

**SANTA CASA****IPUÃ****IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ**

Rua Ferdinando Fratin nº 335 - Fone: (16) 3832-1222 - (16) 3832-1932 - Cx. Postal 22 - CEP: 14.610-000 - IPUÃ - SP

CNPJ: 45.708.765/0001-19 - E-mail: [administracao@santacasaipua.com.br](mailto:administracao@santacasaipua.com.br)

A PRIMEIRA SANTA CASA DO BRASIL HABILITADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PROGRAMA

CUIDADOS PROLONGADOS - (PORTARIA MS/SAS Nº 929 DE 20/08/2013)

**1º ADITAMENTO - PLANO DE TRABALHO****"EXECUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE,  
REALIZADOS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL"****1 - DADOS CADASTRAIS DO PROPONENTE**

Proponente: Prefeitura Municipal de Ipuã

CNPJ: 49.556.863/0001-39

Inscrição Municipal: isento

Endereço: Avenida Maria de Lourdes Almeida Gerim, 433, Bairro Pampuã.

|              |        |                |                             |                                      |
|--------------|--------|----------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| Cidade: Ipuã | UF: SP | CEP: 14610-000 | DDD/Telefone: (16)3832-0100 | E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br |
|--------------|--------|----------------|-----------------------------|--------------------------------------|

Nome do representante legal do proponente: Ronywerton Marcelo Alves Pereira

|                     |                  |                                  |                             |
|---------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| CPF: 186.229.358-92 | RG: 22.236.138-4 | Cargo/Função: Prefeito Municipal | DDD/Telefone: (16)3832-0100 |
|---------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------------|

Endereço Residencial do representante legal: Rua José Bonifácio nº 571, Centro, Ipuã-SP

Período de Mandato: 01/01/2021 a 31/12/2024.

Nome do representante Legal do proponente: Priscila Honorato de Oliveira

|                     |                  |                                             |                              |
|---------------------|------------------|---------------------------------------------|------------------------------|
| CPF: 219.428.318-89 | RG: 42.546.500-7 | Cargo/Função: Secretária Municipal de Saúde | DDD/Telefone: (16) 3832-0183 |
|---------------------|------------------|---------------------------------------------|------------------------------|

Endereço Residencial do representante legal: Rua Waldomiro de Souza Melo nº 787

**2 - DADOS CADASTRAIS DO COLABORADOR**

|                                                              |                          |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Denominação: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Ipuã | CNPJ: 45.708.765/0001-19 |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|

Endereço: Rua Ferdinando Fratin nº 335, Centro.

|              |        |                                                                                            |
|--------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cidade: Ipuã | UF: SP | E-mail: <a href="mailto:administracao@santacasa.com.br">administracao@santacasa.com.br</a> |
|--------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

Representante Legal: Mírian Aparecida Girolamo dos Santos

|                     |                  |                      |                              |
|---------------------|------------------|----------------------|------------------------------|
| CPF: 150.710.808-77 | RG: 24.306.966-2 | Cargo/Função: Gestor | DDD/Telefone: (16) 3832-1222 |
|---------------------|------------------|----------------------|------------------------------|

|                 |                            |                 |                            |
|-----------------|----------------------------|-----------------|----------------------------|
| Dados bancários | Banco: Banco do Brasil S/A | Agência: 3156-9 | Conta Corrente: 103.2023-7 |
|-----------------|----------------------------|-----------------|----------------------------|

Endereço Residencial do representante legal: Avenida Alberto Conrado nº 1942 Centro, Ipuã-SP.

Período de Mandato da Diretoria: Requisição administrativa em 28/05/2019

**3 – OBJETO DA PARCERIA**

Visa a execução e desenvolvimento de serviços complementares de Saúde realizados no âmbito da Atenção Psicossocial do Sistema Municipal de Saúde, com o objetivo de dar continuidade nos processos de trabalho e atendimentos realizados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS), de maneira a integrar e auxiliar na construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município.

**4 - IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO****4.1 - Título do Projeto**

Visa o aditamento de prazo por 12 meses, a partir do dia 31 de julho de 2024, para Execução e Desenvolvimento de Serviços Complementares de Saúde no âmbito da Atenção Psicossocial.

**4.2 - Prazo de Execução**

12 meses a partir do dia 31 de julho de 2024

**4.1 – Descrição da realidade**

No CAPS I, estão localizados todos os atendimentos especializados em Saúde Mental, contando com serviços de Coordenação, Psiquiatria, Psicologia, Terapia Ocupacional, Técnico Educacional, Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

**4.2 - Justificativa do Projeto**

Visa o aditamento de prazo por mais 12 (Doze) meses a contar do dia 31 de julho de 2024; e reajuste salarial dos empregos conforme Convenção Coletiva de Trabalho dos colaboradores que prestam serviços no âmbito da Atenção Psicossocial.

Tendo em vista o crescimento da demanda nos serviços de saúde e o aumento da expectativa de vida, o município de Ipuã - SP tem um grande número de pacientes que procuram o atendimento no âmbito SUS.

Pretende-se com a parceria, ampliar o acesso à população e garantir o atendimento psicossocial de toda a população em sofrimento psíquico; promover a vinculação das pessoas em sofrimento/transtorno mental e com necessidades decorrentes ao uso do álcool e múltiplas drogas e suas famílias ao ponto de atenção; garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, tratamento e acompanhamento contínuo da atenção às urgências.

A execução da parceria será acompanhada pela Secretaria Municipal de Saúde, que deverá organizar e manter o controle mensal da produtividade dos especialistas e garantir a



eficácia e suficiência desses atendimentos, eventualmente encaminhando os casos de urgência e emergência para as referências pactuadas.

A vantagem é que a Entidade, por se localizar neste Município, permite maior acesso da população, evita deslocamento para atendimentos especializados para outros municípios, e conseqüentemente trazendo agilidade na assistência aos pacientes.

### **5 - OBJETIVOS DO PROJETO**

Oferecer dispositivos e recursos para a retomada e manutenção dos laços sociais, de modo a minimizar os riscos de exclusão, intensificação e comprometimento pelo sofrimento psíquico e do uso e dependência de substâncias psicoativas através de um processo terapêutico ambulatorial, reinserção familiar e social.

#### **São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:**

- I - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - Promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- III - Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

#### **São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:**

- I - Promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- II - Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- III - Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- IV - Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- V - Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;



VI - Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

VIII - Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial;

IX - Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

De modo geral, a proposta é oferecer mais agilidade e eficiência nos atendimentos multiprofissionais;

- Humanizar o atendimento desses pacientes com a facilitação do conhecimento dos profissionais envolvidos desse centro de atendimento;

- Atendimento de referência de nível secundário especializado para usuários do SUS;

- Desenvolver ações de saúde através de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir em tal condição clínica, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária.

## 6 - PÚBLICO ALVO

Os serviços ofertados deverão atender a população do município de Ipuã, em qualquer faixa etária e que necessitam do serviço no Centro de Atendimento Psicossocial "Branca Macário Ferreira".

## 7 - ÁREA DE ABRANGÊNCIA

CAPS I "Branca Macário Ferreira" – Rua José Bonifácio, nº 181 – Ipuã - SP, para atendimento de toda a população ipuanense.



## 8 – METAS E INDICADORES (1º ADITAMENTO)

## a) Metas quantitativas

| Meta | Descrição da Meta                                                                                    | Indicador                                                                                                                                                                     |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | Realizar 80 (oitenta) consultas mensais na especialidade de psiquiatria.                             | Alcançar 90% da produção mensal em relação ao contratualizado mensal. Forma de cálculo: Numerador: nº de consultas realizadas. Denominador: nº de consultas contratualizadas. |
| 2    | Oferecer o serviço de 200 (cento e cinquenta) horas mensais na especialidade de terapia ocupacional. | Alcançar 90% da produção mensal em relação ao contratualizado mensal. Forma de cálculo: Numerador: nº de horas realizadas. Denominador: nº de horas contratualizada mensal.   |
| 3    | Oferecer o serviço de 130 (cento e vinte) horas mensais na especialidade de técnico educacional.     | Alcançar 90% da produção mensal em relação ao contratualizado mensal. Forma de cálculo: Numerador: nº de horas realizadas. Denominador: nº de horas contratualizadas.         |

## b) Metas qualitativas

| Meta | Descrição da Meta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Indicador                                                                                                                                                                                               |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantia de atendimento humanizado de pacientes e famílias em sofrimento psíquico, de maneira a assegurar o acesso ao serviço, avaliando o risco e a vulnerabilidade, com escuta qualificada e formação de vínculo;</li> <li>- Desenvolvimento de estratégias de ação que promovam a articulação de rede intrasetoriais (demais pontos da RAS) e intersetoriais (educação, assistência social, etc.), assim como os recursos comunitários presentes no território;</li> <li>- Apoio matricial às equipes de Atenção Básica através de discussões de casos e de processos de trabalho;</li> <li>- Realização de projetos terapêuticos singulares a partir das reuniões com a equipe multiprofissional do CAPS.</li> </ul> | Fornecimento de 40 (quarenta) horas semanais por parte do Médico Coordenador do CAPS em relação às horas contratualizadas. Fonte de dados: Sistema Integrado de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. |
| 2    | Promoção de atendimento humanizado através da implantação do serviço de pesquisa de satisfação do usuário para os pacientes vinculados ao CAPS, por meio da elaboração formulários de avaliação do serviço ofertado, tendo em vista que o serviço não possui avaliação da satisfação do usuário.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Implantação do serviço de pesquisa de satisfação do usuário. Fonte de dados: Relatório do Coordenador do CAPS com desenvolvimento das ações.                                                            |

## 9 – METODOLOGIA/ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

## 1- Médico Coordenador do CAPS

- Atende e acolhe pacientes com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades do uso de álcool e outras drogas de todas as faixas etárias;



- Realiza atendimentos individualizados, em grupo e atividades comunitárias, auxiliando no desenvolvimento de Planos Terapêuticos interdisciplinares em conjunto com a equipe multidisciplinar.
- Interage com as equipes da Atenção Básica do seu território, estabelece iniciativas de levantamento de dados sobre os principais problemas e necessidades de Saúde Mental, realiza apoio matricial às equipes da Atenção Básica e fornece atividades de educação permanente sobre Saúde Mental, desenvolve ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parcerias com organizações governamentais, entidades e sociedade civil.

#### **1- Coordenador do Centro de Atendimento Psicossocial**

- Supervisionar os trabalhos realizados no CAPS, coordena, planeja e organiza os serviços e ações da equipe multiprofissional, regula as demandas e os fluxos assistenciais, desenvolve demais atividades correlatas;
- Discutir e apoiar a construção do projeto institucional do serviço, projetos terapêuticos individuais dos usuários e de gestão do CAPS;
- Assessorar a discussão dos casos clínicos associada ao contexto institucional, ao serviço, à rede, à gestão, mediante as diretrizes e premissas de cuidado em saúde mental prevista na Política Estadual de Saúde Mental, álcool e outras Drogas em consonância com o SUS;
- Realizar reunião de equipe de acordo com a necessidade do serviço;
- Participar de atividades junto à SMS quando solicitado;

#### **2- Técnico Educacional**

- Compor a equipe do CAPS e prestar atendimento em saúde mental à população;
- Colaborar para a construção do projeto terapêutico singular do usuário;
- Realizar acolhimento através das atividades em grupo garantindo escuta qualificada do caso e a reabilitação terapêutica ocupacional.
- Trabalhar na lógica do território: conhecer, diagnosticar, intervir e avaliar a prática cotidiana de acordo com as necessidades da população da região;



- Atendimento em saúde mental e terapêutico dos usuários;
- Participar de reuniões de equipe e de matriciamento;
- Realizar oficinas terapêuticas e atividades de inserção comunitária;
- Realizar atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- Realizar visitas domiciliares quando necessário; participar de atividades junto à SMS quando solicitado; representar a unidade em reuniões, aulas e outras atividades quando solicitado pelo coordenador, no horário de trabalho;
- Promover e participar de ações intersetoriais com outras secretarias do poder público e sociedade civil, bem como com outros equipamentos da saúde;
- Trabalhar de acordo com as diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde);
- Realizar o registro das atividades e atendimentos;
- Executar outras tarefas correlatas ao cargo e/ou determinadas pelo superior imediato.

### 3- Terapeuta Ocupacional

- O Terapeuta ocupacional trabalhará as questões de atenção e concentração, valorização da autoestima, socialização, aquisição de relações interpessoais, tolerância as frustrações, autocontrole, autonomia e desenvolvimento de novas habilidades e interesses. A fim de recuperar e/ou desenvolver habilidades cognitivas, motoras e emocionais, prejudicadas pelo uso abusivo de substâncias psicoativas. As atividades externas (passeios, exposições da T.O., atividades de cinema) visam principalmente o retorno às atividades sociais (reinserção social) e de lazer, incentivando o retorno as atividades de vida diária e promovendo a qualidade de vida.

### 4- Psiquiatria

Atendimento médico especializado em psiquiatria para maiores de 18 anos.



## 10 - ATIVIDADES E CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

| Etapa | Atividades                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Início              | Término             |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| 1     | <p>Desenvolvimento de Serviços Complementares de Saúde no âmbito da Atenção Psicossocial.</p> <p>O Coordenador e o Médico Coordenador do CAPS executarão suas atividades durante todo prazo vigente do plano de trabalho, sendo 40h semanais, impossibilitando medir suas metas quantitativas, visto que são serviços administrativos.</p> <p>O Terapeuta Ocupacional Educacional executarã suas atividades no período de 150 horas mensais.</p> <p>O Técnico Educacional executarã suas atividades no período de 120 horas mensais.</p> <p>O Profissional Médico executarã suas atividades a nível de produção, com o intuito de suprir toda a demanda existencial das especialidades em questão.</p> <p>A fiscalização da execução do objeto se dará pelo gestor e a comissão de avaliação e monitoramento do presente plano, por meios de visitas in loco e relatórios apresentados à Secretaria Municipal de Saúde e à Contratada, conforme previsto do tópico 11.</p> | 31 de julho de 2024 | 30 de julho de 2025 |

## 11 - PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS

11.1 - Valor total do plano de trabalho inicial, sendo de 01 de agosto de 2023 ao dia 31 de julho de 2024, no valor de R\$ 500.963,04 (Quinhentos mil, novecentos e sessenta e três reais e quatro centavos)

**SANTA CASA****IPUÃ**

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

Rua Ferdinando Fratin nº 335 - Fone: (16) 3832-1222 - (16) 3832-1932 - Cx. Postal 22 - CEP: 14.610-000 - IPUÃ - SP

CNPJ: 45.708.765/0001-19 - E-mail: [administracao@santacasaipua.com.br](mailto:administracao@santacasaipua.com.br)

A PRIMEIRA SANTA CASA DO BRASIL HABILITADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PROGRAMA

CUIDADOS PROLONGADOS - (PORTARIA MS/SAS Nº 929 DE 20/08/2013)

11.2 Valor total do plano de trabalho 1º Aditamento, sendo de 12 meses a partir do dia 31 de julho de 2024, no valor de R\$ 458.571,84 (quatrocentos e cinquenta e oito mil, quinhentos e setenta e um reais e oitenta e quatro centavos)

11.3 Valor total do plano de trabalho para o período de 01 de agosto de 2023 à 31 de julho de 2025, no valor de R\$ 959.534,88 (Novecentos e cinquenta e nove mil, quinhentos e trinta e quatro reais e oitenta e oito centavos)

| PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS             |                |                |                |                |             |
|--------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------|
|                                            | ANO DE 2023    | ANO DE 2024    | ANO DE 2025    | TOTAL          | PERCEN-TUAL |
| Valor do Plano de Trabalho Inicial         | R\$ 208.734,60 | R\$ 292.228,44 | R\$ -          | R\$ 500.963,04 | 100%        |
| Valor do Plano de Trabalho - 1º Aditamento | R\$ -          | R\$ 191.071,60 | R\$ 267.500,24 | R\$ 458.571,84 | -8,46%      |
| VALOR TOTAL DO PLANO DE TRABALHO ADITADO   | R\$ 208.734,60 | R\$ 483.300,04 | R\$ 267.500,24 | R\$ 959.534,88 |             |



**CUIDADOS PROLONGADOS - (PORTARIA MS/SAS Nº 929 DE 20/08/2013)**

| DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS MENSAIS – 01 de agosto de 2023 à 31 de julho de 2024 |                              |     |                |                |               |             |               |            |           |              |                           |                       |                |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----|----------------|----------------|---------------|-------------|---------------|------------|-----------|--------------|---------------------------|-----------------------|----------------|
| N                                                                               | ESPECIFICAÇÃO                | QT  | SALARIO MENSAL | salário mensal | insalubridade | 13º salário | Férias 33,33% | FGTS 8%    | PIS 1%    | Cesta básica | Exames Ad/Dem e periodico | valor por colaborador | valor total    |
| 1                                                                               | Cordenadora de Serviços CAPS | 1   | R\$ 3.724,12   | R\$ 3.724,12   | R\$ 262,00    | R\$ 332,18  | R\$ 110,71    | R\$ 354,32 | R\$ 44,29 | R\$ 100,40   | R\$ 18,90                 | R\$ 4.946,92          | R\$ 4.946,92   |
| 2                                                                               | Psiquiatra                   | 80  | R\$ 110,00     |                |               |             |               |            |           |              |                           | R\$ 110,00            | R\$ 8.800,00   |
| 3                                                                               | Médico Coordenador CAPS      | 1   | R\$ 21.000,00  |                |               |             |               |            |           |              |                           | R\$ 21.000,00         | R\$ 21.000,00  |
| 4                                                                               | Técnico Educacional          | 130 | R\$ 25,00      |                |               |             |               |            |           |              |                           | R\$ 25,00             | R\$ 3.250,00   |
| 5                                                                               | Terapeuta Ocupacional        | 150 | R\$ 25,00      |                |               |             |               |            |           |              |                           | R\$ 25,00             | R\$ 3.750,00   |
| TOTAL REPASSE MENSAL                                                            |                              |     |                |                |               |             |               |            |           |              |                           |                       | R\$ 41.746,92  |
| Valor total do convênio - período de 12 meses                                   |                              |     |                |                |               |             |               |            |           |              |                           |                       | R\$ 500.963,04 |

## CAPS - CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL – 1º ADITAMENTO

| DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS - 12 meses a partir de 31 de julho de 2024              |                              |   |                |                |               |             |               |            |           |              |                         |                        |               |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---|----------------|----------------|---------------|-------------|---------------|------------|-----------|--------------|-------------------------|------------------------|---------------|
| Nº                                                                                 | ESPECIFICAÇÃO                | Q | SALARIO MENSAL | salário mensal | insalubridade | 13º salário | Férias 33,33% | FGTS 8%    | PIS 1%    | Cesta básica | Exames Ad/Dem e período | valor por co-laborador | valor total   |
| 1                                                                                  | Cordenadora de Serviços CAPS | 1 | R\$ 3.867,87   | R\$ 3.867,87   | R\$ 282,40    | R\$ 345,86  | R\$ 115,27    | R\$ 368,91 | R\$ 46,11 | R\$ 110,00   | R\$ 27,90               | R\$ 5.164,32           | R\$ 5.164,32  |
| 2                                                                                  | Psiquiatra                   | 8 | R\$ 110,00     |                |               |             |               |            |           |              |                         | R\$ 110,00             | R\$ 8.800,00  |
| 3                                                                                  | Medico Coordenador Caps      | 1 | R\$ 16.000,00  |                |               |             |               |            |           |              |                         | R\$ 16.000,00          | R\$ 16.000,00 |
| 4                                                                                  | Técnico Educacional (CAPS)   | 3 | 0              | R\$ 25,00      |               |             |               |            |           |              |                         | R\$ 25,00              | R\$ 3.250,00  |
| 5                                                                                  | Terapeuta Ocupacional        | 2 | 0              | R\$ 25,00      |               |             |               |            |           |              |                         | R\$ 25,00              | R\$ 5.000,00  |
| TOTAL REPASSE MENSAL                                                               |                              |   |                |                |               |             |               |            |           |              |                         |                        |               |
|                                                                                    |                              |   |                |                |               |             |               |            |           |              |                         | R\$ 38.214,32          |               |
| Valor total do plano de trabalho inicial                                           |                              |   |                |                |               |             |               |            |           |              |                         |                        |               |
|                                                                                    |                              |   |                |                |               |             |               |            |           |              |                         | R\$ 500.963,04         |               |
| Valor total do 1º Aditamento - período de 12 meses a partir de 31 de julho de 2024 |                              |   |                |                |               |             |               |            |           |              |                         |                        |               |
|                                                                                    |                              |   |                |                |               |             |               |            |           |              |                         | R\$ 458.571,84         |               |
| Valor total do plano aditado – 01 de agosto de 2023 à 31 de julho de 2025          |                              |   |                |                |               |             |               |            |           |              |                         |                        |               |
|                                                                                    |                              |   |                |                |               |             |               |            |           |              |                         | R\$ 959.534,88         |               |

**SANTA CASA****IPUÃ****IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ**

Rua Ferdinando Fratin nº 335 - Fone: (16) 3832-1222 - (16) 3832-1932 - Cx. Postal 22 - CEP: 14.610-000 - IPUÃ - SP

CNPJ: 45.708.765/0001-19 - E-mail: [administracao@santacasaipua.com.br](mailto:administracao@santacasaipua.com.br)

A PRIMEIRA SANTA CASA DO BRASIL HABILITADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PROGRAMA

CUIDADOS PROLONGADOS - (PORTARIA MS/SAS Nº 929 DE 20/08/2013)

**12- Descrição da Despesas**

| Parcela                                   | Custeio                                                                                             | Valores               |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 01                                        | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial   | R\$ 38.214,32         |
| 02                                        | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial . | R\$ 38.214,32         |
| 03                                        | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial   | R\$ 38.214,32         |
| 04                                        | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial   | R\$ 38.214,32         |
| 05                                        | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial   | R\$ 38.214,32         |
| 06                                        | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial   | R\$ 38.214,32         |
| 07                                        | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial   | R\$ 38.214,32         |
| 08                                        | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial   | R\$ 38.214,32         |
| 09                                        | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial   | R\$ 38.214,32         |
| 10                                        | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial   | R\$ 38.214,32         |
| 11                                        | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial   | R\$ 38.214,32         |
| 12                                        | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial   | R\$ 38.214,32         |
| <b>Total Geral (período de 12 meses )</b> |                                                                                                     | <b>R\$ 458.571,84</b> |

**SANTA CASA****IPUÃ****IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ**

Rua Ferdinando Fratin nº 335 - Fone: (16) 3832-1222 - (16) 3832-1932 - Cx. Postal 22 - CEP: 14.610-000 - IPUÃ - SP

CNPJ: 45.708.765/0001-19 - E-mail: [administracao@santacasaipua.com.br](mailto:administracao@santacasaipua.com.br)

A PRIMEIRA SANTA CASA DO BRASIL HABILITADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PROGRAMA

CUIDADOS PROLONGADOS - (PORTARIA MS/SAS Nº 929 DE 20/08/2013)

**13- CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO****13.1 - Cronograma de Desembolso (Concedente)**

As parcelas deverão serem pagas até o dia 2 do mês subsequente.

| CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO |                |
|--------------------------|----------------|
| PARCELA                  | VALOR          |
| 01                       | R\$ 38.214,32  |
| 02                       | R\$ 38.214,32  |
| 03                       | R\$ 38.214,32  |
| 04                       | R\$ 38.214,32  |
| 05                       | R\$ 38.214,32  |
| 06                       | R\$ 38.214,32  |
| 07                       | R\$ 38.214,32  |
| 08                       | R\$ 38.214,32  |
| 09                       | R\$ 38.214,32  |
| 10                       | R\$ 38.214,32  |
| 11                       | R\$ 38.214,32  |
| 12                       | R\$ 38.214,32  |
| TOTAL                    | R\$ 458.571,84 |

Ipuã-SP, 11 de junho de 2024.

  
RONYWERTON MARCELO ALVES PEREIRA  
PREFEITO MUNICIPAL  
PRISCILA HONORATO DE OLIVEIRA  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Ipuã-SP, 11 de junho de 2024.

  
MIRIAN AP. GIROLAMO DOS SANTOS  
GESTORA DA IRMANDA SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ  
Entidade Colaboradora



# PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ

Av: Maria de Lourdes A. Gerin, nº 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

PROCESSO Nº 086/2023

INEXIGIBILIDADE Nº 006/2023

1º TERMO ADITIVO DO CONVÊNIO Nº 03/2023

1º TERMO ADITIVO DO CONVÊNIO Nº 03/2023 que  
entre si celebram o **MUNICÍPIO DE IPUÃ** e a  
entidade **IRMANDADE DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE IPUÃ**.

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, nº 433, Bairro Jardim Alvorada, na cidade de Ipuã, Estado de São Paulo, doravante denominado simplesmente **MUNICÍPIO**, neste ato representado pelo Exmo Sr. Prefeito Municipal **RONYWERTON MARCELO ALVES PEREIRA**, brasileiro, casado, advogado, portador do CPF nº 186.229.358-92 e RG 22.236.138-4-SSP-SP, residente e domiciliado na Rua José Bonifácio, nº 571, Centro, na cidade de Ipuã-SP, com a interveniência da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, neste ato representado pela Secretária Municipal de Saúde, **PRISCILA HONORATO DE OLIVEIRA**, brasileira, solteira, servidora pública, portadora do RG. nº 42.546.500-7-SSP/SP e do CPF nº 219.428.318-89, residente e domiciliada na Avenida Valdomiro de Souza Mello, nº 1780, Bom Retiro, 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 nº 335, na cidade de Ipuã, Estado de São Paulo, doravante denominada simplesmente **SANTA CASA**, neste ato representada sua Gestora, **SRA MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTOS**, Gestora, brasileira, casada, portadora do RG nº 24.306.966-2 e CPF nº 150.710.808-77, residente e domiciliada a Avenida Alberto Conrado 1942, 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**, tendo em vista o que consta no Processo nº 086/2023, Inexigibilidade nº 006/2023, e em observância às disposições da Lei Federal 8.666 de 21 de junho de 1993, conforme Artigo 116, e o disposto nas Instruções Normativas vigentes do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, bem como as demais disposições legais, considerando a Lei Municipal nº 4.706/2023, que autoriza a celebração deste Aditivo, resolvem celebrar o presente Termo Aditivo de alteração e de prorrogação de vigência de Convênio, mediante as cláusulas e condições a seguir enunciadas.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ

Av: Maria de Lourdes A. Gerin, nº 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

## CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O objeto do presente instrumento é:

1.1.1. **PRORROGAR** o prazo da vigência e de execução do Convênio nº 03/2023, por 12 (doze) meses, contemplando-se, nesta ocasião, o período de 01/08/2024 a 31/07/2025, nos termos do art. 57, II, da Lei n.º 8.666, de 1993.

1.1.2. **ACRESCENTAR** 3,51498% do valor inicial atualizado do contrato, a partir da data de assinatura deste instrumento, equivalente a R\$ 17.608,80 (Dezessete mil, seiscentos e oito reais e oitenta centavos), nos moldes do art. 65, inciso I, alínea "b", § 1º, da Lei n.º 8.666/1993.

1.1.3. **SUPRIMIR** 11,97693% do valor inicial atualizado do contrato, a partir da data de assinatura deste instrumento, equivalente a R\$ 60.000,00 (Sessenta mil reais), nos moldes do art. 65, inciso I, alínea "b", § 1º, da Lei n.º 8.666/1993.

1.2. O objeto deste Termo Aditivo de Convênio não inclui, direta ou indiretamente, delegação das funções de regulamentação, fiscalização, de exercício do poder de polícia ou outras atividades exclusivas do Estado.

## CLÁUSULA SEGUNDA – PREÇO

2.1. O valor total deste aditivo é de R\$ 458.571,84 (Quatrocentos e cinquenta e oito mil, quinhentos e setenta e um reais e oitenta e quatro centavos), conforme parcelas mensais abaixo:

| CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO ANO 2024        |                    |                 |                           |
|------------------------------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|
| Nº da Parcela                            | Mês de Competência | Data Vencimento | Ficha 464 Recurso Federal |
| 1                                        | agosto             | 02/09/2024      | R\$ 38.214,32             |
| 2                                        | setembro           | 02/10/2024      | R\$ 38.214,32             |
| 3                                        | outubro            | 02/11/2024      | R\$ 38.214,32             |
| 4                                        | novembro           | 02/12/2024      | R\$ 38.214,32             |
| 5                                        | dezembro           | 02/01/2025      | R\$ 38.214,32             |
| Valor Total do Desembolso do Ano de 2024 |                    |                 | R\$ 191.071,60            |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ

Av: Maria de Lourdes A. Gerin, nº 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

| CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO ANO DE 2025     |                    |                 |                        |
|------------------------------------------|--------------------|-----------------|------------------------|
| Nº da Parcela                            | Mês de Competência | Data Vencimento | Valor Total da Parcela |
| 1                                        | Janeiro            | 02/02/2025      | R\$ 38.214,32          |
| 2                                        | Fevereiro          | 02/03/2025      | R\$ 38.214,32          |
| 3                                        | Março              | 02/04/2025      | R\$ 38.214,32          |
| 4                                        | Abril              | 02/05/2025      | R\$ 38.214,32          |
| 5                                        | Maio               | 02/06/2025      | R\$ 38.214,32          |
| 6                                        | Junho              | 02/07/2025      | R\$ 38.214,32          |
| 7                                        | Julho              | 02/08/2025      | R\$ 38.214,32          |
| Valor Total do Desembolso do Ano de 2025 |                    |                 | R\$ 267.500,24         |

2.2. Os pagamentos serão transferidos para conta específica do Convênio, na Agência do Banco do Brasil nº 3156-9, Conta Corrente nº 103.2023-7.

## CLÁUSULA TERCEIRA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

3.1. Os recursos financeiros para a execução do objeto deste Termo Aditivo do Convênio nº 03/2023 referente ao exercício de 2024 estão programados em dotação orçamentária, conforme discriminado abaixo:

Ficha 464 - R\$ 191.071,60

3.3.50.39.00 – Outros Serviços de Terceiros - PJ

10.302.9007.2114.0000 – CAPS – Portaria GM/MS nº 1.414 de 28/09/2023

Fonte Recurso Federal: 0.05.81

3.2. Quanto aos recursos financeiros para a execução do objeto deste Termo Aditivo de Convênio referente ao exercício de 2025 serão alocados no respectivo orçamento.

## CLÁUSULA QUARTA - DOCUMENTAÇÃO ANEXA

4.1. Integra este Termo Aditivo, para todos os fins e efeitos, o plano de trabalho anexo.

## CLÁUSULA QUINTA – RATIFICAÇÃO

5.1. Ficam ratificadas e mantidas sem quaisquer alterações as demais Cláusulas do Convênio nº 03/2023, vinculadas ao Processo nº 086/2023, Inexigibilidade nº 06/2023,



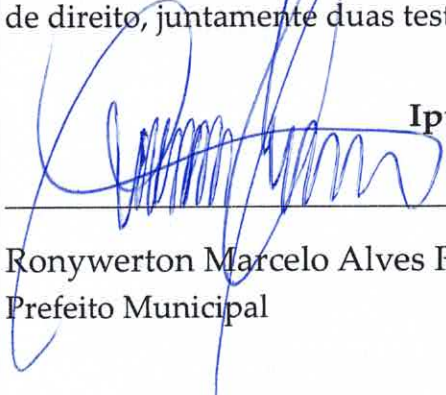
# PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ

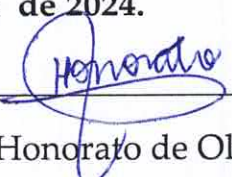
Av: Maria de Lourdes A. Gerin, nº 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

formando o Convênio e demais aditivos, o Plano de Trabalho alterado, e o presente Aditivo, um único todo e indivisível para todos os fins de direito.

E por assim estarem às partes justas e acordadas, as partes contratam e assinam o presente Aditivo do Convênio em duas vias de igual teor e para os mesmos fins de direito, juntamente duas testemunhas instrumentárias que também o firmam.

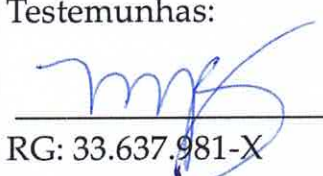
Ipuã (SP), 31 de julho de 2024.

  
Ronywerton Marcelo Alves Pereira  
Prefeito Municipal

  
Priscila Honorato de Oliveira  
Secretária Municipal de Saúde

  
Mirian Aparecida Girolamo Dos Santos  
Gestora

Testemunhas:

  
RG: 33.637.981-X  
Nome: Maira Bernardino

  
RG: 23.859.203-0  
Nome: Marinalva Rodrigues de Melo Meira



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av: Maria de Lourdes A. Gerin, nº 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

## **ANEXO RP-11 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO - TERMO DE CONVÊNIO**

**ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A):** PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ

**CONVENIADA:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**1º ADITIVO DO TERMO DE CONVÊNIO Nº 03/2023**

**OBJETO:** Custeio da Execução e Desenvolvimento de Serviços Complementares de Saúde realizados no âmbito da Atenção Psicossocial do Sistema Municipal de Saúde, com o objetivo de dar continuidade nos processos de trabalho e atendimentos realizados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS), de maneira a integrar e auxiliar na construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município.

**VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO:** R\$ 458.571,84 (Quatrocentos e cinquenta e oito mil, quinhentos e setenta e um reais e oitenta e quatro centavos), sendo o valor de R\$ 191.071,60 (Cento e noventa e um mil, setenta e um reais e sessenta centavos) referente ao exercício de 2024 (agosto de 2024 a dezembro 2024, e o valor de R\$ 267.500,24 (Duzentos e sessenta e sete mil, quinhentos reais e vinte e quatro centavos) para o Exercício de 2025 (janeiro de 2025 a julho de 2025).

**PRAZO DE EXECUÇÃO DO 1º ADITIVO:** 01 de agosto de 2024 a 31 de julho de 2025.

**ADVOGADO Nº OAB:** Gabriel César Bueno OAB/SP nº 324.343

**E-MAIL:** procuradoria.licitacao@ipua.sp.gov.br

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

### **3 Estamos CIENTES de que:**

a) o ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av: Maria de Lourdes A. Gerin, nº 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

- 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 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 do(s) responsável(is) pelo órgão concessor, entidade beneficiária 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);

#### **4 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.

Ipuã-SP, 31 de julho de 2024.



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av: Maria de Lourdes A. Gerin, nº 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

## **AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:**

Nome: Ronywerton Marcelo Alves Pereira

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 186.229.358-92

Data de Nascimento: 22/05/1976

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:**

Nome: Priscila Honorato de Oliveira

Cargo: Secretária Municipal da Saúde

CPF: 219.428.318-89

Data de Nascimento: 21/01/1983

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:**

Nome: Mirian Aparecida Girolamo dos Santos

Cargo: Gestora

CPF: 150.710.808-77

Data de Nascimento: 11/02/1976

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo:**

### **PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:**

Nome: Priscila Honorato de Oliveira

Cargo: Secretária Municipal da Saúde

CPF: 219.428.318-89

Data de Nascimento: 21/01/1983

Assinatura: \_\_\_\_\_



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av: Maria de Lourdes A. Gerin, nº 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

## **Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou prestação de contas:**

### **PELA ENTIDADE CONVENIADA:**

Nome: Mirian Aparecida Girolamo dos Santos

Cargo: Gestora

CPF: 150.710.808-77

Assinatura: \_\_\_\_\_

### **DEMAIS RESPONSÁVEIS:**

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Relatório técnico de acompanhamento, monitoramento e avaliação

Nome: Leandro dos Santos da Silva

Cargo: Membro da Comissão de Monitoramento e Avaliação

CPF: 215.983.498-05

Assinatura: \_\_\_\_\_

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Relatório técnico de acompanhamento, monitoramento e avaliação

Nome: Leína de Souza Freitas

Cargo: Membro da Comissão de Monitoramento e Avaliação

CPF: 348.218.558-10

Assinatura: \_\_\_\_\_

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Relatório técnico de acompanhamento, monitoramento e avaliação

Nome: Valéria Teixeira da Silva

Cargo: Membro da Comissão de Monitoramento e Avaliação

CPF: 455.979.868-05

Assinatura: \_\_\_\_\_

# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A. Gerin, nº433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

**Processo nº 086/2023**

**Inexigibilidade nº 006/2023**

**Convênio nº 03/2023**

**TERMO DE CONVÊNIO** que celebram, de um lado, o **MUNICÍPIO DE IPUÃ**, e de outro, a entidade **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, para Custeio da Execução e Desenvolvimento de Serviços Complementares de Saúde realizados no âmbito da Atenção Psicossocial do Sistema Municipal de Saúde, com o objetivo de dar continuidade nos processos de trabalho e atendimentos realizados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS), de maneira a integrar e auxiliar na construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município, no período de 12 meses a partir da assinatura do Termo, com custeio no valor total de R\$ 500.963,04 (Quinhentos mil, novecentos e sessenta e três reais e quatro centavos).

Pelo presente instrumento de Termo de Convênio 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, nº 433, Bairro Jardim Alvorada, na cidade de Ipuã, Estado de São Paulo, doravante denominado simplesmente **MUNICÍPIO**, neste ato representado pelo Exmo Sr. Prefeito Municipal **RONYWERTON MARCELO ALVES PEREIRA**, brasileiro, casado, advogado, portador do CPF nº 186.229.358-92 e RG 22.236.138-4-SSP-SP, residente e domiciliado na Rua: José Bonifácio, nº 571, Centro, na cidade de Ipuã-SP, autorizado pela Lei Municipal número 4.706/2023, com a interveniência da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Saúde, **JOSÉ FRANCISCO OTAVIANO SILVA**, brasileiro, divorciado, dentista, portador do RG. nº 15.785.792-X-SSP/SP e do CPF nº 125.036.098-64, residente e domiciliado na Avenida Carlos Fernandes, nº 922, Centro, 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 nº 335, na cidade de Ipuã,

# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

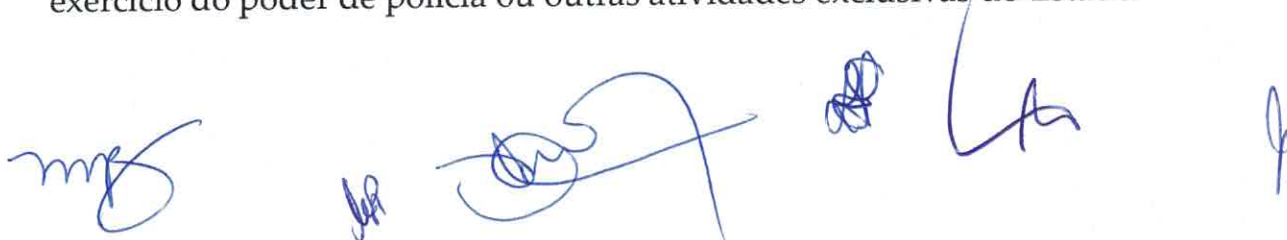
Av. Maria de Lourdes A. Gerin, nº 433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16) 3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

Estado de São Paulo, doravante denominada simplesmente SANTA CASA, neste ato representada sua Gestora, SRA MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTOS, Gestora, brasileira, casada, portadora do RG nº 24.306.966-2 e CPF nº 150.710.808-77, residente e domiciliada a Avenida Alberto Conrado 1942, 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 custear a Execução e Desenvolvimento de Serviços Complementares de Saúde no âmbito da Atenção Básica Especializada no Sistema Municipal de Saúde, dando continuidade nos atendimentos referenciados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) para os atendimentos especializados no âmbito da atenção básica, uma vez que não é possível referenciar para outros municípios, sujeitando-se as partes às normas da Lei Federal 8.666 de 21 de junho de 1993, conforme Artigo 116, e o disposto nas Instruções Normativas vigentes do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, bem como as demais disposições legais, considerando a Lei Municipal nº 4.706 de 04 de maio de 2023, que autorizam a celebração deste convênio, mediante as cláusulas e condições seguintes:

## **CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

1.1 - Este Termo de Convênio está vinculado ao Processo nº 086/2023, Inexigibilidade de Licitação nº 06/2023, o qual tem por objeto a celebração, em regime de mutua cooperação, de parceria destinada a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, para Custeio da Execução e Desenvolvimento de Serviços Complementares de Saúde realizados no âmbito da Atenção Psicossocial do Sistema Municipal de Saúde, com o objetivo de dar continuidade nos processos de trabalho e atendimentos realizados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS), de maneira a integrar e auxiliar na construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município, no período de 12 meses a partir da assinatura do Termo, com custeio no valor total de R\$ 500.963,04 (Quinhentos mil, novecentos e sessenta e três reais e quatro centavos), sendo o valor de R\$ 208.734,60 (Duzentos e oito mil, setecentos e trinta e quatro reais e sessenta centavos) referente ao exercício de 2023 (agosto de 2023 a dezembro de 2023), e o valor de R\$ 292.228,44 (Duzentos e noventa e dois mil, duzentos e vinte e oito reais e quarenta e quatro centavos) para o Exercício de 2024 (janeiro de 2024 a julho de 2024), conforme detalhado no Plano de Trabalho anexo.

1.2 - O objeto deste Termo de Convênio não inclui, direta ou indiretamente, delegação das funções de regulamentação, fiscalização, de exercício do poder de polícia ou outras atividades exclusivas do Estado.



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A. Gerin, nº433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

## **CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

2.1 - Designar Gestor que será o responsável pela gestão da parceria, com poderes de controle e de fiscalização;

2.2 - Registrar os atos de celebração, alienação, liberação de recursos, acompanhamento e fiscalização da execução da prestação de contas do presente Termo de Convênio;

2.3 - Orientar a organização da sociedade civil quanto a correta apresentação da prestação de contas, tendo como premissas a simplificação e a racionalização dos procedimentos

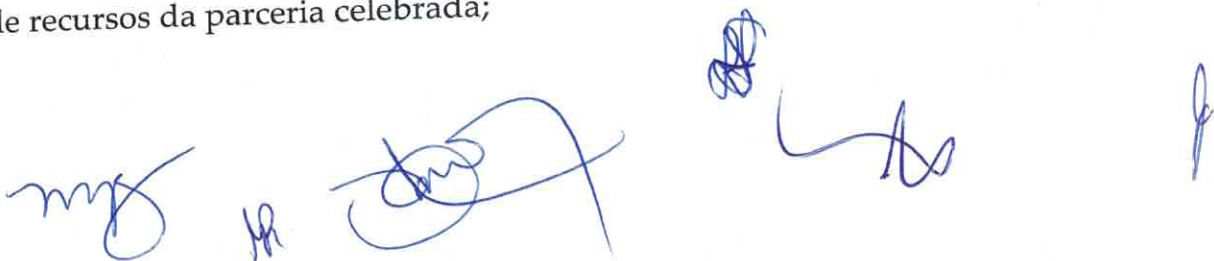
2.4 - Emitir relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, independentemente de apresentação de prestação de contas devida pela organização da sociedade civil;

2.5 - O relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, sem prejuízo de outros elementos, deverá conter:

- a) Descrição sumária das atividades e metas estabelecidas;
- b) Análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no plano de trabalho;
- c) Valores efetivamente transferidos pela administração pública;
- d) Análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentados pela organização da sociedade civil na prestação de contas, quando não for comprovado o alcance das metas e resultados estabelecidos neste Termo de Convênio;
- e) Análise de eventuais auditorias realizadas pelos controles interno e externo, no âmbito da fiscalização preventiva, bem como de suas conclusões e das medidas que tomarem em decorrência dessas auditorias.

2.6 - Liberar os recursos em obediência ao cronograma de desembolso;

2.7 - Viabilizar o acompanhamento pela Internet do processo de liberação de recursos da parceria celebrada;



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A. Gerin, nº433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

2.8 -Manter, em seu sítio oficial na Internet, as informações da parceria ora celebrada e do respectivo plano de trabalho, até 180 (cento e oitenta) dias após o seu término.

2.9 - Divulgar pela internet os meios de representação sobre a aplicação irregular dos recursos envolvidos na parceria.

2.10 - Realizar pesquisas de satisfação das parcerias sempre que necessário;

2.11 - Bloquear, suspender ou cancelar o pagamento da transferência financeira a Entidade quando houver descumprimento das exigências contidas no presente Termo de Convênio, tais como:

- a) Atrasos e irregularidades na prestação de contas;
- b) Aplicação indevida dos recursos financeiros, transferidos pelo MUNICÍPIO, não prevista no Plano de Trabalho;
- c) Não cumprimento do Plano de Trabalho;
- d) Falta de clareza, lisura ou boa fé na aplicação dos recursos públicos;
- e) Descumprimento das orientações do MUNICÍPIO.

2.12 - Encaminhar a Secretaria de Orçamento e Finanças, através de requisições, os empenhos orçamentários relativos as transferências financeiras;

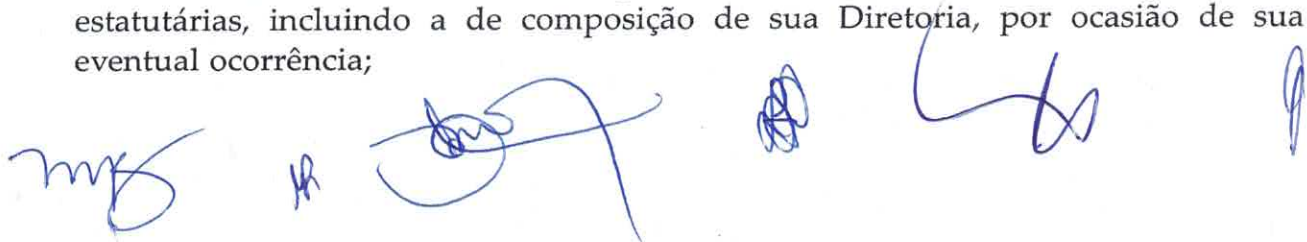
2.13 - Assessorar tecnicamente a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL no que for necessário ao desenvolvimento deste Termo de Convênio;

2.14 - Realizar reuniões com os gestores e equipe da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL quando necessário, objetivando orientações técnicas;

## **CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL**

São obrigações da organização da sociedade civil:

3.1. Informar ao Município de Ipuã todas e quaisquer alterações estatutárias, incluindo a de composição de sua Diretoria, por ocasião de sua eventual ocorrência;



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A. Gerin, nº433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

3.2 Divulgar, através de site institucional da entidade na internet e em locais visíveis de suas sedes sociais e dos estabelecimentos em que exerça suas ações, todas as parcerias celebradas com a administração pública, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

- a) O Estatuto social atualizado;
- b) Data de assinatura e identificação do instrumento de parceria e do órgão da administração pública responsável;
- c) Descrição do objeto da parceria, com a publicação do Plano de Trabalho;
- d) Situação da prestação de contas da parceria, que deverá informar a data prevista para sua apresentação e/ou a data em que foi apresentada e o resultado conclusivo.

Parágrafo Único: As informações citadas no **caput** acima deverão ser atualizadas constantemente.

3.3 Responder exclusivamente pelo gerenciamento administrativo e financeiro dos recursos recebidos, inclusive no que diz respeito as despesas de custeio de investimento e de pessoal;

3.4 - Responder exclusivamente pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relativos ao funcionamento da instituição e ao adimplemento do Termo de Convênio, não se caracterizando responsabilidade solidaria ou subsidiaria da administração pública pelos respectivos pagamentos, qualquer oneração do objeto ou restrição a sua execução;

3.5 - Responsabilizar-se pela execução do objeto deste termo;

3.6 - Prestar informações e esclarecimentos sempre que solicitados, desde que necessários ao acompanhamento e controle da execução do objeto;

3.7 - Efetuar os pagamentos somente por transferência direta ao fornecedor (DOC, TED, debito), pessoa física ou jurídica, inclusive dos empregados, vedado usar cheques para saque ou quaisquer pagamentos;

3.8 - Fazer a restituição do saldo residual dos recursos, inclusive com os rendimentos não utilizados, exceto se autorizado reprogramar;

3.9 - Identificar o número do Instrumento da parceria e órgão repassador no corpo dos documentos da despesa, e em seguida extrair cópia para anexar a prestação de contas a ser entregue no prazo ao MUNICÍPIO,



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A. Gerin, nº433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

inclusive indicar o valor pago parcialmente quando a despesa for paga com recursos do objeto e outras fontes;

3.10. - Oficiar a relação de parentesco vinculado ao objeto, caso houver, de dirigente ou de membros da diretoria da entidade, inclusive de seus cônjuges ou companheiros, bem como se for parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau que tenha relação direta com servidores ou agentes políticos diretamente ligados ao MUNICÍPIO, inclusive no âmbito do Legislativo;

3.11 - Não possuir servidor público, no exercício, a qualquer título, em cargo de direção ou no seu quadro de funcionários;

3.12 - Não contratar parentes de diretores, sócios, conselheiros, instituidores ou benfeitores até o 2º grau para atividades remuneradas;

3.13 - Não pagar, a qualquer título, servidor ou empregado público com recursos vinculados a parceria, salvo nas hipóteses previstas em lei específica e na lei de diretrizes orçamentárias;

3.14 - Assumir as responsabilidades por eventuais danos materiais ou morais causados ao Município e a terceiros, em decorrência de sua ação ou omissão no desenvolvimento do Serviço, sem nenhuma responsabilidade do Município;

3.15 - Restituir aos cofres públicos qualquer pagamento e despesas não autorizadas no Plano de Trabalho ou despesas em desacordo com qualquer das condições ou restrições estabelecidas.

3.16 - Manter, durante o prazo de 10 (dez) anos, contados do dia útil subsequente ao da prestação de conta em seu arquivo, os documentos originais que compõem a prestação de contas.

3.17 - Apresentar relatórios e boletins diários com informações seguindo formulário da Secretaria de Saúde.

## **CLÁUSULA QUARTA- DA AVALIAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO**

4.1 - A realização do constante no plano de trabalho será objeto de controle, acompanhamento, fiscalização e avaliação. O MUNICÍPIO se reserva no direito de rejeitar no todo ou em parte, se em desacordo com os termos deste.



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A. Gerin, nº433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

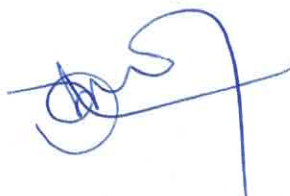
Quaisquer exigências da fiscalização inerentes ao objeto deverão ser pontualmente atendidas pelo CONVENIADO sem ônus ao MUNICÍPIO. Compete ao MUNICÍPIO e CONVENIADO, analisar e manifestar-se sobre o cumprimento das metas pactuadas.

4.2 - O Gestor deste Termo de Convênio e o agente público responsável pela gestão da parceria celebrada, será designado por ato publicado em meio oficial de comunicação, com poderes de controle e fiscalização.

4.3 - Na hipótese do Gestor da parceria deixar de ser agente público ou ser lotado em outro órgão ou entidade, o administrador público deverá designar novo Gestor, assumindo, enquanto isso não ocorrer, todas as obrigações do Gestor.

4.4 - São obrigações do Gestor:

- 1 - Acompanhar e fiscalizar a execução da parceria;
- 2 - Informar ao seu superior hierárquico a existência de fatos que comprometam ou possam comprometer as atividades ou metas da parceria e de indícios de irregularidades na gestão dos recursos, bem como as providências adotadas ou que serão adotadas para sanar os problemas detectados;
- 3 - Emitir parecer técnico conclusivo de análise da prestação de contas final, levando em consideração o conteúdo do relatório técnico de monitoramento e avaliação emitido pela administração pública e homologado pela Comissão de Monitoramento e Avaliação designada;
- 4 - Disponibilizar materiais e equipamentos tecnológicos necessários as atividades de monitoramento e avaliação;
- 5 - Comunicar ao administrador público as situações de inexecução por culpa exclusiva da organização da sociedade civil.
- 6 - Na hipótese de inexecução por culpa exclusiva da organização da sociedade civil, a administração pública poderá, exclusivamente para assegurar o atendimento de serviços essenciais a população por ato próprio e independentemente de autorização judicial, a fim de realizar ou manter a execução das atividades e metas pactuadas:
  - a. Retornar os bens públicos em poder da organização da sociedade civil parceria, qualquer que tenha sido a modalidade ou o título que lhes concedeu o direito de uso de tais bens;
  - b. Assumir a responsabilidade pela execução do restante do objeto previsto no Plano de trabalho no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade, devendo ser considerado na prestação de contas o que foi executado pela organização da sociedade civil até o momento em que a administração assumiu essas responsabilidades.



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A. Gerin, nº433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

## **CLÁUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA**

5.1- Este Termo de Convênio terá vigência pelo período de 12 meses a partir da assinatura do mesmo, e em caso necessário, poderá ser prorrogado.

5.2- Este Termo poderá ser alterado, nas condições do Art. 65 da Lei 8.666/93.

## **CLÁUSULA SEXTA- DA DOTAÇÃO ORÇAMENTARIA**

6.1 - Os recursos financeiros para execução do objeto deste Termo de Convênio estão fixados no valor total de R\$ 500.963,04 (Quinhentos mil, novecentos e sessenta e três reais e quatro centavos), sendo o valor de R\$ 208.734,60 (Duzentos e oito mil, setecentos e trinta e quatro reais e sessenta centavos) referente ao exercício de 2023 (agosto de 2023 a dezembro de 2023), e o valor de R\$ 292.228,44 (Duzentos e noventa e dois mil, duzentos e vinte e oito reais e quarenta e quatro centavos) para o Exercício de 2024 (janeiro de 2024 a julho de 2024).

6.2 - Os recursos financeiros para a execução do objeto deste Termo de Convênio referente ao exercício de 2023 estão programados em dotação orçamentária, conforme discriminado abaixo:

Ficha 313 - R\$ 208.734,60

3.3.50.39.00 – Outros Serviços de Terceiros - PJ

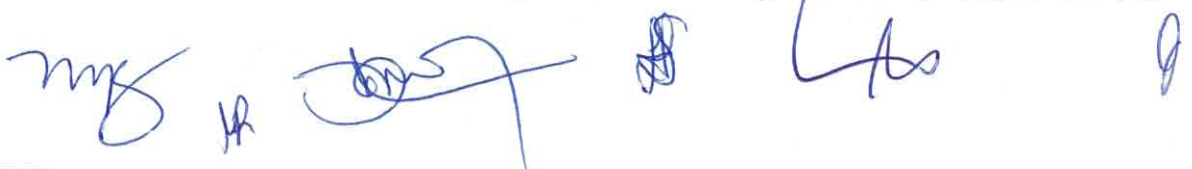
10.301.9007.2007.0000 – Assistência Médica Hospitalar

Fonte Recurso Municipal: 0.01.00

6.3 - Quanto aos recursos financeiros para a execução do objeto deste Termo de Convênio referente ao exercício de 2024 serão alocados no referido exercício.

## **CLÁUSULA SÉTIMA- DO VALOR TOTAL E DO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**

7.1 - Os recursos financeiros para execução do objeto deste Termo de Convênio estão fixados no valor total de R\$ 500.963,04 (Quinhentos mil, novecentos e sessenta e três reais e quatro centavos), sendo o valor de R\$

The bottom of the page features several handwritten signatures in blue ink. From left to right, there is a signature that appears to be 'mg', followed by a signature that looks like 'H', then a signature that is partially obscured by a circular stamp. To the right of the stamp is another signature, followed by a signature that looks like 'Lto', and finally a small, isolated mark on the far right.

# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A. Gerin, nº433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

208.734,60 (Duzentos e oito mil, setecentos e trinta e quatro reais e sessenta centavos) referente ao exercício de 2023 (agosto de 2023 a dezembro de 2023), e o valor de R\$ 292.228,44 (Duzentos e noventa e dois mil, duzentos e vinte e oito reais e quarenta e quatro centavos) para o Exercício de 2024 (janeiro de 2024 a julho de 2024).

7.2 - O recurso financeiro será transferido em 12 (doze) parcelas mensais na conta bancária específica a ser aberta pelo concedente, conforme o cronograma de desembolso abaixo discriminado:

| CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO                 |                    |                 |                                                          |
|------------------------------------------|--------------------|-----------------|----------------------------------------------------------|
| ANO DE 2023                              |                    |                 |                                                          |
| Nº da Parcela                            | Mês de Competência | Data Vencimento | Recurso Municipal<br>Ficha 313<br>Valor Total da Parcela |
| 1                                        | Agosto             | 02/09/23        | R\$ 41.746,92                                            |
| 2                                        | Setembro           | 02/10/23        | R\$ 41.746,92                                            |
| 3                                        | Outubro            | 02/11/23        | R\$ 41.746,92                                            |
| 4                                        | Novembro           | 02/12/23        | R\$ 41.746,92                                            |
| 5                                        | Dezembro           | 02/01/24        | R\$ 41.746,92                                            |
| Valor Total do Desembolso do Ano de 2023 |                    |                 | <b>R\$ 208.734,60</b>                                    |

| CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO                 |                    |                 |                        |
|------------------------------------------|--------------------|-----------------|------------------------|
| ANO DE 2024                              |                    |                 |                        |
| Nº da Parcela                            | Mês de Competência | Data Vencimento | Valor Total da Parcela |
| 1                                        | Janeiro            | 02/02/2024      | R\$ 41.746,92          |
| 2                                        | Fevereiro          | 02/03/2024      | R\$ 41.746,92          |
| 3                                        | Março              | 02/04/2024      | R\$ 41.746,92          |
| 4                                        | Abril              | 02/05/2024      | R\$ 41.746,92          |
| 5                                        | Maio               | 02/06/2024      | R\$ 41.746,92          |
| 6                                        | Junho              | 02/07/2024      | R\$ 41.746,92          |
| 7                                        | Julho              | 02/08/2024      | R\$ 41.746,92          |
| Valor Total do Desembolso do Ano de 2024 |                    |                 | <b>R\$ 292.228,44</b>  |

## **CLÁUSULA OITAVA- DA LIBERAÇÃO E DA MOVIMENTAÇÃO DOS RECURSOS**

8.1 - A parcela do recurso transferido no âmbito da parceria será liberada em estrita conformidade com o respectivo cronograma de desembolso.



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A. Gerin, nº433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

8.2 - O recurso recebido em decorrência da parceria será depositado em conta corrente específica.

8.3 - Os rendimentos de ativos financeiros, caso ocorram, serão aplicados no objeto da parceria, estando sujeitos as mesmas condições de prestação de contas exigidas para os recursos transferidos.

8.4 - Toda a movimentação de recursos no âmbito da parceria será realizada mediante transferência eletrônica sujeita a identificação do beneficiário final e a obrigatoriedade de depósito em sua conta bancária.

8.5 - Os pagamentos deverão ser realizados mediante crédito na conta bancária de titularidade dos fornecedores e prestadores de serviços.

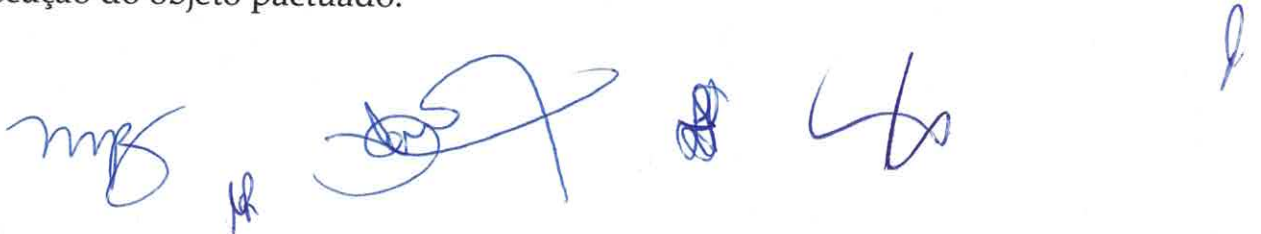
8.6 - Os saldos dos recursos repassados, enquanto não utilizados, serão obrigatoriamente aplicados em cadernetas de poupança de instituição financeira oficial se a previsão de seu uso for igual ou superior a um mês, ou em fundo de aplicação financeira de curto prazo ou operação de mercado aberto, lastrada em títulos da dívida pública, quando a utilização dos mesmos se verificar em prazos menores que um mês.

## **CLÁUSULA NONA- DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

9.1 - O presente Termo de Convênio deve ser executado fielmente pelos partícipes, de acordo com as cláusulas pactuadas e as normas de regência, respondendo cada um pelas consequências da inexecução total ou parcial.

9.2 - A prestação de contas apresentada pela organização da sociedade civil deverá conter elementos que permitam ao Gestor da parceria avaliar o andamento ou concluir que o seu objeto foi executado conforme pactuado, com a descrição pormenorizada das atividades realizadas e a comprovação do alcance das metas e dos resultados esperados, até o período de que trata a prestação de contas, a exemplo, dentre outros, das seguintes informações e documentos:

9.2.1 - Datas e locais das atividades, incluindo o registro dos resultados em fotos e/ou vídeos, quantidade de público, listas de presença, locais de apresentação, material de divulgação (em que constem os créditos exigidos), clipagens e outros documentos comprobatórios das atividades realizadas e da execução do objeto pactuado.



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A. Gerin, nº433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

9.2.2 - O não cumprimento de metas e resultados estabelecidos no Plano de Trabalho, resultando na não execução do objeto pactuado, implicara na obrigatoriedade de apresentação de relatório de execução financeira, com a descrição das receitas e despesas efetivamente realizadas, sua vinculação com a execução do objeto e, dentre outros, das seguintes informações e documentos:

- a) Extrato da conta bancaria específica;
- b) Notas e comprovantes fiscais, inclusive recibos, com data do documento, valor, discriminação dos serviços e dados da organização da sociedade civil;
- c) Comprovante do recolhimento do saldo da conta bancaria específica, quando houver;
- d) Relação de bens adquiridos, produzidos ou construídos, quando for o caso;
- e) Outros necessários a observância das Instruções do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

9.3 - Os dados financeiros serão analisados com o intuito de estabelecer o nexo de causalidade entre a receita e a despesa realizada, a sua conformidade e o cumprimento das normas pertinentes.

9.4 - A administração pública deverá considerar ainda, em sua análise, os seguintes relatórios elaborados internamente, quando houver:

- a) Relatório de visita técnica in loco eventualmente realizada durante a execução da parceria;
- b) Relatório técnico de monitoramento e avaliação, homologado pela Comissão de Monitoramento e Avaliação designada, sobre a conformidade do cumprimento do objeto e os resultados alcançados durante a execução do Termo de Convênio.

9.5 - Para fins de avaliação quanto a eficácia e efetividade das ações em execução ou que já foram realizadas, o parecer do Gestor acerca da prestação de contas da parceria celebrada deverá, obrigatoriamente, mencionar:

- a) Os resultados já alcançados e seus benefícios;
- b) Os impactos econômicos ou sociais;
- c) O grau de satisfação do público alvo;
- d) A possibilidade de sustentabilidade das ações após a conclusão do objeto pactuado.

9.6 - A organização da sociedade civil prestara contas da boa e regular aplicação dos recursos recebidos no prazo de até 30 (trinta) dias a



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A. Gerin, nº433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

partir do término da vigência da parceria, ou seja, duração da parceria exceder um ano, no final de cada exercício, para fins de monitoramento do cumprimento das metas do objeto.

9.7 - A manifestação conclusiva sobre a prestação de contas pela administração pública se dará no prazo máximo de 150 (cento e cinquenta) dias, contados da data do seu recebimento ou do cumprimento de diligência por ela determinada, prorrogável justificadamente por igual período, devendo concluir, alternativamente, pela:

- a) Aprovação da prestação de contas;
- b) Aprovação da prestação de contas com ressalvas; ou
- c) Rejeição da prestação de contas e determinação de imediata instauração da tomada de contas especial.

9.8 - As prestações de contas serão avaliadas:

- a) Regulares, quando expressarem, de forma clara e objetiva, o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos no Plano de Trabalho;
- b) Regulares com ressalva, quando evidenciarem impropriedade ou qualquer falta de natureza formal que não resulte em danos ao erário;
- c) Irregulares, quando comprovada quaisquer das seguintes circunstâncias:
  - 1) Omissão no dever de prestar contas;
  - 2) Descumprimento injustificado dos objetivos e metas estabelecidos no Plano de Trabalho;
  - 3) Danos ao erário decorrente de ato de gestão ilegítimo ou antieconômico;
  - 4) Desfalque ou desvio de dinheiro, bens ou valores públicos.

9.9 - Constatada irregularidade ou omissão na prestação de contas, será concedido prazo para a organização da sociedade civil sanar a irregularidade.

9.10 - O prazo referido no parágrafo anterior é limitado a 45 (quarenta e cinco) dias por notificação, prorrogável, no máximo, por igual período, desde que dentro do prazo que a administração pública possui para analisar e decidir sobre a prestação de contas e comprovação dos resultados.

9.11 - Transcorrido o prazo para saneamento da irregularidade ou da omissão, não havendo o saneamento, a autoridade administrativa competente, sob pena de responsabilidade solidaria, deve adotar as providências para apuração dos fatos, identificação dos responsáveis,



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A. Gerin, nº433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

quantificação do dano e obtenção do ressarcimento, nos termos da legislação vigente.

9.12 - Durante o prazo de 10 (dez) anos, contado do dia útil subsequente ao da prestação de contas, a organização da sociedade civil deve manter em seu arquivo os documentos originais que compõem a prestação de contas.

9.13 - Caberá ao Gestor da Parceria emitir parecer técnico de análise de prestação de contas da parceria.

## **CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESTITUIÇÃO DOS RECURSOS**

10.1 - Por ocasião da conclusão, denúncia, rescisão ou extinção da parceria, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos a administração pública no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, sob pena de imediata instauração de tomada de contas especial do responsável, providenciada pela autoridade competente da administração pública.

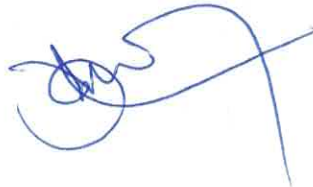
## **CLÁUSULA DECIMA PRIMEIRA - DOS BENS REMANESCENTES**

11. 1 - Para os fins deste Termo de Convênio, consideram-se remanescentes os bens de natureza permanente adquiridos com recursos financeiros envolvidos na parceria, necessários a consecução do objeto, mas que a ele não se incorporam.

11.2 - Os bens remanescentes adquiridos com recursos transferidos poderão, a critério do administrador público, ser doados quando, após a consecução do objeto, não forem necessários para assegurar a continuidade do objeto pactuado, observado o disposto no Termo e na legislação vigente.

## **CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA - DA DENUNCIA E DA RESCISÃO**

12. 1 - O presente Termo de Convênio poderá ser rescindido a qualquer tempo e por qualquer dos partícipes, os quais somente responderão pelas obrigações e auferirão as vantagens do tempo em que participaram voluntariamente da avença, respeitado o prazo mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência para a publicidade da intenção rescisória.



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A. Gerin, nº433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

12.2 - Ocorrendo a rescisão, não caberá aos partícipes qualquer direito a reclamação de indenização pecuniária, obrigando-os, entretanto, a apresentarem os relatórios das atividades desenvolvidas e a prestação de contas, até a data do encerramento do Termo de Convênio, bem como a restituição dos valores recebidos, se houver.

12.3 - A inexecução total ou parcial deste Termo de Convênio por qualquer dos partícipes ensejará sua denúncia e rescisão pela parte prejudicada, com as consequências previstas em Lei e neste instrumento.

12.4 - É atribuída a administração a prerrogativa para assumir ou transferir a responsabilidade pela execução do objeto, no caso de paralisação, de modo a evitar a descontinuidade.

## **CLÁUSULA DECIMA TERCEIRA - DAS SANÇÕES**

13.1 - Pela execução da parceria em desacordo com o Plano de Trabalho e com as normas das Leis Federais nº 8.666 de 21 de junho de 1.993 e bem como suas respectivas alterações, e da legislação específica, a administração pública poderá, garantida a previa defesa, aplicar a organização da sociedade civil as seguintes sanções:

1. Advertência;
2. Multa de 10% (dez por cento), sobre o valor transferido na forma da cláusula segunda deste Termo, por infração de qualquer cláusula pactuada. Na reincidência, a multa será aplicada em dobro, devidamente atualizada até o dia do efetivo recolhimento;
3. Suspensão temporária da participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades da esfera de governo da administração pública
4. Sancionadora, para prazo não superior a dois anos;
5. Declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a organização da sociedade civil ressarcir a administração pública pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada.
6. Dependendo da gravidade, as penalidades poderão ser aplicadas cumulativamente;



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A. Gerin, nº433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

7. As penalidades somente poderão ser relevadas, nas hipóteses de caso fortuito ou de força maior, devidamente justificado e comprovado, a juízo do MUNICÍPIO.

## **CLÁUSULA DECIMA QUARTA - DAS CONDIÇÕES GERAIS**

14.1 - Deverá ser garantido o livre acesso dos servidores do Município de Ipuã, do controle interno e de controle externo do Tribunal de Contas aos processos, aos documentos e as informações referentes ao presente Termo de Convênio, bem como aos locais de execução.

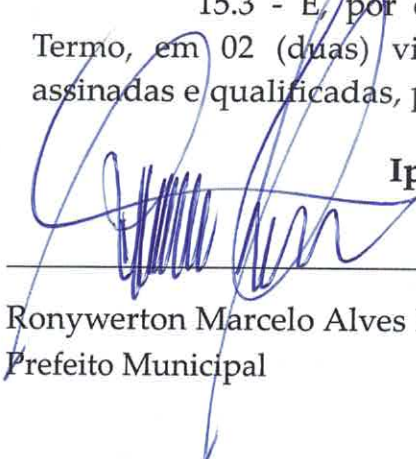
## **CLÁUSULA DECIMA QUINTA - DO FORO**

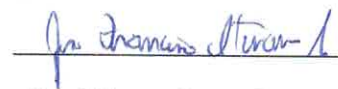
15.1 - Os partícipes elegem o Foro da Comarca de Ipuã - SP como competente para dirimir quaisquer dúvidas oriundas deste Termo de Convênio ou de sua participação, que não possam ser solucionados administrativamente, bem como para solucionar os litígios que possivelmente decorrerem deste instrumento.

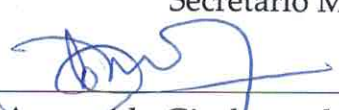
15.2 - Tanto quanto passível, as partes se esforçarão para resolver amistosa e administrativamente, com a participação do setor encarregado pelo assessoramento jurídico integrante da estrutura administrativa municipal quando necessário, todos os casos omissos a este Termo de Convênio.

15.3 - E, por estarem assim justos e contratados, assinam o presente Termo, em 02 (duas) vias de igual teor, juntamente as testemunhas abaixo assinadas e qualificadas, para que surta todos os efeitos legais.

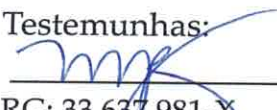
**Ipuã (SP), 01 de agosto de 2023.**

  
Ronywerton Marcelo Alves Pereira  
Prefeito Municipal

  
José Francisco Otaviano Silva  
Secretário Municipal de Saúde

  
Mirian Aparecida Girolamo dos Santos  
Gestora

Testemunhas:

  
RG: 33.637.981-X  
Nome: Maira Bernardino

  
RG: 23.859.203-0  
Nome: Marinalva Rodrigues de Melo Meira

# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A. Gerin, nº433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

## **ANEXO RP-11 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO - TERMO DE CONVÊNIO**

**ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A):** PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ

**CONVENIADA:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**TERMO DE CONVÊNIO Nº 03/2023**

**OBJETO:** Custeio da Execução e Desenvolvimento de Serviços Complementares de Saúde realizados no âmbito da Atenção Psicossocial do Sistema Municipal de Saúde, com o objetivo de dar continuidade nos processos de trabalho e atendimentos realizados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS), de maneira a integrar e auxiliar na construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município.

**VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO:** R\$ 500.963,04 (Quinhentos mil, novecentos e sessenta e três reais e quatro centavos).

Valor total para o exercício de 2023 (agosto de 2023 a dezembro de 2023) – R\$ 208.734,60 (Duzentos e oito mil, setecentos e trinta e quatro reais e sessenta centavos).

Valor total para o Exercício de 2024 (janeiro de 2024 a julho de 2024) – R\$ 292.228,44 (Duzentos e noventa e dois mil, duzentos e vinte e oito reais e quarenta e quatro centavos).

**EXERCÍCIO:** 12 meses a partir da data da assinatura do Termo.

**ADVOGADO Nº OAB:** Gabriel César Bueno OAB/SP nº 324.343

**E-MAIL:** procuradoria.licitacao@ipua.sp.gov.br

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

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

- a) o ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) 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



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A. Gerin, nº433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;

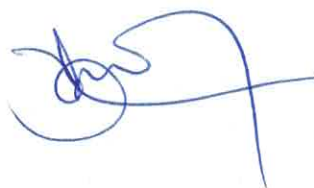
c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da 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 do(s) responsável(is) pelo órgão concessor, entidade beneficiária 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);

## **2 Damos 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.

Ipuã-SP, 01 de agosto de 2023.



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A. Gerin, nº433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

## **AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:**

Nome: Ronywerton Marcelo Alves Pereira

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 186.229.358-92

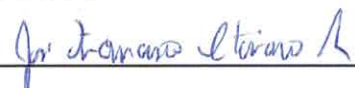
Assinatura: 

## **ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:**

Nome: José Francisco Otaviano Silva

Cargo: Secretário Municipal da Saúde

CPF: 125.036.098-64

Assinatura: 

## **AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:**

Nome: Mirian Aparecida Girolamo dos Santos

Cargo: Gestora

CPF: 150.710.808-77

Assinatura: 

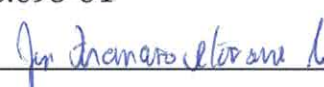
## **Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo:**

### **PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:**

Nome: José Francisco Otaviano Silva

Cargo: Secretário Municipal da Saúde

CPF: 125.036.098-64

Assinatura: 



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ**

Av. Maria de Lourdes A. Gerin, nº433 – Cx Postal 5 – Fone: PABX (16)3832 0100  
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br

## **Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou prestação de contas:**

### **PELA ENTIDADE CONVENIADA:**

Nome: Mirian Aparecida Girolamo dos Santos

Cargo: Gestora

CPF: 150.710.808-77

Assinatura: 

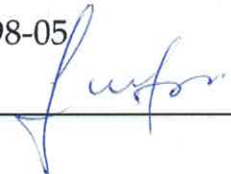
### **DEMAIS RESPONSÁVEIS:**

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Relatório técnico de acompanhamento, monitoramento e avaliação

Nome: Leandro dos Santos da Silva

Cargo: Membro da Comissão de Monitoramento e Avaliação

CPF: 215.983.498-05

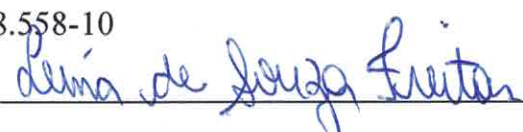
Assinatura: 

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Relatório técnico de acompanhamento, monitoramento e avaliação

Nome: Leína de Souza Freitas

Cargo: Membro da Comissão de Monitoramento e Avaliação

CPF: 348.218.558-10

Assinatura: 

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Relatório técnico de acompanhamento, monitoramento e avaliação

Nome: Lucas Tostes Minto

Cargo: Membro da Comissão de Monitoramento e Avaliação

CPF: 453.734.128-9

Assinatura: 



# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

Rua Ferdinando Fratin nº 335 - Fone: (16) 3832-1222 - (16) 3832-1932 - Cx. Postal 22 - CEP: 14.610-000 - IPUÃ - SP

CNPJ: 45.708.765/0001-19 - E-mail: [administracao@santacasaipua.com.br](mailto:administracao@santacasaipua.com.br)

A PRIMEIRA SANTA CASA DO BRASIL HABILITADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PROGRAMA

CUIDADOS PROLONGADOS - (PORTARIA MS/SAS Nº 929 DE 20/08/2013)

| PLANO DE TRABALHO                                                                                              |                            |                                             |                                              |                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------|
| "EXECUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE, REALIZADOS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL" |                            |                                             |                                              |                                      |
| <b>1 - DADOS CADASTRAIS DO PROPONENTE</b>                                                                      |                            |                                             |                                              |                                      |
| Proponente: Prefeitura Municipal de Ipuã                                                                       |                            |                                             | CNPJ: 49.556.863/0001-39                     |                                      |
| Inscrição Municipal: isento                                                                                    |                            |                                             |                                              |                                      |
| Endereço: Avenida Maria de Lourdes Almeida Gerim, 433, Bairro Pampua.                                          |                            |                                             |                                              |                                      |
| Cidade: Ipuã                                                                                                   | UF: SP                     | CEP: 14610-000                              | DDD/Telefone: (16)3832-0100                  | E-mail: terceirosetor@ipua.sp.gov.br |
| Nome do representante legal do proponente: Ronywerton Marcelo Alves Pereira                                    |                            |                                             |                                              |                                      |
| CPF: 186.229.358-92                                                                                            | RG: 22.236.138-4           | Cargo/Função: Prefeito Municipal            | DDD/Telefone: (16)3832-0100                  |                                      |
| Endereço Residencial do representante legal: Rua José Bonifácio nº 571, Centro, Ipuã-SP                        |                            |                                             |                                              |                                      |
| Período de Mandato: 01/01/2021 a 31/12/2024.                                                                   |                            |                                             |                                              |                                      |
| Nome do representante Legal do proponente: José Francisco Otaviano da Silva                                    |                            |                                             |                                              |                                      |
| CPF: 125.036.098-64                                                                                            | RG: 15.786.792-X           | Cargo/Função: Secretário Municipal de Saúde | DDD/Telefone: (16) 3832-0183                 |                                      |
| Endereço Residencial do representante legal: Av. Júlio Guarnieri nº 1.534, Bom Retiro, Ipuã-SP                 |                            |                                             |                                              |                                      |
| <b>2 - DADOS CADASTRAIS DO COLABORADOR</b>                                                                     |                            |                                             |                                              |                                      |
| Denominação: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Ipuã                                                   |                            |                                             | CNPJ: 45.708.765/0001-19                     |                                      |
| Endereço: Rua Ferdinando Fratin nº 335, Centro.                                                                |                            |                                             |                                              |                                      |
| Cidade: Ipuã                                                                                                   | UF: SP                     | E-mail: administracao@santacasa.com.br      |                                              |                                      |
| Representante Legal: Mírian Aparecida Girolamo dos Santos                                                      |                            |                                             |                                              |                                      |
| CPF: 150.710.808-77                                                                                            | RG: 24.306.966-2           | Cargo/Função: Gestor                        | DDD/Telefone: (16) 3832-1222                 |                                      |
| Dados bancários                                                                                                | Banco: Banco do Brasil S/A | Agência: 3156-9                             | Conta Corrente: A ser aberta pela concedente |                                      |
| Endereço Residencial do representante legal: Avenida Alberto Conrado nº 1942 Centro, Ipuã-SP.                  |                            |                                             |                                              |                                      |
| Período de Mandato da Diretoria: Requisição administrativa em 28/05/2019                                       |                            |                                             |                                              |                                      |



# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

Rua Ferdinando Fratin nº 335 - Fone: (16) 3832-1222 - (16) 3832-1932 - Cx. Postal 22 - CEP: 14.610-000 - IPUÃ - SP

CNPJ: 45.708.765/0001-19 - E-mail: [administracao@santacasaipua.com.br](mailto:administracao@santacasaipua.com.br)

A PRIMEIRA SANTA CASA DO BRASIL HABILITADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PROGRAMA  
CUIDADOS PROLONGADOS - (PORTARIA MS/SAS Nº 929 DE 20/08/2013)

## 3 - OBJETO DA PARCERIA

Visa a execução e desenvolvimento de serviços complementares de Saúde realizados no âmbito da Atenção Psicossocial do Sistema Municipal de Saúde, com o objetivo de dar continuidade nos processos de trabalho e atendimentos realizados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS), de maneira a integrar e auxiliar na construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município.

## 4 - IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

| 4.1 - Título do Projeto                                                                                  | 4.2 - Prazo de Execução               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Visa a Execução e Desenvolvimento de Serviços Complementares de Saúde no âmbito da Atenção Psicossocial. | De maio de 2023 a 30 de abril de 2024 |

### 4.1 - Descrição da realidade

No CAPS I, estão localizados todos os atendimentos especializados em Saúde Mental, contando com serviços de Coordenação, Psiquiatria, Psicologia, Terapia Ocupacional, Técnico Educacional, Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

### 4.2 - Justificativa do Projeto

Tendo em vista o crescimento da demanda nos serviços de saúde e o aumento da expectativa de vida, o município de Ipuã - SP tem um grande número de pacientes que procuram o atendimento no âmbito SUS.

Pretende-se com a parceria, ampliar o acesso à população e garantir o atendimento psicossocial de toda a população em sofrimento psíquico; promover a vinculação das pessoas em sofrimento/transtorno mental e com necessidades decorrentes ao uso do álcool e múltiplas drogas e suas famílias ao ponto de atenção; garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, tratamento e acompanhamento contínuo da atenção às urgências.

A execução da parceria será acompanhada pela Secretaria Municipal de Saúde, que deverá organizar e manter o controle mensal da produtividade dos especialistas e garantir a eficácia e suficiência desses atendimentos, eventualmente encaminhando os casos de urgência e emergência para as referências pactuadas.



# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

Rua Ferdinando Fratin nº 335 - Fone: (16) 3832-1222 - (16) 3832-1932 - Cx. Postal 22 - CEP: 14.610-000 - IPUÃ - SP

CNPJ: 45.708.765/0001-19 - E-mail: [administracao@santacasaipua.com.br](mailto:administracao@santacasaipua.com.br)

A PRIMEIRA SANTA CASA DO BRASIL HABILITADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PROGRAMA

CUIDADOS PROLONGADOS - (PORTARIA MS/SAS Nº 929 DE 20/08/2013)

A vantagem é que a Entidade, por se localizar neste Município, permite maior acesso da população, evita deslocamento para atendimentos especializados para outros municípios, e conseqüentemente trazendo agilidade na assistência aos pacientes.

## 5 - OBJETIVOS DO PROJETO

Oferecer dispositivos e recursos para a retomada e manutenção dos laços sociais, de modo a minimizar os riscos de exclusão, intensificação e comprometimento pelo sofrimento psíquico e do uso e dependência de substâncias psicoativas através de um processo terapêutico ambulatorial, reinserção familiar e social.

### São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - Promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- III - Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

### São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - Promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- II - Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- III - Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- IV - Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- V - Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- VI - Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;



# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

Rua Ferdinando Fratin nº 335 - Fone: (16) 3832-1222 - (16) 3832-1932 - Cx. Postal 22 - CEP: 14.610-000 - IPUÃ - SP

CNPJ: 45.708.765/0001-19 - E-mail: [administracao@santacasaipua.com.br](mailto:administracao@santacasaipua.com.br)

A PRIMEIRA SANTA CASA DO BRASIL HABILITADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PROGRAMA

CUIDADOS PROLONGADOS - (PORTARIA MS/SAS Nº 929 DE 20/08/2013)

VII - Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

VIII - Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial;

IX - Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

De modo geral, a proposta é oferecer mais agilidade e eficiência nos atendimentos multiprofissionais;

- Humanizar o atendimento desses pacientes com a facilitação do conhecimento dos profissionais envolvidos desse centro de atendimento;

- Atendimento de referência de nível secundário especializado para usuários do SUS;

- Desenvolver ações de saúde através de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir em tal condição clínica, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária.

## 6 - PÚBLICO ALVO

Os serviços ofertados deverão atender a população do município de Ipuã, em qualquer faixa etária e que necessitam do serviço no Centro de Atendimento Psicossocial "Branca Márcio Ferreira".

## 7 - ÁREA DE ABRANGÊNCIA

CAPS I "Branca Macário Ferreira" – Rua José Bonifácio, nº 181 – Ipuã-SP, para atendimento de toda a população Ipuanense.

## 8 – METAS E INDICADORES



# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

Rua Ferdinando Fratin nº 335 - Fone: (16) 3832-1222 - (16) 3832-1932 - Cx. Postal 22 - CEP: 14.610-000 - IPUÃ - SP

CNPJ: 45.708.765/0001-19 - E-mail: [administracao@santacasaipua.com.br](mailto:administracao@santacasaipua.com.br)

A PRIMEIRA SANTA CASA DO BRASIL HABILITADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PROGRAMA

CUIDADOS PROLONGADOS - (PORTARIA MS/SAS Nº 929 DE 20/08/2013)

## a) Metas quantitativas

| Meta | Descrição da Meta                                                                                    | Indicador                                                                                                                                                                     |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | Realizar 80 (oitenta) consultas mensais na especialidade de psiquiatria.                             | Alcançar 90% da produção mensal em relação ao contratualizado mensal. Forma de cálculo: Numerador: nº de consultas realizadas. Denominador: nº de consultas contratualizadas. |
| 2    | Oferecer o serviço de 150 (cento e cinquenta) horas mensais na especialidade de terapia ocupacional. | Alcançar 90% da produção mensal em relação ao contratualizado mensal. Forma de cálculo: Numerador: nº de horas realizadas. Denominador: nº de horas contratualizada mensal.   |
| 3    | Oferecer o serviço de 120 (cento e vinte) horas mensais na especialidade de técnico educacional.     | Alcançar 90% da produção mensal em relação ao contratualizado mensal. Forma de cálculo: Numerador: nº de horas realizadas. Denominador: nº de horas contratualizadas.         |

## b) Metas qualitativas

| Meta | Descrição da Meta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Indicador                                                                                                                                                                                               |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | - Garantia de atendimento humanizado de pacientes e famílias em sofrimento psíquico, de maneira a assegurar o acesso ao serviço, avaliando o risco e a vulnerabilidade, com escuta qualificada e formação de vínculo;<br>- Desenvolvimento de estratégias de ação que promovam a articulação de rede intrasetoriais (demais pontos da RAS) e intersetoriais (educação, assistência social, etc.), assim como os recursos comunitários presentes no território;<br>- Apoio matricial às equipes de Atenção Básica através de discussões de casos e de processos de trabalho;<br>- Realização de projetos terapêuticos singulares a partir das reuniões com a equipe multiprofissional do CAPS. | Fornecimento de 40 (quarenta) horas semanais por parte do Médico Coordenador do CAPS em relação às horas contratualizadas. Fonte de dados: Sistema Integrado de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. |
| 2    | Promoção de atendimento humanizado através da implantação do serviço de pesquisa de satisfação do usuário para os pacientes vinculados ao CAPS, por meio da elaboração formulários de avaliação do serviço ofertado, tendo em vista que o serviço não possui avaliação da satisfação do usuário.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Implantação do serviço de pesquisa de satisfação do usuário. Fonte de dados: Relatório do Coordenador do CAPS com desenvolvimento das ações.                                                            |

## 9 – METODOLOGIA/ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

### 1- Médico Coordenador do CAPS

- Atende e acolhe pacientes com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades do uso de álcool e outras drogas de todas as faixas etárias;



# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

Rua Ferdinando Fratin nº 335 - Fone: (16) 3832-1222 - (16) 3832-1932 - Cx. Postal 22 - CEP: 14.610-000 - IPUÃ - SP

CNPJ: 45.708.765/0001-19 - E-mail: [administracao@santacasaipua.com.br](mailto:administracao@santacasaipua.com.br)

A PRIMEIRA SANTA CASA DO BRASIL HABILITADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PROGRAMA

CUIDADOS PROLONGADOS - (PORTARIA MS/SAS Nº 929 DE 20/08/2013)

## a) Metas quantitativas

| Meta | Descrição da Meta                                                                                    | Indicador                                                                                                                                                                     |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | Realizar 80 (oitenta) consultas mensais na especialidade de psiquiatria.                             | Alcançar 90% da produção mensal em relação ao contratualizado mensal. Forma de cálculo: Numerador: nº de consultas realizadas. Denominador: nº de consultas contratualizadas. |
| 2    | Oferecer o serviço de 150 (cento e cinquenta) horas mensais na especialidade de terapia ocupacional. | Alcançar 90% da produção mensal em relação ao contratualizado mensal. Forma de cálculo: Numerador: nº de horas realizadas. Denominador: nº de horas contratualizada mensal.   |
| 3    | Oferecer o serviço de 120 (cento e vinte) horas mensais na especialidade de técnico educacional.     | Alcançar 90% da produção mensal em relação ao contratualizado mensal. Forma de cálculo: Numerador: nº de horas realizadas. Denominador: nº de horas contratualizadas.         |

## b) Metas qualitativas

| Meta | Descrição da Meta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Indicador                                                                                                                                                                                               |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | - Garantia de atendimento humanizado de pacientes e famílias em sofrimento psíquico, de maneira a assegurar o acesso ao serviço, avaliando o risco e a vulnerabilidade, com escuta qualificada e formação de vínculo;<br>- Desenvolvimento de estratégias de ação que promovam a articulação de rede intrasetoriais (demais pontos da RAS) e intersetoriais (educação, assistência social, etc.), assim como os recursos comunitários presentes no território;<br>- Apoio matricial às equipes de Atenção Básica através de discussões de casos e de processos de trabalho;<br>- Realização de projetos terapêuticos singulares a partir das reuniões com a equipe multiprofissional do CAPS. | Fornecimento de 40 (quarenta) horas semanais por parte do Médico Coordenador do CAPS em relação às horas contratualizadas. Fonte de dados: Sistema Integrado de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. |
| 2    | Promoção de atendimento humanizado através da implantação do serviço de pesquisa de satisfação do usuário para os pacientes vinculados ao CAPS, por meio da elaboração formulários de avaliação do serviço ofertado, tendo em vista que o serviço não possui avaliação da satisfação do usuário.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Implantação do serviço de pesquisa de satisfação do usuário. Fonte de dados: Relatório do Coordenador do CAPS com desenvolvimento das ações.                                                            |

## 9 – METODOLOGIA/ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

### 1- Médico Coordenador do CAPS

- Atende e acolhe pacientes com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades do uso de álcool e outras drogas de todas as faixas etárias;



# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

Rua Ferdinando Fratin nº 335 - Fone: (16) 3832-1222 - (16) 3832-1932 - Cx. Postal 22 - CEP: 14.610-000 - IPUÃ - SP

CNPJ: 45.708.765/0001-19 - E-mail: [administracao@santacasaipua.com.br](mailto:administracao@santacasaipua.com.br)

A PRIMEIRA SANTA CASA DO BRASIL HABILITADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PROGRAMA  
CUIDADOS PROLONGADOS - (PORTARIA MS/SAS Nº 929 DE 20/08/2013)

- Realiza atendimentos individualizados, em grupo e atividades comunitárias, auxiliando no desenvolvimento de Planos Terapêuticos interdisciplinares em conjunto com a equipe multidisciplinar.
- Interage com as equipes da Atenção Básica do seu território, estabelece iniciativas de levantamento de dados sobre os principais problemas e necessidades de Saúde Mental, realiza apoio matricial às equipes da Atenção Básica e fornece atividades de educação permanente sobre Saúde Mental, desenvolve ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parcerias com organizações governamentais, entidades e sociedade civil.

## 1- Coordenador do Centro de Atendimento Psicossocial

- Supervisionar os trabalhos realizados no CAPS, coordena, planeja e organiza os serviços e ações da equipe multiprofissional, regula as demandas e os fluxos assistenciais, desenvolve demais atividades correlatas;
- Discutir e apoiar a construção do projeto institucional do serviço, projetos terapêuticos individuais dos usuários e de gestão do CAPS;
- Assessorar a discussão dos casos clínicos associada ao contexto institucional, ao serviço, à rede, à gestão, mediante as diretrizes e premissas de cuidado em saúde mental prevista na Política Estadual de Saúde Mental, álcool e outras Drogas em consonância com o SUS;
- Realizar reunião de equipe de acordo com a necessidade do serviço;
- Participar de atividades junto à SMS quando solicitado;

## 2- Técnico Educacional

- Compor a equipe do CAPS e prestar atendimento em saúde mental à população;
- Colaborar para a construção do projeto terapêutico singular do usuário;
- Realizar acolhimento através das atividades em grupo garantindo escuta qualificada do caso e a reabilitação terapêutica ocupacional.
- Trabalhar na lógica do território: conhecer, diagnosticar, intervir e avaliar a prática cotidiana de acordo com as necessidades da população da região;



# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

Rua Ferdinando Fratin nº 335 - Fone: (16) 3832-1222 - (16) 3832-1932 - Cx. Postal 22 - CEP: 14.610-000 - IPUÃ - SP

CNPJ: 45.708.765/0001-19 - E-mail: [administracao@santacasaipua.com.br](mailto:administracao@santacasaipua.com.br)

A PRIMEIRA SANTA CASA DO BRASIL HABILITADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PROGRAMA  
CUIDADOS PROLONGADOS - (PORTARIA MS/SAS Nº 929 DE 20/08/2013)

- Atendimento em saúde mental e terapêutico dos usuários;
- Participar de reuniões de equipe e de matriciamento;
- Realizar oficinas terapêuticas e atividades de inserção comunitária;
- Realizar atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- Realizar visitas domiciliares quando necessário; participar de atividades junto à SMS quando solicitado; representar a unidade em reuniões, aulas e outras atividades quando solicitado pelo coordenador, no horário de trabalho;
- Promover e participar de ações intersetoriais com outras secretarias do poder público e sociedade civil, bem como com outros equipamentos da saúde;
- Trabalhar de acordo com as diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde);
- Realizar o registro das atividades e atendimentos;
- Executar outras tarefas correlatas ao cargo e/ou determinadas pelo superior imediato.

### 3- Terapeuta Ocupacional

- O Terapeuta ocupacional trabalhará as questões de atenção e concentração, valorização da autoestima, socialização, aquisição de relações interpessoais, tolerância à frustrações, autocontrole, autonomia e desenvolvimento de novas habilidades e interesses. A fim de recuperar e/ou desenvolver habilidades cognitivas, motoras e emocionais, prejudicadas pelo uso abusivo de substâncias psicoativas. As atividades externas (passeios, exposições da T.O., atividades de cinema) visam principalmente o retorno às atividades sociais (reinserção social) e de lazer, incentivando o retorno as atividades de vida diária e promovendo a qualidade de vida.

### 4- Psiquiatria

Atendimento médico especializado em psiquiatria para maiores de 18 anos.

## 10 - ATIVIDADES E CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO



# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

Rua Ferdinando Fratin nº 335 - Fone: (16) 3832-1222 - (16) 3832-1932 - Cx. Postal 22 - CEP: 14.610-000 - IPUÃ - SP

CNPJ: 45.708.765/0001-19 - E-mail: [administracao@santacasaipua.com.br](mailto:administracao@santacasaipua.com.br)

A PRIMEIRA SANTA CASA DO BRASIL HABILITADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PROGRAMA

CUIDADOS PROLONGADOS - (PORTARIA MS/SAS Nº 929 DE 20/08/2013)

| Etapa | Atividades                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Início       | Término             |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------|
| 1     | <p>Desenvolvimento de Serviços Complementares de Saúde no âmbito da Atenção Psicossocial.</p> <p>O Coordenador e o Médico Coordenador do CAPS executarão suas atividades durante todo prazo vigente do plano de trabalho, sendo 40h semanais, impossibilitando medir suas metas quantitativas, visto que são serviços administrativos.</p> <p>O Terapeuta Ocupacional Educacional executarã suas atividades no período de 150 horas mensais.</p> <p>O Técnico Educacional executarã suas atividades no período de 120 horas mensais.</p> <p>O Profissional Médico executarã suas atividades a nível de produção, com o intuito de suprir toda a demanda existencial das especialidades em questão.</p> <p>A fiscalização da execução do objeto se dará pelo gestor e a comissão de avaliação e monitoramento do presente plano, por meios de visitas in loco e relatórios apresentados à Secretaria Municipal de Saúde e à Contratada, conforme previsto do tópico 11.</p> | maio de 2023 | 30 de abril de 2024 |

## 11 - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A verificação do cumprimento das metas será verificada através de acompanhamento e relatório de atividades emitidos pela comissão designada.

A comissão de monitoramento e avaliação será designada através de portaria, conforme abaixo discriminado:

Leandro dos Santos da Silva, Lucas Tostes Minto, Leina de Souza Freitas

Gestor: Priscilla Honorato de Oliveira



# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

Rua Ferdinando Fratin nº 335 - Fone: (16) 3832-1222 - (16) 3832-1932 - Cx. Postal 22 - CEP: 14.610-000 - IPUÃ - SP

CNPJ: 45.708.765/0001-19 - E-mail: [administracao@santacasaipua.com.br](mailto:administracao@santacasaipua.com.br)

A PRIMEIRA SANTA CASA DO BRASIL HABILITADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PROGRAMA  
CUIDADOS PROLONGADOS - (PORTARIA MS/SAS Nº 929 DE 20/08/2013)

## 12 - PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS

12.1 - Valor total do projeto para o período de maio de 2023 à 30 de abril de 2024 – R\$ 500.963,04 (Quinhentos mil, novecentos e sessenta e três reais e quatro centavos)

12.2 Valor total do projeto para o exercício de 2023 – de maio de 2023 à 31 de dezembro de 2023 – R\$ 333.975,36 (Trezentos e trinta e três mil, novecentos e setenta e cinco reais e trinta e seis centavos)

12.3 Valor total do projeto para o exercício de 2024 – 01 de janeiro de 2024 à 30 de abril de 2024 – R\$ 166.987,68 (Cento e sessenta e seis mil, novecentos e oitenta e sete reais e sessenta e oito centavos)

|                                                             |                |
|-------------------------------------------------------------|----------------|
| Valor do plano de trabalho para o Exercício de 2023         | R\$ 333.975,36 |
| Valor do plano de trabalho para o Exercício de 2024         | R\$ 166.987,68 |
| Valor total do Projeto – maio de 2023 à 30 de abril de 2024 | R\$ 500.963,04 |
|                                                             |                |

| EXERCÍCIO DE 2023        |                                   |                |
|--------------------------|-----------------------------------|----------------|
| Natureza do recurso      | Custeio (R\$)                     | Custeio (R\$)  |
| 02.17                    | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE     |                |
| 10.301                   | Atenção Básica                    |                |
| 1.030.190.071.157        | Assistencia Médica Hospitalar     |                |
| Ficha 313 - 3.3.50.39.00 | Outros Serviços de Terceiros – PJ | R\$ 333.975,36 |
| Total Geral              |                                   | R\$ 333.975,36 |



# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUA

Rua Ferdinando Fratin nº 335 - Fone: (16) 3832-1222 - (16) 3832-1932 - Cx. Postal 22 - CEP: 14.610-000 - IPUA - SP

CNPJ: 45.708.765/0001-19 - E-mail: [administracao@santacasaipua.com.br](mailto:administracao@santacasaipua.com.br)

A PRIMEIRA SANTA CASA DO BRASIL HABILITADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PROGRAMA

CUIDADOS PROLONGADOS - (PORTARIA MS/SAS Nº 929 DE 20/08/2013)

## CAPS - CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL

| 01 de maio de 2023 à 30 de abril de 2024, sendo que as despesas de 01 janeiro de 2024 à 30 de abril de 2024 correrão por conta do orçamento de 2024. |                             |     |                |                |               |             |               |            |           |              |                           |                       |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----|----------------|----------------|---------------|-------------|---------------|------------|-----------|--------------|---------------------------|-----------------------|----------------|
| N                                                                                                                                                    | ESPECIFICAÇÃO               | QT  | SALARIO MENSAL | salário mensal | insalubridade | 13º salário | Férias 33,33% | FGTS 8%    | PIS 1%    | Cesta básica | Exames Ad/Dem e periódico | valor por colaborador | valor total    |
| 1                                                                                                                                                    | Cordenador de Serviços CIPS | 1   | R\$ 3.724,12   | R\$ 3.724,12   | R\$ 262,00    | R\$ 332,18  | R\$ 110,71    | R\$ 354,32 | R\$ 44,29 | R\$ 100,40   | R\$ 18,90                 | R\$ 4.946,92          | R\$ 4.946,92   |
| 2                                                                                                                                                    | Psiquiatra                  | 80  | R\$ 110,00     |                |               |             |               |            |           |              |                           | R\$ 110,00            | R\$ 8.800,00   |
| 3                                                                                                                                                    | Coordenador/CAPS Medico     | 1   | R\$ 21.000,00  |                |               |             |               |            |           |              |                           | R\$ 21.000,00         | R\$ 21.000,00  |
| 4                                                                                                                                                    | Técnico Educacional         | 130 | R\$ 25,00      |                |               |             |               |            |           |              |                           | R\$ 25,00             | R\$ 3.250,00   |
| 5                                                                                                                                                    | Terapeuta Ocupacional       | 150 | R\$ 25,00      |                |               |             |               |            |           |              |                           | R\$ 25,00             | R\$ 3.750,00   |
| TOTAL REPASSE MENSAL                                                                                                                                 |                             |     |                |                |               |             |               |            |           |              |                           |                       | R\$ 41.746,92  |
| Valor total do período de maio de 2023 à 31 de dezembro de 2023 - Orçamento do ano de 2023                                                           |                             |     |                |                |               |             |               |            |           |              |                           |                       |                |
| Valor total do período de 01 de janeiro de 2024 à 30 de abril de 2024 - Orçamento do ano de 2024                                                     |                             |     |                |                |               |             |               |            |           |              |                           |                       |                |
| Valor total do convênio - período de maio de 2023 à 30 de abril de 2024                                                                              |                             |     |                |                |               |             |               |            |           |              |                           |                       |                |
|                                                                                                                                                      |                             |     |                |                |               |             |               |            |           |              |                           | R\$ 333.975,36        | R\$ 166.987,68 |
|                                                                                                                                                      |                             |     |                |                |               |             |               |            |           |              |                           | R\$ 500.963,04        |                |



# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

Rua Ferdinando Fratin nº 335 - Fone: (16) 3832-1222 - (16) 3832-1932 - Cx. Postal 22 - CEP: 14.610-000 - IPUÃ - SP

CNPJ: 45.708.765/0001-19 - E-mail: [administracao@santacasaipua.com.br](mailto:administracao@santacasaipua.com.br)

A PRIMEIRA SANTA CASA DO BRASIL HABILITADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PROGRAMA

CUIDADOS PROLONGADOS - (PORTARIA MS/SAS Nº 929 DE 20/08/2013)

| Descrição da Despesas                                       |                                                                                                     |                |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Parcela                                                     | Custeio                                                                                             | Valores        |
| 01                                                          | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial   | R\$ 41.746,92  |
| 02                                                          | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial . | R\$ 41.746,92  |
| 03                                                          | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial   | R\$ 41.746,92  |
| 04                                                          | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial   | R\$ 41.746,92  |
| 05                                                          | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial   | R\$ 41.746,92  |
| 06                                                          | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial   | R\$ 41.746,92  |
| 07                                                          | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial   | R\$ 41.746,92  |
| 08                                                          | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial   | R\$ 41.746,92  |
| Total para o exercício de 2023                              |                                                                                                     | R\$ 333.975,36 |
| 09                                                          | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial   | R\$ 41.746,92  |
| 10                                                          | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial   | R\$ 41.746,92  |
| 11                                                          | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial   | R\$ 41.746,92  |
| 12                                                          | Execução e Desenvolvimento de Serviços complementares de Saúde, no âmbito da Atenção Psicossocial   | R\$ 41.746,92  |
| Total para o exercício de 2024                              |                                                                                                     | R\$ 166.987,68 |
| Total Geral (período de maio de 2023 à 30 de abril de 2024) |                                                                                                     | R\$ 500.963,04 |
| 13 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$ 500.963,04)              |                                                                                                     |                |



# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

Rua Ferdinando Fratin nº 335 - Fone: (16) 3832-1222 - (16) 3832-1932 - Cx. Postal 22 - CEP: 14.610-000 - IPUÃ - SP

CNPJ: 45.708.765/0001-19 - E-mail: [administracao@santacasaipua.com.br](mailto:administracao@santacasaipua.com.br)

A PRIMEIRA SANTA CASA DO BRASIL HABILITADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PROGRAMA

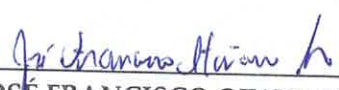
CUIDADOS PROLONGADOS - (PORTARIA MS/SAS Nº 929 DE 20/08/2013)

## 13.1 - Cronograma de Desembolso (Concedente)

| CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO |            |                |                   |            |                |
|--------------------------|------------|----------------|-------------------|------------|----------------|
| EXERCÍCIO DE 2023        |            |                | EXERCÍCIO DE 2024 |            |                |
| PAR-CELA                 | DATA       | VALOR          | PAR-CELA          | DATA       | VALOR          |
| 1                        | 03/06/2023 | R\$ 41.746,92  | 9                 | 03/02/2024 | R\$ 41.746,92  |
| 2                        | 03/07/2023 | R\$ 41.746,92  | 10                | 03/03/2024 | R\$ 41.746,92  |
| 3                        | 03/08/2023 | R\$ 41.746,92  | 11                | 03/04/2024 | R\$ 41.746,92  |
| 4                        | 03/09/2023 | R\$ 41.746,92  | 12                | 03/05/2024 | R\$ 41.746,92  |
| 5                        | 03/10/2023 | R\$ 41.746,92  | TOTAL             |            | R\$ 166.987,68 |
| 3                        | 03/11/2023 | R\$ 41.746,92  |                   |            |                |
| 7                        | 03/12/2023 | R\$ 41.746,92  |                   |            |                |
| 8                        | 03/01/2024 | R\$ 41.746,92  |                   |            |                |
| TOTAL                    |            | R\$ 333.975,36 |                   |            |                |

Ipuã-SP, 11 de abril de 2023.

  
RONYWERTON MARCELO ALVES PEREIRA  
PREFEITO MUNICIPAL

  
JOSÉ FRANCISCO OTAVIANO SILVA  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Ipuã-SP, 11 de abril de 2023.

  
MIRIAN AP. GIROLAMO DOS SANTOS  
GESTORA DA IRMANDADE SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ  
Entidade Colaboradora