



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ÁLVARES MACHADO

PRAÇA DA BANDEIRA S/N - TEL/FAX: 0(XX)18 - 3273-9300
CEP: 19160-000 - ÁLVARES MACHADO - SP.
CNPJ: 43.206.424/0001-10
www.alvaresmachado.sp.gov.br

CONVÊNIO N.º 01/2024 de 11 de Janeiro de 2.024.

Convênio de assistência à saúde (SUS), que entre si celebram o Município de Álvares Machado-SP., e o Hospital e Santa Casa de Misericórdia de Álvares Machado.

Pelo presente instrumento, os abaixo-assinados, de um lado o **MUNICÍPIO DE ÁLVARES MACHADO**, Estado de São Paulo, pessoa Jurídica de Direito Público Interno, com inscrição no CNPJ de n.º 43.206.424/0001-10, com endereço a Praça da Bandeira s/nº., Centro, neste ato representado pelo Prefeito Municipal Sr. **Roger Fernandes Gasques**, RG. n.º 41.675.888-5, CPF n.º 350.139.648/14, doravante simplesmente denominado de **PREFEITURA**, e de outro lado o **Hospital e Santa Casa de Misericórdia de Álvares Machado**, CNPJ n.º 44.852.267/0001-82, inscrita no **CREMESP** sob n.º 01422, com endereço na cidade de **Álvares Machado**, na Rua Monsenhor Nakamura s/n, e com estatuto arquivado no Oficial de Registro de Pessoa Jurídica da Comarca de Presidente Prudente, em 07/05/2007, sob n.º 56, microfilme n.º 004418, neste ato representado por sua **Provedora Presidente Sra. MÁRCIA REGINA SONVENSO AMBROSIO**, portadora do RG. n.º 14.634.997-0/SSP/SP, e CPF n.º 073.694.368-45, doravante denominado **CONVENIADO**, tendo em vista o que dispõe sobre a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e seguintes; a Constituição Estadual, em especial os seus artigos 218 e seguintes; as Leis n.º 8.080/90 e 8.142/90, a Lei Federal n.º 8666/93 e alterações posteriores e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, e a Lei Municipal n.º 3.009/18, de 28 de Novembro de 2.018, têm entre si, justo e acordado, o presente Convênio de assistência integral à saúde, na forma e nas condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA DO OBJETO

O presente convênio tem por objeto a execução, pelo **CONVENIADO**, de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais a serem prestados a qualquer indivíduo que deles necessite, observada a sistemática de referência e contra-referência do Sistema Único de Saúde – SUS, sem prejuízo da observância do sistema regulador de urgências/emergências quando for o caso.

§ 1º. Os serviços ora conveniados encontram-se discriminados no Plano Operativo e Metas Pactuadas, que integra o presente convênio, para todos os efeitos legais.

§ 2º- Os serviços ora conveniados estão referidos a uma base territorial populacional, e serão ofertados com base nas indicações técnicas do planejamento da saúde mediante compatibilização das necessidades da demanda e a disponibilidade de recursos financeiros do SUS.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ÁLVARES MACHADO

PRAÇA DA BANDEIRA S/N - TEL/FAX: 0(XX)18 - 3273-9300
CEP: 19160-000 - ÁLVARES MACHADO - SP.
CNPJ: 43.206.424/0001-10
www.alvaresmachado.sp.gov.br

§ 3º- Os serviços ora **CONVENIADOS** compreendem a utilização, pelos usuários do SUS/SP, da capacidade instalada do **CONVENIADO**, incluídos os equipamentos médico-hospitalares, de modo que a utilização desses equipamentos para atender clientela particular, incluída a proveniente de convênios com Entidades Privadas será permitida desde que mantida a disponibilidade de sua utilização em favor da clientela universalizada em, pelo menos, 60% (sessenta por cento) dos leitos ou serviços prestados.

CLÁUSULA SEGUNDA DAS ESPÉCIES DE INTERNAÇÃO

Para atender ao objeto deste convênio, o **CONVENIADO** se obriga a realizar duas espécies de internação:

- I - Internação eletiva; e
- II - Internação de emergência ou de urgência.

§ 1º- A internação eletiva somente será efetuada pelo **CONVENIADO** mediante a apresentação de laudo médico autorizado por profissional do SUS, ou da respectiva Autorização de Internação Hospitalar.

§ 2º- A internação de emergência ou de urgência será efetuada pelo **CONVENIADO** sem a exigência prévia de apresentação de qualquer documento.

§ 3º- Nas situações de urgência ou de emergência o médico do **CONVENIADO** procederá ao exame do paciente e avaliará a necessidade de internação, emitindo laudo médico que será enviado, no prazo de 2 (dois) dias úteis, ao órgão competente do SUS para autorização de emissão de AIH (Autorização de Internação Hospitalar), também no prazo de 2 (dois) dias úteis.

§ 4º- Na ocorrência de dúvida, ouvir-se-á o **CONVENIADO** no prazo de 02 (dois) dias úteis, emitindo-se parecer conclusivo.

CLÁUSULA TERCEIRA DAS ESPÉCIES DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

Para o cumprimento do objeto deste convênio, o **CONVENIADO** se obriga a oferecer ao paciente os recursos necessários ao seu atendimento, conforme discriminação abaixo:

- I - Assistência médico-ambulatorial.

1 - atendimento médico, por especialidade, com realização de todos os procedimentos específicos necessários para cada área, incluindo os de rotina, urgência ou emergência, compreendendo os enumerados nos itens I e II do § 1º da Cláusula Primeira;

2 - assistência social;

3 - atendimento odontológico, quando disponível;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ÁLVARES MACHADO

PRAÇA DA BANDEIRA S/N - TEL/FAX: 0(XX)18 - 3273-9300
CEP: 19160-000 - ÁLVARES MACHADO - SP.
CNPJ: 43.206.424/0001-10
www.alvaresmachado.sp.gov.br

4 - assistência farmacêutica, de enfermagem, de nutrição, e outras, quando indicadas.

II - Assistência técnico-profissional e hospitalar:

1 - todos os recursos disponíveis, na instituição conveniada, de diagnóstico e tratamento necessários ao atendimento dos usuários do SUS;

2 - encargos profissionais (incluindo plantonistas) e nosocomiais necessários;

3 - utilização de sala de cirurgia e de material e serviços do centro cirúrgico e instalações correlatas;

4 - medicamentos receitados e outros materiais utilizados, sangue e hemoderivados;

5 - serviços de enfermagem;

6 - serviços gerais;

7 - fornecimento de roupa hospitalar;

8 - alimentação com observância das dietas prescritas; e

9 - procedimentos especiais, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia, e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando sua complexidade.

CLÁUSULA QUARTA OBRIGAÇÕES DO CONVENIADO

Os serviços ora conveniados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento do **CONVENIADO** e por profissionais que, não estando incluídos nas categorias referidas nos itens 1, 2 e 3 do § 1º, desta cláusula, são admitidos nas dependências do **CONVENIADO** para prestar serviços.

§ 1º- Para os efeitos deste convênio, consideram-se profissionais do próprio estabelecimento **CONVENIADO**:

1 - o membro de seu corpo clínico;

2 - o profissional que tenha vínculo de emprego com o **CONVENIADO**.

3 - o profissional autônomo que, eventualmente ou permanentemente, presta serviços ao **CONVENIADO** ou, se por este autorizado.

§ 2º- Equipara-se ao profissional autônomo definido no item 3 a empresa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerça atividade na área de saúde.

§ 3º- No tocante à internação e ao acompanhamento do paciente, serão cumpridas as seguintes normas:

1 - os pacientes serão internados em enfermaria ou quarto com o número máximo de leitos previsto nas normas técnicas para hospitais;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ÁLVARES MACHADO

PRAÇA DA BANDEIRA S/N - TEL/FAX: 0(XX)18 - 3273-9300
CEP: 19160-000 - ÁLVARES MACHADO - SP.
CNPJ: 43.206.424/0001-10
www.alvaresmachado.sp.gov.br

2 - é vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares e outros complementares da assistência devida ao paciente;

3 - o **CONVENIADO** responsabilizar-se-á por cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste **CONVÊNIO**; e

4 - nas internações de crianças, adolescentes e pessoas com mais de 60 anos, é assegurada a presença de acompanhante, em tempo integral, no hospital, podendo a **CONVENIADA** acrescer à conta hospitalar as diárias do acompanhante, correspondentes ao alojamento e alimentação.

§ 4º- Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **PREFEITURA** sobre a execução do objeto deste **CONVÊNIO**, os **CONVENIENTES** reconhecem a prerrogativa de controle e auditoria nos termos da legislação vigente, pelos órgãos gestores do SUS, ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo específico, ou de notificação dirigida ao **CONVENIADO**.

§ 5º- É de responsabilidade exclusiva e integral do **CONVENIADO** a utilização de pessoal para execução do objeto deste **CONVÊNIO**, incluídos os encargos trabalhistas, bancários, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a **PREFEITURA** ou para o **Ministério da Saúde**.

§ 6º- O **CONVENIADO** se obriga a informar, diariamente, à **PREFEITURA**, através da Secretaria Municipal de Saúde, o número de vagas de internação disponíveis, a fim de manter atualizado o sistema de regulação do SUS;

§ 7º- O **CONVENIADO** fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos **CONVENIADOS**, ainda que, por falta ocasional de leito vago em enfermaria, tenha a entidade **CONVENIADA** de acomodar o paciente em instalação de nível superior à ajustada neste **CONVÊNIO**, sem direito a cobrança de sobre-preço.

§ 8º- O **CONVENIADO** fica exonerada da responsabilidade pelo não atendimento de paciente, amparado pelo SUS, na hipótese de atraso superior a (90) noventa dias no pagamento devido pelo Poder Público, ressalvadas as situações de calamidade pública ou grave ameaça de ordem interna ou as situações de urgência ou emergência.

CLÁUSULA QUINTA OUTRAS OBRIGAÇÕES DO CONVENIADO

O **CONVENIADO** ainda se obriga a:

I - Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo máximo de 05 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;

II - Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ÁLVARES MACHADO

PRAÇA DA BANDEIRA S/N - TEL/FAX: 0(XX)18 - 3273-9300

CEP: 19160-000 - ÁLVARES MACHADO - SP.

CNPJ: 43.206.424/0001-10

www.alvaresmachado.sp.gov.br

III - Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;

IV - Afixar aviso, em local visível, de sua condição de entidade integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

V - Justificar ao paciente ou a seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste convênio;

VI - Permitir a visita ao paciente do SUS internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 02 (duas) horas;

VII - Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

VIII - Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

IX - Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;

X - Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente, por ministro de culto religioso;

"XI - Manter em pleno funcionamento Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, Comissão de Análise de Óbitos, Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Ética Médica e Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes";

"XII - Instalar, no prazo previsto para cada caso, qualquer outra comissão que venha a ser criada por lei ou norma infra-legal, independentemente de notificação pela SECRETARIA"

XIII - Notificar a **PREFEITURA**, por sua instância situada na jurisdição do Conveniado, de eventual alteração de seus **Estatutos** ou de sua Diretoria, enviando-lhe, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos; e

XIV - **O CONVENIADO** fica obrigado a fornecer, ao paciente, relatório do atendimento prestado, com os seguintes dados:

- 1- Nome do paciente;
- 2- Nome do hospital;
- 3- Localidade (Estado/Município);
- 4- Motivo da internação;
- 5- Data da internação;
- 6- Data da alta;

7- Tipo de Órtese, Prótese, material e Procedimentos Especiais utilizados, quando for o caso e

8- Diagnóstico pelo Código Internacional de Doenças (CID) na versão vigente à época da alta.

Parágrafo único - O cabeçalho do documento conterá o seguinte esclarecimento: *"Esta conta deverá ser paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais, sendo expressamente vedada a cobrança, diretamente do usuário, de qualquer valor, a qualquer título"*.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ÁLVARES MACHADO

PRAÇA DA BANDEIRA S/N - TEL/FAX: 0(XX)18 - 3273-9300
CEP: 19160-000 - ÁLVARES MACHADO - SP.
CNPJ: 43.206.424/0001-10
www.alvaresmachado.sp.gov.br

CLÁUSULA SEXTA DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CONVENIADO

O **CONVENIADO** é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado ao **CONVENIADO** o direito de regresso.

§ 1º- A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste **CONVÊNIO** pelos órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade do **CONVENIADO** nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos e de mais legislação existente.

§ 2º- A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços, nos estritos termos do art. 14 da Lei 8.078, de 11/09/90 (Código de Defesa do Consumidor).

CLÁUSULA SÉTIMA - DO PREÇO

O **CONVENIADO** receberá mensalmente de acordo com a transferência de recursos ao ente Municipal, os recursos para a cobertura dos serviços conveniados referente aos parágrafos 1º e 2º, observando-se as metas quantitativas e qualitativas. Os recursos são provenientes do FUNDO NACIONAL DE SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE, partes integrantes do teto do Estado de São Paulo, serão repassados nas seguintes conformidades:

§ 1º - As despesas decorrentes do atendimento ambulatorial e SADT, consignadas no Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS tem o valor anual estimado em **R\$ 251.862,84 (Duzentos e cinquenta e um mil, oitocentos e sessenta e dois reais e oitenta e quatro centavos)** correspondente a **R\$ 20.998,57 (Vinte mil, novecentos e noventa e oito reais e cinquenta e sete centavos)** mensais, constante na FPO – Ficha de Programação Orçamentária anexa, sendo o valor fixo de **R\$ 20.998,57 (Vinte mil, novecentos e noventa e oito reais e cinquenta e sete centavos)** para os procedimentos de **MÉDIA COMPLEXIDADE**, para os identificados como de **AÇÕES ESTRATÉGICAS** da Tabela SIA/SUS, que serão custeados pelo FUNDO NACIONAL DE SAÚDE e repassados ao **CONVENIADO** por intermédio do FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ÁLVARES MACHADO

PRAÇA DA BANDEIRA S/N - TEL/FAX: 0(XX)18 - 3273-9300

CEP: 19160-000 - ÁLVARES MACHADO - SP.

CNPJ: 43.206.424/0001-10

www.alvaresmachado.sp.gov.br

§ 2º - As despesas decorrentes da execução das atividades de assistência à saúde, em regime hospitalar, consignados no Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS, relativas à utilização de 75 AIH/mês tem o valor anual estimado em **R\$ 443.820,12 (Quatrocentos e quarenta e três mil, oitocentos e vinte reais e doze centavos) correspondente a R\$ 36.985,01 (Trinta e seis mil, novecentos e oitenta e cinco reais e um centavo) mensais**, sendo o valor fixo, para os procedimentos de **MÉDIA COMPLEXIDADE**, para os identificados como **AÇÕES ESTRATÉGICAS** da tabela SIH/SUS, que serão custeados pelo FUNDO NACIONAL DE SAÚDE e repassados ao CONVENIADO por intermédio do FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE.

§ 3º. Além dos recursos financeiros destacados nesta Cláusula e necessários à cobertura das despesas previstas neste CONVÊNIO, sob responsabilidade orçamentária do MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNDO NACIONAL DE SAÚDE, a PREFEITURA poderá repassar, ao CONVENIADO, recursos complementares, mediante termos aditivos que integrarão o presente para todos os efeitos e consignarão as épocas, valores e formas dos repasses devidos em função do desenvolvimento tecnológico, do grau de complexidade da assistência prestada, da introdução e adequação de novas tecnologias e do desempenho assistencial e gerencial.

§ 4º. A conveniada receberá, mediante Termo Aditivo, recursos adicionais como incentivo a adesão à Proposta Estadual de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde-SUS.

§ 5º. As metas dispostas no Plano Operativo, parte integrante do presente instrumento serão avaliadas quadrimestralmente por uma comissão composta por representantes determinados pelo Plano Operativo, cabendo ao conveniado fornecer os documentos solicitados para a referida avaliação. O não cumprimento de no mínimo 95% das metas quantitativas estabelecidas acarretará revisão dos valores ora fixados. O não cumprimento das metas qualitativas, conforme descrito no Plano Operativo, acarretará revisão dos valores repassados por Termo-Aditivo.

§ 6º. Os valores de que tratam os parágrafos anteriores serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.

§ 7º. Os procedimentos atualmente financiados com recursos do FAEC estratégico, na medida que sofrerem reclassificação para procedimentos de média e alta complexidade, terão os seus recursos financeiros incorporados ao teto de média e alta complexidade, na mesma proporção, índices e épocas determinados pelo Ministério da Saúde.

§ 8º - A comissão de avaliação citada no § 5º, deverá ser criada pela Direção Regional de Saúde, em até 15 dias após a assinatura desse termo cabendo ao Conveniado, neste prazo, indicar à Regional o nome dos seus representantes. - *Assinatura SUS*

§ 9º. O Conveniado obriga-se a apresentar as informações regulares do SIA e do SIH/ SUS, ou outros porventura implantados pelo Ministério da Saúde, solicitados pela PREFEITURA, através da Divisão Municipal de Saúde."



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ÁLVARES MACHADO

PRAÇA DA BANDEIRA S/N - TEL/FAX: 0(XX)18 - 3273-9300
CEP: 19160-000 - ÁLVARES MACHADO - SP.
CNPJ: 43.206.424/0001-10
www.alvaresmachado.sp.gov.br

CLÁUSULA OITAVA DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

As despesas dos serviços realizados por força deste CONVÊNIO, nos termos e limites do documento "**Autorização de Pagamento**" fornecido pelo Ministério da Saúde, correrão, no presente exercício, à conta de dotação consignada nos orçamentos do Ministério da Saúde, responsável pela cobertura dos serviços conveniados, devendo onerar o programa de trabalho 10.302.0023.4307 – ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EMERGENCIAL E HOSPITALAR PRESTADO PELA REDE CADASTRADA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.

§ 1º - Nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão à conta das dotações próprias que forem aprovadas para os mesmos no orçamento do Ministério da Saúde.

CLÁUSULA NONA DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

O preço estipulado neste convênio será pago da seguinte forma:

I - A Entidade Conveniada apresentará **MENSALMENTE** prestação de contas, à PREFEITURA, das faturas, notas e os documentos comprovados por meio de extratos bancários referentes aos serviços conveniados efetivamente prestados, obedecendo, para tanto, o procedimento e os prazos estabelecidos em conformidade com o cronograma estabelecido Ministério da Saúde;

II - A PREFEITURA, através da Divisão Municipal de Saúde, revisará as faturas e documentos recebidos da Entidade Conveniada, procederá ao pagamento das ações de Média Complexidade, e Estratégicos, observando, para tanto, as diretrizes e normas emanadas pelo próprio Ministério da Saúde, nos termos das respectivas competências e atribuições legais;

III - Os laudos referentes à internação serão obrigatoriamente visados pelos órgãos competentes do SUS;

IV - Para fins de prova da data de apresentação das contas e observância dos prazos de pagamento será entregue, ao **CONVENIADO**, recibo, assinado ou rubricado pelo servidor da **PREFEITURA**, com aposição do respectivo carimbo funcional;

V - Na hipótese da **PREFEITURA**, através da **Divisão Municipal de Saúde** não proceder à entrega dos documentos de autorização de internação até o dia da saída do paciente, o prazo será contado a partir da data do recebimento, pelo **CONVENIADO**, dos citados documentos, do qual se dará recibo, assinado ou rubricado, com aposição do respectivo carimbo;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ÁLVARES MACHADO

PRAÇA DA BANDEIRA S/N - TEL/FAX: 0(XX)18 - 3273-9300
CEP: 19160-000 - ÁLVARES MACHADO - SP.
CNPJ: 43.206.424/0001-10
www.alvaresmachado.sp.gov.br

VI - As contas rejeitadas pelo serviço de processamento de dados, ou pela conferência técnica e administrativa, serão devolvidas ao **CONVENIADO** para as correções cabíveis, devendo ser reapresentadas no prazo estabelecido pela **PREFEITURA**. O documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original, devidamente inutilizado por meio de carimbo, quando cabível;

VII - Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas, por culpa da **PREFEITURA**, esta garantirá ao **CONVENIADO** o pagamento, no prazo avençado neste CONVÊNIO, pelos valores do mês imediatamente anterior, acertando-se as diferenças que houver, no pagamento seguinte, mas ficando o Ministério da Saúde exonerado do pagamento de multa e sanções financeiras;

VIII - As contas rejeitadas quanto ao mérito serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação e controle do SUS;"

CLÁUSULA DÉCIMA DA OBRIGAÇÃO DE PAGAR

O não cumprimento pelo **MINISTÉRIO DA SAÚDE** da obrigação de repassar os recursos correspondentes aos valores constantes deste convênio não transfere para a **PREFEITURA** a obrigação de pagar os serviços ora conveniados, os quais são de responsabilidade do **MINISTÉRIO DA SAÚDE** para todos os efeitos legais.

Parágrafo Único - A **PREFEITURA** responderá pelos encargos financeiros assumidos além do limite dos recursos que lhe são destinados, ficando o **MINISTÉRIO DA SAÚDE** exonerado do pagamento de eventual excesso.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA 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, a verificação do movimento das internações e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

§ 1º- Poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada.

§ 2º- Anualmente, a **PREFEITURA**, através da **Divisão Municipal de Saúde** vistoriará as instalações do **CONVENIADO** para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas da **CONVENIADA**, comprovadas por ocasião da assinatura deste convênio.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ÁLVARES MACHADO

PRAÇA DA BANDEIRA S/N - TEL/FAX: 0(XX)18 - 3273-9300
CEP: 19160-000 - ÁLVARES MACHADO - SP.
CNPJ: 43.206.424/0001-10
www.alvaresmachado.sp.gov.br

§ 3º- Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do **CONVENIADO** poderá ensejar a não prorrogação deste convênio ou a revisão das condições ora estipuladas.

§ 4º- A fiscalização exercida pela **PREFEITURA**, através da **Diretoria Municipal de Saúde** sobre serviços ora conveniados não eximirá ao **CONVENIADO** da sua plena responsabilidade perante o **MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA** ou para com os pacientes e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do convênio.

§ 5º- O **CONVENIADO** facilitará, à **PREFEITURA**, através da **Diretoria Municipal de Saúde** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da **PREFEITURA** designados para tal fim.

§ 6º- Em qualquer hipótese é assegurado ao **CONVENIADO** amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da lei federal de licitações e contratos administrativos e o direito à interposição de recursos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA DAS PENALIDADES

A inobservância, pelo **CONVENIADO**, de cláusula ou obrigação constante deste convênio, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **PREFEITURA**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no parágrafo 2º do artigo 7º da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.286/93, ou seja:

- a) Advertência;
- b) Suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a Administração por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- c) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração, enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida desde que ressarcida a Administração dos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base na alínea anterior.
- d) Multa a ser cobrada segundo os termos da Resolução SS nº 46 de 10 de abril de 2002 ou seu sucedâneo.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ÁLVARES MACHADO

PRAÇA DA BANDEIRA S/N - TEL/FAX: 0(XX)18 - 3273-9300
CEP: 19160-000 - ÁLVARES MACHADO - SP.
CNPJ: 43.206.424/0001-10
www.alvaresmachado.sp.gov.br

§ 1º- A imposição das penalidades previstas nesta Cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu e dela será notificado A CONVENIADA.

§ 2º- As sanções previstas nas alíneas a, b e c desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea d.

§ 3º- Da aplicação das penalidades a CONVENIADA terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis, a partir da data da publicação, para interpor recurso dirigido diretamente ao Secretário de Estado da Saúde.

§ 4º- O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado ao CONVENIADO e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos pelo a PREFEITURA à CONVENIADA, garantindo a esta o pleno direito de defesa em processo regular.

§ 5º- A imposição de qualquer das sanções estipuladas, nesta cláusula, não ilidirá o direito da PREFEITURA exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal, e/ou ética do autor do fato.

§ 6º- A violação ao disposto nos incisos 2 e 3 do § 3º da cláusula quarta deste convênio, sujeitará ao CONVENIADO às sanções previstas neste artigo, ficando a PREFEITURA autorizada a reter, do montante devido ao CONVENIADO, o valor indevidamente cobrado, para fins de ressarcimento do usuário do Sistema Único de Saúde, por via administrativa, sem prejuízo do disposto no parágrafo 4º desta cláusula.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA DA RESCISÃO

A RESCISÃO obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8666/93 e alterações posteriores.

§ 1º- O CONVENIADO reconhece os direitos da PREFEITURA, em caso de rescisão administrativa prevista no parágrafo primeiro do artigo 79 da Lei Federal nº 8666/93, alterada pela Lei Federal nº 8.883/94.

§ 2º- Em caso de rescisão, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 90 (noventa) dias para ocorrer a rescisão. Se, neste prazo, o CONVENIADO negligenciar a prestação dos serviços ora conveniados a multa poderá ser duplicada.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ÁLVARES MACHADO

PRAÇA DA BANDEIRA S/N - TEL/FAX: 0(XX)18 - 3273-9300
CEP: 19160-000 - ÁLVARES MACHADO - SP.
CNPJ: 43.206.424/0001-10
www.alvaresmachado.sp.gov.br

§ 3º- Poderá, o Conveniado, rescindir o presente Convênio no caso de descumprimento, pelo Ministério da Saúde, ou pela Secretaria, de suas obrigações aqui previstas, em especial, no caso de atraso superior a 90 (noventa) dias dos pagamentos devidos pelo Ministério da Saúde. Caberá ao Conveniado notificar a Secretaria, formalizando a rescisão e motivando-a devidamente, informando do fim da prestação dos serviços conveniados no prazo de 90 (noventa) dias a partir do recebimento da notificação.

§ 4º- Em caso de rescisão do presente convênio por parte da **PREFEITURA** não caberá ao **CONVENIADO** direito a qualquer indenização, salvo na hipótese do artigo 79, parágrafo segundo, da Lei Federal nº 8.666/93, alterada pela Lei Federal nº 8.883/94.

§ 5º- O presente **CONVÊNIO** rescinde os contratos e convênios anteriores, celebrados entre a **PREFEITURA**, o **MINISTÉRIO DA SAÚDE** e o **CONVENIADO**, que tenham como objeto a prestação de serviços de assistência à saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA DOS RECURSOS PROCESSUAIS

Dos atos de aplicação de penalidade prevista neste convênio, ou de sua rescisão, praticados pela **PREFEITURA**, cabe recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

§ 1º- Da decisão do Prefeito através da Diretora Municipal de Saúde que rescindir o presente convênio cabe, inicialmente, pedido de reconsideração, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

§ 2º- Sobre o pedido de reconsideração, formulado nos termos do § 1º, o Prefeito, através da figura do(a) Diretor(a) Municipal de Saúde deverá manifestar-se no prazo de 15 (quinze) dias e poderá, ao recebê-lo, atribuir-lhe eficácia suspensiva, desde que o faça motivadamente diante de razões de interesse público.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

O prazo de vigência do presente **CONVÊNIO** será de 12 (doze) meses, estando a contar de **01/01/2024 a 31/12/2024**.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ÁLVARES MACHADO

PRAÇA DA BANDEIRA S/N - TEL/FAX: 0(XX)18 - 3273-9300
CEP: 19160-000 - ÁLVARES MACHADO - SP.
CNPJ: 43.206.424/0001-10
www.alvaresmachado.sp.gov.br

Parágrafo Único - A continuação da prestação de serviços nos exercícios financeiros subseqüentes ao presente, respeitado o prazo de vigência do convênio, estipulado no **caput**, fica condicionada à aprovação das dotações próprias para as referidas despesas no orçamento do Ministério da Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA DAS ALTERAÇÕES

Qualquer alteração do presente CONVÊNIO será objeto de Termo Aditivo, na forma da legislação referente a licitação e contratos administrativos.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA DA PUBLICAÇÃO

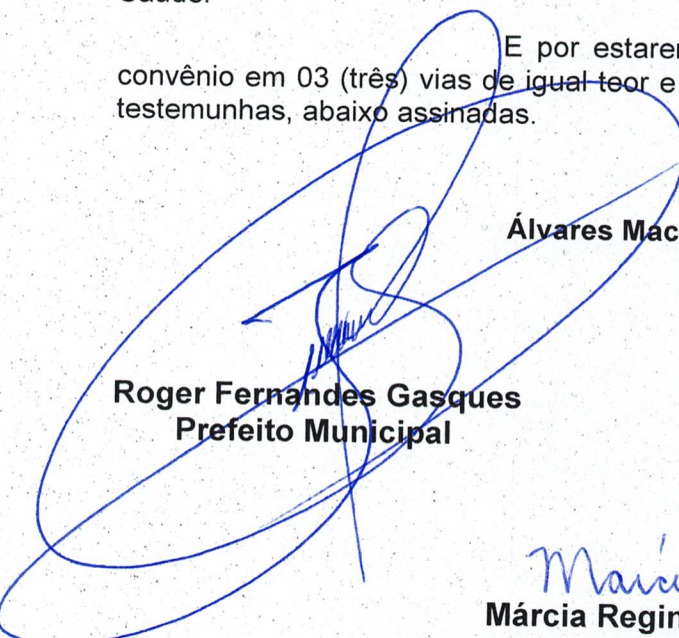
O presente CONVÊNIO será publicado, por extrato, no diário oficial do Município, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

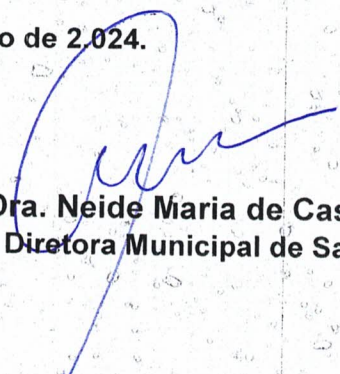
CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA DO FORO

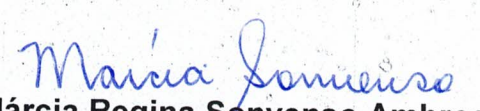
As partes elegem o Foro da Comarca de Presidente Prudente-SP, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do presente CONVÊNIO que não puderem ser resolvidas pelas partes e pelo Conselho Municipal de Saúde.

E por estarem as partes justas e conveniadas, firmam o presente convênio em 03 (três) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

Álvares Machado, 11 de Janeiro de 2024.


Roger Fernandes Gasques
Prefeito Municipal


Dra. Neide Maria de Castilho
Diretora Municipal de Saúde


Márcia Regina Sonvenso Ambrosio
Provedora



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ÁLVARES MACHADO

PRAÇA DA BANDEIRA S/N - TEL/FAX: 0(XX)18 - 3273-9300

CEP: 19160-000 - ÁLVARES MACHADO - SP.

CNPJ: 43.206.424/0001-10

www.alvaresmachado.sp.gov.br

Testemunhas:

Nome:

RG/CPF

Endereço:

Nome:

RG/CPF

Endereço:



PLANO OPERATIVO DO CONVÊNIO SUS — SP

Período de Vigência: 01/01 até 31/12/2024

Convênio nº. 01/2024

I - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Razão Social da Instituição: Hospital e Santa Casa de Misericórdia de Álvares Machado
CNES: 2080508
CNPJ: 44852267/0001-82
Endereço: Rua Monsenhor Nakamura, s/nº.
Município: Álvares Machado
Licença de Funcionamento: 350130116-861-000001-1-6
Responsável Legal: Márcia Regina Sonvenso Ambrosio
Responsável Técnico: Dr. Pedro Sheneviz Filho – CREMESP n. 46348
Unidades vinculadas: Não

Validade:
31/12/2024

II - CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE

Missão da Instituição: O Hospital e Santa Casa de Misericórdia de Álvares Machado é o único hospital do município, presta serviços médicos e hospitalares de saúde de média complexidade ao seu município, e é referência para os municípios de Alfredo Marcondes e Santo Expedito.

Natureza Jurídica: Entidade Beneficente Sem Fins Lucrativos

Nº do Certificado CNAS: 71010.001628/2005-74 — Portaria 118, 13/02/2012, publicada em 14/02/2012.

Presta atendimento ambulatorial: Sim

Presta atendimento Hospitalar: Sim

Atende SUS: Sim — 90 %

Atende Outros Convênios: Sim

Atende Particular: Sim

III - CARACTERIZAÇÃO DA INFRA-ESTRUTURA

AMBULATÓRIO

Nº. de consultórios: 01

Nº. de outros consultórios não médicos: 01

Nº. de salas de Nebulização : 01

Nº de salas de Repouso/ Observação: 01

PRONTO SOCORRO

Demanda espontânea: sim

Demanda referenciada: sim



Dispõe de leitos de observação: sim
Nº. 07 Leitos (sendo 02 camas e 05 cadeiras reclináveis)

IV - METAS FÍSICAS - ATENDIMENTOS CONTRATADOS PELO SUS-SP

(*) **Quantidade pactuada por município conforme a Programação Pactuada Integrada - PPI**

a) **AMBULATÓRIO** — quantitativo de procedimentos contratados agrupados em:

- **Procedimentos com finalidade diagnóstica:** quantitativo por subgrupo de diagnóstico por radiologia

SUBGRUPO	Qtde. PPI/mês	F.P.O/mês	População Referencia	Qtde pactuada por município (,)
02.04- Diagnóstico por radiologia	48	52	Álvares Machado	44
			Santo Expedito	04
Total	48	52		48

Discriminação do quantitativo por procedimentos conforme PPI anexa.

- **Procedimentos com finalidade diagnóstica:** quantitativo por subgrupo de diagnóstico por métodos diagnósticos em especialidades

SUBGRUPO	Qtde. PPI/mês	F.P.O/mês	População referenciada	Qtde pactuada por município(*)
02.11- Diagnóstico em especialidades		10		
Total		10		

- **Procedimentos com finalidade diagnóstica:** quantitativo por subgrupo de diagnóstico por métodos diagnósticos em especialidades (US)

SUBGRUPO	Qtde. PPI/mês	F.P.O/mês	População referenciada	Qtde pactuada por município(*)
02.03- Diagnóstico em especialidades		03		
Total		03		



• **Procedimentos Clínicos** — quantitativo por subgrupo de Consultas/atendimentos/acompanhamentos

SUBGRUPO	Qtde. PPI/mês	F.P.O /mês	População referenciada	Qtde pactuada por município(*)
03.01- Consultas atendimentos acompanhamentos	1.835	2.542	Alfredo Marcondes	09
			Santo Expedito	08
			Alvares Machado	1.819
TOTAL	1.835	2.542		1.836

Discriminação do quantitativo por procedimentos conforme PPI anexa.

• **Procedimentos Clínicos** — quantitativo por subgrupo de Tratamentos clínicos

SUBGRUPO	Qtde. PPI/mês	F.P.O /mês	População referenciada	Qtde pactuada por município(*)
03.03- Tratamentos Clínicos		01		
TOTAL		01		

• **Procedimentos Clínicos** — quantitativo por subgrupo de Terapias Especializadas

SUBGRUPO	Qtde. PPI/mês	F.P.O /mês	População referenciada	Qtde pactuada por município(*)
03.09- Terapias Especializadas		01		
TOTAL		01		

SUBGRUPO	Qtde. PPI/mês	F.P.OI mês	População referenciada	Qtde pactuada por município(*)
04.01- Tratamentos Clínicos	14	13	Alvares Machado	14
Total	14	13		14

Discriminação do quantitativo por procedimentos conforme PPI anexa



- **Procedimentos Cirúrgicos** — quantitativo por subgrupo de cirurgias de vias aéreas superiores da face de cabeça e pescoço

SUBGRUPO	Qtde. PPI/mês	F.P.O /mês	População referenciada	Qtde pactuada por município(“)
04.04- Cirurgias de vias aéreas superiores de face, cabeça e pescoço	04	04	Álvares Machado	04
TOTAL	04	04		04

Discriminação do quantitativo por procedimentos conforme PPI anexa.

- **Procedimentos Cirúrgicos** — quantitativo por subgrupo de cirurgias de aparelho circulatório

SUBGRUPO	Qtde. PPI/mês	F.P.O /mês	População referenciada	Qtde pactuada por município(“)
04.06- Cirurgias de aparelho circulatório		01		
TOTAL		01		

- **Procedimentos Cirúrgicos** — quantitativo por subgrupo de outras cirurgias

SUBGRUPO	Qtde. PPI/mês	F.P.O /mês	População referenciada	Qtde pactuada por município(“)
04.15- Outras Cirurgias		01		
TOTAL		01		

Os procedimentos serão avaliados no total dos subgrupos, conforme quadro de pactuação anexo.

O prestador se compromete a atender a quantidade dos procedimentos constantes na PPI que por ventura não constem na FPO caso já demanda e capacidade operacional.

Meta: Apresentar ao gestor no mínimo 95% dos procedimentos conveniados, em consonância com a Ficha de Programação Orçamentária FPO anexa.

Indicador: Apresentação de no mínimo 95% dos Boletins de Produção Ambulatorial do trimestre avaliado no total dos subgrupos.



a) INTERNAÇÃO:

Nº. de leitos distribuídos por especialidade, disponibilizados ao SUS:

Tipos de leito por especialidades	Nº de leitos CNES
Clínica Geral	18

Número de leitos e de AIH conveniados pelo SUS por especialidade:

Internações	Nº. leitos Conv/Contr	Nº de AIH conveniadas	População referenciada (municípios)	Qtde pactuada por município(")
Clínica Médica	18		Alfredo Marcondes	01 a.a
			Álvares Machado	23
			Pirapozinho	01 a.a
TOTAL Imês	18			23
TOTAL GERAL	18	50		23

Obs: Onde consta a.a. leia-se "ao ano".

Meta: Apresentar ao Gestor no mínimo 95% das AIH's constantes do Convênio, relativas à utilização de 50 AIH's/mês.

Indicador: Apresentação de no mínimo 95% das AIH's/mês constante do convênio.

V - METAS QUALITATIVAS

1- Participação nas políticas Prioritárias do SUS

Humanização da Atenção: A Humanização deverá ser o eixo norteador das práticas de atenção e gestão, constituindo uma nova relação entre usuário, os profissionais que o atendem e a comunidade.

Meta: Manter ou implantar sistema de avaliação de satisfação do usuário.

Indicador: Relatório com mensuração dos resultados da Pesquisa de Satisfação dos Usuários do período avaliado.

2- Gestão

A instituição se compromete a:

2.a- Meta: Manter equipe de monitoramento e acompanhamento do Convênio/Plano Operativo, cuja indicação será formalizada por meio de Ofício.

A equipe indicada será a responsável por encaminhar todas as informações ou relatórios solicitados/ pactuados neste Plano Operativo, nos prazos fixados. Deverá ainda participar das reuniões de avaliação no DRS.

Indicador: Entrega das informações ou relatórios solicitados, nos prazos fixados e participação nas reuniões de avaliação.



2.b- **Meta:** Manter contratos, vigentes, de manutenção dos equipamentos.

Indicador: Declaração de que mantém contrato vigente de manutenção de equipamentos.

2.c- **Meta:** Manter limpeza das caixas d'água, controle de pragas, de acordo com normas específicas, apresentando documentação que comprove essas atividades.

Indicador: Declaração da Instituição de manutenção da limpeza das caixas água, controle de pragas, de acordo com normas específicas.

2.d- **Meta:** Elaborar Projeto e/ou Plano Terapêutico e/ou Plano Anual de Atividades.

Indicador: Apresentação do Projeto e/ou Plano Teraupêutico e/ou Plano Anual de Atividades

2.e- **Meta:** Manter os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos — CNES atualizado, em especial dos serviços/equipamentos/recursos humanos.

Indicador: Relatório trimestral das alterações/inclusões/exclusões ocorridas no período.

2.f- **Meta:** Apresentar o Alvará/Licença de Funcionamento vigente

Indicador: Apresentação da Licença de Funcionamento vigente ou protocolo de renovação

2.g- **Meta:** Promover/permitir a participação de técnicos ou dirigentes em no mínimo um curso/treinamento/capacitação que possam contribuir com a melhoria do funcionamento da Instituição.

Indicador: Relatório de promoção ou participação de cursos no trimestre avaliado.

2.h- **Meta:** Manter em funcionamento as Comissões de Revisão de Óbitos, Revisão de Prontuário e CCIH

Indicador: Declaração informando a periodicidade das reuniões, conforme Regimento que as criou na Instituição, informando também a data e mês da realização das reuniões das Comissões.

3- Regulação e Controle

O encaminhamento dos pacientes se dá por meio do pronto socorro e unidades básicas de saúde, ou seja, a demanda é espontânea e referenciada. A Instituição é referência para o próprio município e para os municípios de Alfredo Marcondes e Santo Expedito.

As internações realizadas na Instituição serão processadas por meio de Autorização de Internação Hospitalar- AIH autorizadas e emitidas pelo Departamento Regional de Saúde (DRS XI), utilizando o Sistema de Emissão de AIH do Estado, após a emissão, as AIH's serão encaminhados à Instituição para faturamento. O processamento do Sistema de Informação Ambulatorial - S.I.A., será em conformidade com a Ficha de Programação Orçamentária (FPO). Os faturamentos do Sistema de Informação Hospitalar- S.I.H. e do S.I.A serão entregues ao DRS XI no prazo estipulado, para processamento e encaminhamento à Secretaria de Estado da Saúde.



VI- METAS FINANCEIRAS

O conveniado receberá mensalmente da Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual de Saúde os recursos para cobertura os serviços onveniadados, observando-se as metas quantitativas e qualitativas. Os recursos são provenientes do Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, partes integrantes do teto do Estado de São Paulo, serão repassados nas seguintes conformidades:

Média Complexidade

Atendimentos ambulatoriais e SADT (SIA)
Assistência à saúde, regime hospitalar (SIH)

R\$ 20.988,57

R\$ 36.995,01

Total mensal

R\$ 57.983,58 (*)

*(O valor podem sofrer alteração se houver empréstimo)

Os valores descritos serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.

Meta: Faturar no mínimo 95% do valor financeiro conveniado em consonância com as metas quantitativas presentes no presente Plano Operativo.

Indicador: Faturamento de no mínimo 95% do valor financeiro conveniado.

VII - SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A Avaliação de Desempenho será realizada trimestralmente, conforme descrito abaixo, sendo que, as metas físicas ambulatoriais serão avaliadas por subgrupo (quadro anexo) e as metas físicas hospitalares serão avaliadas por AIH's apresentadas.

Trimestre	Metas Quantitativas	Metas Qualitativas	Metas Financeiras
Janeiro /2024	X	X	X
Fevereiro /2024	X	X	X
Março /2024	x	X	X
Abril /2024	X	X	x
Maió /2024	X	X	x
Junho /2024	X	X	X
Julho /2024	X	X	X
Agosto /2024	X	x	X
Setembro /2024	X	X	x
Outubro /2024	X	X	X
Novembro /2024	X	X	x
Dezembro /2024	X	x	X



O resultado que estiver abaixo do percentual, implicará na revisão dos convênios/contratos, devendo ser proposto pelo Diretor Regional do DRS XI de Pres. Prudente, após ciência do relatório da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento da produção. O não cumprimento de meta deverá informado ao serviço conveniado/contratado juntamente com as medidas propostas de correção.

O DRS dará ciência ao Colegiado de estágio regional ao qual o prestador pertence do resultado da avaliação do período considerado.

Os recursos serão disponibilizados de acordo com a análise do cumprimento das metas, conforme o estabelecido nas faixas de desempenho discriminadas a seguir:

Metas Quantitativas/Financeiras

Faixa de Desempenho	Percentual do total de recursos destinados ao desempenho
Menor que 95%	Revisão do valor
95% ou mais	Manter o valor

Álvares Machado, 11 de Janeiro de 2.024.

Roger Fernandes Gasques – Prefeito Municipal

Neide Castilho – Diretora Municipal de Saúde

Márcia Regina Sonvenso Ambrosio – Presidente