



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
SECRETARIA DE SAÚDE

Proc. Nº	78126/18
Fis.	1070
Ass.	<i>[Handwritten Signature]</i>

**TERMO DE ADITAMENTO SS Nº 009/2019 (PRIMEIRO)
AO CONVÊNIO SS Nº 004/2019 E PLANO OPERATIVO.**

Por este instrumento, as partes, de um lado, o **MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, inscrito no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda sob o nº 46.523.239/0001-47, neste ato representado pelo Secretário de Saúde, Dr. GERALDO REPLE SOBRINHO, de conformidade com o Decreto Municipal nº 20.312/2018, doravante denominado apenas **CONVENENTE**, e, de outro, a empresa **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, inscrita no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda sob o nº 47.708.771/0001-00, com endereço na Av. Robert Kennedy, 2900, Bairro Assunção, São Bernardo do Campo/SP, CEP.: 09860-000, neste ato representado pelo seu Presidente ANTÔNIO DE PÁDUA CHAGAS, e por seu Diretor Administrativo Financeiro o senhor DELBEM RUIZ RIBEIRO DA CUNHA, doravante denominada simplesmente **CONVENIADA**, e considerando a instrução constante do Processo de Contratação nº 78.126/2018, em especial da aprovação e homologação do Secretário da Pasta às fls.1018/1019 resolvem celebrar o presente aditamento, nos termos das cláusulas e condições a seguir discriminadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA

- 1.1 – Fica incluído o valor do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), no Convênio ora aditado.
- 1.2 – A presente inclusão encontra respaldo nas Portarias nº 807, de 08 de maio de 2014 e nº 1.268, de 26 de setembro de 2016, ambas, do Ministério da Saúde, bem como na Cláusula 12.3, do Edital de Chamamento SS Nº 001/2019, da Cláusula 5.3 do Convênio SS Nº 004/2019 e da Cláusula 5.3, do seu Plano Operativo

CLÁUSULA SEGUNDA

- 2.1 – As despesas com a presente inclusão estão estimadas em **R\$ 438.079,97** (quatrocentos e trinta e oito mil, setenta e nove reais e noventa e sete centavos), para o período de 12 (doze) meses, e correção por conta da dotação orçamentária nº 09.093.3.3.90.39.00.10.302.0028.2111.05, neste exercício e no próximo das dotações correspondentes, sem prejuízos das demais dotações constantes dos termos firmados anteriormente.
- 2.2 – Os efeitos financeiros da inclusão do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) serão contados a partir do dia 01/11/2019.
- 2.3 - O valor mensal estimado do CONVÊNIO SS Nº 004/2019 passa a ser de **R\$ 504.002,66** (quinhentos e quatro mil, dois reais e sessenta e seis centavos), relativos à disponibilização global de 40 (quarenta) leitinhos/mês;
- 2.4 – O valor anual estimado do CONVÊNIO SS Nº 004/2019 passa a ser de **R\$ 6.048.031,97** (seis milhões, quarenta e oito mil, trinta e um reais e noventa e sete centavos), para o período de 12 (doze) meses;

[Handwritten Signature]

[Handwritten Signature]

[Handwritten Signature]



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
SECRETARIA DE SAÚDE

Proc. Nº	78126/18
Fls.	1071
Ass.	g

CLÁUSULA TERCEIRA

3.1 - Ficam mantidas as demais cláusulas, termos, regras e condições do Convênio aditado, desde que não conflitantes com o presente instrumento que, para todos os efeitos e fins de direito, passa a integrar aquela avença.

3.2 - E, por se acharem justos e acordados, depois de lido e achado conforme, é assinado o presente instrumento pelas partes supra e testemunhas abaixo, dele sendo extraídas 02 (duas) vias de igual teor e forma, para um único efeito.

São Bernardo do Campo, em 27 / 01 /2020.

GERALDO REPLE SOBRINHO
Secretário de Saúde

DELBEM RUIZ RIBEIRO DA CUNHA
Diretor Administrativo Financeiro

ANTÔNIO DE PÁDUA CHAGAS
Presidente do Conselho de Administração

Testemunha

Marcia Souza Duzzi

Testemunha

Felipe Soares

g



Proc. Nº	78126/18
Fis.	1072
Ass.	

MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

PLANO OPERATIVO

1.0 – DO PLANO OPERATIVO:

1.1 - O presente Plano Operativo é parte integrante da Termo de Aditamento SS Nº 009/2019 (PRIMEIRO) ao Convênio SS Nº 004/2019.

2.0 – DA COMPOSIÇÃO DO PLANO OPERATIVO:

2.1 - Este Plano Operativo refere-se a leitos hospitalares de Cuidados Prolongados, de acordo com o conceito da Portaria nº 2.809 de 07 de dezembro de 2012, contratados para atender aos pacientes que dele necessitem.

3.0 – DAS CONDIÇÕES DE HOSPITAL COM 02 (DUAS) UNIDADES DE CUIDADOS PROLONGADOS COM 20 (VINTE) LEITOS CADA:

3.1 – Na vigência deste Plano Operativo a Conveniada deve manter suas instalações e a sua estrutura assistencial de acordo com o conceito de Unidade de Cuidados Prolongados (UCP), em conformidade com o estabelecido na Portaria nº 2.809, de 07 de dezembro de 2012, bem como obedecer os preceitos estabelecidos na Portaria nº 1034, de 05 de maio de 2010.

3.1.1 - Cuidados Prolongados destinam-se aos usuários que se encontram em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico.

3.1.2 - Cuidados Prolongados têm como objetivo geral a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total e que não necessite de cuidados hospitalares imediatos na fase aguda do processo patológico;

3.1.3 - São considerados usuários em situação de perda de autonomia aqueles com limitações físicas, funcionais, neurológicas e/ou motoras, restritos ao leito, ou em qualquer condição clínica que indique a necessidade de cuidados em reabilitação intensivos, semi-intensivos e não intensivos em unidade hospitalar.

3.1.4 – Uma das finalidades dos Cuidados Prolongados é reabilitar o usuário, de forma parcial ou total e possibilitar a continuidade do cuidado com intervenções terapêuticas que permitam o reestabelecimento de suas funções e atividades, promovendo autonomia, ou diminuindo a dependência funcional, bem como a recuperação total, ou parcial de suas sequelas.

3.2 - A Conveniada deve manter estruturada uma Sala Multiuso de Reabilitação tipo II para cada uma das UCP, incluindo materiais e equipamentos, conforme descrito no Anexo I, da Portaria nº 2.809 de 07 de dezembro de 2012. A sala Multiuso de Reabilitação é um espaço destinado ao atendimento do usuário em cuidados prolongados, com vistas à sua reabilitação precoce e ao processo de Transição Segura do Cuidado;

3.3 - Cada UCP com 20 leitos cada deve manter uma equipe Multiprofissional, obedecendo à carga horária mínima de trabalho dos respectivos profissionais:

- Médico: vinte horas semanais distribuídas de forma horizontal, de segunda a sexta-feira;
- Enfermeiro: sessenta horas semanais;
- Técnico de enfermagem: no mínimo um técnico para cada cinco usuários hospitalizados, disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana;
- Assistente social: vinte horas semanais;



Proc. Nº	78126/18
Fis.	1073
Ass.	9

MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

- Fisioterapeuta: sessenta horas semanais;
- Psicólogo: vinte horas semanais;
- Fonoaudiólogo: trinta horas semanais;

3.3.2 - As equipes multiprofissionais deverão desenvolver um trabalho articulado, com troca de informações e ações conjuntas que resultem no atendimento humanizado e resolutivo, de acordo com as condições do usuário hospitalizado.

3.3.3 - As equipes multiprofissionais serão organizadas de forma horizontalizada e funcionarão nos sete dias da semana, com retaguarda de plantonista médico e enfermeiro no estabelecimento hospitalar durante a noite e nos finais de semana.

3.3.4 - Entende-se por horizontalizada a forma de organização do trabalho em saúde na qual existe uma equipe multiprofissional de referência que atua diariamente no serviço, em contraposição à forma de organização do trabalho em que os profissionais têm uma carga horária distribuída por plantão.

3.3.5 - São atribuições da equipe multidisciplinar:

- Elaboração de Plano Terapêutico, quando couber, permitindo-se tratamento e controle de sintomas e/ou sequelas do processo agudo ou crônico, visando à reabilitação funcional parcial ou total;
- Articulação conjunta com as equipes de Atenção básica, inclusive as da Atenção Domiciliar, para o planejamento da alta hospitalar em tempo oportuno;
- Elaboração de relatório que informe as condições atuais do usuário e proposta de cuidados necessários em domicílio;
- Orientação e apoio à família e ao cuidador para a continuidade dos cuidados do usuário em domicílio.

3.3.6 – Fazem parte dos processos de trabalho as seguintes ações:

- Elaboração e implementação de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;
- Manutenção de equipe multiprofissional e de suporte para especialidades, conforme descrito na Portaria;
- Instituição da horizontalidade das equipes multiprofissionais;
- Implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho, a exemplo do matriciamento, do Plano Terapêutico, do prontuário clínico unificado e dos protocolos clínicos;
- Articulação com a Atenção Básica, inclusive Atenção Domiciliar, do Município;
- Realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;
- Desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde para as equipes multidisciplinares, por iniciativa da instituição.



Proc. Nº	78126/18
Fls.	1074
Ass.	

MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

- Disponibilização de ofertas de educação em saúde e autocuidado para os usuários, familiares e cuidadores.

3.4 Os usuários da UCP deverão contar com outras especialidades médicas, quando necessário.

3.5 – Com base na Portaria nº 2.809/12 e outros critérios da SECRETARIA, poderá ser admitido em UCP o usuário em situação clínica estável, cujo quadro clínico apresente uma das seguintes características:

- Recuperação de um processo agudo e/ou recorrência de um processo crônico;
- Necessidade de cuidados prolongados para reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de um processo clínico, cirúrgico ou traumatológico; ou
- Dependência funcional permanente ou provisória física, motora ou neurológica parcial ou total.

3.5.1 - Além de apresentar pelo menos uma das características descritas acima, o usuário elegível para ser admitido em UCP deverá enquadrar-se em pelo menos uma das seguintes situações clínicas:

- Usuários em suporte respiratório, como ventilação mecânica não invasiva, oxigenoterapia ou higiene brônquica;
- Usuários submetidos a antibioticoterapia venosa prolongada, terapia com antifúngicos, dietoterapia enteral ou nasogástrica, portadores de outras sondas e drenos;
- Usuários submetidos aos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos que se encontrem em recuperação e necessitem de acompanhamento multidisciplinar, cuidados assistenciais e reabilitação físico-funcional;
- Usuários em reabilitação motora por Acidente Vascular Cerebral (AVC), neuropatias, Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Hematoma Sub-Aracnóide Traumático (HSAT), Hematoma Sub-aracnóide Espontâneo (HSAE) e Traumatismo Raquimedular (TRM);
- Usuários traqueostomizados em fase de decanulação;
- Usuários que necessitem de curativos em úlceras por pressão grau III e IV;
- Usuários sem outras intercorrências clínicas após procedimento de laparostomia;
- Usuários com incapacidade transitória de deambulação ou mobilidade;
- Usuários com disfagia grave aguardando gastrostomia; ou
- Usuários, em fase terminal, desde que com agravamento do quadro, quando não necessitem de terapia intensiva.

3.6 – São inelegíveis para UCP, de acordo com o artigo 17 da Portaria nº 2.809/12, os seguintes usuários:

- Com episódio de doença em fase aguda ou crítica, em quadro clinicamente instável;
- Cujo objetivo da internação seja apenas a avaliação diagnóstica; e
- Que necessitem de cuidados que possam ser prestados em domicílio e acompanhados pelas equipes de atenção básica, inclusive atenção domiciliar.



Proc. Nº	78.126/18
Fis.	1075
Ass.	

MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Secretaria de Saúde

3.7 – A Secretaria de Saúde deve realizar avaliação sistemática quanto à elegibilidade de usuário para atenção domiciliar no território, garantindo-se a desospitalização em tempo oportuno.

3.8 – A Secretaria de Saúde deve propor a habilitação da Conveniada junto ao MS, nos termos da Portaria nº 2.809/2012, caso ainda não o seja.

4.0 - DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO:

4.1 – Todos os serviços ofertados pela Conveniada deverão ser regulados pela Central de Regulação da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo, de acordo com a Política Nacional de Regulação do SUS e mediante pactuação local;

4.2 – Todos os pacientes deverão receber os recursos necessários ao seu atendimento, sendo responsabilidade da Conveniada a disponibilização de recursos humanos, insumos de medicamentos e materiais de enfermagem, serviços de diagnóstico e terapia, lavanderia, nutrição e dietética, além dos demais insumos que se fizerem necessários para correta execução dos serviços objetivados;

4.3 – O paciente que apresentar agravamento do quadro clínico, com necessidade de cuidados de maior complexidade, deverá ser inserido pela Conveniada no sistema da Central de Regulação da Secretaria de Saúde, que providenciará o recurso necessário. Até que a transferência seja efetivada, a Conveniada deverá utilizar todos os recursos que tiver disponibilidade para garantir a integridade do paciente;

4.4 – A Conveniada deverá atualizar diariamente no sistema da Central de Regulação da Secretaria de Saúde a solicitação do recurso necessário ao cuidado dos pacientes que dele necessitarem, bem como responder diariamente às solicitações da referida Central de Regulação;

4.5 – A Conveniada deverá manter todos os registros das ações assistenciais executadas pela equipe multiprofissional, incluindo Plano Terapêutico Individualizado e, disponibilizá-los à Conveniente, sempre que por esta solicitados, de acordo com os dispositivos legais;

4.6 – A Conveniada deverá apresentar **relatórios periódicos**, referentes às atividades desenvolvidas e aos serviços prestados aos pacientes que ocupam os leitos contratados pela Secretaria de Saúde, a saber:

4.6.1 – **Relatório Censo Diário**, enviado por e-mail, em planilha padronizada;

4.6.2 – **Relatório Relação Mensal dos Pacientes** que ocupam e que ocuparam os leitos contratados, com data de admissão, CID Primário, CID Secundário e, quando for o caso, data de saída com descrição do Desfecho (alta/transferência/óbito);

4.6.2.1 – As altas deverão estar em concordância com o conceito de Alta Responsável – processo de planejamento e transferência do cuidado de uma unidade de saúde (hospitalar ou ambulatorial) para outra, de modo a otimizar o tempo de permanência do paciente, reduzir o risco de infecção hospitalar e propiciar a continuidade do cuidado por meio de:

I) orientação de usuários e familiares/cuidadores, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;

II) articulação com os demais pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde, em particular a Atenção Básica para reduzir o risco de readmissões hospitalares; e

III) implantação de mecanismos de “desospitalização”, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados nas Redes de Atenção à Saúde;



Proc. Nº	78.126/18
Fis.	1076
Ass.	Ch

MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Secretaria de Saúde

4.6.3 – Planilhas dos seguintes Indicadores, enviadas mensalmente:

- a) **Planilha Taxa de Ocupação**: – Indicador que permite avaliar a adequação entre a necessidade e a oferta do serviço;
- b) **Planilha Escala de Barthel**: – Instrumento para avaliação do grau de dependência do usuário;
- c) **Planilha Média de Permanência** – Indicador que permite avaliar tanto o perfil do usuário encaminhado pela Convenente, quanto a qualidade da assistência prestada pela Conveniada;
- d) **Planilha Taxa de Infecção Hospitalar** - Indicador que tem relação direta com a qualidade da assistência prestada;
- e) **Planilha Taxa de Mortalidade** - Indicador que permite avaliar tanto o perfil do usuário encaminhado pela Convenente, quanto a qualidade da assistência prestada pela Conveniada;
- f) **Planilha Taxa de Incidência de Lesão por Pressão** - Indicador que tem relação direta com a qualidade da assistência prestada;
- g) Número de Eventos Adversos - Indicador que tem relação direta com a qualidade da assistência prestada;
- h) Número de Quedas de Pacientes - Indicador que tem relação direta com a qualidade da assistência prestada;
- i) **Planilha de Treinamentos**, contendo tema, carga horária e instrutor, acompanhada das listas de presença – Indicador que permite avaliar a importância dada pela Conveniada à qualificação de seus colaboradores;

4.6.4 – Envio das cópias das atas das reuniões das Comissões Obrigatórias, de acordo com a obrigatoriedade de sua periodicidade (CIPA, CCIH, Farmácia e Terapêutica, Ética Médica, Revisão de Prontuário e Revisão de Óbito);

4.7 - A conveniada compromete-se a atingir as metas pactuadas para os Indicadores descritos no item 4.6.3, as quais estão descritas na Tabela 1, correspondente ao primeiro trimestre do Convênio, onde constam os critérios de pontuação. A partir do quarto mês de Convênio serão estabelecidas metas quantitativas para todos os indicadores, com base nos resultados obtidos no primeiro trimestre, que serão apresentados em nova tabela.

Tabela 1



Proc. Nº	78126/18
Fis.	1077
Ass.	

MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

INDICADOR	META	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA POR ITEM	PONTUAÇÃO DO INDICADOR
Taxa de Ocupação	Igual ou maior que 98,75%	= ou > 98,75% 5 De 90 a 98,74 3 Menor que 90% 1	5	
Barthel	Aplicar em 100% dos pacientes	100% 3 De 90 a 99% 2 De 80 a 89% 1 Menor que 80% 0	3	
	Envio Mensal da Planilha do Indicador	Sim - 2 Não - 0	2	
Taxa de Permanência	Envio Mensal do Indicador	Sim - 2 Não - 0	2	
Taxa de Mortalidade	Envio Mensal do Indicador	Sim - 2 Não - 0	2	
Taxa de Incidência de Lesão por Pressão	Envio Mensal do Indicador	Sim - 2 Não - 0	2	
Taxa de Infecção Hospitalar	Envio Mensal do Indicador	Sim - 2 Não - 0	2	
Número Total de Eventos Adversos	Envio Mensal do Indicador	Sim - 2 Não - 0	2	
Número Total de Quedas de Pacientes	Envio Mensal do Indicador	Sim - 2 Não - 0	2	
Planilha de Treinamentos	Um Treinamento Mensal para toda a Equipe Multidisciplinar	Sim - 3 Não - 0	3	
	Envio Mensal da Planilha	Sim - 2 Não - 0	2	
PONTUAÇÃO MÁXIMA GLOBAL			27	

4.7.1 – A Conveniada deverá apresentar explicações e justificativas para as metas eventualmente não atingidas, com a descrição das ações corretivas adotadas;

4.7.2 – A nota obtida pela Conveniada em cada Indicador, bem como a pontuação global atingida, servirão de parâmetros para avaliação de desempenho e para aplicação de penalidades, quando necessário;

4.8 – A Conveniada, independentemente dos relatórios formais, deverá manter com a Conveniente, fluxo de informações por outros canais (e-mail, etc.), objetivando agilizar ações conjuntas que contribuam para correção de eventuais distorções e para o aprimoramento do presente Plano Operativo;

4.9 – A Conveniada apresentará seu Balancete Mensal, com detalhamento dos gastos relacionados aos recursos públicos pagos, observando e cumprindo as determinações do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, contidas na Instruções 02/2016 e alterações posteriores, ou outras que esse órgão de controle emitir, relativas a forma de confecção e apresentação dos documentos de prestação de contas.

4.10 – A Conveniada deverá apresentar todos os Relatórios Mensais, mencionados nos itens anteriores, até o 15º (décimo quinto) dia do mês subsequente à prestação dos serviços.

5.0 - DOS PAGAMENTOS:

5.1 – Estima-se o custo unitário de cada leito/dia a importância de **R\$389,58** (trezentos e oitenta e nove reais e cinquenta e oito centavos).

5.2 – O valor mensal estimado é a importância de **R\$ 467.496,00** (quatrocentos e sessenta e sete mil e quatrocentos e noventa e seis reais) relativos à disponibilização global de 40 (quarenta) leitos/mês;

6



Proc. Nº	78.126/18
Fls.	1078
Ass.	

MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Secretaria de Saúde

5.3 – O valor mensal estimado do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) é de **R\$36.506,66** (trinta e seis mil, quinhentos e seis reais e sessenta e seis centavos).

5.3.1 – O valor global estimado do Incentivo de Adesão à Contratualização é de **R\$ 438.079,97** (quatrocentos e trinta e oito mil, setenta e nove reais e noventa e sete centavos).

5.3.2 - Essa importância será transferida pela CONVENENTE à CONVENIADA, em conformidade com o artigo 1º, da Portaria nº 2617, de 1 de novembro de 2013, ou seja, até o 5º (quinto) dia útil após o recebimento pelo Município, dos valores repassados pela União.

5.4 - Estima-se a despesa global com a presente contratação a importância total na ordem R\$ **6.048.031,97** (seis milhões, quarenta e oito mil, trinta e um reais e noventa e sete centavos), para o período de 12 (doze) meses consecutivos.

5.4.1 – No valor global contratado deverá estar contido o valor do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC).

5.5 - Os pagamentos serão efetuados mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços, desde que executados de acordo com o estabelecido na Cláusula 4.0 deste Plano Operativo;

5.5.1 - O valor a ser pago corresponderá ao número de **leitos efetivamente ocupados pelos pacientes encaminhados pela CONVENENTE, calculado pela Taxa de Ocupação;**

5.5.2 – O valor referido no item anterior ainda estará condicionado à pontuação apurada pela CONVENENTE, de acordo com a Tabela 2:

Tabela 2

PONTUAÇÃO GLOBAL	PERCENTUAL DE DESCONTO
MAIOR QUE 25	SEM DESCONTO
DE 22 A 24	1% (UM POR CENTO)
DE 20 A 22	2% (DOIS POR CENTO)
DE 17 A 19	3% (TRÊS POR CENTO)
MENOR QUE 17	5% (CINCO POR CENTO)

5.5.3 - A meta com **pontuação igual a zero**, independentemente de explicações e justificativas, implicará em **desconto de 5%** (cinco por cento) no valor a ser pago pela ocupação dos leitos;

5.5.4 – A **reincidência** de pontuação igual a zero para uma mesma meta implicará em desconto de **mais 1%** (um por cento) no valor a ser pago pela ocupação dos leitos;

5.5.5 – Os descontos não se aplicam ao valor correspondente ao Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC).

5.5.6 – Eventuais divergências entre valores apurados e valores efetivamente pagos serão corrigidas no mês subsequente à sua constatação;

5.6 - Os relatórios apresentados pela Conveniada, tratados no item 4.10, serão avaliados mensalmente pela CONVENENTE, a qual providenciará quando necessários, justificados e aprovados, ajustes tanto nos valores, como nas metas.

6.0 - MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO

6.1 – O Município fiscalizará obrigatoriamente a execução do Convênio, a fim de verificar se no seu desenvolvimento estão sendo observadas as especificações e demais requisitos nele



Proc. Nº	78.126/18
Fis.	1079
Ass.	g

MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Secretaria de Saúde

previstos, reservando-se o direito de rejeitar os serviços que, a seu critério, não forem considerados satisfatórios.

6.2 – O acompanhamento da execução, bem como a fiscalização dos serviços ora contratados serão exercidos pelo Diretor do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência (SS-3).

6.3 – A fiscalização por parte do Município não eximirá a Conveniada das responsabilidades previstas no Código Civil e dos danos que vier a causar ao Município ou a terceiros, por culpa ou dolo de seus funcionários ou de seus prepostos na execução do Convênio.

6.4 - Em caso de evidenciadas irregularidades na execução dos instrumentos assinados, bem como eventuais condições que comprometam as boas práticas do cuidado assistencial, serão aplicadas as penalidades previstas na legislação vigente.

6.3 – As partes pactuam que as condições da assistência prestada serão reavaliadas em 03 (três) meses, ou sempre que se fizer necessário, podendo ensejar em ajustes no presente plano operativo.

São Bernardo do Campo, 27 / 01 / 2020.


GERALDO REPLE SOBRINHO
Secretário de Saúde


DELBEM RUIZ RIBEIRO DA CUNHA
Diretor Administrativo Financeiro


ANTÔNIO DE PADUA CHAGAS
Presidente do Conselho de Administração



Proc. Nº	78.126/18
Fis.	1080
Ass.	

MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde
TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO
(Em atendimento às Instruções nº 02/2016, do TCESP)

CONVENIENTE: MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO.
CONVENIADA: IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO.
REFERENTE: TERMO DE ADITAMENTO SS Nº 009/2019 (PRIMEIRO).
OBJETO: INCLUSÃO DO VALOR DO INCENTIVO DE ADESÃO À CONTRATUALIZAÇÃO (IAC).

Na qualidade de Conveniente e Conveniada, respectivamente, do Termo acima identificado, e, cientes do seu encaminhamento ao TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, para fins de instrução e julgamento, damo-nos por CIENTES e NOTIFICADOS para acompanhar todos os atos da tramitação processual, até julgamento final e sua publicação e, se for o caso e de nosso interesse, para, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito da defesa, interpor recursos e o mais que couber.

Outrossim, declaramos estar cientes, doravante, de que 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, de conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar Estadual nº 709, de 14 de janeiro de 1993, precedidos de mensagem eletrônica aos interessados.

São Bernardo do Campo, 27 / 01 / 2020.

AUTORIDADE QUE ASSINOU PELO MUNICÍPIO:

NOME: GERALDO REPLE SOBRINHO
CARGO: SECRETÁRIO DE SAÚDE
RG Nº: 7.676.832-6
CPF Nº: 893.017.658-53
DATA DE NASCIMENTO: 19/10/1957
ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Maranhão, 511 – apto.102 – Bairro Santa Paula – São Caetano do Sul/SP – CEP: 09541-00
EMAIL PESSOAL: gereple@uol.com.br
EMAIL CORPORATIVO: geraldo.reple@saobernardo.sp.gov.br
TELEFONE: 11 2630-6113

Assinatura:

CONVENIADA: IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

NOME: ANTÔNIO DE PÁDUA CHAGAS
CARGO: Presidente do Conselho de Administração.
RG Nº: 8.004.454-2
CPF Nº: 990.073.988-49
DATA DE NASCIMENTO: 08/10/1958
ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Dr. Guilherme Cristófel, 121, apto. 92, Santana/SP, CEP: 02406-010
EMAIL PESSOAL: apaduac@uol.com.br
EMAIL CORPORATIVO: padua@santacasasbc.org.br
TELEFONE: (11) 4353-3301

Assinatura:

NOME: DELBEM RUIZ RIBEIRO DA CUNHA
CARGO: Diretor Administrativo Financeiro.
RG Nº: 9.637.908-X
CPF Nº: 878.456.288-91
DATA DE NASCIMENTO: 13/10/1955
ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Tabajara, 306, Vila São Jorge, Guarulhos/SP, CEP.:07111-120
EMAIL PESSOAL: delbemcunha@gmail.com
EMAIL CORPORATIVO: delbem.cunha@santacasasbc.org.br
TELEFONE: (11) 4353-3302

Assinatura:



Proc. Nº	78126/18
Fls.	1081
Ass.	

MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde
CADASTRO DO RESPONSÁVEL QUE ASSINOU O TERMO DE CONVÊNIO
(Em atendimento às Instruções nº 02/2016 do TCESP)

CONVENIENTE: MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO.
CONVENIADA: IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO.
REFERENTE: TERMO DE ADITAMENTO SS Nº 009/2019 (PRIMEIRO).
OBJETO: INCLUSÃO DO INCENTIVO DE ADEÇÃO À CONTRATUALIZAÇÃO (IAC).

AUTORIDADE QUE ASSINOU PELO MUNICÍPIO:

NOME: GERALDO REPLE SOBRINHO
CARGO: SECRETÁRIO DE SAÚDE
RG Nº: 7.676.832-6
CPF Nº: 893.017.658-53
DATA DE NASCIMENTO: 19/10/1957
ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Maranhão, 511 – apto.102 – Bairro Santa Paula – São Caetano do Sul/SP – CEP: 09541-00
EMAIL PESSOAL: gereple@uol.com.br
EMAIL CORPORATIVO: geraldo.reple@saobernardo.sp.gov.br
TELEFONE: 11 2630-6113

Assinatura:

CONVENIADA: IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
NOME: ANTÔNIO DE PÁDUA CHAGAS
CARGO: Presidente do Conselho de Administração.
RG Nº: 8.004.454-2
CPF Nº: 990.073.988-49
DATA DE NASCIMENTO: 08/10/1958
ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Dr. Guilherme Cristófel, 121, apto. 92, Santana/SP, CEP: 02406-010
EMAIL PESSOAL: apaduac@uol.com.br
EMAIL CORPORATIVO: padua@santacasasbc.org.br
TELEFONE: (11) 4353-3301

Assinatura:

NOME: DELBEM RUIZ RIBEIRO DA CUNHA
CARGO: Diretor Administrativo Financeiro.
RG Nº: 9.637.908-X
CPF Nº: 878.456.288-91
DATA DE NASCIMENTO: 13/10/1955
ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Tabajara, 306, Vila São Jorge, Guarulhos/SP, CEP.:07111-120
EMAIL PESSOAL: delbemcunha@gmail.com
EMAIL CORPORATIVO: delbem.cunha@santacasasbc.org.br
TELEFONE: (11) 4353-3302

Assinatura:

1
Ribeiro