



# PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ

Av. Maria de Lourdes A Gerin, 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16) 3832 0100 – Fax 3832 0108  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [licitacoes.pmi@gmail.com](mailto:licitacoes.pmi@gmail.com)

## TERMO DE FOMENTO N.º 05/2019, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2019

TERMO DE FOMENTO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE IPUÃ E A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ, TENDO POR OBJETO A TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS PARA MANTER INTEGRADA A SANTA CASA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS E DEFININDO A MANUTENÇÃO DE SUA INSERÇÃO NA REDE REGIONALIZADA E HIERARQUIZADA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE CONSISTENTES NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES E AMBULATORIAIS, VISANDO À GARANTIA DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS MUNICÍPIOS QUE INTEGRAM A REGIÃO DE SAÚDE NA QUAL A SANTA CASA ESTÁ INSERIDA.

Pelo presente instrumento de Termo de Fomento que entre si ajustam, na melhor forma de direito, de um lado o **MUNICÍPIO DE IPUÃ**, Estado de São Paulo, inscrito no CNPJ sob o n.º 49.556.863/0001-39, com sede administrativa na Avenida Maria de Lourdes Almeida Gerin, n.º 433, Bairro Jardim Alvorada, na cidade de Ipuã, Estado de São Paulo, doravante denominado simplesmente **MUNICÍPIO**, neste ato representado pelo Exmo Sr. Prefeito Municipal **JOSÉ FRANCISCO SOUZA ÁVILA**, brasileiro, casado, agricultor, portador do CPF n.º 020.389.118-00 e RG 7.674.016-SSP-SP, residente e domiciliado na Avenida Carlos Fernandes, 1125, Centro, na cidade de Ipuã-SP, autorizado pela Lei Municipal número 4.094, de 0 de fevereiro de 2019, com a interveniência da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, neste ato representado pela Secretária de Negócios da Saúde do Município, **IVANA CLEMENTE CASTRO**, brasileira, casada, psicóloga, portadora do RG. n.º 11.351.847-X-SSP/SP e do CPF n.º 092.299.838/88, residente e domiciliada na Avenida Carlos Fernandes, n.º 1.141, na cidade de Ipuã, Estado de São Paulo e de outro lado a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ**, inscrita no CNPJ n.º 45.708.765/0001-19, com sede na Rua Ferdinando Fratin n.º 335, na cidade de Ipuã, Estado de São Paulo, doravante denominada simplesmente **SANTA CASA**, neste ato representada pelo seu Provedor Sr. **SANTO OLIVATO**, brasileiro, casado, agricultor e professor, residente e domiciliado na Avenida Rui Barbosa n.º 998, na cidade de Ipuã, Estado de São Paulo, têm entre si justo e contratados a transferência de recursos financeiros do **MUNICÍPIO** para a **SANTA CASA**, com o objetivo de Manter integrada a SANTA CASA ao Sistema Único de Saúde – SUS e definindo a manutenção de sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde consistentes na prestação de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais, visando à garantia da atenção integral à saúde dos municípios que integram a região de saúde na qual a SANTA CASA está inserida, sujeitando-se as partes às normas da Lei n.º 13.019 de 31 de julho de 2014, alterada pela Lei n.º 13.204 de 14 de dezembro de 2015, Artigo 31 "Será considerado inexigível o chamamento público na hipótese de inviabilidade de competição entre as organizações da sociedade civil, em razão da natureza singular do objeto da parceria ou se as metas somente puderem ser atingidas por uma entidade específica" - Processo n.º 30/2019 – Inexigibilidade n.º 05/2019, de 08 de Fevereiro de 2019, e no que couber pelas demais normas de direito contratual e regido pelas seguintes cláusulas e condições:



**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO DO TERMO DE FOMENTO:**

1.1– Transferências mensais de Recursos financeiros do Município para Manter integrada a SANTA CASA ao Sistema Único de Saúde – SUS e definindo a manutenção de sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde consistentes na prestação de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais, visando à garantia da atenção integral à saúde dos munícipes que integram a região de saúde na qual a SANTA CASA está inserida, e conforme Plano Operativo anexo.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Os serviços ora fomentados encontram-se discriminados no Plano Operativo, que integra o presente Termo de Fomento, para todos os efeitos legais e serão prestados pelo estabelecimento: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Ipuã – CNES n.º 2080451, situado à Rua Ferdinando Fratin, n.º 335, Bairro Centro, na cidade de Ipuã, SP.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Os serviços ora fomentados estão referidos a uma base territorial populacional, conforme definido na Programação Pactuada Integrada – PPI 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.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Os serviços ora FOMENTADOS compreendem a utilização pelos usuários do SUS/SP, da capacidade instalada da SANTA CASA, incluídos os equipamentos médico-hospitalares, de modo que a utilização desses equipamentos para atender clientela particular, incluída a proveniente de termo de fomento 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 e, atingidas as metas de produção discriminadas no Plano Operativo que integra o presente Termo de Fomento.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ESPÉCIES DE INTERNAÇÃO:**

2.1 - Para atender ao objeto deste Termo de Fomento, a SANTA CASA se obriga a realizar duas espécies de internação:

I - Eletiva; e

II - Emergência ou de urgência.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - A internação eletiva somente será efetuada pela SANTA CASA mediante a apresentação de laudo médico autorizado por profissional do SUS, ou da respectiva Autorização de Internação Hospitalar.



**PARÁGRAFO SEGUNDO** - A internação de emergência ou de urgência será efetuada pela SANTA CASA sem a exigência prévia de apresentação de qualquer documento.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Nas situações de urgência ou de emergência o médico da SANTA CASA 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.

**PARÁGRAFO QUARTO** - Na ocorrência de dúvida, ouvir-se-á a SANTA CASA no prazo de 02 (dois) dias, emitindo-se parecer conclusivo em 02 (dois) dias.

### **CLÁUSULA TERCEIRA - DAS ESPÉCIES DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA:**

3.1 - Para o cumprimento do objeto deste Termo de Fomento, a SANTA CASA se obriga a oferecer ao paciente os recursos necessários ao seu atendimento, conforme discriminação abaixo:

#### **I - Assistência médico-ambulatorial.**

1 - Atendimento médico, nas especialidades relacionadas no Plano Operativo que integra o presente Termo de Fomento, (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 da Cláusula Segunda;

2 - Assistência social;

3 - Atendimento odontológico, quando disponível;

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

5 - Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT).

#### **II - Assistência técnico-profissional e hospitalar:**

1 - Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento quanto na fase de recuperação;

2 - Assistência por equipes médicas especializadas, de enfermagem e pessoal auxiliar;

3 - Utilização de centro cirúrgico e procedimentos anestésicos;



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A Gerin, 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16) 3832 0100 – Fax 3832 0108  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [licitacoes.pmi@gmail.com](mailto:licitacoes.pmi@gmail.com)

- 4 – Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com a listagem do Sistema Único de Saúde - RENAME;
- 5 – Fornecimento de sangue e hemoderivados;
- 6 – Utilização de materiais e insumos necessários ao atendimento;
- 7 – Procedimentos e cuidados de enfermagem; necessários durante o processo de internação;
- 8 – Utilização dos serviços gerais;
- 9 - Fornecimento de roupa hospitalar;
- 10 – Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual quando necessário, devido às condições especiais do paciente, respeitados os direitos do acompanhante, para casos previstos em lei, ou por necessidade do paciente.
- 11 – Diárias de UTI – Unidade de Terapia Intensiva, se necessário, e quando fomentadas;
- 12 - Alimentação com observância das dietas prescritas; e
- 13 - 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 - DAS CONDIÇÕES GERAIS:**

4.1 - Na execução do presente Termo de Fomento, os partícipes deverão observar as seguintes condições gerais:

I - O acesso ao SUS se faz preferencialmente pelas unidades básicas de saúde, ressalvadas as situações de urgência e emergência;

II - Encaminhamento e atendimento do usuário, de acordo com as regras estabelecidas para a referência e contra referência, ressalvadas as situações de urgência e emergência;

III - Gratuidade das ações e dos serviços de saúde executados no âmbito deste Termo de Fomento;

IV - A prescrição de medicamentos deve observar a Política Nacional de Medicamentos, excetuadas as situações aprovadas pela Comissão de Ética Médica;



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A Gerin, 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16) 3832 0100 – Fax 3832 0108  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [licitacoes.pmi@gmail.com](mailto:licitacoes.pmi@gmail.com)

V - Atendimento humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS;

VI - Observância integral dos protocolos técnicos de atendimento e regulamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e respectivos gestores do SUS; e

VII - Estabelecimento de metas e indicadores de qualidade para todas as atividades de saúde decorrentes desse Termo de Fomento.

## **CLÁUSULA QUINTA - DOS ENCARGOS COMUNS:**

5.1 - São encargos comuns dos partícipes:

- a) Elaboração de protocolos técnicos e de encaminhamento para as ações de saúde;
- b) Elaboração do Plano Operativo;
- c) Educação permanente de recursos humanos; e
- d) Aprimoramento da atenção à saúde.

## **CLÁUSULA SEXTA - DOS ENCARGOS ESPECÍFICOS:**

6.1 - São encargos dos partícipes:

I – Da SANTA CASA:

Cumprir todas as metas e condições especificadas no Plano Operativo, parte integrante deste Termo de Fomento.

II - do MUNICÍPIO:

- a) transferir os recursos previstos neste Termo de Fomento à SANTA CASA, conforme Cláusulas Décima Primeira e Décima Segunda deste ajuste.
- b) Controlar, fiscalizar e avaliar as ações e os serviços fomentados;
- c) Estabelecer mecanismos de controle da oferta e demanda de ações e serviços de saúde, e
- d) Analisar os relatórios elaborados pela SANTA CASA, comparando-se as metas do Plano Operativo com os resultados alcançados e os recursos financeiros repassados.

*[Handwritten signature]*  
1/11/11

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



**CLÁUSULA SÉTIMA - DO PLANO OPERATIVO ANUAL:**

7.1 - O Plano Operativo Anual, parte integrante deste Termo de Fomento e condição de sua eficácia, deverá ser elaborado conjuntamente pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** e pela **SANTA CASA**, que deverá conter:

I - Todas as ações e serviços objeto deste Termo de Fomento;

II - A estrutura tecnológica e a capacidade instalada;

III - Definição das metas físicas das internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, com os seus quantitativos e fluxos de referência e contra referência;

IV - Definição das metas de qualidade;

V - Descrição das atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão hospitalar, em especial aquelas referentes:

a) Ao Sistema de Apropriação de Custos;

b) À prática de atenção humanizada aos usuários, de acordo com os critérios definidos pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**;

c) Ao trabalho de equipe multidisciplinar;

d) Ao incremento de ações de garantia de acesso, mediante o complexo regulador de atenção à saúde;

e) Ao funcionamento adequado dos comitês de avaliação de mortalidade por grupo de risco, principalmente no que se refere à mortalidade materna e neonatal (comissão de óbito);

f) À implantação de mecanismos eficazes de referência e contra referência, mediante protocolos de encaminhamento; e

g) Elaboração de painel de indicadores de acompanhamento de desempenho institucional.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - O Plano Operativo terá validade de 12 meses, sendo vedada a sua prorrogação.



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A Gerin, 433 - Cx Postal 5 - Fone: PABX (16) 3832 0100 - Fax 3832 0108  
CEP 14610-000 - I P U Ã - Estado de São Paulo E-mail: [licitacoes.pmi@gmail.com](mailto:licitacoes.pmi@gmail.com)

## **CLÁUSULA OITAVA - DOS PROFISSIONAIS DA SANTA CASA:**

8.1 - Os serviços ora fomentados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento da **SANTA CASA** 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 **SANTA CASA** para prestar serviços.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Para os efeitos deste Termo de Fomento, consideram-se profissionais do próprio estabelecimento **FOMENTADO**:

- 1 - O membro de seu corpo clínico;
- 2 - O profissional que tenha vínculo de emprego com a **SANTA CASA**.
- 3 - O profissional autônomo que, eventualmente ou permanentemente, presta serviços à **SANTA CASA** ou, se por esta autorizado.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - 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.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - 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 **SANTA CASA** responsabilizar-se-á por cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste **TERMO DE FOMENTO**; 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 **SANTA CASA** acrescer à conta hospitalar as diárias do acompanhante, correspondentes ao alojamento e alimentação.

**PARÁGRAFO QUARTO** - Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar; exercidos pela **SECRETARIA** sobre a execução do objeto deste **TERMO DE FOMENTO**, os **FOMENTADOS** reconhecem a prerrogativa de controle e auditoria nos termos da legislação vigente, pelos órgãos gestores do SUS, ficando certo que a alteração

*[Handwritten signatures and initials]*



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A Gerin, 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16) 3832 0100 – Fax 3832 0108  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [licitacoes.pmi@gmail.com](mailto:licitacoes.pmi@gmail.com)

decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo específico, ou de notificação dirigida à SANTA CASA.

**PARÁGRAFO QUINTO** - É de responsabilidade exclusiva e integral da SANTA CASA a utilização de pessoal para execução do objeto deste **TERMO DE FOMENTO**, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o **MUNICÍPIO** ou para o **Ministério da Saúde**.

**PARÁGRAFO SEXTO** - A SANTA CASA se obriga a informar, diariamente, à **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, o número de vagas de internação disponíveis, a fim de manter atualizado o sistema de regulação do SUS.

**PARÁGRAFO SÉTIMO** - A SANTA CASA fica obrigada a internar paciente, no limite dos leitos **CONTRATADOS**, ainda que, por falta ocasional de leito vago em enfermaria, tenha a entidade SANTA CASA de acomodar o paciente em instalação de nível superior à ajustada neste **TERMO DE FOMENTO**, sem direito a cobrança de sobrepreço.

**PARÁGRAFO OITAVO** - A SANTA CASA 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, ressalvado as situações de calamidade pública ou grave ameaça de ordem interna ou as situações de urgência ou emergência.

## **CLÁUSULA NONA - OBRIGAÇÕES DA SANTA CASA:**

### **9.1 - A SANTA CASA se obriga a:**

- I - Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, conforme legislação estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina;
- 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 Termo de Fomento;





# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A Gerin, 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16) 3832 0100 – Fax 3832 0108  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [licitacoes.pmi@gmail.com](mailto:licitacoes.pmi@gmail.com)

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 infralegal, independentemente de notificação pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**;

XIII - Notificar a **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, por sua instância situada na jurisdição do Município, 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;

XIV - Manter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES, dos profissionais que prestam serviços para o estabelecimento e fornecer ao gestor estadual os dados necessários à atualização das demais informações sobre área física, equipamentos e outros;

XV - Submeter-se a avaliações sistemáticas, de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS, ou qualquer outro Programa que venha a ser adotado pelo gestor;

XVI - Submeter-se à regulação instituída pelo gestor;

XVII- Obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividades que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto;

XVIII- Atender as diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Política Estadual de Humanização;



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A Gerin, 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16) 3832 0100 – Fax 3832 0108  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [licitacoes.pmi@gmail.com](mailto:licitacoes.pmi@gmail.com)

XIX- Submeter-se ao Sistema Nacional de Auditoria, no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, desde que solicitado;

XX- Submeter-se as regras e normativas do SUS, do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde;

XXI- Para efeito de remuneração, os serviços fomentados, deverão utilizar como referência a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS);

XXII- Obrigar-se a apresentar o faturamento ambulatorial e/ou hospitalar utilizando os sistemas oficiais e as versões disponibilizadas pelo Ministério da Saúde/Datasus, em cumprimento ao cronograma de entrega definido pelo Ministério da Saúde;

XXIII- Os registros dos atendimentos ambulatoriais e/ou hospitalares, realizados em um determinado mês, devem ser apresentados no início da competência seguinte.

## **CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA SANTA CASA:**

10.1 - A SANTA CASA 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 SANTA CASA o direito de regresso.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste TERMO DE FOMENTO pelos órgãos competentes do SUS, não exclui, nem reduz a responsabilidade da SANTA CASA nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos e demais legislação existente.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - 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 DÉCIMA PRIMEIRA - DOS RECURSOS PROVENIENTES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – FNS E FAEC:**

11.1 - A SANTA CASA através do MUNICÍPIO receberá da SMS/FMS os recursos provenientes do FUNDO NACIONAL DE SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE parte integrante do teto do Estado de São Paulo, no valor total de R\$ 2.237.494,32 (Dois milhões,

*[Handwritten signatures and initials]*



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A Gerin, 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16) 3832 0100 – Fax 3832 0108  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [licitacoes.pmi@gmail.com](mailto:licitacoes.pmi@gmail.com)

duzentos e trinta e sete mil, quatrocentos e noventa e quatro reais e trinta e dois centavos), que serão repassados mensalmente na seguinte conformidade:

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - As despesas decorrentes do atendimento ambulatorial e SADT, consignadas no **Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS** tem o valor anual estimado em **R\$ 9.979,92** (Nove mil novecentos e setenta e nove reais e noventa e dois centavos), correspondente a **R\$ 831,66** (Oitocentos e trinta e um reais e sessenta e seis centavos) mensais, e o valor constante na FPO – Ficha de Programação Orçamentária anexa, sendo o valor fixo de **R\$ 831,66** (Oitocentos e trinta e um reais e sessenta e seis centavos) mensais para os procedimentos de **MÉDIA COMPLEXIDADE**, o valor fixo de R\$ 00,00 para os procedimentos de **ALTA COMPLEXIDADE** e a estimativa de R\$ 0,00 para os identificados como de **AÇÕES ESTRATÉGICAS** da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS), que serão custeados pelo FUNDO NACIONAL DE SAÚDE e repassados ao **MUNICÍPIO** por intermédio do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - As despesas decorrentes da execução das atividades de assistência à saúde, em regime hospitalar, consignadas no Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado – SIHD, relativas à utilização de **61 AIH/mês** tem o valor anual estimado em **R\$ 819.914,40** (oitocentos e dezenove mil novecentos e quatorze reais e quarenta centavos) correspondente a **R\$ 68.326,20** (Vinte e dois mil, setecentos e quarenta e sete reais e vinte centavos) mensais, sendo o valor fixo de **R\$ 22.756,20** (Vinte e dois mil, setecentos e quarenta e sete reais e vinte centavos) mensais para os procedimentos de **MÉDIA COMPLEXIDADE**, o valor fixo de R\$ 00,00 para os procedimentos de **ALTA COMPLEXIDADE**, e a estimativa de R\$ 00,00, para os identificados como **AÇÕES ESTRATÉGICAS** da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS), que serão custeados pelo FUNDO NACIONAL DE SAÚDE e repassados ao **MUNICÍPIO** por intermédio do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE e o valor de **R\$ 45.570,00** (Quarenta e cinco mil quinhentos e setenta reais) será por conta do município.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Receberá ainda o valor anual de R\$- 1.407.600,00 que corresponde ao valor mensal de R\$- 117.300,00 como INCENTIVO, conforme descrito:

I – R\$ 00,00 – destinado ao custeio das ações desenvolvidas pela OPO- Organização de Procura de Órgãos, parte integrante do Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos.

II – R\$ 00,00 – destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Adesão à Rede Cegonha.

III - R\$ 117.300,00 – destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Adesão à Rede de Atenção às Urgências.

IV - R\$ 00,00 – destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Adesão à Rede de Atenção Psicossocial.

15/11/15  
*[Handwritten signatures]*



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A Gerin, 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16) 3832 0100 – Fax 3832 0108  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [licitacoes.pmi@gmail.com](mailto:licitacoes.pmi@gmail.com)

**PARÁGRAFO QUARTO** - As metas dispostas no Plano Operativo, parte integrante do presente instrumento serão avaliadas por uma comissão composta por representantes determinados pelo Plano Operativo, cabendo à SANTA CASA fornecer os documentos solicitados para a referida avaliação.

**PARÁGRAFO QUINTO** - Os valores de que tratam os parágrafos 1º. e 2º e 3º, serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.

**PARÁGRAFO SEXTO** - 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 e alta complexidade, na mesma proporção, índices e épocas determinadas pelo Ministério da Saúde.

**PARÁGRAFO SÉTIMO** - A comissão de avaliação citada no § 4º deverá ser criada pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS em até 15 dias após a assinatura desse termo cabendo à Santa Casa, neste prazo, indicar o nome dos seus representantes.

**PARÁGRAFO OITAVO** - A SANTA CASA obriga-se a apresentar as informações regulares do SIA e do SIH/SUS, ou outros porventura implantados pelo Ministério da Saúde, solicitados pela Secretaria Municipal de Saúde.

**PARÁGRAFO NONO** - Os valores financeiros deste ajuste poderão ser revistos anualmente quando da renovação do Termo de Fomento e do Plano Operativo, bem como as quantidades dos procedimentos ora acordada.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DOS RECURSOS COMPLEMENTARES:**

12.1 Além dos recursos financeiros destacados nas cláusulas décima primeira e décima segunda, necessários à cobertura das despesas previstas neste **TERMO DE FOMENTO**, o **MUNICÍPIO** poderá repassar à **SANTA CASA** outros recursos complementares, onerando o Tesouro do município ou oriundos do Estado em conformidade com critérios a serem estabelecidos pela Administração, 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.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - OUTRAS DISPOSIÇÕES SOBRE OS RECURSOS PROVENIENTES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE:**

*Fernando* / 15/11  
*[Signature]*  
*[Signature]*  
*[Signature]*



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÁ**

Av. Maria de Lourdes A Gerin, 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16) 3832 0100 – Fax 3832 0108  
CEP 14610-000 - I P U Á – Estado de São Paulo E-mail: [licitacoes.pmi@gmail.com](mailto:licitacoes.pmi@gmail.com)

13.1 -As despesas dos serviços realizados por força deste **TERMO DE FOMENTO**, nos termos e limites do documento "**Autorização de Pagamento**" fornecido pelo Ministério da Saúde, correrão, no presente exercício, à conta de dotação consignada nos orçamentos do Ministério da Saúde, responsável pela cobertura dos serviços fomentados, devendo onerar o programa de trabalho 10.302.0930 – **ATENDIMENTO INTEGRAL E DESCENTRALIZADO NO SUS/SP**.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO - O MUNICÍPIO** mediante Autorização de Pagamento é a unidade orçamentária responsável pelo repasse de recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde/MS para o pagamento dos serviços fomentados de "Média Complexidade, Alta Complexidade, Estratégicos e dos Incentivos", previstos na Clausula Décima Primeira, Parágrafos Primeiro, Segundo e Terceiro, até o montante declarado em documento administrativo – financeiro fornecido pelo Ministério da Saúde ao MUNICÍPIO.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão à conta das dotações próprias que forem aprovadas para os mesmos nos orçamentos municipais, na rubrica da Secretaria Municipal de Saúde e do Ministério da Saúde.

## **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:**

14.1 - A prestação de contas, bem como o pagamento pela execução dos serviços fomentados, observarão as condições estabelecidas nas normas que regem o Sistema Único de Saúde, na seguinte conformidade:

I - A Entidade Santa Casa apresentará, mensalmente, à Secretaria Municipal de Saúde as faturas e os documentos referentes aos serviços fomentados efetivamente prestados, obedecendo, para tanto, o procedimento e os prazos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde em conformidade com o cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde;

II - A **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** revisará as faturas e documentos recebidos da **SANTA CASA**, encaminhando ao Município para o pagamento das ações de Média Complexidade, Alta Complexidade e Estratégicos, com recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde/MS, observando, para tanto, as diretrizes e normas emanadas pelo próprio Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde, nos termos das respectivas competências e atribuições legais;

III - Os laudos referentes à internação serão obrigatoriamente visados pelos órgãos competentes do SUS, exceto para os estabelecimentos de saúde autorizados como órgão emissor de AIH;

*[Handwritten signatures and initials]*



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A Gerin, 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16) 3832 0100 – Fax 3832 0108  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [licitacoes.pmi@gmail.com](mailto:licitacoes.pmi@gmail.com)

IV - Para fins de prova da data de apresentação das contas e observância dos prazos de pagamento será entregue, à **SANTA CASA**, recibo assinado ou rubricado pelo servidor da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, com a posição do respectivo carimbo funcional;

V - Na hipótese da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** 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 **SANTA CASA**, dos citados documentos, do qual se dará recibo, assinado ou rubricado, com aposição do respectivo carimbo;

VI - As contas rejeitadas pelo sistema de processamento de dados, ou pela conferência técnica e administrativa, serão devolvidas à **SANTA CASA** para as correções cabíveis, devendo ser reapresentadas no prazo estabelecido pela Secretaria Municipal de 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 da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, esta garantirá à **SANTA CASA** o pagamento, no prazo avençado neste **TERMO DE FOMENTO**, 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.

IX - As prestações de contas dos recursos repassados que oneram o **TESOURO DO MUNICIPIO** obedecerão as Instruções estabelecidas pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

## **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO:**

15.1 - A execução do presente Termo de Fomento 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 Termo de Fomento, à verificação do movimento das internações e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**- Anualmente, a **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** vistoriará as instalações da **SANTA CASA** para verificar se persistem as mesmas

*[Handwritten signatures and initials]*



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A Gerin, 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16) 3832 0100 – Fax 3832 0108  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [licitacoes.pmi@gmail.com](mailto:licitacoes.pmi@gmail.com)

condições técnicas básicas da SANTA CASA, comprovada por ocasião da assinatura deste Termo de Fomento.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da SANTA CASA poderá ensejar a não prorrogação deste Termo de Fomento ou a revisão das condições ora estipuladas.

**PARÁGRAFO QUARTO** - A fiscalização exercida pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE; sobre os serviços ora fomentados não eximirá a SANTA CASA da sua plena responsabilidade perante o MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA ESTADUAL ou para com os pacientes e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do Termo de Fomento.

**PARÁGRAFO QUINTO** - A SANTA CASA facilitará à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE designados para tal fim.

**PARÁGRAFO SEXTO** - Em qualquer hipótese é assegurado à SANTA CASA o contraditório a e o amplo direito de defesa.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DOS DOCUMENTOS INFORMATIVOS:**

**16.1** - A SANTA CASA obriga-se a encaminhar à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, nos prazos estabelecidos, os seguintes documentos ou informações:

- a) Relatório mensal das atividades desenvolvidas até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à realização dos serviços, conforme definido pela Comissão de Acompanhamento;
- b) Faturas e demais documentos referentes aos serviços efetivamente prestados;
- c) Relatório anual até o 20º (vigésimo) dia útil do mês subsequente ao término do período de 12 (doze) meses da assinatura do presente Termo de Fomento contendo informações sobre a execução do presente Termo de Fomento; e
- d) Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

*Handwritten signature*  
1-11-11

*Handwritten mark*

*Handwritten mark*

*Handwritten signature*



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A Gerin, 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16) 3832 0100 – Fax 3832 0108  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [licitacoes.pmi@gmail.com](mailto:licitacoes.pmi@gmail.com)

## **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA RESCISÃO:**

17.1 - O presente Termo de Fomento poderá ser rescindido total ou parcialmente pelo MUNICÍPIO quando ocorrer o descumprimento de suas cláusulas ou condições, em especial:

a) Pelo fornecimento de informações incompletas, intempestivas ou fora dos critérios definidos pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**;

b) Pela ocorrência de fatos que venham a impedir ou dificultar o acompanhamento, a avaliação e a auditoria pelos órgãos competentes da **SECRETARIA MUNICIPAL/ESTADUAL** ou do Ministério da Saúde;

c) Pela não entrega dos relatórios mensais e anuais; e

d) Pela não observância dos procedimentos referentes ao sistema de informações em saúde.

## **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DA DENÚNCIA:**

18.1- Qualquer um dos partícipes poderá denunciar o presente Termo de Fomento, com comunicação do fato por escrito, com antecedência mínima de 120 dias, devendo ser respeitado o andamento de atividades que não puderem ser interrompidas neste prazo ou que possam causar prejuízos à saúde da população, quando então será respeitado o prazo de 180 dias para o encerramento deste Termo de Fomento.

## **CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DOS CASOS OMISSOS:**

19.1- Fica definido que as questões que não puderem ser resolvidas de comum acordo pelos partícipes serão encaminhadas ao Conselho Municipal de Saúde, principalmente as referentes ao Plano Operativo, cabendo recurso ao Conselho Municipal de Saúde.

## **CLÁUSULA VIGÉSIMA - DA PUBLICAÇÃO:**

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

## **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO:**





21.1 - O prazo de vigência do presente **TERMO DE FOMENTO** será de 12 (doze) meses, com início de vigência retroativa ao dia 1º de janeiro de 2.019.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - A continuidade da prestação de serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao presente, respeitado o prazo de vigência do Termo de Fomento, estipulado no *caput*, fica condicionada à aprovação das dotações próprias para as referidas despesas no orçamento do Ministério da Saúde, bem como ao do Tesouro do Município.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DA OBRIGAÇÃO DO PAGAMENTO:**

22.1- O não cumprimento pelo **MINISTÉRIO DA SAÚDE** da obrigação de repassar os recursos correspondentes aos valores constantes deste Termo de Fomento não transfere para o **MUNICÍPIO** a obrigação de pagar os serviços ora fomentados, 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 VIGÉSIMA TERCEIRA - DOS RECURSOS FINANCEIROS:**

23.1 - Os recursos referidos na Cláusula Primeira correrão à conta da seguinte dotação orçamentária no exercício de 2.019:

Ficha 339 – Fundo Municipal de Saúde 10 301 9007 2007 0000 Assistência Médico Hospitalar -  
3.3.90.39.05 – Subvenções sociais 0 01 00 300 000

Ficha 355 – Fundo Municipal de Saúde 10 302 9007 2007 0000 Assistência Médico Hospitalar -  
3.3.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros – PJ 0 05 81 300 008

**CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – DO CONTROLE E DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO TERMO DE FOMENTO:**

24.1 - Caberá aos membros designados pela Portaria nº 11.470 de 12 de setembro de 2018, para exercer o controle e a fiscalização do presente, e exercer as funções de Gestor designado pela portaria 11.451 de 21/08/2018.



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**


Av. Maria de Lourdes A Gerin, 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16) 3832 0100 – Fax 3832 0108  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [licitacoes.pmi@gmail.com](mailto:licitacoes.pmi@gmail.com)


## **CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA - DO FORO:**


25.1 - Os partícipes elegem o Foro da Comarca de Ipuã, Estado de São Paulo, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do presente **TERMO DE FOMENTO** que não puderem ser resolvidas por estes ou pelo Conselho Municipal de Saúde.

E por estarem às partes justas e fomentadas, firmam o presente Termo de Fomento em 04 (quatro) vias de igual teor e forma para os mesmos fins de direito, na presença de 04 (quatro) testemunhas instrumentárias, abaixo assinadas, que também o firmam.

Ipuã, 22 de Fevereiro de 2019.

  
JOSÉ FRANCISCO SOUZA ÁVILA  
Prefeito Municipal

  
IVANA CLEMENTE CASTRO  
Secretária Munic. de Saúde

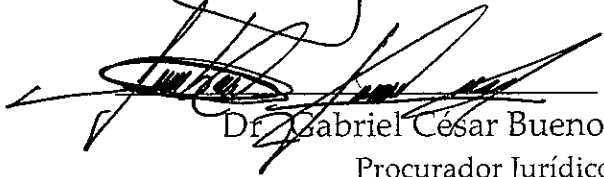
  
SANTO CLÁUDIO  
Provedor da Santa Casa.

Testemunhas:

  
RG: 22.728.437-9  
Nome: Juliana Costa Gomes Silva

  
RG: 23.101.061-8  
Nome: Claudirene Fornel Morais Henrique

De acordo,

  
Dr. Gabriel César Bueno  
Procurador Jurídico  
OAB N° 324343



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A Gerin, 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16) 3832 0100 – Fax 3832 0108  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [licitacoes.pmi@gmail.com](mailto:licitacoes.pmi@gmail.com)

## **ANEXO RP-12 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO - TERMO DE FOMENTO**

ÓRGÃO PÚBLICO: PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ

ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL PARCEIRA: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ, CNPJ Nº 45.708.765/0001-19

TERMO DE FOMENTO Nº 05/2019

TIPO DE CONCESSÃO: TERMO DE FOMENTO

VALOR: R\$ 2.237.494,32

EXERCÍCIO: 2019

ADVOGADO/Nº OAB: \*

**OBJETO:** Manter integrada a SANTA CASA ao Sistema Único de Saúde – SUS e definindo a manutenção de sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde consistentes na prestação de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais, visando à garantia da atenção integral à saúde dos munícipes que integram a região de saúde na qual a SANTA CASA está inserida

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

### **1. Estamos CIENTES de que:**

- a) o ajuste acima referido estará sujeito 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, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCE/SP;
- 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) Qualquer alteração de endereço – residencial ou eletrônico – ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

### **2. 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.

*J. S. S.*      *X*      *Santa Casa*      *[assinatura]*



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A Gerin, 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16) 3832 0100 – Fax 3832 0108  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [licitacoes.pmi@gmail.com](mailto:licitacoes.pmi@gmail.com)

IPUÃ-SP., 22 de Fevereiro de 2019

## **GESTOR DO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO: PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Nome: José Francisco Souza Ávila

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 020.389.118-00 RG: 7.674.016-X SSP SP

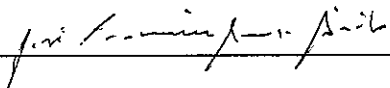
Data de Nascimento: 15/03/1957

Endereço residencial completo: Avenida Carlos Fernandes, 1125, Centro, Ipuã-SP.

E-mail institucional: [pref.m.ipua@uol.com.br](mailto:pref.m.ipua@uol.com.br)

E-mail pessoal: [jfrancisco.savila@gmail.com](mailto:jfrancisco.savila@gmail.com)

Telefone (16) 3832-0117

Assinatura: 

## **Responsáveis que assinaram o ajuste:**

### **PELO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO: PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Nome: Ivana Clemente Castro

Cargo: Secretaria de Negócios da Saúde

CPF: 092.299.838-88 RG: 11.351.847-X SSP SP

Data de Nascimento: 27/06/1964

Endereço residencial completo: Avenida Gonçalves, 485, bairro São Jose, Barretos – SP.

E-mail institucional: [saudeipua@netsite.com.br](mailto:saudeipua@netsite.com.br)

E-mail pessoal: [ivana.cc@hotmail.com](mailto:ivana.cc@hotmail.com)

Telefone(s): (16) 3832-0183

Assinatura: 

### **PELA ENTIDADE PARCEIRA: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ**

Nome: Santo Olivato

Cargo: Provedor

CPF: 744.653.768-04 RG: 6.843.239 SSP SP

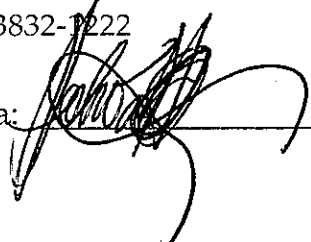
Data de Nascimento: 16/04/1950

Endereço residencial completo: Avenida Rui Barbosa, 998, Centro, Ipuã-SP.

E-mail institucional: [santacasaipua@com4.com.br](mailto:santacasaipua@com4.com.br)

E-mail pessoal: [santoolivato@netsite.com.br](mailto:santoolivato@netsite.com.br)

Telefone(s): (16) 3832-1222

Assinatura: 



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A Gerin, 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16) 3832 0100 – Fax 3832 0108  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [licitacoes.pmi@gmail.com](mailto:licitacoes.pmi@gmail.com)

## **EDITAL DE INEXIGIBILIDADE Nº 05/2019, DE 08 DE FEVEREIRO DE 2019.**

Dispõe sobre a justificativa de inexigibilidade de chamamento público para a celebração de Termo de Fomento com a Entidade Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Ipuã, em razão da aprovação do Plano de Trabalho “ Manter integrada a SANTA CASA ao Sistema Único de Saúde – SUS e definindo a manutenção de sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde consistentes na prestação de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais, visando à garantia da atenção integral à saúde dos munícipes que integram a região de saúde na qual a SANTA CASA está inserida, e conforme Plano Operativo anexo ”, no valor de R\$ 2.237.494,32 para o exercício de 2019, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde de Ipuã.

**O MUNICÍPIO DE IPUÃ**, através de seu Prefeito Municipal, Senhor José Francisco Souza Avila, no uso de suas atribuições legais, com base na Lei Municipal nº 1.777 de 08 de março de 1.991, que dispõe sobre a composição, organização e competência do Conselho Municipal de Saúde, na Lei Municipal nº 1.778 de 08 de março de 1.991, que Institui o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências, regulamentado pelo Decreto 3.306 de 21 de junho de 2017, que dispõe sobre a nomeação do novo Conselho Municipal de Saúde, a Lei Municipal nº 4.094, de 05 de fevereiro de 2019, que Autoriza o Executivo Municipal a celebrar Fomento com a Santa Casa de Misericórdia de Ipuã para Manter integrada a SANTA CASA ao Sistema Único de Saúde – SUS e definindo a manutenção de sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde consistentes na prestação de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais, visando à garantia da atenção integral à saúde dos munícipes que integram a região de saúde na qual a SANTA CASA está inserida, e conforme Plano Operativo anexo ”, no valor de **RS 2.237.494,32 (Dois milhões, duzentos e trinta e sete mil, quatrocentos e noventa e quatro reais e trinta e dois centavos)**, para o exercício de 2019, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde de Ipuã e ainda, em cumprimento a Constituição Federal, no Título VIII, Seção II, da Saúde, em conformidade com a Lei 8080/1990 e Decreto Presidencial nº 7508, de 28 de junho de 2011 e a Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012, **FAZ SABER** a todos que virem ou tiverem conhecimento, a seguinte **JUSTIFICATIVA** de inexigibilidade de chamamento público para celebração de Termo de Fomento para repasse de recursos do Município de Ipuã:

**REFERÊNCIA:** Inexigibilidade de chamamento público nº 05/2019 – Processo nº 30/2019 – Repasse ao Terceiro Setor – Termo de Fomento.

**BASE LEGAL:** Art. 31 e 32 da Lei 13.019/2014 e Artigos 32 e 33, do Decreto Municipal nº 3.473/2018 e Lei Municipal nº 4.094, de 05 de fevereiro de 2019.

**DADOS DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL/PROPONENTE:** Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Ipuã, CNPJ nº 45.708.765/0001-19, com sede na Rua Ferdinando Fratin nº 335, na cidade de Ipuã, Estado de São Paulo, CEP 14610-000, Telefone (16) 3832-2200, devidamente cadastrada no Conselho Municipal de Saúde de Ipuã.

*JAA*



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A Gerin, 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16) 3832 0100 – Fax 3832 0108  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: [licitacoes.pmi@gmail.com](mailto:licitacoes.pmi@gmail.com)

**OBJETO PROPOSTO:** “Manter integrada a SANTA CASA ao Sistema Único de Saúde – SUS e definindo a manutenção de sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde consistentes na prestação de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais, visando à garantia da atenção integral à saúde dos munícipes que integram a região de saúde na qual a SANTA CASA está inserida, de acordo com o Plano de trabalho apresentando pela Entidade”

**VALOR DO REPASSE:** R\$ 2.237.494,32 (Dois milhões duzentos e trinta e quatro mil cento e dez reais e trinta e tres centavos), dividido em 12 parcelas, conforme Plano de Trabalho.

**PERÍODO:** 12 (doze) meses

**INSTRUMENTO DE PARCERIA:** Termo de Fomento.

**JUSTIFICATIVA:** É inexigível o chamamento público em relação ao Plano de trabalho apresentando pela Entidade Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Ipuã, CNPJ nº 45.708.765/0001-19, em razão da inviabilidade de competição, pois, não há outra Entidade sem fins lucrativos cadastrada neste município, que possa alcançar as metas propostas no Plano de Trabalho apresentado pela Irmandade. Não houve a apresentação de Plano de Trabalho similar por outra Entidade sem fins lucrativos. Também há notoriedade de inexistência, no Município de Ipuã, de outra Entidade sem fins lucrativos com a mesma estrutura física e técnica que promova as mesmas atividades. A Entidade Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Ipuã, CNPJ nº 45.708.765/0001-19 é uma instituição filantrópica fundada em 1.974 e possui prédio próprio com estrutura física excepcional para o cumprimento das metas previstas no Plano de Trabalho. Há singularidade do trabalho da Entidade no Município de Ipuã, pela sua história, compromisso, estrutura e equipe técnica.

**OBSERVAÇÕES:** Em anexo Plano de Trabalho da Entidade Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Ipuã. Qualquer interessado poderá requerer cópia integral do Plano de trabalho, apresentando pela Entidade através de protocolo direcionado ao Prefeito Municipal de Ipuã, o Prefeito Municipal entregará as cópias do Plano de Trabalho em até 24 horas a contar do recebimento do requerimento. O valor do repasse à Entidade dependerá da disponibilidade financeira do Município de Ipuã, não sendo obrigatório o repasse do valor integral do Plano de trabalho, devendo haver prestações de contas, pela Entidade do valor efetivamente repassado.

**PRAZO PARA IMPUGNAÇÃO:** 05 (cinco) dias.

Ipuã-SP., 08 DE FEVEREIRO DE 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**JOSÉ FRANCISCO SOUZA ÁVILA**  
PREFEITO MUNICIPAL