



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE
CHEFIA DE GABINETE

Praça Raul Gomes de Abreu, 200 - Centro - Piedade - SP
CEP. 13.170-000 - Caixa Postal 243
Telefone (15) 3244-8400
E-mail: gabinete@piedade.sp.gov.br

TERMO DE CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE PIEDADE, POR INTERMÉDIO DA PREFEITURA MUNICIPAL E A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIEDADE

PROCESSO PMP nº 05829/2020

CONVÊNIO nº 002/2020

Aos 10 dias do mês de dezembro do ano de 2020, pelo presente instrumento, as partes que subscrevem ao final, de um lado o **MUNICÍPIO DE PIEDADE**, pessoa jurídica de direito público inscrita no CNPJ/MF sob o nº 46.634.457/0001-59, com sede à Praça Raul Gomes de Abreu, nº 200, na cidade de Piedade, neste ato representado por **JOSÉ TADEU DE RESENDE**, brasileiro, casado, daqui por diante denominado **MUNICÍPIO** e, de outro lado, a Instituição da **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIEDADE**, inscrita no CNPJ/MF sob nº 54.022.967/0001-01, com endereço na cidade de Piedade, na Rua Quintino Bocaiuva, nº 154, e com estatuto arquivado no Tabelião de Notas e Protestos de Piedade, 05 de novembro de 2008, sob nº 01549/2056, neste ato representada por seu provedor **JOSÉ EDUARDO TALIANI**, portador da Cédula de Identidade RG nº 9.831.551-1 nº SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob nº 046.908.118-06, doravante denominada **ENTIDADE**, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial os seus arts. 196 e seguintes, a Constituição Estadual, em especial os seus arts. 218 e seguintes, as Leis Federais nºs 8.666/93, 8.080/90, 8.142/90, 13.019/14 e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, têm entre si, justo e acordado, o presente **CONVÊNIO** de assistência à saúde, na forma e nas condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente **CONVÊNIO** tem por objeto subvencionar a **ENTIDADE** para custeio de **serviços de tomografia computadorizada**, conforme Plano de Trabalho que integra o presente instrumento (Anexo I), nos valores da Tabela apresentada (Anexo II).



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE CHEFIA DE GABINETE

Praça Raul Gomes de Abreu, 200 - Centro - Piedade - SP

CEP. 18.170-000 - Caixa Postal 243

Telefone (15) 3244-8400

E-mail: gabinete@piedade.sp.gov.br

Parágrafo único. Os serviços ora conveniados estão referidos a uma base territorial populacional, conforme Plano de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Piedade e serão ofertados com base nas indicações técnicas do planejamento da saúde mediante compatibilização das necessidades da demanda e a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 2.º Os serviços ora conveniados compreendem a utilização da capacidade instalada da **ENTIDADE** preferencialmente por usuários do SUS/SP.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DA ENTIDADE

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

§ 1.º Para os efeitos deste CONVÊNIO, consideram-se profissionais do próprio estabelecimento **ENTIDADE**:

1. O membro de seu corpo clínico;
2. O profissional que tenha vínculo de emprego com a **ENTIDADE**;
3. O profissional autônomo que, eventual ou permanentemente, presta serviços à **ENTIDADE** ou, se por esta autorizado.

§ 2.º 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.

§ 3.º As pessoas eventualmente contratadas para a execução dos serviços objeto do presente ajuste deverão comprovar, mensalmente, regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária, especialmente perante a Fazenda Pública Nacional, mediante apresentação de Certidões Negativas ou Positivas com Efeitos de Negativa, sendo conferido o prazo de 30 (trinta) dias para regularização de pessoas jurídicas já contratadas, a partir da publicação do presente instrumento.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE CHEFIA DE GABINETE

Praça Raul Gomes de Abreu, 200 - Centro - Piedade - SP

CEP. 18.170-000 - Caixa Postal 243

Telefone (15) 3244-8400

E-mail: gabinete@piedade.sp.gov.br

§ 4.º Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade complementar exercidos pelo **MUNICÍPIO** sobre a execução do objeto deste **CONVÊNIO**, as partes 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 à **ENTIDADE**.

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

§ 6.º A **ENTIDADE** se obriga a informar ao **MUNICÍPIO**, no mínimo semanalmente, os horários disponíveis para agendamento de exames, além de outras informações eventualmente requisitadas para manter atualizados sistemas de regulação do SUS.

§ 7.º A **ENTIDADE** 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 a situações de urgência ou emergência.

CLÁUSULA TERCEIRA – DE OUTRAS OBRIGAÇÕES DA ENTIDADE

A **ENTIDADE** ainda se obriga a:

- I. Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes submetidos aos exames e o respectivo arquivo médico, pelo prazo máximo de 10 (dez) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;
- II. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- III. Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE CHEFIA DE GABINETE

Praça Raul Gomes de Abreu, 200 - Centro - Piedade - SP

CEP. 18.170-000 - Caixa Postal 243

Telefone (15) 3244-8400

E-mail: gabinete@piedade.sp.gov.br

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 alegada quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste **CONVÊNIO**;

VI. Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

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

VIII. Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;

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

X. Manter em pleno funcionamento Comissão de controle de Infecção Hospitalar – CCIH, Comissão de Análise de Óbitos, Comissão de Revisão de Prontuário e Comissão de Ética Médica;

XI. Instalar, no prazo previsto para cada caso, qualquer outra comissão que venha a ser criada por lei ou norma infralegal, independentemente de notificação pela Secretaria;

XII. Notificar o **MUNICÍPIO**, por sua instância situada na jurisdição da **ENTIDADE**, de eventual alteração de seus Estatutos ou de sua Diretora, enviando-lhe, no prazo de **20 (vinte) dias**, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos; e

XIII. Fornecer, ao paciente, quando solicitado, relatório do atendimento prestado, com os seguintes dados:

1. Nome do paciente;
2. Nome do hospital;
3. Localidade (Estado/Município);
4. Motivo da realização do exame;



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE CHEFIA DE GABINETE

Praça Raul Gomes de Abreu, 200 - Centro - Piedade - SP
CEP. 18.170-000 - Caixa Postal 243
Telefone (15) 3244-8400
E-mail: gabinete@piedade.sp.gov.br

5. Data da realização do exame;
6. Data da alta;
7. Diagnóstico pelo Código Internacional de Doenças (CID) na versão vigente da época da alta.

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

CLÁUSULA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA ENTIDADE

A **ENTIDADE** 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 à **ENTIDADE** o direito de regresso.

§ 1.º A fiscalização ou acompanhamento da execução deste **CONVÊNIO** pelos órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade legal da **ENTIDADE**.

§ 2.º 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 QUINTA – DOS VALORES

A **ENTIDADE** receberá o montante de **R\$ 180.000,00 (cento e oitenta mil reais)** para cobertura dos serviços conveniados conforme **CLÁUSULA PRIMEIRA**, a título de subvenção social, nos termos da Lei Municipal nº 4.658 de 03 de dezembro de 2020.

§ 1.º Os recursos são repassados por meio de parcelas mensais no valor de **R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais)**, pelo prazo disposto na **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA** e na forma indicada na **CLÁUSULA SÉTIMA**.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE CHEFIA DE GABINETE

Praça Raul Gomes de Abreu, 200 - Centro - Piedade - SP
CEP. 18.170-000 - Caixa Postal 243
Telefone (15) 3244-8400
E-mail: gabinete@piedade.sp.gov.br

§ 2.º Os repasses poderão custear despesas desde a realização do primeiro exame de tomografia, nos termos do artigo 5º da Lei Municipal nº 4.658 e 03 de dezembro de 2020, atendidos os critérios elencados na **CLÁUSULA SÉTIMA**.

§ 3.º Os **saldo**s de recursos do repasse em relação às despesas com os exames realizados dentro da competência mensal **serão computados na competência subsequente para totalizar a parcela seguinte** de R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais), observando-se a necessidade de Aditamento de prazo para execução do objeto caso haja saldo ao final do prazo de vigência deste Convênio.

§ 4.º **Em 07 (sete) dias da celebração do presente ajuste, a Secretaria Municipal de Saúde** definirá **metas quantitativas e qualitativas a serem atingidas ao longo da vigência deste CONVÊNIO**, nos termos do artigo 37, §3º, incisos VI e VII, do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde MS/GM nº 02 de 28.09.2017.

§ 5.º As metas referidas no parágrafo acima serão avaliadas mensalmente pela Comissão definida na **CLÁUSULA OITAVA**.

CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

Os recursos necessários à execução do presente **CONVÊNIO** serão repassados a título de subvenção social, nos termos da Lei Municipal nº 4.658 de 03 de dezembro de 2020, e correrão à conta do orçamento municipal do respectivo exercício por meio da seguinte classificação orçamentária:

02 – Poder Executivo

02.08.01 – Secretaria de Saúde

Ficha 518 – 10.301.0033.2074 . 3.3.50.43.00 – Subvenções Sociais

Parágrafo único. Os recursos transferidos à **ENTIDADE** em função deste **CONVÊNIO** serão depositados e movimentados exclusivamente em conta vinculada, em Banco Oficial, segundo exigências constitucionais, devendo ser aplicados exclusivamente na execução do objeto do **CONVÊNIO**.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE CHEFIA DE GABINETE

Praça Raul Gomes de Abreu, 200 - Centro - Piedade - SP

CEP. 18.170-000 - Caixa Postal 243

Telefone (15) 3244-8400

E-mail: gabinete@piedade.sp.gov.br

CLÁUSULA SÉTIMA – DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

O preço estipulado neste **CONVÊNIO** será pago da seguinte forma:

I. A **ENTIDADE** apresentará, mensalmente, ao **MUNICÍPIO**, as faturas e os documentos referentes aos serviços conveniados efetivamente prestados, incluindo:

- a) Relatório consolidado de dados quantitativos de exames realizados e informações relacionadas a ações que demonstrem o cumprimento do Plano de Trabalho e das metas definidas pela Secretaria Municipal de Saúde;
- b) Relatório de execução físico-financeira;
- c) Relação de pagamentos efetuados com recursos repassados pelo **MUNICÍPIO**, com relatório e documentos comprobatórios dos serviços realizados;
- d) Cópia dos extratos de conta bancária específica;
- e) Comprovante de recolhimento dos recursos não aplicados, quando houver, na conta bancária indicada pelo **MUNICÍPIO**.

II. A Secretaria de Saúde e a Comissão de Acompanhamento da Contratualização revisarão os documentos recebidos da **ENTIDADE**;

III. Os originais dos documentos de que trata o inciso I deverão ser arquivados na sede da **ENTIDADE** por, no mínimo, 10 (dez) anos.

IV. Os relatórios indicados no inciso I poderão ser visados pelos órgãos competentes do SUS;

V. Para fins de prova da data de apresentação das contas e observância dos prazos de pagamento será entregue, à **ENTIDADE**, recibo assinado ou rubricado pelo servidor do **MUNICÍPIO**, com aposição do respectivo carimbo funcional;

VI. As contas rejeitadas pelo serviço de processamento de dados ou pela conferência técnica e administrador serão devolvidas à **ENTIDADE** para as correções cabíveis, devendo ser reapresentadas no prazo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde, baseado na



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE CHEFIA DE GABINETE

Praça Raul Gomes de Abreu, 200 - Centro - Piedade - SP

CEP. 18.170-000 - Caixa Postal 243

Telefone (15) 3244-8400

E-mail: gabinete@piedade.sp.gov.br

Portaria SAS n.º 247/2008. O documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original, devidamente inutilizado por meio de carimbo, quando cabível;

VII. Contas rejeitadas quanto ao mérito serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação.

§ 1.º Os profissionais que eventualmente executem serviços objeto do presente **CONVÊNIO** juntamente a outros setores da **ENTIDADE** serão pagos mediante rateio proporcional das despesas correspondentes.

§ 2.º Caso as despesas com o objeto do presente **CONVÊNIO** sejam inferiores ao valor mensal repassado, os valores serão creditados para a competência mensal seguinte, ainda que seja necessário Aditamento de prazo para execução do objeto e, caso não haja Aditamento, devolvidos ao **MUNICÍPIO**.

§ 3.º Conforme a evolução da demanda pelos serviços ora conveniados, o valor, a forma e/ou a periodicidade do desembolso dos recursos serão alterados mediante Aditamento.

CLÁUSULA OITAVA – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

A execução do presente **CONVÊNIO** será avaliada pelos órgãos competentes, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste **CONVÊNIO** e pela Secretaria Municipal de Saúde, especialmente por Comissão de Acompanhamento da Contratualização, nos termos do artigo 21, Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde MS/GM nº 02 de 28.09.2017.

§ 1.º A comissão de mencionada no caput deverá ser criada pela Secretaria de Saúde/Conselho Municipal de Saúde, em até 10 dias da assinatura desse termo, cabendo à **ENTIDADE**, neste prazo, indicar à Diretoria o nome dos seus representantes.

§ 2.º A Comissão de Acompanhamento da Contratualização será composta por 05 (cinco) membros, incluindo 01 (um) representante da **ENTIDADE** e, no mínimo, 01 (um) representante do **MUNICÍPIO**, dentre os quais deve haver pelo menos 01 (um) servidor ocupante de cargo efetivo em área pertinente à saúde pública.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE CHEFIA DE GABINETE

Praça Raul Gomes de Abreu, 200 - Centro - Piedade - SP
CEP. 18.170-000 - Caixa Postal 243
Telefone (15) 3244-8400
E-mail: gabinete@piedade.sp.gov.br

§ 3.º A Comissão monitorará a execução dos serviços de saúde pactuados, devendo:

- I - avaliar o cumprimento das metas qualitativas, quantitativas e físico-financeiras;
- II - avaliar a capacidade instalada;
- III - readequar as metas pactuadas, os recursos financeiros a serem repassados e outras que se fizerem necessárias.

§ 4.º As metas referidas no caput da **CLÁUSULA QUINTA** serão avaliadas mensalmente pela Comissão de que trata esta Cláusula.

§ 5.º A composição da Comissão de que trata o caput será objeto de publicação no Diário Oficial do ente federativo contratante ou publicação equivalente.

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

§ 7.º Mensalmente, o **MUNICÍPIO** vistoriará as instalações da **ENTIDADE** para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas, comprovada por ocasião da assinatura deste **CONVÊNIO**.

§ 8.º Qualquer redução na demanda ou modificação estrutural que importe diminuição da capacidade operativa do objeto deste **CONVÊNIO** ensejará a revisão das condições ora estipuladas.

§ 9.º A fiscalização exercida pelo **MUNICÍPIO** sobre serviços ora conveniados não eximirá a **ENTIDADE** da sua plena responsabilidade perante o **MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO** e **MUNICÍPIO** ou para com os pacientes e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do **CONVÊNIO**.

§ 10. A **ENTIDADE** facilitará ao **MUNICÍPIO**, o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores do **MUNICÍPIO**, designados para tal fim.

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE CHEFIA DE GABINETE

Praça Raul Gomes de Abreu, 200 - Centro - Piedade - SP
CEP. 18.170-000 - Caixa Postal 243
Telefone (15) 3244-8400
E-mail: gabinete@piedade.sp.gov.br

CLÁUSULA NONA – DAS PENALIDADES

A inobservância, pela **ENTIDADE**, de cláusula ou obrigação constante deste **CONVÊNIO**, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará o **MUNICÍPIO**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos arts. 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 da alínea anterior;
- d) Multa a ser cobrada segundo os termos da Resolução SS nº 46/2002 ou sucedâneo.

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

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

§ 3.º Quando da aplicação das penalidades, a **ENTIDADE** terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis, a partir da data da publicação, para interpor recurso dirigido diretamente ao Prefeito Municipal.

§ 4.º O valor da multa que vier a ser aplicado será comunicado à **ENTIDADE** e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos pelo **MUNICÍPIO** à **ENTIDADE**, garantindo a esta o pleno direito de defesa em processo regular.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE CHEFIA DE GABINETE

Praça Raul Gomes de Abreu, 200 - Centro - Piedade - SP
CEP. 18.170-000 - Caixa Postal 243
Telefone (15) 3244-8400
E-mail: gabinete@piedade.sp.gov.br

§ 5.º A imposição de qualquer das sanções estipuladas, nesta cláusula, não ilidirá o direito do **MUNICÍPIO** 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.

§ 6.º A violação ao disposto nos incisos 2 e 3 do § 3º da cláusula quarta deste **CONVÊNIO**, sujeitará a **ENTIDADE** às sanções previstas neste artigo, ficando o **MUNICÍPIO** autorizado a reter, do montante devido à **ENTIDADE**, 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 – DA RESCISÃO

A **RESCISÃO** obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

§ 1.º A **ENTIDADE** reconhece os direitos do **MUNICÍPIO**, em caso de rescisão administrativa prevista no parágrafo primeiro do artigo 79 da Lei Federal nº 8.883/94.

§ 2.º 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 concretizar a rescisão, aplicando-se pena de **multa em dobro** caso, nesse período, a **ENTIDADE** negligenciar a prestação dos serviços ora conveniados.

§ 3.º Poderá, a **ENTIDADE**, rescindir o presente **CONVÊNIO** no caso de descumprimento, pelo **MUNICÍPIO**, de obrigações previstas, cabendo à **ENTIDADE** notificar o **MUNICÍPIO**, formalizando a rescisão e motivando-a devidamente, informando do fim da prestação dos serviços conveniados no prazo de 30 (trinta) dias a partir do recebimento da notificação.

§ 4.º Em caso de rescisão do presente **CONVÊNIO** por parte do **MUNICÍPIO**, não caberá à **ENTIDADE** 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.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE CHEFIA DE GABINETE

Praça Raul Gomes de Abreu, 200 - Centro - Piedade - SP

CEP. 18.170-000 - Caixa Postal 243

Telefone (15) 3244-8400

E-mail: gabinete@piedade.sp.gov.br

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DOS RECURSOS CONTRA APLICAÇÃO DE PENALIDADES

Dos atos de aplicação de penalidade prevista neste **CONVÊNIO**, ou de sua rescisão, praticados pelo **MUNICÍPIO**, cabe recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

§ 1.º Da decisão do Prefeito Municipal que rescindir o presente **CONVÊNIO** cabe, inicialmente, pedido de reconsideração, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

O prazo de vigência do presente **CONVÊNIO** será de **03 (três) meses, a partir da data de sua assinatura**, podendo ser prorrogado por período iguais ou inferiores, ficando a continuação da prestação de serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao presente condicionada à aprovação das dotações para as referidas despesas no orçamento do **MUNICÍPIO**.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS ALTERAÇÕES

Qualquer alteração ao presente **CONVÊNIO** será objeto de Termo Aditivo, na forma da legislação aplicável.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA PUBLICAÇÃO

O presente **CONVÊNIO** será publicado, por extrato, no Jornal Oficial do Município, conforme Instruções nº 02/2020 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE
CHEFIA DE GABINETE**

Praça Raul Gomes de Abreu, 200 - Centro - Piedade - SP

CEP. 18.170-000 - Caixa Postal 243

Telefone (15) 3244-8400

E-mail: gabinete@piedade.sp.gov.br

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Aplicam-se ao presente ajuste as disposições legais pertinentes, incluindo as Instruções nº 01/2020 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo – TCE/SP, a Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde MS/GM nº 02 de 28.09.2017 e a Portaria do Ministério da Saúde MS/GM nº 1.034 de 05.05.2010.

E por estarem as partes justas e acertadas, firmam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas, à data de 10 de dezembro de 2020.

CONTRATANTE:

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE

José Tadeu de Resende

Prefeito Municipal

CONTRATADA:

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIEDADE

José Eduardo Taliani

RG nº 9.831.551-1

Provedor

TESTEMUNHAS:

Nome completo:

RG:

Nome Completo:

RG: