



**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) 3971-2443

cs3@saobentodosapucaí.sp.gov.br

CONVÊNIO n° 001/2024

Convênio de assistência à saúde, que entre si celebram o Município de São Bento do Sapucaí 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, CNPJ n° 45.195.823/0001-58, neste ato apresentado por sua Prefeita Municipal, Senhora Ana Catarina Martins Bonassi, CPF 005.423.468-93 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, a Santa Casa de Misericórdia de São Bento do Sapucaí, CNPJ n° 59.086.215/0001-10, inscrita no CREMESP sob n° 001.543, com endereço 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 representada por seu provedor, Senhor Marcos Lourenço Pereira, CPF 005.290.048-79, doravante denominada **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° 14.133/21 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 ser prestado a qualquer indivíduo que deles 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.

SCAN



**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

§ 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;

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;
- 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 **CONVENIO**; 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** acrescer à conta hospitalar as diárias do acompanhante, correspondentes ao alojamento e alimentação.



**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

§ 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;



**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

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 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; e

XIV - **A CONVENIADA** fica obrigada 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



**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

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

A **CONVENIADA** receberá mensalmente, do Município os recursos para a cobertura dos serviços conveniados referente ao parágrafo 1º observando-se as metas quantitativas e qualitativas, descritas no Plano Operativo, anexo a este instrumento. 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:



**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

§ 1º. A CONVENIADA receberá os recursos pré-fixados, correspondente às ações de **MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADES (MAC)**, no montante anual de R\$ 1.410.425,88 (um milhão, quatrocentos e dez mil, quatrocentos e vinte e cinco reais e oitenta e oito centavos), em parcelas fixas duodecimais de R\$ 117.535,49 (cento e dezessete mil, quinhentos e trinta e cinco reais e quarenta e nove centavos), conforme discriminado abaixo:

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.

§ 2º. Além das despesas financeiras destacadas nesta Cláusula é necessário à cobertura das despesas previstas 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, a CONVENIADA, 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.

§ 3º. 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.

§ 4º. As despesas de que tratam os parágrafos anteriores serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.

§ 5º. 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.

§ 6º - A comissão de avaliação citada no § 3º deverá ser criada pela Secretaria Municipal de Saúde, em até 15 dias após a assinatura desse termo cabendo a Santa Casa 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

Misericórdia de São Bento do Sapucaí, neste prazo, indicar o nome dos seus representantes.

§ 7º. 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 Secretaria Estadual da Saúde”.

CLÁUSULA OITAVA

DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

As despesas dos serviços realizados por força deste **CONVÊNIO**, nos termos e limites do documento "**Autorização 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 e Alta Complexidades (MAC)", 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;

II - O **MUNICÍPIO** revisará as faturas e documentos recebidos da Entidade **CONVENIADA**, procederá ao pagamento das ações de Média e Alta Complexidades (MAC), 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, a **CONVENIADA**, 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, pela **CONVENIADA**, 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 a **CONVENIADA** 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;



**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

VII - Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas, por culpa do **MUNICÍPIO**, está garantirá a **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;

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, à 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 **CONVENIADA** poderá ensejar a não prorrogação deste convênio ou a revisão das condições ora estipuladas.

§ 4º- A fiscalização exercida pelo **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 do **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 DE SAÚDE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 90 (§ 5º), 155, 156 e 162 da Lei Federal nº 14.133/21 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 nº 46 de 10 de abril de 2002 ou seu sucedâneo.

§ 1º- 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**.

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

§ 3º- 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.

§ 4º- 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.

§ 5º- 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.

§ 6º- A violação ao disposto nos incisos 2 e 3 do §3º 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 4º desta cláusula.





CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA
DA RESCISÃO

A EXTINÇÃO obedecerá às disposições contidas nos artigos 137 a 139 da Lei Federal nº 14.133/21 e alterações posteriores.

§ 1º- A **CONVENIADA** reconhece os direitos do **MUNICÍPIO**, em caso de extinção administrativa prevista no parágrafo primeiro do artigo 138 da Lei Federal nº 14.133/21.

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

§ 3º- Poderá a **CONVENIADA** extinguir 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 a **CONVENIADA** notificar o **MUNICÍPIO**, formalizando a extinção 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 extinção do presente convênio por parte do **MUNICÍPIO** não caberá à **CONVENIADA** direito a qualquer indenização, salvo na 14.133/21.

§ 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 extinguir 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 01/01/2024 e final 31/12/2028.

Parágrafo Único - A continuação da prestação de serviços nos exercícios financeiros subseqüentes 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 à 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 Município, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

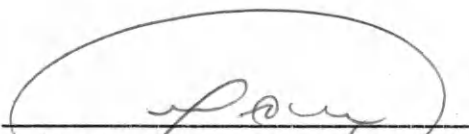
CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA

DO FORO

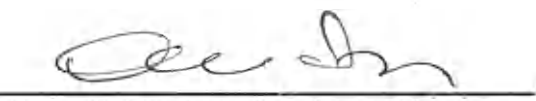
As partes elegem o Foro do MUNICÍPIO DE SÃO BENTO DO SAPUCAÍ com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do presente **CONVÊNIO** que não puderem ser resolvidas pelas partes e pelo Conselho Estadual de Saúde.

E por estarem às 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 Bento do Sapucaí, 29 de dezembro de 2.023

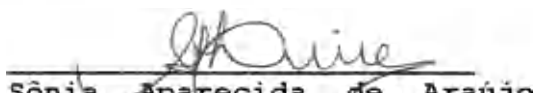


Marcos Lourenço Pereira
CONVENIADA
PROVEDOR

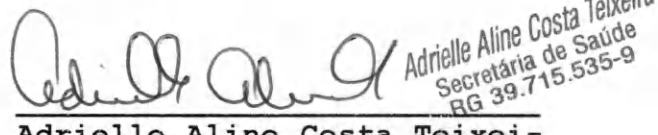


Ana Catarina Martins Bonassi
MUNICÍPIO
PREFEITA MUNICIPAL

TESTEMUNHAS :



**Sônia Aparecida de Araújo
Lima**
Subsecretária Municipal de
Saúde



Adrielle Aline Costa Teixeira
Secretária de Saúde
RG 39.715.535-9
Adrielle Aline Costa Teixeira
Secretária Municipal de Saúde



TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO

CONVENIENTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENTO DO SAPUCAÍ

CONVENIADA: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BENTO DO SAPUCAÍ

CONVÊNIO N°: 001/2024

OBJETO: Assistência à Saúde - SUS

ADVOGADO (S) / N° OAB:

Dr. LUIZ RODOLFO DA SILVA - OAB n° 293590

Dr. GILBERTO DONIZETI DE SOUZA - OAB n° 199643

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

a) O ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;

b) Poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraíndo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução n° 01/2011 do TCESP;

c) Além de disponíveis no processo eletrônico, 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, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar n° 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;

d) As informações pessoais dos responsáveis pela contratante estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP - CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2° das Instruções n° 01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);

e) É de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e conseqüente publicação;

b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

São Bento do Sapucaí, 29 de dezembro de 2023



**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

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome: Ana Catarina Martins Bonassi

Cargo: Prefeita Municipal

CPF: 005.423.468-93

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:

Pela CONVENENTE:

Nome: Ana Catarina Martins Bonassi

Cargo: Prefeita Municipal

CPF: 005.423.468-93

Assinatura: _____

Pela CONVENIADA:

Nome: Marcos Lourenço Pereira

Cargo: Provedor

CPF: 005.290.048-79

Assinatura: _____

ORDENADORA DE DESPESAS DA CONVENENTE:

Nome: Ana Catarina Martins Bonassi

Cargo: Prefeita Municipal

CPF: 005.423.468-93

Assinatura: _____

GESTORA DO CONVÊNIO:

Nome: Adrielle Aline Costa Teixeira

Cargo: Secretária de Saúde e Saneamento

CPF: 110.685.835-06

Assinatura: _____

Adrielle Aline Costa Teixeira
Secretária de Saúde
RG 39.715.535-9

Advogado:

(*) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.

Documento de encaminhamento obrigatório, instituído pelas Instruções nº 01/2020, do Egrégio Tribunal de Contas do Estado.