



**MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

**TERMO DE CONVÊNIO SS N° 002/2019**

Convênio que entre si celebram o **MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, através de sua Secretaria de Saúde, e a **INSTITUIÇÃO ASSISTENCIAL "EMMANUEL" DE SÃO BERNARDO DO CAMPO (IAE/SBC)**. EMENTA: Mútuo apoio, colaboração e cooperação visando as ações e serviços de saúde relacionados à implantação e operacionalização da Casa de Apoio Tipo II.

Pelo presente instrumento, o Município de São Bernardo do Campo, por intermédio da Secretaria de Saúde, com sede na Rua João Pessoa, 59, Centro – São Bernardo do Campo/SP, neste ato representado, forma do Decreto Municipal nº 20.312, de 08 de março de 2018, pelo seu Secretário de Saúde, o senhor GERALDO REPLE SOBRINHO, brasileiro, casado, médico, portador do RG nº 7.676.832-6, CPF nº 893.017.658-53, doravante denominado **CONVENENTE**, e de outro lado a INSTITUIÇÃO ASSISTENCIAL "EMMANUEL" DE SÃO BERNARDO DO CAMPO (IAE/SBC), inscrita no CNPJ/MF sob o nº 59.150.318/0001-00, com sede à Rua Batuíra, 400, Bairro Assunção, São Bernardo do Campo, São Paulo, CEP: 09861-550, neste ato representado pelo seu Presidente: CLÁUDIO AUGUSTO ROSA LOPES, brasileiro, divorciado, engenheiro eletrônico e administrador hospitalar, RG nº 4.557.181, CPF nº 346.741.878-34, doravante denominada como **CONVENIADA**, resolvem celebrar o presente CONVÊNIO para as ações de saúde, com observância das disposições do art. 116 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, de acordo com as cláusulas que seguem:

**CLÁUSULA PRIMEIRA**  
**DO OBJETO**

1.1 – O presente Convênio tem por objetivo o fortalecimento das ações de saúde relacionados à implantação e operacionalização da Casa de Apoio II, mediante a transferência de recursos financeiros para ocorrer despesas com custeio, em conformidade com o Plano de Operativo Anual (fls. 269/280), aprovado às fls. 283, do processo administrativo SB 55794/2018, sendo que o mesmo integra o presente Convênio.

1.2 – As ações de saúde a serem desenvolvidas pela CONVENIADA, assim como as metas quantitativas e qualitativas a serem atingidas, estão definidas no Plano Operativo Anual aprovado.

1.3 – A Conveniada deverá disponibilizar 32 (trinta e duas) acomodações/mês para as pessoas vivendo com HIV/AIDS, oferecendo as ações de saúde pactuados nesse Convênio, em conformidade com o Plano de Operativo Anual apresentado pela **CONVENIADA** e aprovado pela **CONVENENTE**.

1.4 – Quaisquer alterações nesse Convênio deverão ser aprovadas, previamente a sua formalização, pelo Conselho Municipal de Saúde.

**CLÁUSULA SEGUNDA**  
**DA EXECUÇÃO DO OBJETO**

2.1 – O objeto conveniado deverá alcançar a finalidade a que se destina, com eficácia e qualidade, articulando-se com a rede municipal de saúde da **CONVENENTE**, em conformidade com as diretrizes da Portaria nº 2555, de 28 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde e, suas atualizações, do Plano Estadual de Casas de Apoio do Estado de São Paulo, e cumprindo as metas e diretrizes estabelecidas no Plano de Operativo Anual aprovado.



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO  
SECRETARIA DE SAÚDE

2.2 – As ações de saúde serão desenvolvidas de acordo com a demanda e encaminhamentos realizados pela **CONVENENTE**, efetuada por equipe multiprofissional, que encaminhará as pessoas que atendam aos requisitos necessários para serem atendidas pela **CONVENIADA**.

2.2.1 – Esse encaminhamento será feito por meio de guias nominais, ou através de aplicativo de informática, respeitadas a quantidade de acomodações disponibilizadas.

**CLÁUSULA TERCEIRA  
DAS ATRIBUIÇÕES DA CONVENENTE**

3.1 – São atribuições da **CONVENENTE**:

I – Acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução do objeto deste termo, devendo zelar pelo alcance dos resultados pactuados e pela correta aplicação dos recursos repassados, com a indicação do gestor desse Convênio.

II – Repassar os recursos financeiros previstos para a execução do objeto do convênio, de acordo com o cronograma de desembolsos previsto, que guardará consonância com as metas, fases ou etapas de execução do objeto.

III – Publicar, no Diário Oficial do Município, extrato deste termo, contendo, pelo menos, o nome do gestor do convênio e do signatário representante da **CONVENIADA**.

IV – Emitir relatório técnico de monitoramento de avaliação do Convênio.

V – Analisar os relatórios financeiros e de resultados.

VI – Analisar as prestações de contas encaminhadas pela **CONVENIADA** de acordo com a legislação e regulamento aplicáveis.

VII - Encaminhar para a **CONVENIADA** as pessoas vivendo com HIV/AIDS;

VIII - Estabelecer, implantar e manter em adequado funcionamento os mecanismos reguladores e controladores dos processos de execução das ações e atividades objeto desse Convênio;

IX - Analisar periodicamente a capacidades e as condições do desenvolvimento das ações de saúde pactuados;

X - Garantir à **CONVENIADA**, as referências e contrareferência necessárias a assistência das pessoas vivendo com HIV/AIDS;

XI - Fornecer os medicamentos disponíveis e padronizados no Sistema Único de Saúde, em conformidade com a legislação vigente, para os usuários acomodados nas dependências da **CONVENIADA**, mediante prescrição individualizada, e desde que a solicitação seja aprovada pela equipe técnica da **CONVENENTE**.

XII – Instituir e manter uma Comissão de Acompanhamento com o objetivo de supervisionar o Convênio.

3.2 – A existência de fiscalização e/ou acompanhamento da execução por parte da **CONVENENTE** não excluirá nem reduzirá a responsabilidade da **CONVENIADA**.



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO  
SECRETARIA DE SAÚDE

**CLÁUSULA QUARTA  
DAS ATRIBUIÇÕES DA CONVENIADA**

4.1 – São atribuições da **CONVENIADA**:

I – Conduzir as ações de saúde objeto desse Convênio em estreita observância com a legislação e normas que disciplinam a Casa de Apoio II.

II – Disponibilizar as 32 (trinta e duas) acomodações/mês, **exclusivamente**, para as pessoas vivendo com HIV/AIDS, encaminhadas pela **CONVENENTE**.

III - Dar atendimento exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), observando os princípios do Sistema Único de Saúde, expressos no artigo 198 da Constituição Federal e no artigo 7º da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.

IV – Seguir as orientações técnicas e protocolos clínicos adotados pela **CONVENENTE**.

V - Aplicar os recursos financeiros repassados pela **CONVENENTE**, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, exclusivamente na execução do objeto do ajuste e na forma prevista no Plano de Operativo Anual aprovado.

VI – Indicar o nome do responsável pela fiscalização da execução do convênio e manter atualizada a **CONVENENTE** de qualquer alteração.

VII – Gerir os bens públicos com observância aos princípios da legalidade, da legitimidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da economicidade, da eficiência e da eficácia.

VIII – Assegurar as condições necessárias ao acompanhamento, à supervisão, ao controle, à fiscalização e à avaliação da execução do objeto do convênio com o fim de permitir e facilitar o acesso de agentes relacionados à fiscalização a todos os documentos relativos à execução do objeto do convênio, prestando-lhes todas e quaisquer informações solicitadas.

IX – Apresentar prestações de contas parciais e final nos termos da Cláusula sexta deste instrumento.

X - Responsabilizar-se, integral e exclusivamente, pela contratação e pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária do Município de São Bernardo do Campo a inadimplência da CONVENIADA em relação aos referidos pagamentos, os ônus incidentes sobre o objeto do convênio ou os danos decorrentes de restrição à sua execução.

XI - Manter e movimentar os recursos financeiros repassados, por fonte de recurso (UNIÃO/ESTADO/MUNICÍPIO), para a execução do objeto do convênio em uma única, exclusiva e específica conta bancária, isenta de tarifa bancária.

XII - Manter registros, arquivos e controles contábeis específicos para os dispêndios relativos ao objeto do convênio.

XIII - Utilizar materiais e serviços custeados com recursos públicos vinculados à parceria em conformidade com o objeto pactuado;

XIV - Responsabilizar-se pela legalidade e regularidade das despesas realizadas para a execução do objeto do convênio, pelo que responderá diretamente perante a **CONVENENTE** e demais órgãos incumbidos da fiscalização nos casos de descumprimento.





MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO  
SECRETARIA DE SAÚDE

XV - Comunicar de imediato à **CONVENENTE** a ocorrência de qualquer fato relevante à execução do presente convênio.

XVI – Manter em local visível a informação de sua condição de prestadora de serviços integrante do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como da gratuidade dos serviços prestados nessa condição.

XVII – Não exigir nenhum tipo de pagamento dos usuários, de seus familiares ou acompanhantes, sob qualquer espécie, título ou forma, responsabilizando-se por eventuais cobranças indevidas realizadas por seus funcionários, profissionais ou prepostos.

XVIII – Atender os usuários do serviço com dignidade e respeito, de modo universal e equânime, mantendo sempre a qualidade, observando as orientações da Política Nacional de Humanização do SUS.

XIX - Esclarecer os usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes às ações de saúde oferecidas, disponibilizando informações sobre as intervenções, e solicitando do mesmo consentimento livre e esclarecido para a realização dos procedimentos constantes do Plano de Operativo Anual aprovado;

XX – Contratar os recursos humanos com qualificação e em número suficiente para a execução do objeto do convênio, em conformidade com o Plano de Operativo Anual aprovado.

XXI – Manter em perfeitas condições de uso, os equipamentos, materiais e insumos necessários para a realização das ações de saúde objeto desse Convênio.

XXII – Manter atualizado o prontuário dos usuários pelo mínimo de 05 (cinco) anos;

XXIII – Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem os usuários para fins de experimentação, esclarecendo os usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes às ações de saúde oferecidas.

XXIV – Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas em relação a decisão de não realização de qualquer ato ou ação prevista nesse Convênio.

XXV – Respeitar a decisão do usuário de consentir ou recusar procedimentos de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

XXVI – Assegurar aos usuários o direito de receberem assistência religiosa e espiritual de qualquer culto religioso.

XXVII – Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativos aos usuários.

XXVIII – Responsabilizar-se pela indenização de danos decorrente de ação ou omissão voluntária, negligência, imprudência ou imperícia, praticados por seus empregados, profissionais ou prepostos, que no efetivo exercício das atividades pactuadas, causarem ao usuário, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados.

XXIX – Disponibilizar, segundo pactuação prévia com a **CONVENENTE**, a Casa de Apoio II, sob seu gerenciamento, para campo de ensino em saúde, conforme políticas instituídas pela Secretaria de Saúde.

XXX – Manter as dependências da Casa da Apoio Tipo II em perfeitas condições de conservação, higiene, salubridade e nível de segurança.

Handwritten signatures and initials in blue ink at the bottom of the page, including a large signature, a checkmark, and the number 4.



**MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

XXXI – Ficam vedadas as seguintes práticas por parte da **CONVENIADA**:

- a - Utilizar, ainda que em caráter emergencial, os recursos repassados pela **CONVENENTE** para finalidade diversa da estabelecida neste instrumento.
- b - Realizar despesa em data anterior à vigência do instrumento.
- c - Efetuar pagamento em data posterior à vigência deste instrumento;
- d - A utilização dos recursos para custeio de despesas com multas decorrentes de pagamentos efetuados após a data de vencimento, bem como para cobrir taxas e/ou juros bancários decorrentes de saldo devedor.
- e - A utilização dos recursos para o custeio de despesas realizadas em datas anteriores ou posteriores ao prazo de vigência do respectivo instrumento jurídico de formalização da parceria;
- f - A utilização dos recursos, a título de empréstimo, a outro projeto, instituição ou a qualquer um de seus dirigentes, pessoa física ou jurídica;
- g - Utilizar os recursos em finalidades diversas das estabelecidas no Plano de Operativo Anual aprovado.
- h - A utilização dos recursos para o custeio de despesas com taxas de administração de gerência ou similar.

XXXII – A **CONVENIADA** deverá facilitar o acompanhamento e avaliação permanente dos objetivos deste Convênio, prestando todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pela Comissão de Acompanhamento, Fiscalização e Avaliação instituída pela **CONVENENTE**.

**CLÁUSULA QUINTA**  
**DA TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS FINANCEIROS**

5.1 – O valor do presente Convênio é a importância de **R\$537.600,00** (quinhentos e trinta e sete mil e seiscentos reais), pela disponibilização dos 32 (trinta e duas) acomodações/cuidados globais/mês, para o período de 12 (doze) meses consecutivos, os quais poderão ser transferidos para a Conveniada, da seguinte forma:

**5.1.1 - RECURSOS DA UNIÃO:**

Quantidade de acomodação/mês: 32

Valor unitário por acomodação/mês: R\$800,00 (oitocentos reais).

Valor mensal: R\$ 25.600,00 (vinte e cinco mil e seiscentos reais).

Valor anual: R\$307.200,00 (trezentos e sete mil e duzentos reais).

**5.1.2 - RECURSOS DO ESTADO:**

Quantidade de acomodação/mês: 32

Valor unitário por acomodação/mês: R\$600,00 (seiscentos reais).

Valor mensal: R\$ 19.200,00 (dezenove mil e duzentos reais).

Valor anual: R\$230.400,00 (duzentos e trinta mil e quatrocentos reais).

5.1.3 - Esses recursos serão desembolsados pelo Município, na medida em que forem efetuados os repasses pela UNIÃO/Estado.

5.1.4 - Somente serão repassados os valores para a **CONVENIADA** pelo uso efetivo das acomodações

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature on the left, a signature in the middle, and a signature on the right with the number 5 written below it.



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO  
SECRETARIA DE SAÚDE

5.2 – Os recursos serão transferidos/pagos mensalmente, sendo que a partir da segunda parcela, somente serão liberados pela **CONVENIENTE**, após a apresentação e aprovação de contas da primeira parcela repassada e assim sucessivamente, com relação às demais parcelas.

5.3 – Os valores serão transferidos de forma mensal, até o quinto dia útil do mês, em conformidade com o Plano Operativo Anual e das avaliações dos indicadores e metas, bem como da prestação de contas.

5.3.1 - Os valores estipulados no presente Convênio poderão sofrer alteração na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde.

5.3.2- A **CONVENIADA** deverá apresentar relatório à **SECRETARIA DE SAÚDE** até o 20º (vigésimo) dia do mês subsequente à execução da despesa, apresentando os documentos e informações de acordo com as condições previstas no Plano de Operativo.

5.4 - Eventuais diferenças entre os valores transferidos e os valores efetivamente devidos, apurados por meio de avaliação quadrimestral, serão ajustados no primeiro pagamento subsequente à análise da prestação de contas e do Relatório emitido pela Comissão de Acompanhamento e pelo Gestor do Convênio.

5.5 – Caso haja saldos financeiros dos recursos repassados à **CONVENIADA**, enquanto não utilizados, poderão ser aplicados no mercado financeiro, cujos rendimentos devem ser integralmente revertidos para o Convênio.

5.6 - A **CONVENIADA** deverá manter os recursos transferidos em conta corrente específica aberta em instituição financeira, aplicados exclusivamente no cumprimento dos compromissos decorrentes deste convênio.

5.6.1 – É vedada a aplicação dos recursos com despesas de taxas administrativas, tarifas, juros moratórios e multas, pagamentos de dívidas anteriormente contraídas anteriormente à assinatura desse convênio.

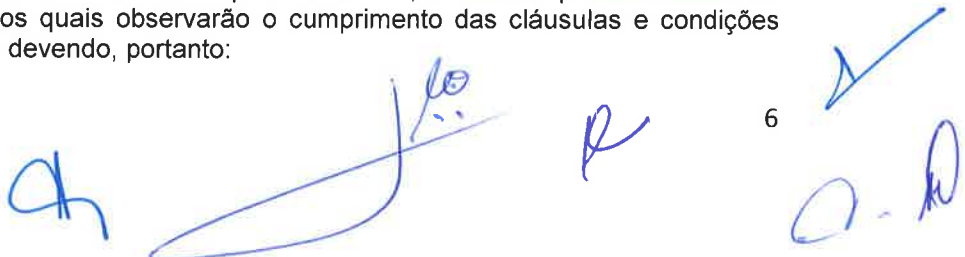
5.6.2 – Os recursos recebidos por este instrumento deverão ser aplicados no mercado financeiro, enquanto não forem empregados em sua finalidade, sendo que as receitas auferidas serão obrigatoriamente computadas a crédito do convênio, e aplicadas, exclusivamente, no objeto de sua finalidade.

5.7 - As despesas com a presente contratação correrão por conta da dotação orçamentária **092.3.3.90.39.00.10.305.0012.2223.05** e **092.3.3.90.39.00.10.305.0012.2223.02**, neste exercício e nos próximos, sem prejuízo das demais dotações constantes.

5.8 – Nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão à conta das dotações próprias que forem aprovadas para as mesmas no orçamento da Secretaria de Saúde.

**CLÁUSULA SEXTA**  
**DO CONTROLE, DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS**

6.1 – As ações de saúde desse Convênio terão sua fiscalização, monitoramento, controle e avaliação da execução acompanhada pela **COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO**, por meio de relatórios com o objetivo de analisar informações e o desempenho dos indicadores estabelecidos no Plano de Operativo Anual, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste convênio, devendo, portanto:





MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO  
SECRETARIA DE SAÚDE

I – Acompanhar, supervisionar e fiscalizar, o desempenho da **CONVENIADA** e os resultados alcançados na execução do objeto do convênio, e fazer recomendações para o atingimento dos objetivos perseguidos.

II – Elaborar, **bimestralmente**, o relatório técnico de acompanhamento das metas sobre os resultados alcançados no período, contendo a nota do convênio, recomendações, críticas e sugestões;

III – Monitorar o uso dos recursos financeiros mediante análise dos relatórios apresentados pela conveniada.

IV – Analisar a vinculação dos gastos ao objeto do convenio celebrado, bem como a razoabilidade desses gastos.

V – Solicitar, quando necessário, reuniões extraordinárias e realizar visitas técnicas no local de realização do objeto do convênio com a finalidade de obter informações adicionais que auxiliem no desenvolvimento dos trabalhos.

6.2 - A **CONVENENTE** poderá realizar, em casos específicos, auditoria especializada a partir das diretrizes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS.

**CLÁUSULA SÉTIMA**  
**DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

7.1 – A prestação de contas dos recursos repassados pela **CONVENENTE** deverá ser apresentada pela **CONVENIADA**, **quadrimestralmente**, de acordo com as normas e instruções técnicas expedidas e nos formulários padronizados pelos órgãos da **CONVENENTE** e pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo – TCE/SP, e deverá ser instruída com os seguintes documentos:

- I. Ofício de encaminhamento;
- II. Demonstrativo Parcial de Receitas e Despesas, consoante modelo fornecido pela Secretaria de Finanças;
- III. Cópia legível dos documentos comprobatórios de despesas na mesma ordem elencada no demonstrativo citado no item anterior;
- IV. Conciliação de saldo bancário;
- V. Cópia do extrato bancário da conta corrente específica e da conta de aplicação financeira;
- VI. Certidões de regularidade fiscal, previdenciária, tributária, de contribuições e de dívida ativa, inclusive a Certidão Municipal de Tributos e Rendas;
- VII. Relatório de execução de metas e ações programadas no Plano de Operativo Anual.

7.2 – A prestação de contas dos recursos repassados à **CONVENIADA** será efetuada por meio da apresentação de prestações de contas parcial e final ou coincidente com o encerramento de exercício financeiro, sendo que as parciais com periodicidade definida em quadrimestres civis.

7.3 - As prestações de contas finais ou coincidentes com o encerramento de exercício financeiro deverão conter os documentos listados na Cláusula 7.1, bem como os seguintes documentos:

- I. Certidão contendo os nomes e CPFs dos dirigentes e conselheiros da entidade conveniada, forma de remuneração, períodos de atuação, com destaque para o dirigente responsável pela administração dos recursos recebidos à conta do convênio;

7



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

SECRETARIA DE SAÚDE

- II. Relatório anual de execução de atividades, contendo especificamente relatório sobre a execução do objeto do convênio, bem como comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados, assinado pelo representante legal da entidade conveniada;
- III. Demonstrativo integral das receitas e despesas computadas por fontes de recurso, individualizando os gastos pela forma de contratação, na conformidade do modelo contido no Anexo RP-17;
- IV. Relação dos contratos e respectivos aditamentos, firmados com a utilização de recursos públicos administrados pela entidade conveniada, para os fins estabelecidos no convênio, contendo tipo e número do ajuste, identificação das partes, data, objeto, vigência, valor pago no exercício e condições de pagamento;
- V. Publicação do Balanço Patrimonial da entidade conveniada, dos exercícios encerrado e anterior;
- VI. Demais demonstrações contábeis e financeiras da entidade conveniada, acompanhadas do balancete analítico acumulado do exercício;
- VII. Certidão expedida pelo Conselho Regional de Contabilidade – CRC, comprovando a habilitação profissional dos responsáveis por balanços e demonstrações contábeis;
- VIII. Na hipótese de aquisição de bens móveis e/ou imóveis com os recursos recebidos, prova do respectivo registro contábil, patrimonial e imobiliário da circunscrição, conforme o caso;
- IX. Comprovante da devolução de eventuais recursos não aplicados, quando do encerramento do ajuste;
- X. Declaração atualizada acerca da existência ou não no quadro diretivo da conveniada de agentes políticos de Poder, de membros do Ministério Público ou de dirigente de órgão ou entidade da Administração Pública celebrante, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade;
- XI. Declaração atualizada acerca da contratação ou não de empresa (s) pertencente (s) a dirigente (s) da Conveniada, agentes políticos de Poder, membros do Ministério Público ou dirigentes de órgão ou entidade da Administração Pública conveniente, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade.

7.3.1 – Os recursos utilizados em desacordo com este instrumento deverão ser recolhidos aos cofres públicos, corrigidos monetariamente.

7.3.2 - A **CONVENIADA** deverá observar e cumprir 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.

**CLÁUSULA OITAVA  
DO GESTOR DO CONVÊNIO**

8.1 – O gestor fará a interlocução técnica com a **CONVENIADA**, bem como o acompanhamento e fiscalização da execução do objeto do convênio, devendo zelar pelo seu adequado cumprimento e manter a Secretaria de Saúde informada sobre o andamento das atividades, competindo-lhe em especial:

I - Acompanhar e fiscalizar a execução do objeto do convênio.

II - Informar ao seu superior hierárquico a existência de fatos que comprometam ou possam comprometer as atividades ou metas do convênio e de indícios de irregularidades na gestão dos recursos, bem como as providências adotadas ou que serão adotadas para sanar os problemas detectados.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature, a checkmark, and the number 8.





MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

SECRETARIA DE SAÚDE

III - Emitir parecer técnico conclusivo de análise da prestação de contas final, levando em consideração o teor do relatório técnico da Comissão de Acompanhamento e Avaliação.

IV - Comunicar ao administrador público a inexecução por culpa exclusiva da CONVENIADA;

V - Acompanhar as atividades desenvolvidas e monitorar a execução do objeto do convênio nos aspectos administrativo, técnico e financeiro, propondo as medidas de ajuste e melhoria segundo as metas pactuadas e os resultados observados, com o assessoramento que lhe for necessário.

VI - Realizar atividades de monitoramento, devendo estabelecer práticas de acompanhamento e verificação no local das atividades desenvolvidas, mediante agenda de reuniões e encontros com os dirigentes da CONVENIADA, para assegurar a adoção das diretrizes constantes deste termo e do Plano de Operativo Anual.

VII - Realizar a conferência e a checagem do cumprimento das metas e suas respectivas fontes comprobatórias, bem como acompanhar e avaliar a adequada implementação da política pública, verificando a coerência e veracidade das informações apresentadas nos relatórios gerenciais.

8.2 - Fica designado como gestor o senhor **CARLOS ALBERTO DE OLIVEIRA, GERENTE TÉCNICO ASSISTENCIAL**, RE: 18552, **DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA (SS-2)**, conforme instrução de fls.64, do Processo Administrativo SB 55794/2018.

8.2.1 - O gestor do convênio poderá ser alterado a qualquer tempo pela Secretaria de Saúde, por meio de simples apostilamento.

8.2.2 - Em caso de ausência temporária do gestor deverá ser indicado substituto que assumirá a gestão até o retorno daquele

**CLÁUSULA NONA  
DA VIGÊNCIA**

9.1 - O prazo de vigência deste do presente Convênio será de 12 (doze) meses, consecutivos, **contados a partir de 01/04/2019**, podendo ser prorrogado por mais 04 (quatro) períodos iguais e sucessivos até o limite de 60 (sessenta) meses.

9.2 - Eventuais termos aditivos deverão observar os prazos determinados neste termo, não podendo ser ultrapassado o prazo limite de vigência estabelecido na cláusula anterior.

9.3 - Durante a vigência deste convênio a **CONVENIENTE** poderá exigir a documentação que reputar necessária.

**CLÁUSULA DÉCIMA  
DA DENÚNCIA E DA RESCISÃO**

10.1 - Este Convênio poderá ser rescindido pelo descumprimento de quaisquer das obrigações ou condições nele pactuadas, por infração legal, ou pela superveniência de norma legal, ou ainda denunciado por ato unilateral, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, respeitada a obrigatoriedade de prestar contas dos recursos já recebidos.

10.2 - A CONVENIADA terá prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do Convênio para quitar suas obrigações e prestação de contas final.

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

SECRETARIA DE SAÚDE

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA  
DOS SALDOS FINANCEIROS REMANESCENTES**

11.1 - Quando da conclusão, denúncia ou rescisão do presente convênio, não tendo ocorrido a utilização total dos recursos recebidos da CONVENIENTE, fica a entidade obrigada a restituir, no prazo improrrogável de 60 (sessenta) dias, contados da data da finalização do presente convênio, sob pena de imediata instauração da tomada de contas especial do responsável, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras, acrescidos da remuneração da caderneta de poupança, computada desde a data do repasse e até a data da efetiva devolução, devendo encaminhar a guia respectiva à CONVENIENTE, sem prejuízo das demais responsabilidades, inclusive financeiras, a cargo dos partícipes.

11.2 - A não restituição e inobservância do disposto no caput desta cláusula ensejará a imediata instauração da tomada de contas especial do responsável, sem prejuízo da inscrição da entidade no Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados de Órgãos e Entidades Estaduais – CADIN estadual, nos termos da Lei nº 12.799, de 11 de janeiro de 2008.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA  
DA PUBLICAÇÃO**

12.1 – O presente instrumento deverá ser publicado, por extrato, no Diário Oficial do Município de São Bernardo do Campo, no prazo de 20 (vinte) dias a contar da data de sua assinatura.


**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA  
DO FORO**

12.1 – As partes elegem o Foro do Município de São Bernardo do Campo/SP, com exclusão de qualquer outro, para dirimir questões oriundas do presente convênio e que não puderem ser resolvidas entre as partes pactuantes ou perante o Conselho Municipal de Saúde.

E, assim, por estarem as partes, justas e acordadas, firmam o presente convênio, assinado em 02 (duas) vias pelos representantes das partes.

São Bernardo do Campo, 21 / 03 /2019.

  
\_\_\_\_\_  
**GERALDO REPLE SOBRINHO**  
Secretário de Saúde

  
\_\_\_\_\_  
**INSTITUIÇÃO ASSISTENCIAL "EMMANUEL" DE SÃO BERNARDO DO CAMPO (IAE/SBC)**  
Cláudio Augusto Rosa Lopes  
Presidente

Testemunhas: 1.



2.



**TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO**  
(exigido a partir das Instruções n.º 02/2004 do TCESP)

**CONVENIENTE:** MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO.

**CONVENIADA:** INSTITUIÇÃO ASSISTENCIAL EMMANUEL

**CONVÊNIO DE ORIGEM:** TERMO DE CONVÊNIO SS Nº 002/2019

**OBJETO:** Convênio que entre si celebram MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, através de sua Secretaria de Saúde e a INSTITUIÇÃO ASSISTENCIAL "EMMANUEL" DE SÃO BERNARDO DO CAMPO (IAE/SBC). EMENTA: Mútuo apoio, colaboração e cooperação visando as ações e serviços de saúde relacionados à implantação e operacionalização da Casa de Apoio Tipo II.

**ADVOGADO Nº OAB: (\*)**

Pelo presente TERMO, damo-nos por NOTIFICADOS para o acompanhamento dos atos da tramitação do correspondente processo no Tribunal de Contas até seu julgamento final e consequente 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, estamos 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 art. 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, precedidos de mensagem eletrônica aos interessados.

São Bernardo do Campo, 21 / 03 / 2019

**ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO:**

Nome: **Geraldo Reple Sobrinho**

Cargo: **Secretário de Saúde**

CPF: **893.017.658-53**

RG Nº: **7.676.832-6**

Data de nascimento: **19/10/1957.**

Endereço residencial completo: **Rua Maranhão, 511 – apto.102 – Bairro Santa Paula – São Caetano do Sul/SP – CEP: 09541-001.**

E-mail institucional: [geraldo.reple@saobernardo.sp.gov.br](mailto:geraldo.reple@saobernardo.sp.gov.br)

E-mail pessoal: [gereple@uol.com.br](mailto:gereple@uol.com.br)

Telefone: **(11) 2630-6113 e (11) 4221-6085**

Assinatura: .....

**CONVENIADA:**

Nome: **CLAUDIO AUGUSTO ROSA LOPES**

Cargo: **DIRETOR PRESIDENTE**

CPF: **346.741.878-34**

RG nº: **4.557.181-8**

Data de nascimento: **11/09/1950**

Endereço residencial completo: **Rua das Graúnas, 103 - Bairro: Pq. dos Pássaros – SBCampo/SP**

E-mail institucional: [bezerrademenezes@bezerrademenezes.org.br](mailto:bezerrademenezes@bezerrademenezes.org.br)

E-mail pessoal: [dirpres@bezerrademenezes.org.br](mailto:dirpres@bezerrademenezes.org.br)

Telefone: **(11) 4344-2222**

Assinatura: ..... *Claudio Rosa Lopes* .....

*Handwritten signatures and initials in blue ink at the bottom right of the page.*



**MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**

**CADASTRO DO RESPONSÁVEL QUE ASSINOU O CONVÊNIO**

(em atendimento às Instruções nº 02/2008 do ICESP)

**CONVENIENTE:** MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO.

**CONVENIADA:** INSTITUIÇÃO ASSISTENCIAL EMMANUEL

**CONVÊNIO DE ORIGEM:** TERMO DE CONVÊNIO SS Nº 002/2019

**OBJETO:** Convênio que entre si celebram MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, através de sua Secretaria de Saúde e a INSTITUIÇÃO ASSISTENCIAL "EMMANUEL" DE SÃO BERNARDO DO CAMPO (IAE/SBC). **EMENTA:** Mútuo apoio, colaboração e cooperação visando as ações e serviços de saúde relacionados à implantação e operacionalização da Casa de Apoio Tipo II.

**AUTORIDADE QUE ASSINOU PELO ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO:**

**Nome:** Geraldo Reple Sobrinho

**Cargo:** Secretário de Saúde

**CPF:** 893.017.658-53

**RG Nº:** 7.676.832-6

**Data de nascimento:** 19/10/1957.

**Endereço residencial completo:** Rua Maranhão, 511 – apto.102 – Bairro Santa Paula – São Caetano do Sul/SP – CEP: 09541-001.

**E-mail institucional:** [geraldoreple@saobernardo.sp.gov.br](mailto:geraldoreple@saobernardo.sp.gov.br)

**E-mail pessoal:** [gereple@uol.com.br](mailto:gereple@uol.com.br)

**Telefone:** (11) 2630-6113 e (11) 4221-6085

**AUTORIDADE QUE ASSINOU PELA CONVENIADA:**

**Nome:** CLAUDIO AUGUSTO ROSA LOPES

**Cargo:** DIRETOR PRESIDENTE

**CPF:** 346.741.878-34

**RG nº:** 4.557.181-8

**Data de nascimento:** 11/09/1950

**Endereço residencial completo:** Rua das Graúnas, 103 - Bairro: Pq. dos Pássaros – SBCampo/SP

**E-mail institucional:** [bezerrademenezes@bezerrademenezes.org.br](mailto:bezerrademenezes@bezerrademenezes.org.br)

**E-mail pessoal:** [dirpres@bezerrademenezes.org.br](mailto:dirpres@bezerrademenezes.org.br)

**Telefone:** (11) 4344-2222