PREFEITURA MUNICIPAL DE CASA BRANCA
Estado de São Paulo
Praça Barão de Mogi Guaçu, 51 – Esquina com Rua Altino Arantes
CEP 13700-000 – Fone (19) 671-9720
licitacao@casabranca.sp.gov.br

21º TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO Nº 001/2021

A **PREFEITURA DE CASA BRANCA,** pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF sob nº 45.735.479/0001-42, com sede na Praça Barão de Mogi-Guaçu, 51, Centro desta cidade, doravante denominada **CONVENENTE**, neste ato representado pela Secretária Municipal de Saúde, Senhor **FABIANA MOREIRA MENDES CHAGAS** e a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CASA BRANCA**, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, doravante denominada **CONVENIADA**, com fundamento no art. 116 da Lei Federal 8.666/93 e mediante autorização pela Lei Municipal nº 3.852/2022 de 19 de setembro de 2022, resolvem alterar o presente convênio que será regido pelas normas e condições que seguem:

De comum acordo entre as partes, PREFEITURA MUNICIPAL DE CASA BRANCA – SP, como CONVENENTE e a SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CASA BRANCA como CONVENIADA, e, com fundamento no artigo 65, inciso II, da Lei Federal nº 8.666/93 e na Cláusula Sexta – Da Vigência do Convênio 001/2021, fica assim definida a seguinte relação do Convênio em referência:

I - CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS:

01. Fica alterado o Plano de Trabalho do Convênio nº 001/2021, para acréscimo de valores, sendo: R$ 83.600,00 (oitenta e três mil e seiscentos reais) da proposta de emenda nº 12/2024 e R$ 83.600,00 (oitenta e três mil e seiscentos reais) da proposta de emenda nº 10/2024, ambos a serem repassados no mês de novembro; R$ 83.600,00 (oitenta e três mil e seiscentos reais) da proposta de emenda nº 11/2024 e R$ 83.600,00 (oitenta e três mil e seiscentos reais) da proposta de emenda nº 09/2024, ambos a serem repassados no mês de dezembro.

Fica alterada a Cláusula quarta – Dos recursos financeiros, do Termo de Convênio 01/2021 (Anexo I), para acrescentar, no mês de novembro, o valor de R$ 167.200,00 (cento e sessenta e sete mil e duzentos reais), o repasse mensal será alterado de R$ 725.437,76 (setecentos e vinte e cinco mil, quatrocentos e trinta e sete reais e setenta e seis centavos) para R$ 892.637,76 (oitocentos e noventa e dois mil, seiscentos e trinta e sete reais e setenta e seis centavos).

Já no mês de dezembro será acrescido o valor de R$ 167.200,00 (cento e sessenta e sete mil e duzentos reais), o repasse mensal passará de R$ 725.437,76 (setecentos e vinte e cinco mil, quatrocentos e trinta e sete reais e setenta e seis centavos) para R$ 892.637,76 (oitocentos e noventa e dois mil, seiscentos e trinta e sete reais e setenta e seis centavos).

02. Alterações:

- **a) CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS**
- **b) ANEXO II – item 012;**
- **c) ANEXO II – item X, XI, XII e XIII**

E, por estarem acordes as partes, CONVENENTE e CONVENIADA, os acima firmados, assinam o presente Termo Aditivo, em 03 (três) vias de igual forma e teor, na presença de 02 (duas) testemunhas, infra-assinados.

PARÁGRAFO ÚNICO: As demais cláusulas do Convênio nº 001/2021 permanecerão inalteradas.

E por estarem assim, justas e acordadas, ratificam as partes o presente Convênio, em três vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença de duas testemunhas abaixo identificadas.

Casa Branca, 24 de novembro de 2025.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Fabiana Moreira Mendes Chagas

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA
Willian Vieira Lemes

Testemunhas:

Livia Bagnatori Jacobini

Kelly Claudia Fortolan

ANEXO I

MINUTA DA RETIFICAÇÃO DO CONVÊNIO 001/2021.

TERMO DE CONVÊNIO Nº 001/2021-PROCESSO Nº 118/2021 ENTRE O MUNICÍPIO DE CASA BRANCA E A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CASA BRANCA

A **PREFEITURA DE CASA BRANCA,** pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF sob nº 45.735.479/0001-42, com sede na Praça Barão de Mogi-Guaçu, 51, Centro desta cidade, doravante denominada **CONVENENTE**, neste ato representado pelo Exmo. Prefeito Municipal, Senhor **Antônio Eduardo Marçon Nogueira** e a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CASA BRANCA**, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, doravante denominada **CONVENIADA**, neste ato representado pelo seu provedor, o Sr. Carlos Henrique Ramos CPF nº 052.194.798-73RG nº 16.423.683/SSP, com fundamento no art. 116 da Lei Federal 8.666/93 e mediante autorização pela Lei nº 3.852/2022 de 19 de setembro de 2022, resolvem firmar o presente convênio que será regido pelas normas e condições que seguem:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Execução de atividades concernentes à complementação de Atendimentos Hospitalares, segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

A entidade hospitalar oferecerá os seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, e os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, obedecendo ao fluxo estabelecido nas quantidades médias especificadas:

01. ASSISTÊNCIA/INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar;

02. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA – SADT

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico aos pacientes internos, que necessitam para complemento e tratamento de diagnóstico;

03. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Atendimento Ambulatorial é o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em consultório ou ambulatório, definidos neste contrato, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PLANO DE TRABALHO

A execução deste Convênio deverá observar o Plano de Trabalho integrante deste instrumento, o qual contém o detalhamento do objeto, metas a serem atingidas, etapas de execução, plano de aplicação dos recursos financeiros, cronograma de desembolso e a previsão de início e fim da execução de seu objeto, bem assim da conclusão das etapas ou fases programadas.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES

01. Das obrigações da Conveniada:

a) Executar o objeto deste convênio, nos exatos termos do Plano de Trabalho aprovado, zelando pela qualidade e eficiência dos serviços prestados, atentando-se quanto à aplicação dos recursos financeiros repassados pela Convenente, aos princípios da eficiência, moralidade, transparência, publicidade, legalidade e economicidade;

b) Observar as orientações emanadas da Convenente durante a execução do Convênio;

c) Comunicar, imediatamente, à Comissão Especial de Avaliação, qualquer intercorrência que possa interferir na regular execução do objeto deste Convênio;

d) Prestar contas à Convenente quanto aos recursos recebidos mensalmente, com envio de arquivo impresso e digital no formato pdf pesquisável, na forma prevista em Lei, conforme Instruções Normativas do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo - TCESP e pela Secretaria de Saúde de Casa Branca, até a data limite estabelecida neste instrumento.

e) Indicar, no corpo dos documentos fiscais originais que comprovem as despesas – inclusive nota fiscal eletrônica –, do número do convênio e identificação do órgão/entidade público(a) convenente a que se referem;

f) Movimentar os recursos recebidos por meio deste Convênio em conta bancária específica, sendo vedada a utilização desses recursos para o pagamento de despesas não expressas no Plano de Trabalho integrante deste instrumento.

g) Manter na conta bancária específica todos os valores repassados a título de provisões trabalhistas até o momento dos respectivos pagamentos aos funcionários que prestam serviços para a consecução do objeto deste convênio.

h) Não redistribuir, entre eventuais outras entidades, os recursos a ela repassados

i) Restituir, antes da apresentação da prestação de contas final deste Convênio, quaisquer valores não aplicados no objeto, inclusive aqueles objetos de glosas apresentadas em prestações de contas e não sanadas.

j) Manter, em boa ordem, arquivo em sua sede com os documentos originais que compõem a prestação de contas, durante o prazo de 10 (dez) anos, contado do dia útil subsequente ao da prestação de contas, à disposição da municipalidade e dos órgãos de controle interno e externo.

02. **Das obrigações da Convenente:**

a) Acompanhar, fiscalizar e supervisionar a execução deste convênio, de acordo com o Plano de Trabalho aprovado;

b) Repassar os recursos financeiros à Conveniada, nos termos e condições estabelecidas neste Convênio;

c) Fazer publicar extrato deste Convênio no Diário Oficial do Estado de São Paulo, na imprensa local e no site oficial da Prefeitura;

d) Assinado o Convênio, dar ciência do mesmo à Câmara de Vereadores de Casa Branca, nos termos do art. 116, §2º da Lei Federal nº 8.666/93;

e) Criar e manter Comissão Especial de Monitoramento e Avaliação deste Convênio.

f) Fiscalizar a aplicação dos recursos e o desenvolvimento das atividades correspondentes; expedir relatórios de execução do convênio e, quando houver, de visita técnica in loco realizada durante a sua vigência.

g) Analisar as prestações de contas apresentadas pela Conveniada e informar-lhe quaisquer glosas e/ou inconformidades.

h) Emitir parecer conclusivo nos termos das Instruções Normativas do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo – TCESP

CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

O valor de repasse mensal do presente convênio é **de R$725.437,76 (setecentos e vinte e cinco mil, quatrocentos e trinta e sete reais e setenta e seis centavos).** No mês de **novembro** será adicionado o valor de **R$ 167.200,00 (cento e sessenta e sete mil e duzentos reais)** referente às propostas de emendas parlamentares nº 12/2024 e 10/2024, alterando o valor de repasse mensal para **R$ 892.637,76 (oitocentos e noventa e dois mil, seiscentos e trinta e sete reais e setenta e seis centavos).** Enquanto no mês de **dezembro** será adicionado o valor de **R$ 167.200,00 (cento e sessenta e sete mil e duzentos reais)** referente às propostas de emendas parlamentares nº 11/2024 e 09/2024, alterando o valor de repasse mensal para **R$ 892.637,76 (oitocentos e noventa e dois mil, seiscentos e trinta e sete reais e setenta e seis centavos).** Os repasses estes condicionados à regular prestação de contas, prevista na cláusula quinta deste instrumento.

Dotações orçamentárias: Proposta de Emenda n° 12/2024 – Reserva n° 00253/2025; Proposta de Emenda n° 10/2024 – Reserva n° 00252/2025; Proposta de Emenda n° 11/2024 – Reserva n° 00254/2025 e Reserva n° 00255/2025; Proposta de Emenda n° 09/2024 – Reserva n° 00251/2025.

CLÁUSULA QUINTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A Conveniada deverá prestar contas à Convenente ***até o dia 10 do mês subsequente ao repasse mensal*** deste Convênio, demonstrando o adimplemento do objeto conveniado e os demais requisitos previstos no Plano de Trabalho, bem como a fiel aplicação dos recursos públicos repassados, inclusive com relação à prestação de contas anual, da competência dezembro, e à final no término do convênio.

A Comissão Especial de Avaliação emitirá parecer técnico e financeiro conclusivo sobre a prestação de contas, de acordo com o Plano de Trabalho.

CLÁUSULA SEXTA – DA VIGÊNCIA

O presente Convênio vigorará até 31 de Dezembro de 2025, podendo ser prorrogado nos limites previstos pela Lei Federal nº 8.666/93.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESCISÃO

O presente convênio poderá ser rescindido por acordo entre as partes ou administrativamente, independente das demais medidas cabíveis, nas seguintes hipóteses:

a) Se houver descumprimento, ainda que parcial, das cláusulas do Convênio ou das normas jurídicas aplicáveis à espécie;

b) Unilateralmente, pela Convenente, se verificado o desvio de finalidade ou desrespeito aos princípios informadores da Administração Pública.

CLÁUSULA OITAVA – DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Casa Branca para dirimir litígios oriundos deste Convênio, ressalvadas as hipóteses de competências específicas ou foro privilegiado.

E por estarem assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente Convênio, em três vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença de duas testemunhas abaixo identificadas.

Casa Branca, 24 de novembro de 2025.

Prefeitura Municipal de Casa Branca
Fabiana Moreira Mendes Chagas
Secretário Municipal de Saúde

Santa Casa de Misericórdia de Casa Branca
Willian Vieira Lemes
Provedor

Testemunhas:

Livia Bagnatori Jacobini

Kelly Claudia Fortolan

ANEXO II

PLANO OPERATIVO ANUAL
CONTRATUALIZAÇÃO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CASA BRANCA COM A PREFEITURA MUNICIPAL DE CASA BRANCA / SP.

CONVENIO Nº 001/2021

OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES E AMBULATORIAIS: SUS

Setembro/2025

INTRODUÇÃO

O Plano Operativo Anual da Santa Casa de Misericórdia de Casa Branca (SCMCB) para o ano de 2025 vem no esteio de uma profunda e promissora mudança que está ocorrendo em seu Sistema de Gestão.

Há a proposta de que este hospital realize, gradativamente, uma mudança na forma como realiza hoje a sua assistência à saúde através de medidas que tenham impacto na qualidade dessa assistência, na sua eficiência e também em sua humanização.

As mudanças que estão planejadas para a SCMCB deverão modificar a cultura da assistência à saúde, com processos cada vez mais seguros, eficientes e eficazes.

A contratualização da prestação de serviços entre a SCMCB e a Prefeitura Municipal de Casa Branca tornará claras quais são as previsões físicas e orçamentárias esperadas dos serviços prestados pelo hospital e quais serão as responsabilidades da Prefeitura de Casa Branca para a manutenção do pacto acordado.

Considerando o Art. 198 da Constituição Federal, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único;

Considerando que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, sendo que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

A Santa Casa de Misericórdia de Casa Branca é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, que notoriamente, desde 1885, desempenha atuação de relevância neste município, com destaque para os procedimentos de média complexidade, internação e cirurgias eletivas/ urgência/ emergência.

Destacando ainda, que a instituição tem Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), válido até dezembro de 2021, já em processo de renovação para o ano corrente. Certificado este, concedido pelo Ministério da Saúde à pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecida como Entidade Beneficente de Assistência Social, com a finalidade de prestação de serviços na Área de Saúde, e que possibilita às entidades a isenção das contribuições sociais, em conformidade com a Lei nº 8.212 de24 de julho de 1991.

Portanto, além de se tratar de uma célebre instituição, esta parceria para prestação de serviços traz também benefício econômico, por se tratar de uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, o que possibilita algumas isenções de contribuições sociais.

A assistência hospitalar no SUS será organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado, na regulação do acesso. A atenção hospitalar atuará de forma integrada aos demais pontos de atenção da rede e com outras políticas de forma intersetorial, mediadas pelo gestor, para garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado.

DA CONVENENTE:

Nome:	PREFEITURA MUNICIPAL DE CASA BRANCA
CNPJ:	45.735.479/0001-42
Endereço:	PRACA RUI BARBOSA, 156
Cidade:	CASA BRANCA
UF:	SP
CEP:	13.700-000
Telefone:	(19)36719720
Esfera Administrativa:	Municipal
Responsável:	ANTÔNIO EDUARDO MARÇON NOGUEIRA
Cargo:	Prefeito

DA CONVENIADA:

Nome:	SANTA CASA DE MISERICORIDA DE CASA BRANCA
CNPJ:	47.027.005/0001-18
Endereço:	PÇA. DR. CARVALHO, 204 – CENTRO
Cidade:	CASA BRANCA
UF:	SP
CEP:	13700-000
Telefone:	19 36719100
E-mail:	provedoria@sccb.org.br
Responsável:	Sob intervenção
Cargo:	
CPF:	
RG:	

DA CAPACIDADE INSTALADA:

Atendimento Prestado:

Tipo de Atendimento:	Convênio:
AMBULATORIAL	SUS
AMBULATORIAL	PARTICULAR
INTERNAÇÃO	SUS
INTERNAÇÃO	PARTICULAR
SADT	PARTICULAR
SADT	SUS
URGÊNCIA	PARTICULAR
URGÊNCIA	SUS

Fluxo de clientela:

Leitos			
ESPEC – CIRURGICO			
Código	**Nome Leitos**	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
03	CIRURGIA GERAL	10	08
ESPEC – CLÍNICO			
Código	**Nome Leitos**	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
31	AIDS	1	1
33	CLÍNICA GERAL	21	16

PEDIÁTRICO			
Código	**Nome Leitos**	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
45	PEDIATRIA CLÍNICA	3	2

EQUIPAMENTOS:

Equipamentos de diagnóstico por imagem

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
ULTRASSOM CONVENCIONAL	0	0	SIM

Equipamentos de infraestrutura

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
AR-CONDICIONADO	9	9	SIM
GRUPO GERADOR	1	1	SIM

Equipamentos para manutenção da vida

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
BERÇO AQUECIDO	1	1	SIM
BOMBA DE INFUSÃO	6	6	SIM
DESFIBRILADOR	2	2	SIM
INCUBADORA	1	1	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	7	7	SIM
RESPIRADOR/VENTILADOR	6	6	SIM

Equipamentos por métodos gráficos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
ELETROCARDIOGRAFO	1	1	SIM

Equipamentos por métodos ópticos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
ENDOSCÓPIODAS VIAS URINÁRIAS	0	0	NÃO

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESÍDUOS BIOLÓGICOS
RESÍDUOS COMUNS

INSTALAÇÕES FÍSICASPARA ASSISTÊNCIA:

Urgência e Emergência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipos
CONSULTÓRIOS MÉDICOS	2	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	0	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO – INDIFERENCIADO	4	6

Ambulatorial

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipos
OUTROS CONSULTÓRIOS NÃO MÉDICOS	2	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA NEBULIZAÇÃO	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	1	0

Hospitalar

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipos
SALA DE CIRURGIA	3	0
SALA DE PARTO NORMAL	0	0
SALA DE PRÉ-PARTO	0	0

Serviços de Apoio

Cód.	Serviço	Característica
10	AMBULÂNCIA	TERCEIRIZADO
04	CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	PRÓPRIO
03	FARMÁCIA	PRÓPRIO
06	LACTÁRIO	PRÓPRIO
08	LAVANDERIA	PRÓPRIO
11	NECROTÉRIO	TERCEIRIZADO
05	NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (S.N.D.)	PRÓPRIO
01	S.A.M.E. OU S.P.P. (SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DE PACIENTE)	PRÓPRIO
09	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	PRÓPRIO E TERCEIRIZADO

Fonte CNES.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CASA BRANCA
Estado de São Paulo
Praça Barão de Mogi Guaçu, 51 – Esquina com Rua Altino Arantes
CEP 13700-000 – Fone (19) 671-9720
licitacao@casabranca.sp.gov.br

PLANO DE TRABALHO QUE SE REFERE AO CONVÊNIO, CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE CASA BRANCA E A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CASA BRANCA (SCMCB)

01. IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO A SER EXECUTADO

O presente Plano de Trabalho tem por objeto a execução de atividades concernentes à complementação de Atendimentos Hospitalares, segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

A entidade hospitalar oferecerá os seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, e os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, obedecendo ao fluxo estabelecido nas quantidades médias especificadas:

a) ASSISTÊNCIA/INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

b) SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA - SADT

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico aos pacientes internos, que necessitam para complemento e tratamento de diagnóstico.

c) ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Atendimento Ambulatorial é o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em consultório ou ambulatório, definidos neste contrato, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia.

02. DIRETRIZES DAS METAS QUALITATIVAS

a) Garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar;
b) Continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com demais pontos da rede;
c) Modelo de atenção centrada no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar;
d) Acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS;
e) Atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização;
f) Garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente;
g) Garantia da efetividade dos serviços com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais;
h) Transparência e eficiência na aplicação de recursos;
i) Participação e controle social no processo de planejamento e avaliação;

03. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

a. AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA E ACIDENTE DETRABALHO

- O médico ortopedista ficará responsável por realizar todos os procedimentos de ortopedia e traumatologia e acidente de trabalho;
- Os pacientes serão direcionados ao ambulatório mediante encaminhamento do Pronto Socorro;
- Realizar em média 25 a 35 consultas/mês.

Indicador/Procedimento:	Nº de consultas realizados no período / 30 consultas mês x 100
Meta:	Realizar no mínimo 100 % dos atendimentos pactuados
Fonte de informação:	Relatório de Agendamento – FAA com assinatura do paciente
Resultado	Realizado ou não realizado

04. CIRURGIAS ELETIVAS

PACTUAÇÃO CIRURGIAS CASA BRANCA

VALOR	Anual	Mensal
	1.097.760,00	Pagamento conforme a produção

- Os laudos de Solicitação de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) das cirurgias eletivas deverão estar previamente autorizadas pelo profissional autorizador designado pelo Gestor Municipal, bem como deverão constar o número da AIH fornecido pelo Órgão Emissor, ou seja, a Secretaria Municipal de Saúde.
- Realizar mensalmente cirurgias de média complexidade, sendo o valor máximo R$ 91.480,00 de acordo com tabela com valores de procedimentos previamente acordados para cirurgias nas especialidades de Cirurgia Geral, Ortopedia, Urologia, Varizes, Oftalmologia e Ginecologia para o município de Casa Branca. Os valores pactuados deverão seguir dos constantes na tabela Anexo II deste Plano de Trabalho.
- O fluxo de encaminhamento deverá obedecer a protocolos constantes do Anexo III deste Plano de Trabalho.
- Enviar relatório mensal à Secretaria Municipal de Saúde, das cirurgias realizadas no período, utilizando como fonte sistemas oficiais (SIH e/ou Tabwin) ou sistema próprio de gestão mediante conferência e assinatura do responsável pelo faturamento da Instituição.
- Especificar nome do paciente, AIH, código de procedimento, data de internação, CID e CID secundário, especificar caráter do atendimento e profissional que realizou o procedimento.
- Emitir nota fiscal das cirurgias eletivas.

05. INTERNAÇÕES/AIH

Segue abaixo a descrição dos leitos de internação conforme pactuação:

Internações	Nº de leitos SUS	PPI total	Nº de AIH pactuada /ano Casa Branca	Nº de AIH pactuada Região	Total pactuado/MÊS
Cirúrgico	08	459	284	0	24
Clínico Aids	1	941	909	0	200
Clínico Geral	16			0	
Obstétrico	0	0	00	0	0
Pediátrico	3	83	83	0	7
Total	**28**	**1.483**	**1.276**	**0**	**231**

- Em 2017 as internações obstétricas foram transferidas para a Santa Casa de Mococa.
- Em 2019 os procedimentos cirúrgicos pactuados no Hospital Regional de Divinolândia foram transferidos para a Santa Casa de Casa Branca, referentes a 50 procedimentos de clínica cirúrgica e 50 procedimentos de cirurgia pediátrica.

- As AIH'sdevem estar descritas por caráter de atendimento: 1) eletivo, 2) urgência, 3) acidente no local de trabalho ou a serviço, 4) acidente no trajeto para o trabalho, 5) outros tipos de acidente de trânsito e 6) outros tipos de lesões e envenenamentos por agentes químicos ou físicos.

06. APRESENTAR 100% DAS AIH'S NO FATURAMENTO HOSPITALAR AO SUS – NA PRÓPRIA COMPETÊNCIA, OU SEJA, NO INÍCIO DO MÊS SUBSEQÜENTE.

Indicador/ procedimento:	Apresentação das AIH's no mês de competência anterior
Meta:	100% de AIH's apresentadas no prazo pactuado
Fonte de Informação:	O prazo de entrega das AIHs faturadas será até o dia 20 do mês sequente, da competência vigente e deve ser utilizado o Relatório do SIHD
Resultado:	Realizado ou não realizado

07. TAXA GLOBAL DE OCUPAÇÃO MANTIDA EM NO MÍNIMO 75%.

- Esse indicador reflete como estão sendo utilizados os leitos do hospital, podendo relevarinformações sobre o perfil de utilização, intervalo de substituição e média de permanência.

Indicador/ procedimento:	Nº de pacientes-dia no período de 30 dias _____ Nº de saídas no período de 30 dias
Meta:	Manutenção de 75% ou aumento da taxa de ocupação dos leitos hospitalares
Fonte de Informação:	Relatório de pacientes internados no período.
Resultado:	Realizado ou não realizado

08. MÉDIA DE PERMANÊNCIA MENSAL

- Trata-se de um indicador clássico, que tem relação com boas práticas clínicas e mostra se o leito hospitalar é gerido com eficiência.

Indicador/ procedimento:	Nº de pacientes-dia no período de 30 dias _____ Nº de saídas no período de 30 dias
Meta:	Avaliação e Repactuação da taxa de permanência mensal
Fonte de Informação:	Relatório de análise da taxa de permanência
Resultado:	Realizado ou não realizado

09. POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

a) Promoção do uso racional de medicamentos, priorizando a adoção de medicamentos genéricos;
b) Desenvolver o processo educativo dos consumidores de medicamentos;
c) Atualização da informação dos profissionais prescritores e dispensadores a respeito de temas como risco da automedicação, interrupção e troca da medicação prescrita e necessidade de receita médica;
d) Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, mediante o desenvolvimento da capacidade administrativa de posição do cumprimento das normas sanitárias, organizadas no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

09.1 Realização de 03 (três) cotações para todos os Processos de Compras realizados no Hospital

Meta:	Garantir a realização de 3 cotações para todos os processos de compras do hospital
Indicador:	Registro eletrônico das cotações realizadas no período de avaliação (quadrimestral)
Fonte de informação:	Avaliação in loco dos registros por meio de amostragem
Resultado:	Realizado ou não realizado

010. ELABORAÇÃO DO PLANO DIRETOR DO HOSPITAL IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DECASA BRANCA

Indicador/ procedimento:	Elaboração e Monitoramento do Plano Diretor da Santa Casa
Meta:	Apresentar o Plano Diretor da Santa Casa relativo ao período 2022 a 2025, até 30 de março de 2024
Fonte de Informação:	Plano Diretor
Resultado:	Realizado ou não realizado

011. APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO MENSAL DA ESTRUTURA DE RECEITAS E DESPESAS E DA PRODUÇÃO À COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO CONVÊNIO.

Indicador/ procedimento:	Apresentação mensalmente estrutura de despesas por item, conforme classificação: Pessoal, Medicamentos e Materiais Médico Hospitalares e outras despesas obedecida a classificação constante do item 5 deste convênio - plano de aplicação dos recursos financeiros.
Meta:	Apresentação do relatório mensal da estrutura de receitas e despesas e da produção à Comissão de Acompanhamento do Convênio, todo dia 05 do mês subsequente.
Fonte de Informação:	Protocolo de Entrega junto a Secretaria Municipal de Saúde.
Resultado	Realizado ou não realizado

012. TETO FINANCEIRO DO CONVÊNIO MENSAL (NOVEMBRO/25)

AIH/ SIH	Recurso Federal	52.548,79
IAC	Recurso Federal	42.183,68
IntegraSUS	Recurso Federal	3.436,36
MAC	Recurso Federal	86.000,00
Tesouro	Recurso Municipal	408.242,52
Tabela SUS Paulista	Recurso Estadual	133.026,41
Proposta de Emenda nº 12/2024	Recurso Municipal / Emenda Impositiva	83.600,00
Proposta de Emenda nº 10/2024	Recurso Municipal / Emenda Impositiva	83.600,00

TETO FINANCEIRO DO CONVÊNIO MENSAL (DEZEMBRO/25)

AIH/ SIH	Recurso Federal	52.548,79
IAC	Recurso Federal	42.183,68
IntegraSUS	Recurso Federal	3.436,36
MAC	Recurso Federal	86.000,00
Tesouro	Recurso Municipal	408.242,52
Tabela SUS Paulista	Recurso Estadual	133.026,41
Proposta de Emenda nº 11/2024	Recurso Municipal / Emenda Impositiva	83.600,00
Proposta de Emenda nº 09/2024	Recurso Municipal / Emenda Impositiva	83.600,00

013. OUTROS

- **FAEC – Valor Estimado (anual) conforme produção aprovada e recurso repassado pelo Ministério da Saúde.**

014. REGULAÇÃO ECONTROLE

a) A Santa Casa de Misericórdia de Casa Branca é referência para demanda de pacientes do Município de Casa Branca, sendo o CROSS sua reguladora de referência e contrarreferência para casos graves e que necessitam de transferência para hospitais de maior complexidade.

b) Para estas transferências segue-se o seguinte fluxo:

- Preenchimento do Sistema próprio da Secretária de Estado da Saúde (CROSS), mantendo-o atualizado;
- Contato médico a médico (para exposição do caso) diretamente com o CROSS –SP; se necessário;
- Uma vez liberada a vaga, preencher o protocolo de transferência;
- Aciona-se então o transporte adequado ao quadro clínico do paciente.

I. Para as Internações:

- A Secretaria Municipal de Saúde é o órgão emissor de AIH's. Os pacientes SUS – Sistema Único de Saúde tem como porta de entrada para internação o Pronto Socorro;
- Para as Internações de Cirurgias Eletivas, o paciente deverá ter a AIH previamente autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde. O faturamento se dá no mês de competência em curso;
- Para internações na Urgência/Emergência, o paciente dá entrada pelo pronto socorro e o caso é assumido pelo plantonista da Clínica a que se destina.
- Nos casos em que há utilização de OPM, medicamentos, permanência maior e/ou mudança de procedimentos, os laudos de procedimentos especiais são devidamente preenchidos e encaminhados juntamente com o laudo médico e a AIH já emitida, para avaliação e autorização dos itens solicitados, à Secretaria Municipal de Saúde;
- Uma vez efetuados todos estes procedimentos e por ocasião da alta do paciente, poderá a Instituição apresentar a conta faturada no processamento em curso.

II. Contrarreferência para as altas hospitalares de clientes referenciados pelas Unidades de Saúde de Casa Branca:

Com o bjetivo de contribuir com Programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica, a Santa Casa de Misericórdia deCasa Branca em parceria com o gestor municipal está desenvolvendo o seguinte protocolo:

- Por ocasião da alta, o médico assistente informará o CID e as orientações para tratamento ambulatorial que julgar necessário, carimbo e assinatura. Também serão informadas, por parte da equipe de enfermagem, as orientações de enfermagem que se fizerem necessárias, carimbo e assinatura do profissional. Assim como o resultado de exames e prescrição de medicamentos. Esses dados são preenchidos em impresso próprio intitulado em relatório de alta hospitalar e o mesmo deverá ser entregue ao paciente que apresentará a unidade referenciada a alta hospitalar;
- As altas hospitalares deverão conter as informações do Sumário de alta descrito na Resolução CIT n° 33, de 26 de outubro de 2017;
- O protocolo acima deverá ser implantado no prazo de 180 dias, podendo o prazo ser prorrogado por igual período.

015. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A avaliação de desempenho da Entidade será realizada pela Comissão de Acompanhamento e Fiscalização da Execução dos Convênios conforme QUADRO ABAIXO, ocasião em que será verificado o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas. O não cumprimento de metas deverá ser informado a Entidade juntamente com as medidas propostas de correção.

QUADRO DE AVALIAÇÃO QUADRIMESTRAL

Indicador/Procedimento:	Nº de consultas realizados no período / 30 consultas mês x 100
Meta:	Realizar no mínimo 100 % dos atendimentos pactuados
Fonte de informação:	Relatório de Agendamento – FAA com assinatura do paciente
Resultado	Realizado ou não realizado

Indicador/ procedimento:	Apresentação das AIH's no mês de competência anterior
Meta:	100% de AIH's apresentadas no prazo pactuado
Fonte de Informação:	O prazo de entrega das AIHs faturadas será até o dia 20 do mês sequente, da competência vigente e deve ser utilizado o Relatório do SIHD
Resultado:	Realizado ou não realizado

Indicador/ procedimento:	Nº de pacientes-dia no período de 30 dias _____ Nº de saídas no período de 30 dias
Meta:	Avaliação e Repactuação da taxa de permanência mensal
Fonte de Informação:	Relatório de análise da taxa de permanência
Resultado:	Realizado ou não realizado

Meta:	Garantir a realização de 3 cotações para todos os processos de compras do hospital
Indicador:	Registro eletrônico das cotações realizadas no período de avaliação
Fonte de informação:	Avaliação in loco dos registros por meio de amostragem
Resultado:	Realizado ou não realizado

Indicador/ procedimento:	Elaboração e Monitoramento do Plano Diretor da Santa Casa
Meta:	Apresentar o Plano Diretor da Santa Casa relativo ao período 2022 a 2025, até 30 de março de 2023
Fonte de Informação:	Plano Diretor
Resultado:	Realizado ou não realizado

Indicador/ procedimento:	Apresentação mensalmente estrutura de despesas por item, conforme classificação: Pessoal, Medicamentos e Materiais Médico Hospitalares e outras despesas obedecida a classificação constante do item 5 deste convênio - plano de aplicação dos recursos financeiros.
Meta:	Apresentação do relatório mensal da estrutura de receitas e despesas e da produção à Comissão de Acompanhamento do Convênio, todo dia 05 do mês subsequente.
Fonte de Informação:	Ata do Conselho Municipal de Saúde
Resultado	Realizado ou não realizado

Pontuação Total:	O repasse será efetuado conforme porcentagem de metas realizadas. Ou seja, será repassado integralmente o valor somente quando atingida as seis metas constantes deste Plano de Trabalho.

016. ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO

Etapa Fase	Especificação	Duração	
		Início	Término
1ª	Por se tratar de serviços contínuos, realização de atividades que propiciem condições adequadas de infraestrutura e de recursos materiais de uso diário da entidade hospitalar, destinados à assistência em saúde a ser prestada pela Santa Casa de Misericórdia de Casa Branca, que deverá desenvolver de modo a garantir a realização de todos os procedimentos pactuados que se façam necessários para o atendimento integral das necessidades dos usuários que lhe forem direcionados pelo Sistema SUS, ou seja, garantindo-lhes atendimento integral e conclusivo. A Santa Casa deverá garantir oferta dos serviços assistenciais previstos de modo a que eles não sofram solução de descontinuidade.	01/09/2025	31/12/2025

Trata-se de serviços contínuos e ininterruptos. As etapas ou fases de execução implicam praticamente na reiteração de procedimentos adequados à execução dos serviços médico-hospitalares.

017. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

Os recursos financeiros a serem repassados mensalmente pelo convenente serão utilizados para aquisição de recursos materiais de uso diário da entidade visando a prestação universalizada de serviços médico-hospitalares para atendimento à população do município de Casa Branca, de modo a garantir aos seus usuários atenção humanizada e de qualidade, de acordo com a valorização de desempenho do presente Plano de Trabalho.

A flexibilização na aplicação dos recursos poderá ocorrer desde que devidamente justificados para fiel cumprimento das obrigações pactuadas. No cumprimento das etapas ou fases programadas, práticas atentatórias aos princípios fundamentais de Administração Pública nas contratações e demais atos praticados na execução do convênio, ou o inadimplemento do executor com relação a outras cláusulas conveniais básicas, o repasse financeiro poderá ser retido caso após notificação não haja regularização ou esclarecimentos suficientes a afastar as irregularidades.

I. FOLHA DE PAGAMENTO

- **FOLHA DE PAGAMENTO OS VALORES AQUI EXPRESSOS FIXARÃO A EXECUÇÃO DURANTE O CONVÊNIO. DEVERÃO SER CONTROLADOS INDIVIDUALMENTE NAS PRESTAÇÕES DE CONTAS.**
  - Vide especificações no anexo I

Total Mensal	Valor mensal
Folha de pagamento	**338.677,76**

II. OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO

Descrição	Valor mensal
Atividade de apoio à gestão a saúde ou apoio/suporte/assessoria administrativa	**13.916,00**
Auditoria Externa	**5.000,00**

Contabilidade (Contador)	5.914,00
Coordenador Administrativo	5.000,00
Manutenção de equipamentos	3.500,00
Manutenção predial	3.000,00
Prestadores de Serviços Diagnósticos - (Raios-X, Exames Laboratoriais, US, TC) SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO SADT	6.000,00
Segurança do Trabalho	1.500,00
Serviços Terceiros não médicos (serviços jurídicos)	12.000,00
Software	4.000,00
Total:	59.830,00

III. SERVIÇOS MÉDICOS

Descrição	Valor mensal
Cirurgias Eletivas	91.480,00
Diretor Técnico / Clínico	3.650,00
Fisioterapia	7.500,00
Pequenas Cirurgias (60 procedimentos / mês)	6.000,00
Retaguarda Maternidade	28.500,00
Total:	137.130,00

IV. MEDICAMENTOS

Descrição	Valor mensal
Medicamentos	80.000,00
Total:	80.000,00

V. MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR

Descrição	Valor mensal
Material médico e hospitalar	40.000,00
Total:	40.000,00

VI. GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

Descrição	Valor mensal
Gêneros alimentícios	30.000,00

VII. UTILIDADES PÚBLICAS

Descrição	Valor mensal
Água / Gás	5.000,00
Energia	10.000,00
Telefone	500,00
Total	15.500,00

VIII. OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO

Descrição	Valor mensal
Impressos / Materiais de escritório	2.000,00
Material de limpeza / Lavanderia / Copa / Cozinha / Descartáveis	7.300,00
Total	9.300,00

IX. LOCAÇÕES DIVERSAS

Descrição	Valor mensal
Locação de equipamentos	15.000,00

X. BENS E MATERIAIS PERMANENTES (NOVEMBRO/2025)

Descrição	Valor mensal
Equipamento portátil de Raio-X, utensílios de cozinha e mobiliário – Emenda 12/2024	83.600,00
Freezer, geladeira e ar condicionado – Emenda 10/2024	83.600,00
Total	167.200,00

BENS E MATERIAIS PERMANENTES (DEZEMBRO/2025)

Descrição	Valor mensal
Câmara vertical 420L – Emenda 11/2024	50.000,00
Outros materiais diversos – Emenda 11/2024	33.600,00
Camas hospitalares, televisores, ar condicionado (quartos) e mobiliário – Emenda 09/2024	83.600,00
Total	167.200,00

XI. RESUMO DE DESPESAS MENSAIS (NOVEMBRO/2025)

Descrição	Valor mensal
FOLHA DE PAGAMENTO	338.677,76
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	59.830,00
SERVIÇOS MÉDICOS	137.130,00
MEDICAMENTOS	80.000,00
MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR	40.000,00
GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	30.000,00
UTILIDADES PÚBLICAS	15.500,00
OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	9.300,00
LOCAÇÕES DIVERSAS	15.000,00
BENS E MATERIAIS PERMANENTES	167.200,00
Total:	R$ 892.637,76

RESUMO DE DESPESAS MENSAIS (DEZEMBRO/2025)

Descrição	Valor mensal
FOLHA DE PAGAMENTO	338.677,76
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	59.830,00
SERVIÇOS MÉDICOS	137.130,00
MEDICAMENTOS	80.000,00
MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR	40.000,00
GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	30.000,00
UTILIDADES PÚBLICAS	15.500,00
OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	9.300,00
LOCAÇÕES DIVERSAS	15.000,00
BENS E MATERIAIS PERMANENTES	167.200,00
Total:	R$ 892.637,76

XII. INDICAÇÃO DE RECURSOS (NOVEMBRO/2025)

Auxílio	Fonte	Valor Mensal
AIH/ SIH	Recurso Federal	52.548,79
IAC	Recurso Federal	42.183,68
IntegraSUS	Recurso Federal	3.436,36
MAC	Recurso Federal	86.000,00
Tesouro	Recurso Municipal	408.242,52
Tabela SUS Paulista	Recurso Estadual	133.026,41
Proposta de Emenda nº 12/2024	Recurso Municipal / Emenda Impositiva	83.600,00
Proposta de Emenda nº 10/2024	Recurso Municipal / Emenda Impositiva	83.600,00
Total		R$ 892.637,76

INDICAÇÃO DE RECURSOS (DEZEMBRO/2025)

Auxílio	Fonte	Valor Mensal
AIH/ SIH	Recurso Federal	52.548,79
IAC	Recurso Federal	42.183,68
IntegraSUS	Recurso Federal	3.436,36
MAC	Recurso Federal	86.000,00
Tesouro	Recurso Municipal	408.242,52
Tabela SUS Paulista	Recurso Estadual	133.026,41
Proposta de Emenda nº 11/2024	Recurso Municipal / Emenda Impositiva	83.600,00
Proposta de Emenda nº 09/2024	Recurso Municipal / Emenda Impositiva	83.600,00
Total		R$ 892.637,76

XIII. CRONOGRAMA ANUAL DE DESEMBOLSO

MÊS	Valor Mensal
NOVEMBRO/2025	892.637,76
DEZEMBRO/2025	892.637,76
TOTAL:	1.785.275,52

ANEXO III

SANTA CASA	CONVENIO "1"													
APOIO OPERACIONAL	QTD	CARGA HORARIA	BASE 2024	INSAL	ADC NOTURNO 35%	FGTS 8%	VR	PCMSO	RESERVA LEGAL 3%	PROV. MULTA FGTS 4%	PROV 13º 8,33%	PROV FÉRIAS 11,11%	CUSTO FUNCIONÁRIO	TOTAL GERAL
ANALISTA ADM. / PREST.CONTAS	1	200	5.288,70	303,60		247,38	180,00	7,00	181,19	223,89	R$ 465,84	R$ 621,30	7.718,71	7.718,71
ASSISTENTE ADMINIST./FINANCEIRO	1	200	2.572,00	303,60		230,05	180,00	7,00	93,17	115,02	R$ 239,54	R$ 319,48	4.059,86	4.059,86
ANALISTA DE RECURSOS HUMANOS	1	200	4.296,35	303,60		368,00	180,00	7,00	149,04	184,00	R$ 383,18	R$ 511,05	6.382,21	6.382,21
AUXILIAR DE DEPTO PESSOAL	1	200	1.753,35	303,60		164,56	180,00	7,00	66,65	82,28	R$ 171,34	R$ 228,53	2.957,30	2.957,30
ASSISTENTE DE FATURAMENTO	1	200	2.651,11	303,60		238,38	180,00	7,00	95,73	118,19	R$ 246,13	R$ 328,27	4.166,40	4.166,40
AUXILIAR DE FATURAMENTO	1	200	1.753,35	303,60		164,56	180,00	7,00	66,65	82,28	R$ 171,34	R$ 228,53	2.957,30	2.957,30
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	200	1.753,35	303,60		164,56	180,00	7,00	66,65	82,28	R$ 171,34	R$ 228,53	2.957,30	2.957,30
TECNICO DE INFORMATICA	1	200	2.020,15	303,60		185,90	180,00	7,00	75,29	92,95	R$ 193,57	R$ 258,17	3.316,63	3.316,63
ASSISTENTE SOCIAL / OUVIDORIA	1	150	3.270,15	303,60		285,90	180,00	7,00	115,79	142,95	R$ 297,69	R$ 397,04	5.000,13	5.000,13
ANALISTA DE TESOURARIA (*)	1	200	5.085,54	303,60		431,13	180,00	7,00	174,61	215,57	R$ 448,92	R$ 598,73	7.445,09	7.445,09
COORD. ADMINISTRATIVO	1	200	5.273,70	303,60		446,18	180,00	7,00	180,70	223,09	R$ 464,59	R$ 619,64	7.698,51	7.698,51
ENFERMEIRO "RT"	1	200	4.408,47	303,60		376,97	180,00	7,00	152,67	188,48	R$ 392,52	R$ 523,51	6.533,22	6.533,22
ENFERMEIRO DIURNO(*) CENTRO CIRURGICO	1	180	3.606,93	303,60		312,84	180,00	7,00	126,70	156,42	R$ 325,75	R$ 434,46	5.453,70	5.453,70
ENFERMEIRO DIURNO(*)	2	180	3.606,93	303,60		312,84	180,00	7,00	126,70	156,42	R$ 325,75	R$ 434,46	5.453,70	10.907,40
ENFERMEIRO NOTURNO(*)	2	180	3.606,93	303,60	933,38	387,51	180,00	7,00	156,94	193,76	R$ 403,50	R$ 538,16	6.710,78	13.421,56
TÉC. ENFERMAGEM DIURNO(*)	19	180	2.349,84	303,60		212,28	180,00	7,00	85,97	106,14	R$ 221,03	R$ 294,80	3.760,65	71.452,41
TÉC. ENFERMAGEM NOTURNO(*)	15	180	2.349,84	303,60	596,60	260,00	180,00	7,00	105,30	130,00	R$ 270,73	R$ 361,08	4.564,15	68.462,31
FARMACÊUTICO	1	180	3.165,20	303,60		277,50	180,00	7,00	112,39	138,75	R$ 288,95	R$ 385,38	4.858,78	4.858,78

TEC. FARMACIA DIURNO	2	180	1.753,35	303,60		164,56	180,00	7,00	66,65	82,28	R$ 171,34	R$ 228,53	2.957,30	5.914,60
TEC. FARMACIA NOTURNO	2	180	1.753,35	303,60	507,06	205,12	180,00	7,00	83,07	102,56	R$ 213,58	R$ 284,86	3.640,21	7.280,42
AUXILIAR DE ALMOXARIFADO	1	200	1.948,41	303,60		180,16	180,00	7,00	72,97	90,08	R$ 187,59	R$ 250,20	3.220,01	3.220,01
														252.163,84
APOIO OPERACIONAL	QTD	CARGA HORARIA	BASE 2024	INSAL	ADC NOTURNO 35%	FGTS 8%	VR	PCMSO	RESERVA LEGAL 3%	PROV. MULTA FGTS 4%	PROV 13° 8,33%	PROV FÉRIAS 11,11%	CUSTO FUNCIONÁRIO	TOTAL GERAL
RECEPCIONISTA DIURNO	1	200	1.810,86	303,60		169,16	180,00	7,00	68,51	84,58	R$ 176,13	R$ 234,92	3.034,75	3.034,75
RECEPCIONISTA DIURNO	2	180	1.753,35	303,60		164,56	180,00	7,00	66,65	82,28	R$ 171,34	R$ 228,53	2.957,30	5.914,60
RECEPCIONISTA NOTURNO	1	180	1.753,35	303,60	507,06	205,12	180,00	7,00	83,07	102,56	R$ 213,58	R$ 284,86	3.640,21	3.640,21
NUTRICIONISTA	1	150	2.503,31	303,60		224,55	180,00	7,00	90,94	112,28	R$ 233,82	R$ 311,85	3.967,35	3.967,35
TEC. NUTRIÇÃO E DIETETICA	2	180	1.884,76	303,60		176,07	180,00	7,00	76,90	97,53	R$ 182,29	R$ 243,13	3.134,28	6.268,57
COZINHEIRA	3	180	1.732,99	303,60		162,93	180,00	7,00	65,99	81,46	R$ 169,65	R$ 226,27	2.929,88	8.789,64
AUXILIAR DE COZINHA	7	180	1.642,00	303,60		155,65	180,00	7,00	63,04	77,82	R$ 162,07	R$ 216,16	2.807,33	19.651,34
AUXILIAR DE LAVANDERIA	4	180	1.642,00	303,60		155,65	180,00	7,00	63,04	77,82	R$ 162,07	R$ 216,16	2.807,33	11.229,34
AUXILIAR DE LIMPEZA	6	180	1.642,00	303,60		155,65	180,00	7,00	63,04	77,82	R$ 162,07	R$ 216,16	2.807,33	16.844,00
AUXILIAR DE MANUTENÇÃO	1	200	1.642,00	303,60		155,65	180,00	7,00	63,04	77,82	R$ 162,07	R$ 216,16	2.807,33	2.807,33
OFICIAL DE MANUTENÇÃO	1	200	2.799,90	303,60		248,28	180,00	7,00	100,55	124,14	R$ 258,52	R$ 344,80	4.366,79	4.366,79
(*) VALOR REAJUSTADO POR CONVENÇÃO DA CATEGORIA														86.513,92
													TOTAL	338.677,76

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

ÓRGÃO/ENTIDADEPÚBLICO (A): PREFEITURA MUNICIPAL DE CASA BRANCA
CONVENIADA: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CASA BRANCA
TERMO DE CONVÊNION°(DEORIGEM): 001/2021
OBJETO: Execução de atividades concernentes à complementação de Atendimentos Hospitalares, segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

01. 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 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);

02. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

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

Casa Branca, 24 de novembro de 2025.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:
Nome: ANTÔNIO EDUARDO MARÇON NOGUEIRA
Cargo: PREFEITO MUNICIPAL
CPF: 278.239.758-31

ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:
Nome: FABIANA MOREIRA MENDES CHAGAS
Cargo: SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CPF: 172.823.538-32

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:
Willian Vieira Lemes
Provedor

Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:
Nome: FABIANA MOREIRA MENDES CHAGAS
Cargo: SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CPF: 172.823.538-32
Assinatura: _____

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

PELA ENTIDADE CONVENIADA:
Willian Vieira Lemes
Provedor
Assinatura: _____