- Diagnóstico pelo Código Internacional de Doenças (CID) na versão vigente à época da alta.

Parágrafo único - O cabeçalho do documento conterà o seguinte esclarecimento: *"Esta conta será paga pelo SUS, com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais, sendo expressamente vedada a cobrança, diretamente do usuário, de qualquer valor, a qualquer título"*.

CLÁUSULA SEXTA

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.

§ 1º- 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 de mais legislação existente.

§ 2º- A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados 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 SÉTIMA -

DO PREÇO

O CONVENIADO receberá mensalmente, do Município os recursos para a cobertura dos serviços conveniados referente aos parágrafos 1º, 2º, e 3º observando-se as metas quantitativas e qualitativas, descritas no Plano Operativo anexo. Os recursos são provenientes do FUNDO NACIONAL DE SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE, partes integrantes do teto do Estado de São Paulo e serão repassados na seguinte conformidade:

§ 1º As despesas decorrentes do atendimento ambulatorial e SADT, consignadas no Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS e hospitalar, consignados no Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS, da assistência de **ALTA COMPLEXIDADE**, tem o valor anual fixado em R\$ XXXXXXXXXX (XXXXXXXXXX), que será repassado em parcelas fixas duodecimais, sendo R\$XXXXXXXXXXXX (XXXXXXXXXX) mensais para os procedimentos ambulatoriais e XXXXXXXXXX (XXXXXXXXXXXX) mensais para os procedimentos hospitalares, conforme programação anexa.

§ 2º As despesas decorrentes do atendimento ambulatorial e SADT, consignadas no Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS e hospitalar, consignados no Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS, da assistência para os procedimentos identificados como **AÇÕES ESTRATÉGICAS**, tem o valor anual estimado em R\$XXXXXXXXXXXX (XXXXXXXXXXXXXXXX), que serão repassados de acordo com a produção mensal aprovada, estimada em R\$XXXXXXXXXXXX (XXXXXXXXXX) mensais para os procedimentos ambulatoriais e R\$XXXXXXXXXXXX (XXXXXXXXXX) mensais para os procedimentos hospitalares, conforme programação anexa.

§ 3º. O conveniado receberá ainda os recursos pré-fixados, correspondente às ações de **MÉDIA COMPLEXIDADE, INTEGRASUS, IAPI e IAC**, no montante anual de R\$ XXXXXXXXXX (XXXXXXXXXX), em parcelas fixas duodecimais de R\$ XXXXXXXXXX (XXXXXXXXXXXX).

I. As despesas descritas no caput deste parágrafo serão repassadas de acordo com o Art 7º da Portaria GM/MS nº 3.123 de 7/12/06.

§ 4º. Além das despesas financeiras destacadas nesta Cláusula é necessário à cobertura das despesas previstas



**SÃO BENTO
DO SAPUCAÍ**
PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO

Rua Coronel Ferreira Júnior, 55

Centro - CEP: 12.490-000

www.saobentodosapucaí.sp.gov.br | (12) 3971-2441

cs3@saobentodosapucaí.sp.gov.br

neste **CONVÊNIO**, sob responsabilidade orçamentária DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENTO DO SAPUCAÍ E DO MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNDO NACIONAL DE SAAÚDE, o **MUNICÍPIO** poderá repassar, ao **CONVENIADO**, recursos complementares, mediante termos aditivos que integrarão o presente para todos os efeitos e consignarão as épocas, valores e formas dos repasses devidos em função do desenvolvimento tecnológico, do grau de complexidade da assistência prestada, da introdução e adequação de novas tecnologias e do desempenho assistencial e gerencial.

§ 5°. As metas dispostas no Plano Operativo, parte integrante do presente instrumento serão avaliadas semestralmente por uma comissão composta por representantes determinados pelo Plano Operativo, cabendo ao hospital fornecer os documentos solicitados para a referida avaliação.

§ 6°. As despesas de que tratam os parágrafos anteriores serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.

§ 7°. 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 ou de alta complexidade, na mesma proporção, índices e épocas determinados pelo Ministério da Saúde.

§ 8° - A comissão de avaliação citada no § 5° deverá ser criada pela Secretaria Municipal de Saúde, em até 15 dias após a assinatura desse termo cabendo ao Hospital, neste prazo, indicar o nome dos seus representantes.

§ 9°. O Conveniado obriga-se a apresentar as informações regulares do SIA e do SIH / SUS, ou outros sistemas porventura implantados pelo Ministério da Saúde, solicitados pela Secretaria Estadual da Saúde."

CLÁUSULA OITAVA

DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

As despesas dos serviços realizados por força deste **CONVÊNIO**, nos termos e limites do documento "Autoriza-



SÃO BENTO DO SAPUCAÍ

PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO

Rua Coronel Ferreira Júnior, 55

Centro - CEP: 12.490-000

www.saobentodosapucaí.sp.gov.br | (12) 3971-2441

cs3@saobentodosapucaí.sp.gov.br

ção de Pagamento" fornecido pelo Ministério da Saúde, correção, no presente exercício, à conta de dotação consignada nos orçamentos do Ministério da Saúde, responsável pela cobertura dos serviços conveniados, devendo onerar o programa de trabalho 10.302.0023.4307 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EMERGENCIAL E HOSPITALAR PRESTADO PELA REDE CADASTRADA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS e da Prefeitura Municipal de São Bento do Sapucaí devendo onerar:

5 - SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO

05 - DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

3.3.50.39.05.302 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO PESSOA JURÍDICA

§ 1º - O MUNICÍPIO, mediante Autorização de Pagamento é a unidade orçamentária responsável pelo repasse de recursos para o pagamento dos serviços conveniados de "Média Complexidade, Alta complexidade e Estratégicos", até o montante declarado em documento administrativo - financeiro fornecido pelo Ministério da Saúde ao **Município**.

§ 2º - Nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão à conta das dotações próprias que forem aprovadas para os mesmos nos orçamentos do MUNICÍPIO e do Ministério da Saúde.

CLÁUSULA NONA

DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

As despesas estipuladas neste convênio serão pagas da seguinte forma:

I - A Entidade Conveniada apresentará, semestralmente, à Secretaria, as faturas e os documentos referentes aos serviços conveniados efetivamente prestados, obedecendo, para tanto, o procedimento e os prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde em conformidade com o cronograma estabelecido Ministério da Saúde;



**SÃO BENTO
DO SAPUCAÍ**
PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO

Rua Coronel Ferreira Júnior, 55

Centro - CEP: 12.490-000

www.saobentodosapucaí.sp.gov.br | (12) 3971-2441

cs3@saobentodosapucaí.sp.gov.br

II - A **MUNICÍPIO** revisará as faturas e documentos recebidos da Entidade Conveniada, procederá ao pagamento das ações de Média Complexidade, Alta Complexidade e Estratégicos, observando, para tanto, as diretrizes e normas emanadas pelo próprio Ministério da Saúde e pelo **MUNICÍPIO**, nos termos das respectivas competências e atribuições legais;

III - Os laudos referentes à internação 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, ao **CONVENIADO**, recibo, assinado ou rubricado pelo servidor do **MUNICÍPIO**, com aposição do respectivo carimbo funcional;

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

VI - As contas rejeitadas pelo serviço de processamento de dados, ou pela conferência técnica e administrativa, serão devolvidas ao **CONVENIADO** para as correções cabíveis, devendo ser reapresentadas no prazo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde. 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 do **MUNICÍPIO**, está garantirá ao **CONVENIADO** 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;



SÃO BENTO DO SAPUCAÍ

PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO

Rua Coronel Ferreira Júnior, 55

Centro - CEP: 12.490-000

www.saobentodosapucaí.sp.gov.br | (12) 3971-2441

cs3@saobentodosapucaí.sp.gov.br

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

CLÁUSULA DÉCIMA

DA OBRIGAÇÃO DE PAGAR

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

Parágrafo Único - O MUNICÍPIO 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 DÉCIMA PRIMEIRA

DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

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

§ 1º- Poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada.

§ 2º- Anualmente, o **MUNICÍPIO** vistoriará as instalações da **CONVENIADA** para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas da **CONVENIADA** comprovadas por ocasião da assinatura deste convênio.

§ 3º- Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da **CONVENI-**



ADA poderá ensejar a não prorrogação deste convênio ou a revisão das condições ora estipuladas.

§ 4º- A fiscalização exercida pela **MUNICÍPIO** sobre serviços ora conveniados não eximirá a **CONVENIADA** da sua plena responsabilidade perante o **MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA** ou para com os pacientes e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do convênio.

§ 5º- A **CONVENIADA** facilitará ao **MUNICÍPIO** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da **MUNICÍPIO** designados para tal fim.

§ 6º- Em qualquer hipótese é assegurado à **CONVENIADA** amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da lei federal de licitações e contratos administrativos e o direito à interposição de recursos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA
DAS PENALIDADES

A inobservância, pela **CONVENIADA**, de cláusula ou obrigação constante deste convênio, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **SECRETARIA**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no parágrafo 2º do artigo 7º da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.286/93, ou seja:

- a) Advertência;
- b) Suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a Administração por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- c) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração, enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida desde que ressarcida a Administração dos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base na alínea anterior.



d) Multa a ser cobrada segundo os termos da Resolução SS n° 46 de 10 de abril de 2002 ou seu sucedâneo.

§ 1°- A imposição das penalidades previstas nesta Cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu e dela será notificado A **CONVENIADA**.

§ 2°- As sanções previstas nas alíneas a, b e c desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea d.

§ 3°- Da aplicação das penalidades a **CONVENIADA** terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis, a partir da data da publicação, para interpor recurso dirigido diretamente ao Secretário de Estado da Saúde.

§ 4°- O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONVENIADA** e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos pelo **MUNICÍPIO** à **CONVENIADA**, garantindo a esta o pleno direito de defesa em processo regular.

§ 5°- A imposição de qualquer das sanções estipuladas, nesta cláusula, não ilidirá o direito do **MUNICÍPIO** exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal, e/ou ética do autor do fato.

§ 6°. A violação ao disposto nos incisos 2 e 3 do § 3° da cláusula quarta deste convênio, sujeitará a **CONVENIADA** às sanções previstas neste artigo, ficando o **MUNICÍPIO** autorizada a reter, do montante devido à **CONVENIADA**, o valor indevidamente cobrado, para fins de ressarcimento do usuário do Sistema Único de Saúde, por via administrativa, sem prejuízo do disposto no parágrafo 4° desta cláusula.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA
DA RESCISÃO



SÃO BENTO DO SAPUCAÍ

PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO

Rua Coronel Ferreira Júnior, 55

Centro - CEP: 12.490-000

www.saobentodosapucaí.sp.gov.br | (12) 3971-2441

cs3@saobentodosapucaí.sp.gov.br

A RESCISÃO obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

§ 1º- A **CONVENIADA** reconhece os direitos do **MUNICÍPIO**, em caso de rescisão administrativa prevista no parágrafo primeiro do artigo 79 da Lei Federal nº 8.666/93, alterada pela Lei Federal nº 8.883/94.

§ 2º- Em caso de rescisão, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 90 (noventa) dias para ocorrer a rescisão. Se, neste prazo, a **CONVENIADA** negligenciar a prestação dos serviços ora conveniados a multa poderá ser duplicada.

§ 3º- Poderá o Conveniado rescindir o presente Convênio no caso de descumprimento pelo Ministério da Saúde, ou pela Secretaria, de suas obrigações aqui previstas, em especial, no caso de atraso superior a 90 (noventa) dias dos pagamentos devidos pelo Ministério da Saúde. Caberá ao Conveniado notificar o **MUNICÍPIO**, formalizando a rescisão e motivando-a devidamente, informando do fim da prestação dos serviços conveniados no prazo de 90 (noventa) dias a partir do recebimento da notificação.

§ 4º- Em caso de rescisão do presente convênio por parte do **MUNICÍPIO** não caberá à **CONVENIADA** direito a qualquer indenização, salvo na hipótese do artigo 79, parágrafo segundo, da Lei Federal nº 8666/93, alterada pela Lei Federal nº 8883/94.

§ 5º- O presente **CONVÊNIO** rescinde os contratos e convênios anteriores, celebrados entre o **MUNICÍPIO** e a **CONVENIADA**, que tenham como objeto a prestação de serviços de assistência à saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA

DOS RECURSOS PROCESSUAIS



**SÃO BENTO
DO SAPUCAÍ**
PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO

Rua Coronel Ferreira Júnior, 55

Centro - CEP: 12.490-000

www.saobentodosapucaí.sp.gov.br | (12) 3971-2441

cs3@saobentodosapucaí.sp.gov.br

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

§ 1º- Da decisão da Prefeita Municipal que rescindir o presente convênio cabe, inicialmente, pedido de reconsideração, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA
DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

O prazo de vigência do presente **CONVÊNIO** será de até 60 (sessenta) meses, tendo por termo inicial a data de sua assinatura.

Parágrafo Único - A continuação da prestação de serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao presente, respeitado o prazo de vigência do convênio, estipulado no **caput**, fica condicionada à aprovação das dotações próprias para as referidas despesas no orçamento do **MUNICÍPIO**.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA
DAS ALTERAÇÕES

Qualquer alteração do presente **CONVÊNIO** será objeto de Termo Aditivo, na forma da legislação referente a licitação e contratos administrativos.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA
DA PUBLICAÇÃO



**SÃO BENTO
DO SAPUCAÍ**
PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO

Rua Coronel Ferreira Júnior, 55

Centro - CEP: 12.490-000

www.saobentodosapucaí.sp.gov.br | (12) 3971-2441

cs3@saobentodosapucaí.sp.gov.br

O presente **CONVÊNIO** será publicado, por extrato, no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.


CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA

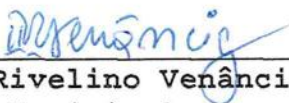
DO FORO

As partes elegem o Foro da Capital do MUNICÍPIO DE SÃO BENTO DO SAPUCAÍ com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do presente **CONVÊNIO** que não puderem ser resolvidas pelas partes e pelo Conselho Estadual de Saúde.


E por estarem as partes justas e conveniadas, 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.


São Paulo, 01 de janeiro de 2.019


Luiz Fernando Ferreira
Conveniado


Ronaldo Rivelino Venâncio
Prefeito Municipal

TESTEMUNHAS:


Antonio Marcos da Rosa Leite
ENFERMEIRO
COREN/SP: 283.631


Ana Catarina Martins Bonassi
Secretária Municipal de Saúde