

Credenciamento N° /2024

"TERMO DE CREDENCIAMENTO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE FLORINEA – PRIMEIRA CONVENIENTE E [REDACTED], SEGUNDA CONVENIENTE, OBJETIVANDO O DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMA E PARCERIA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE FLORINEA, NO ÂMBITO DO SUS, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CIRURGIAS ELETIVAS, NA FORMA ABAIXO":

Por este instrumento e na melhor forma de direito, o MUNICÍPIO DE FLORINEA, através da Prefeitura Municipal, Estado de São Paulo, situada à Livino Cardoso de Oliveira, 699 – Centro – Florínea/SP, inscrita no CNPJ/MF sob o n°. 44.493.575/0001-69, representado por seu Prefeito Municipal Sr. [REDACTED], brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade RG n.º [REDACTED] - SSP/SP e inscrito no Cadastro Nacional de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda CPF/MF sob o n.º [REDACTED], residente domiciliado na [REDACTED], [REDACTED], doravante denominado MUNICÍPIO, e de outro lado a [REDACTED], pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF n°. [REDACTED], situada na cidade de [REDACTED], na [REDACTED], representado neste ato por [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], doravante denominada ENTIDADE, tendo em vista o que dispõem a Constituição Federal, artigo 196 e seguintes; as Leis Orgânicas da Saúde n.º 8.080/90, em especial artigo 24, 25 e 26 e Lei n.º 8.142/90; a Lei n.º 8.666/93, em especial artigo 116, e suas alterações, no que couber; a Constituição Estadual, artigo 219 e seguintes; a Lei Complementar Estadual n.º 791 e demais disposições legais (Lei Municipal n.º [REDACTED])



Selo Município
Amigo da Família



794/2022 de 26 de maio de 2022) e regulamentares aplicáveis à espécie, resolvem celebrar o presente Convênio.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. - O presente Convênio tem por objeto a execução pela ENTIDADE de CIRURGIAS ELETIVAS hospitalares a serem prestados a usuários do SUS.

1.2. - Os serviços ora conveniados serão ofertados com base nas indicações técnicas de planejamento da saúde, mediante compatibilização da demanda existente, recursos operacionais e disponibilidade dos recursos financeiros do Município de Florínea.

1.3. - Fica fazendo parte integrante deste convênio o PLANO DE TRABALHO (Anexo I), devidamente aprovado e assinado pelas partes convenientes.

1.4. - Constitui objeto do presente Convênio a parceria que se estabelecerá entre o MUNICÍPIO e a ENTIDADE, visando a prestação de serviços de saúde em caráter complementar, através da disponibilização de cirurgias eletivas, dentro das especialidades disponíveis da ENTIDADE e conforme prevê o Plano de Trabalho de Cirurgias eletivas.

1.5. - Os beneficiários das cirurgias eletivas serão estritamente pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS, que estiverem aguardando, em fila de espera junto ao cadastro do Secretaria Municipal de Saúde do MUNICÍPIO, para a realização do procedimento cirúrgico eletivo, custeadas pelo MUNICÍPIO que seguirão sempre que possível os parâmetros da Tabela SUS, tendo parecer e encaminhamento médico.

1.6. - Para efeito deste Convênio, procedimento cirúrgico eletivo é todo aquele atendimento prestado ao usuário em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e indicação de realização cirúrgica, a ser realizada em serviço de saúde ambulatorial/hospitalar com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência.



Selo Município
Amigo da Família



CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E VALORES

2.1. - Os serviços referidos na Cláusula Primeira serão executados pela ENTIDADE segundo o cronograma a ser estabelecido e de acordo com os dados e valores abaixo definidos:

Tabela 1:

ITEM	PROCEDIMENTO	Quant.	VALOR unitário	Valor total
1	SANGRAMENTO UTERINO	1	R\$ 4.539,65	R\$ 4.539,65
2	RETIRADA DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN	1	R\$ 1.123,40	R\$ 1.123,40
3	HISTERECTOMIA TOTAL	3	R\$ 4.539,65	R\$ 13.618,95
4	LEIOMIOMA DE ÚTERO	1	R\$ 458,25	R\$ 458,25
5	INCONTINÊNCIA URINÁRIA	2	R\$ 511,50	R\$ 1.023,00
6	HERNIA INGUINAL	3	R\$ 3.050,30	R\$ 9.150,90
7	HERNIA UMBILICAL	4	R\$ 2.174,95	R\$ 8.699,80
8	COLECISTECTOMIA	3	R\$ 4.981,70	R\$ 14.945,10
9	RTU	1	R\$ 4.257,90	R\$ 4.257,90
VALOR TOTAL ESTIMADO:				R\$ 57.816,95

Parágrafo Primeiro: Os valores a serem pagos seguirão como parâmetro o que segue:

DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	QUANTITAVO VALOR
PROCEDIMENTOS CIRURGICOS DESCRITOS NA TABELA 1.	SIGTAP: SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SUS	05 VEZES A TABELA SUS
DIÁRIA DE UTI – MÉDICO INTENSIVISTA E EQUIPE DE ENFERMAGEM, DIETA COMUM	SIGTAP: SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SUS	03 VEZES A TABELA SUS
EXAMES LABORATORIAIS	TABELA SUS	03 VEZES A TABELA SUS
INTERCONSULTA NA UTI (ESPECIALISTA)	MEDIA DE VALOR DE MERCADO COBRADO PELO PROFISSIONAL MÉDICO	REPASSAR PARA O MUNICÍPIO O MESMO VALOR PAGO PELA SANTA CASA + 20%
DIÁLISE, INCLUINDO MÉDICO E EQUIPE ESPECIALIZADA	MEDIA DE VALOR DE MERCADO COBRADO PELO PROFISSIONAL MÉDICO	REPASSAR PARA O MUNICÍPIO O MESMO VALOR PAGO PELA SANTA CASA + 20%
EXAME GASOMETRIA	TABELA SUS	03 VEZES A TABELA SUS
EXAME TOMOGRAFIA	VALORES APLICADOS PARA O CIVAP – CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL VALE PARANAPANEMA	NORMAL: 300,00 ABDÔMEN TOTAL: R\$ 600,00
EXAME ENDOSCOPIA	MEDIA DE VALOR DE MERCADO COBRADO PELO PROFISSIONAL MÉDICO	REPASSAR PARA O MUNICÍPIO O MESMO



Selo Município
Amigo da Família



		VALOR PAGO PELA SANTA CASA + 20%
NEUROLOGISTA	MEDIA DE VALOR DE MERCADO COBRADO PELO PROFISSIONAL MÉDICO	REPASSAR PARA O MUNICÍPIO O MESMO VALOR PAGO PELA SANTA CASA + 20%
CONSULTA DE AVALIAÇÃO PRÉ-CIRURGICA	SIGTAP: SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SUS	REPASSAR PARA O MUNICÍPIO O MESMO VALOR PAGO PELA SANTA CASA + 20%
TRANSFUSÃO DE SANGUE	VALORES APLICADOS PELA FAMEMA	REPASSAR PARA O MUNICÍPIO O MESMO VALOR PAGO PELA SANTA CASA + 20%
BLOQUEIO PERIDURAL	MEDIA DE VALOR DE MERCADO COBRADO PELO PROFISSIONAL MÉDICO	R\$ 700,00

Parágrafo Segundo: Na hipótese do paciente, durante ou após procedimento cirúrgico, necessitar de exame específico de Ultrassonografia, o Secretaria Municipal de Saúde de deverá autorizar a realização do mesmo por escrito, tendo como referência a seguinte TABELA:

Valores de ultrassom SUS O.S.S Santa Casa de Assis	
Código	Exame
0205020038	Abdômen Superior
0205020038+0205010040	Abdomen c/ Doppler
0205020046	Abdomen Total
0205020046+ 0205010040	Abdomen Total c/ Doppler
205010040	Doppler Aorta Abdominal
0205020046	Retroperitônio (Parede Abdominal)
0205020046+0205010040	Retroperitônio (Parede Abdominal) c/ Doppler
0205020160	Pelvico
0205020160+0205010040	Pelvico c/ Doppler
0205020100	Prostata -Via abdominal
0205020100+0205010040	Prostata -Via abdominal c/ Doppler
0205020119	Prostata Trans-Retal
0205020119+0205010040	Prostata Trans-Retal c/ Doppler
0205020054	Rins, Bexiga e Vias Urinárias
0205010040	Rins, Bexiga e Vias Urinárias c/ Doppler (Renais)



Selo Município
Amigo da Família



CLÁUSULA TERCEIRA - DAS NORMAS GERAIS

3.1. - Os serviços conveniados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento da ENTIDADE.

3.2. - A ENTIDADE, não poderá cobrar das pessoas os atendimentos que forem prestados nos termos deste Convênio.

3.3. - É de responsabilidade exclusiva e integral da ENTIDADE a utilização de pessoal para a execução do objeto deste Convênio, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o MUNICÍPIO, e ainda, a prestação de serviços conveniados não implica vínculo empregatício, nem exclusividade de colaboração entre o MUNICÍPIO e a ENTIDADE.

3.4. - Todas as comunicações serão consideradas como regularmente efetuadas, se entregues mediante protocolo, ou remetidas por telegrama, fax ou correio eletrônico devidamente comprovado por conta, nos endereços dos partícipes.

3.5. - Será encaminhada à Entidade a documentação de autorização para cada cirurgia eletiva, conforme Plano de Trabalho anexo.

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES E COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO

4.1. - Caberá ao MUNICÍPIO:

- a) Elaborar todos os documentos necessários a implementação das cirurgias eletivas, objeto deste convênio em conformidade com a legislação aplicável;
- b) Providenciar e custear os exames pré-operatórios;
- c) Analisar as prestações de contas da ENTIDADE;
- d) Efetuar avaliação, controle e fiscalização através de técnicos do Secretaria Municipal de Saúde, mediante procedimento de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste Convênio;



Selo Município
Amigo da Família



- e) Proceder com a auditoria das contas apresentadas e emitir parecer autorizando o pagamento à entidade;
- f) Apresentar junto à ENTIDADE, em tempo hábil, a documentação e qualificação do paciente para a realização da cirurgia.
- g) Comunicar a ENTIDADE, 30 (trinta) dias antes do término da vigência deste Convênio, sobre o interesse ou desinteresse do MUNICÍPIO em efetuar a prorrogação do mesmo.
- h) Apresentar junto à ENTIDADE, em tempo hábil, a documentação e qualificação do paciente para a realização da cirurgia.
- i) Custear a consulta de avaliação pré-cirúrgica no valor de uma tabela SUS.

CLÁUSULA QUINTA - OBRIGAÇÕES E COMPETÊNCIAS DA ENTIDADE

5.1. - Caberá à ENTIDADE:

- a) Cumprir as metas de atendimentos previstas no Plano de Trabalho anexo;
- b) Prestar serviços de saúde através da disponibilidade de cirurgias eletivas, respeitando-se as especialidades e a quantidade mensal especificadas no presente Convênio, na Cláusula 2.1 supra;
- c) Encaminhar, ao Secretaria Municipal de Saúde, a prestação de contas conforme item a da cláusula V do Plano de Trabalho anexo;
- d) Manter sempre atualizado o registro dos procedimentos realizados às pessoas atendidas, em fichas ou pastas individuais, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos e à disposição dos agentes públicos;
- e) Atender todas as pessoas com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade nestes atendimentos;
- f) Notificar ao MUNICÍPIO e ao Secretaria Municipal de Saúde sobre eventual alteração de sua direção;



Selo Município
Amigo da Família



g) Manter as dependências físicas em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento;

h) Permitir e facilitar o acesso de representante do Município a todos os documentos relativos à execução do objeto deste convênio, principalmente no que se refere aos procedimentos/prontuários médicos, bem como prestar todas e quaisquer informações solicitadas.

CLÁUSULA SEXTA - DO VALOR DOS RECURSOS E PAGAMENTO

6.1. - O valor do presente convênio será de R\$ 57.816,95 (cinquenta e sete mil oitocentos e dezesseis reais e noventa e cinco centavos), que deverão ser pagos em parcelas mensais em conformidade com os relatórios das cirurgias eletivas efetivamente realizadas entre a data da assinatura deste termo e 12 meses após, podendo ser prorrogado se verificado a necessidade.

Parágrafo único: Ocorrendo complicações ou intercorrências que alterem o valor das cirurgias contratadas, devido ao aumento de materiais utilizados durante a cirurgia, ou necessidade de utilização da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), desde que devidamente justificadas, os valores excedentes serão pagos no mês subsequente.

6.2. - O pagamento pelos serviços prestados pela entidade objeto deste convênio será pago em até 5 (cinco) dias úteis, após o Secretaria Municipal de Saúde, ter recebido da entidade a prestação de contas referente aos procedimentos realizados no período apurado, conforme itens a e b da cláusula VI do Plano de Trabalho.

6.3. - Caso seja identificado, durante a avaliação das contas apresentadas pela ENTIDADE, alguma ressalva, o pagamento do recurso à mesma só será efetuado depois de sanado todas as inconsistências apuradas.

6.4. - Na prestação de contas deverá obrigatoriamente constar o nome do paciente atendido, bem como o procedimento realizado.

6.5. - Os recursos financeiros correrão à conta das dotações abaixo discriminadas:



Ficha Orçamentária nº 181 – Unidade 020401 – Fundo Municipal de Saúde Categoria Econômica – 3.3.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica

CLÁUSULA SÉTIMA - DA FISCALIZAÇÃO

7.1. - O controle e a fiscalização da execução do presente Convênio incumbirá, pelo MUNICÍPIO, o Secretaria Municipal de Saúde, e pela ENTIDADE, a seu(sua) Provedor(a) ou representante legal designado.

CLÁUSULA OITAVA - DA VIGÊNCIA

8.1. - O presente Convênio terá vigência de 12 meses, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado se necessário.

8.2. – Expirado o prazo de vigência, e na hipótese de não haver renovação do presente Convênio por meio de aditivo ou por meio da celebração de novo Convênio, ou na hipótese de rescisão antecipada do presente Convênio, o MUNICÍPIO deverá continuar efetivando o pagamento dos valores devidos pelos serviços que foram efetivamente prestados pela ENTIDADE no decorrer da vigência contratual, até a quitação integral dos valores devidos à ENTIDADE, respeitando-se o teto mensal de pagamentos estabelecido no Cláusula “6.1” supra.

CLÁUSULA NONA - DA DENÚNCIA, DA RESCISÃO E DA EXTINÇÃO

9.1. - O presente Convênio, além da expiração natural de sua vigência, poderá ser rescindido, por infração legal ou descumprimento de suas Cláusulas, ou denunciado, por desinteresse unilateral ou consensual, mediante notificação prévia, respondendo cada partícipe, em qualquer hipótese, pelas obrigações assumidas até a data do rompimento do acordo, ou pela superveniência de norma legal ou fato que o torne material ou formalmente inexecutável.

9.2. - Quando da denúncia, rescisão ou extinção, deverá a ENTIDADE apresentar ao MUNICÍPIO, a documentação comprobatória do cumprimento das obrigações assumidas



Selo Município
Amigo da Família



até aquela data. Os valores devidos remanescentes, serão quitados pelo MUNICÍPIO, no prazo improrrogável de 5(cinco) dias úteis do evento.

9.3. - Da rescisão em caso de inadimplemento das obrigações assumidas a parte contrária poderá rescindir este convênio podendo ainda haver rescisão:

I - pelo município.

a) Se os objetivos buscados através do convênio não estiverem sendo realizados satisfatoriamente e com Equidade de modo a atender o interesse público;

b) Se houver mudanças nas diretrizes municipais relacionadas ao plano de trabalho para as cirurgias eletivas.

II - pela ENTIDADE:

a) Se os objetivos buscados através do convênio apresentar em desconformidade com os propósitos e finalidades previstas no seu estatuto social;

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS ALTERAÇÕES

10.1. - Este Convênio poderá ser aditado e/ou modificado, mediante termo aditivo, por acordo entre as partes, nos casos de acréscimo ou redução do número de atendidos, bem como para suplementar, se necessário, o seu valor, mediante proposta justificada e autorização do representante legal do MUNICÍPIO, desde que não haja modificação no objeto deste termo.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DISPOSIÇÃO GERAL

11.1. - Independentemente dos procedimentos técnicos que nortearão a prestação dos serviços, objetivando a solução das questões da saúde da população de Florínea, a ENTIDADE dará especial atenção a presteza no atendimento, na eficiência, na economicidade e na publicidade, que deverá ser dada aos usuários, da melhor forma para orientá-los.



Selo Município
Amigo da Família



11.2. – As relações entre as partes far-se-á sempre de forma escrita e protocolada, de modo a se conhecer e dar publicidade de todas as tratativas, não só entre as partes, como, também, a todas as entidades envolvidas no controle dos serviços de saúde no Município, bem como, a população.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

12.1. - Fica eleito o Foro da Comarca de Assis, Estado de São Paulo, para dirimir quaisquer questões resultantes da execução ou interpretação deste Convênio. E, por estarem de acordo com as Cláusulas e condições ajustadas, firmam o presente Convênio em 03 (três) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo, para que produza os efeitos legais.

Florínea – SP., [REDACTED] de 2024.

[REDACTED]
Prefeito

[REDACTED]
Provedor

[REDACTED]
Testemunha 1

[REDACTED]
Testemunha 2



Selo Município
Amigo da Família



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

CONTRATANTE: Prefeitura Municipal de Florínea/SP, CNPJ nº 44.493.575/0001-69, com sede na Rua Livino Cardoso de Oliveira, nº 699, Centro, no município de FLORÍNEA/SP.

CONTRATADO:

CONTRATO Nº (DE ORIGEM): /2024.

OBJETO:

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

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 extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 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 nº 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 e interessados estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa(s);



Selo Município
Amigo da Família



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

Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente 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.

Florínea/SP, xx de xx de 2024.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome:

Cargo: Prefeito Municipal

CPF:

Assinatura: _____

RESPONSÁVEIS PELA HOMOLOGAÇÃO DO CERTAME:

Nome:

Cargo: Prefeito Municipal

CPF:

Assinatura: _____



Selo Município
Amigo da Família



RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:

Pelo contratante:

Nome:

Cargo: Prefeito Municipal

CPF:

Assinatura: _____

Pela contratada:

Nome:

Cargo:

CPF:

Assinatura: _____

ORDENADOR DE DESPESAS DA CONTRATANTE:

Nome:

Cargo: Prefeito Municipal

CPF:

Assinatura: _____

GESTOR(ES) DO CONTRATO:

Nome:

Cargo:

CPF:

Assinatura: _____

FISCAL DO CONTRATO:

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Fiscalizar a execução dos serviços.

Nome:

Cargo:

CPF:

Assinatura: _____



Selo Município
Amigo da Família

