



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Convênio n.º 146/2014

Processo n.º: 001/0209/000.110/2014

Convênio que entre si celebram o Estado de São Paulo, através de sua Secretaria de Estado da Saúde e a **Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Marília**, visando o fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde prestada aos usuários do SUS na região, com o aporte de recursos financeiros.

Pelo presente instrumento o Governo do Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, n.º 188, São Paulo – Capital, neste ato representada pelo seu Secretário, **DAVID EVERSON UIP**, brasileiro, casado, médico, portador do RG. n.º 4.509.000-2, CPF n.º. 791.037.668-53, doravante denominado **SECRETARIA** e do outro lado a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Marília CNPJ 52.049.244/0001-62, com endereço na Av. Vicente Ferreira, 828, na cidade de Marília, e com estatuto arquivado no Registro Civil das Pessoas Jurídicas de, sob o n.º. 4240, neste ato representado pelo seu Provedor **MILTON TÉDDE**, Brasileiro, casado, profissão comerciante, RG n.º. 2.258.469-9, CPF n.º. 139.878.108-82, doravante denominado **CONVENIADO**, com fundamentos nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, a Constituição Estadual, em especial os seus artigos 218 e seguintes; as Leis n.º. 8080/90 e 8142/90, e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, **RESOLVEM** celebrar o presente Convênio, nos termos e condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente convênio tem por objetivo promover o fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde prestados aos usuários do SUS na região, mediante a transferência de recursos financeiros para ocorrer despesas com **CUSTEIO (MATERIAL DE CONSUMO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇO)** referente ao Pro Santa Casa 2 , conforme Plano de Trabalho anexo, que integra o presente.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ATRIBUIÇÕES DA SECRETARIA

É atribuição da Secretaria, repassar os recursos para a consecução do objeto deste convênio, conforme cláusula primeira, acompanhando, controlando e avaliando sua execução.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS ATRIBUIÇÕES DA CONVENIADA

É atribuição da CONVENIADA:

- a) Prestar atendimento aos usuários do SUS/SP com qualidade;
- b) Manter as condições técnicas indispensáveis ao bom atendimento dos pacientes;
- c) Assumir a responsabilidade, em conjunto com municípios vizinhos, pela efetivação de um sistema de referência e contra referência que assegure, à população envolvida, o acesso a todos os graus de complexidade da assistência neles disponíveis;
- d) Alimentar, regularmente, os bancos de dados dos sistemas de informação de interesse do Sistema Único de Saúde – SUS;
- e) Utilizar os recursos objeto deste convênio tão somente dentro de sua finalidade;

Assinatura manuscrita em tinta preta, localizada no final da lista de atribuições da conveniada.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PARÁGRAFO ÚNICO - A Conveniada deverá fornecer campo de estágio às Escolas Técnicas (ETEC) e Faculdades Técnicas (FATEC), para as carreiras relacionadas à área da saúde, devendo fornecer relatórios periódicos ao Departamento Regional de Saúde – DRS, referente ao atendimento desta Cláusula.

CLÁUSULA QUARTA - DA TRANSFERENCIA DOS RECURSOS FINANCEIROS

Para execução deste Convênio serão destinados recursos financeiros, no montante total de R\$ 1.201.200,00 (um milhão, duzentos e um mil e duzentos reais), a serem repassados em parcelas de R\$100.100,00 (cem mil e cem reais), onerando a seguinte classificação orçamentária:

UGE: 090116

Programa de Trabalho: 10.302.0930.4849.0000

Natureza de despesa: 33.50.43

FONTE - TESOURO

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A **CONVENIADA** se compromete a manter os recursos transferidos em conta especial, no Banco do Brasil, e aplicados exclusivamente no cumprimento dos compromissos decorrentes deste convênio. Banco do Brasil – Banco 001 – Agencia 6605-2 – Conta Corrente nº. 1740-X.

PARÁGRAFO SEGUNDO - É vedada aplicação dos recursos com despesas de tarifas, juros moratórios e multas.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Os recursos recebidos por este instrumento deverão ser aplicados no mercado financeiro, enquanto não forem empregados em sua finalidade.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CLÁUSULA QUINTA – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO.

A execução do presente convênio será avaliada pelos órgãos competentes do SUS, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste convênio.

CLÁUSULA SEXTA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas dos recursos recebidos da SECRETARIA deverá ser apresentada, pela CONVENIADA, observadas as normas e instruções técnicas expedidas e os formulários padronizados pelos órgãos da Secretaria e pelo Tribunal de Contas do Estado.

PARÁGRAFO ÚNICO - Os recursos utilizados em desacordo com este instrumento deverão ser recolhidos aos cofres Públicos, corrigidos monetariamente.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA VIGÊNCIA.

O presente convênio será vigente a partir da sua assinatura e perdurará por 12 (doze) meses.

CLÁUSULA OITAVA - DA RESCISÃO

O ajuste, objeto deste instrumento, poderá ser rescindido pelo descumprimento de quaisquer das obrigações ou condições nele pactuadas, ou pela superveniência de norma legal.

Assinatura manuscrita em tinta preta, com uma inicial 'S' visível.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CLÁUSULA NONA - DA PUBLICAÇÃO

O presente instrumento deverá ser publicado, por extrato, no Diário Oficial do Estado - DOE, no prazo de 20 (vinte) dias a contar da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO

O Foro para dirimir as questões oriundas da execução ou interpretação deste Convênio é o da Capital do Estado, podendo, os casos omissos, serem resolvidos de comum acordo pelos convenientes.

E, assim, por estarem, as partes, justas e acordadas, firmam o presente convênio, assinado em 02 (duas) vias pelos representantes dos respectivos convenientes, na presença de 02 (duas) testemunhas, para publicação e execução.

São Paulo, 06 de fevereiro de 2014.


MILTON TÉDDE

Provedor


DAVID EVERSON UIP

Secretário de Estado

Se de acordo

David Everson UIP
Secretário de Estado da Saúde

Testemunhas:


LUIS CARLOS DE PAULA E SILVA

Diretor do DRS

Luiz Carlos de Paula e Silva
Diretora Téc. Depto. Saúde - Subst.
DTS IX - Maria


RAFFONSO VIVIANI JÚNIOR

Coordenador da CRS



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO 16 – TCE

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

Processo nº 001/0209/000.110/2014

Órgão Público Conveniente: Departamento Regional de Saúde – DRS – UGE 090116

Entidade Conveniada: Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Marília

Convênio nº

Objeto: Recursos Financeiros para Custeio – Pró Santa Casa 2

Advogado (s): (*)

Na qualidade de Conveniente e Conveniada, respectivamente, do ajuste acima identificado, e cientes do seu encaminhamento ao TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, para fins de instrução e julgamento, damos-nos por CIENTES e NOTIFICADOS para acompanhar todos os atos da tramitação processual, até o julgamento 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.

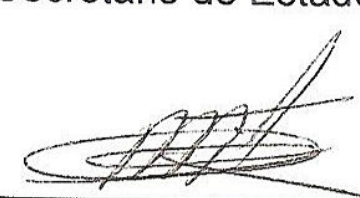
Outrossim, estamos CIENTES, doravante, de que todos os despachos e decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº. 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais.

São Paulo, 06 de fevereiro de 2014.



DAVID EVERSON UIP
Secretário de Estado

Se de acordo
David Everson Uip
Secretário de Estado da Saúde



MILTON TÉDDE
Provedor

(*) Facultativo. Indicar quando já constituído



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília

CNPJ(MF) 52.049.244/0001-62

Avenida Vicente Ferreira, 828 - Fone PABX: (014) 3402-5555 - Fax (014) 3402-5564

Caixa Postal nº 914 - CEP.: 17515-900 - Marília - Estado de São Paulo

e-mail: assistentecontabil@santacasamarilia.com.br

1 - DADOS CADASTRAIS

| | | | | |
|---|----------|--------------------|-----------------------|--|
| Órgão/Entidade Proponente | | CNPJ/CCGC | | |
| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA | | 52.049.244/0001-62 | | |
| Endereço | | | | |
| AV. VICENTE FERREIRA, 828 | | | | |
| Cidade | UF | CEP | DDD/Telefone | E.A. |
| MARÍLIA | SP | 17.515-900 | (14) 3402-5555 | assistentecontabil@santacasamarilia.com.br |
| Banco | Agência | Conta Corrente | Praça de Pagamento | |
| 001 (BRASIL) | 6.605-2 | 1.740-X | MARÍLIA | |
| Nome do Responsável | | CPF | | |
| MILTON TÉDDE | | 139.878.108-82 | | |
| C.I / Órgão Expedidor | Cargo | Função | Matrícula | |
| 2.258.469 - 9 SSP/SP | PROVEDOR | PROVEDOR | Não precisa preencher | |
| Endereço | | | | CEP |
| RUA CORONEL JOSÉ BRÁS, Nº 155 APTO. 1602, BAIRRO BELA VISTA | | | | 17.501-570 |

2 - DESCRIÇÃO DO PROJETO

| | | |
|--|---|--------------------------------|
| Titulo do Projeto | Período de Execução | |
| PROGRAMA PRÓ SANTA CASA II | Início | Término |
| | A partir do recebimento do recurso | Na vigência do convênio |
| Identificação do Objeto | | |
| CUSTEIO - material de consumo e prestação de serviços | | |
| Justificativa da Proposição | | |
| <p>OBTENÇÃO DE RECURSOS PARA CUSTEIO DE DESPESAS DE MATERIAL DE CONSUMO (MEDICAMENTO E MATERIAL HOSPITALAR), VISANDO AUXILIAR O ATENDIMENTO DOS PACIENTES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, SUPRINDO PARCIALMENTE O DÉFICIT OCASIONADO PELA DIFERENÇA ENTRE A TABELA SUS E O EFETIVO CUSTO DOS PROCEDIMENTOS.</p> <p>É IMPORTANTE RESSALTAR QUE A SANTA CASA DE MARÍLIA É REFERÊNCIA PARA O SUS EM ESPECIALIDADES E PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE COMO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, CIRURGIA CARDÍACA E HEMODINÂMICA, NEUROCIRURGIA, ONCOLOGIA, TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (INCLUSIVE TRANSPLANTE RENAL). TEM, ATUALMENTE, EM FUNCIONAMENTO, AMBULATÓRIOS DE DIVERSAS ESPECIALIDADES, TAIS COMO ONCOLOGIA CLÍNICA E CIRÚRGICA, ADULTO E INFANTIL, NEFROLOGIA, ORTOPEDIA, CIRURGIA PEDIÁTRICA, CARDIOLOGIA, UROLOGIA E CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL, ENTRE OUTROS. ATENDE A UMA POPULAÇÃO ESTIMADA EM MAIS DE UM MILHÃO DE PESSOAS, SENDO REFERÊNCIA PARA 62 MUNICÍPIOS DA DRS IX - MARÍLIA, ONDE 70% DOS PACIENTES SÃO CIRÚRGICOS E AINDA REALIZA INTERNAÇÕES PELO SUS EM CARÁTER DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA E REGULADAS PELA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO MÉDICA.</p> | | |



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília

CNPJ(MF) 52.049.244/0001-62

Avenida Vicente Ferreira, 828 – Fone PABX: (014) 3402-5555 – Fax (014) 3402-5564

Caixa Postal nº 914 – CEP.: 17515-900 – Marília – Estado de São Paulo

e-mail: assistentecontabil@santacasamarilia.com.br

3 – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (META, ETAPA OU FASE)

| Meta | Etapa/Fase | Especificação | Indicador Físico | | Duração | |
|-----------------------|------------|--|------------------|-----|--|------------------------------------|
| | | | Unidade | Qtd | Início A partir do recebimento do recurso | Término Na vigência do Convênio |
| Material de Consumo | Mensal | Medicamento, material hospitalar, material de limpeza, material de escritório, gêneros alimentícios e rouparia hospitalar. | Unidade | Qtd | Início A partir do recebimento do recurso | Término Na vigência do Convênio |
| Prestação de Serviços | Mensal | Manutenção de Equipamentos, Energia Elétrica, Água, Telefone, Assessoria. | Unidade | Qtd | Início A partir do recebimento do recurso | Término Na vigência do Convênio |

4 – PLANO DE APLICAÇÃO (R\$ 1.00)

| Natureza de Despesa | | Total | Concedente | Proponente |
|---------------------|--|----------------|------------|------------|
| Código | Especificação | | | |
| | Medicamento, material hospitalar, material de limpeza, material de escritório, gêneros alimentícios e rouparia hospitalar. | R\$ 973.200,00 | | |
| | Manutenção de Equipamentos, Energia Elétrica, Água, Telefone, Assessoria. | R\$ 228.000,00 | | |

5 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$ 1.00)

CONCEDENTE

| Meta | 1º Mês | 2º Mês | 3º Mês | 4º Mês | 5º Mês | 6º Mês |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Material de consumo e prestação de serviços | 100.100,00 | 100.100,00 | 100.100,00 | 100.100,00 | 100.100,00 | 100.100,00 |

| Meta | 7º Mês | 8º Mês | 9º Mês | 10º Mês | 11º Mês | 12º Mês |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Material de consumo e prestação de serviços | 100.100,00 | 100.100,00 | 100.100,00 | 100.100,00 | 100.100,00 | 100.100,00 |



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília

CNPJ(MF) 52.049.244/0001-62

Avenida Vicente Ferreira, 828 – Fone PABX: (014) 3402-5555 – Fax (014) 3402-5564

Caixa Postal nº 914 – CEP.: 17515-900 – Marília – Estado de São Paulo

e-mail: assistentecontabil@santacasamarilia.com.br

6 – VIGÊNCIA – neste campo observar a vigência convênio

O prazo de vigência será de **12 meses**, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado e/ou alterado, mediante a celebração de termo aditivo sem, contudo modificar o seu objeto.

Início

Término

A partir da data
do recebimento
de recursos

Vigência do
convênio


7 – DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto ao (órgão público interessado), para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos deste Poder, na forma deste Plano de Trabalho.

Pede Deferimento

MARÍLIA ____ DE _____ DE 2014

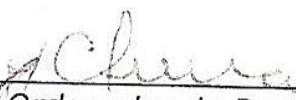
Local e Data


Milton Tédde
Provedor

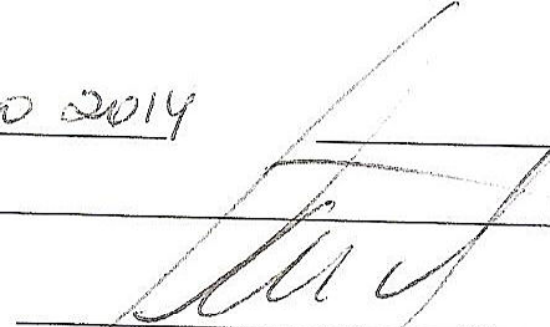
9 – APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

Aprovado

5 P. 06 Fevereiro 2014
Local e Data


Ordenador da Despesa

Churra de Souza


David Everson Uip
Secretário de Saúde

Se de acordo

David Everson Uip
Secretário de Estado da Saúde