



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Via Antonio Leite de Oliveira, 100  
Bº Paulas e Mendes - Piedade - SP - CEP: 18170-000  
Telefone: (15) 3244-1228 - E-mail: saude@piedade.sp.gov.br

**PROCESSO PMP nº 12190/2018**

**CONVÊNIO nº 003/2019**

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

Pelo presente instrumento, os abaixo-assinados, de um lado o **MUNICÍPIO DE PIEDADE**, inscrito 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 nº 8.080/90 e 8.142/90, a Lei Federal nº 8.666/93 e alterações, e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, têm entre si, justo e acordado, o presente Convênio, na forma e nas condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA**

**DO OBJETO**

O presente convênio tem por objeto o fornecimento de equipe para complementar os serviços prestados na maternidade da entidade, consoante Plano Operativo anexo.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Via Antonio Leite de Oliveira, 100  
Bº Paulas e Mendes - Piedade - SP - CEP: 18170-000  
Telefone: (15) 3244-1228 - E-mail: saude@piedade.sp.gov.br

**CLÁUSULA SEGUNDA**  
**OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO**

O **MUNICÍPIO** se obriga a:

- I. Garantir os recursos financeiros para a execução deste convênio, observada a sua disponibilidade financeira;
- II. Analisar os relatórios de cumprimento apresentados pela entidade.

**CLÁUSULA TERCEIRA**  
**OBRIGAÇÕES DA ENTIDADE**

A **ENTIDADE** se obriga a:

- I. Executar as ações necessárias à consecução do objeto deste convênio;
- II. Aplicar os recursos recebidos em conformidade com o plano operativo, com o objetivo de cumprir os compromissos e metas pactuadas;
- III. 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;
- IV. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- V. Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Via Antonio Leite de Oliveira, 100

Bº Paulas e Mendes - Piedade - SP - CEP: 18170-000

Telefone: (15) 3244-1228 - E-mail: saude@piedade.sp.gov.br

- VI. Afixar aviso, em local visível, de sua condição de entidade integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
- VII. 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;
- VIII. Permitir a visita ao paciente do SUS internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 04 (quatro) horas;
- IX. Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- X. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo ou obrigação legal;
- XI. Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;
- XII. Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente, por ministro de culto religioso;
- XIII. 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*;
- XIV. 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;
- XV. Notificar a **ENTIDADE**, por sua instância situada na jurisdição do Conveniado, de eventual alteração de seus Estatutos ou de sua Diretoria, enviando-lhe, no





**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Via Antonio Leite de Oliveira, 100

Bº Paulas e Mendes - Piedade - SP - CEP: 18170-000

Telefone: (15) 3244-1228 - E-mail: saude@piedade.sp.gov.br

prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos; e

XVI. A ENTIDADE fica obrigada a 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 internação;
5. Data da internação;
6. Data da alta;
7. Tipo de Órtese, Prótese, material e Procedimentos Especiais utilizados, quando for o caso;
8. 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”.

XVII. Responsabilizar-se por todos os encargos e obrigações sociais, trabalhistas e previdenciários que incidam ou venham a incidir sobre o objeto deste convênio.

**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



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Via Antonio Leite de Oliveira, 100  
Bº Paulas e Mendes - Piedade - SP - CEP: 18170-000  
Telefone: (15) 3244-1228 - E-mail: saude@piedade.sp.gov.br

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 da **ENTIDADE** nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos e de mais legislação existente.

§ 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**  
**DO VALOR**

A ENTIDADE receberá o montante anual de **R\$ 3.486.993,60 (três milhões, quatrocentos e oitenta e seis mil, novecentos e noventa e três reais e sessenta centavos)**, para a cobertura dos serviços conveniados constante na cláusula primeira, observando-se a metas quantitativas e qualitativas, descritas no Plano Operativo anexo, que será repassado mensalmente no valor de **R\$ 290.582,80 (duzentos e noventa mil, quinhentos e oitenta e dois reais e oitenta centavos)**.

§ 1.º As metas dispostas no Plano Operativo, parte integrante do presente instrumento, serão avaliadas quadrimestralmente por uma comissão composta por representantes determinados pelo Plano Operativos, cabendo ao **Conveniando** fornecer os documentos solicitados para a referida avaliação. O não cumprimento de no mínimo 95% das metas quantitativas estabelecidas acarretará revisão dos valores previstos.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Via Antonio Leite de Oliveira, 100

Bº Paulas e Mendes - Piedade - SP - CEP: 18170-000

Telefone: (15) 3244-1228 - E-mail: saude@piedade.sp.gov.br

§ 2.º A comissão de avaliação citada no § 1.º deverá ser criada pela Secretaria de Saúde/Conselho Municipal de Saúde, em até 15 dias após a assinatura desse termo, cabendo ao Conveniado, neste prazo, indicar à Diretoria o nome dos seus representantes.

**CLÁUSULA SEXTA**  
**DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

Os recursos necessários à execução do presente Convênio correrão à conta do orçamento municipal do respectivo exercício por meio da seguinte classificação orçamentária:

02.08.00 – Secretaria de Saúde

02.08.01 – Secretaria

10.301.0033.2074 - 3.3.50.43.00 – Subvenção Social

01 – Fonte de Recurso

§ 1.º 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.

**CLÁUSULA SÉTIMA**  
**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, ao **MUNICÍPIO**, as faturas e os documentos referentes aos serviços conveniados efetivamente prestados;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Via Antonio Leite de Oliveira, 100  
Bº Paulas e Mendes - Piedade - SP - CEP: 18170-000  
Telefone: (15) 3244-1228 - E-mail: saude@piedade.sp.gov.br

II. A Secretaria de Saúde revisará as faturas e documentos recebidos da Entidade Conveniada;

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, à **ENTIDADE**, recibo assinado ou rubricado pelo servidor do **MUNICÍPIO**, com aposição do respectivo carimbo funcional;

V. Na hipótese do **MUNICÍPIO** 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, pela **ENTIDADE**, dos citados documentos, do qual se dará recibo, assinado ou rubricado, com aposição do respectivo carimbo;

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

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

**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



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Via Antonio Leite de Oliveira, 100  
Bº Paulas e Mendes - Piedade - SP - CEP: 18170-000  
Telefone: (15) 3244-1228 - E-mail: saude@piedade.sp.gov.br

observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste convênio.

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

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

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

§ 4.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.

§ 5.º 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.

§ 6º 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.

**CLÁUSULA NONA**  
**DAS PENALIDADES**





**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Via Antonio Leite de Oliveira, 100

Bº Paulas e Mendes - Piedade - SP - CEP: 18170-000

Telefone: (15) 3244-1228 - E-mail: saude@piedade.sp.gov.br

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 8666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no parágrafo 2º do artigo 7º da Portaria do Ministério da Saúde nº 1286/93, 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 de 10 de abril de 2002 ou seu 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 com a alínea d.

§ 3.º 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.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Via Antonio Leite de Oliveira, 100  
Bº Paulas e Mendes - Piedade - SP - CEP: 18170-000  
Telefone: (15) 3244-1228 - E-mail: saude@piedade.sp.gov.br

§ 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.

§ 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 8666/93 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 8883/94.

§ 2.º Em caso de rescisão, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 90



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Via Antonio Leite de Oliveira, 100

Bº Paulas e Mendes - Piedade - SP - CEP: 18170-000

Telefone: (15) 3244-1228 - E-mail: saude@piedade.sp.gov.br

(noventa) dias para ocorrer à rescisão. Se, neste prazo, a ENTIDADE negligenciar a prestação dos serviços ora conveniados a multa poderá ser duplicada.

§ 3.º Poderá, a **ENTIDADE**, rescindir o presente Convênio no caso de descumprimento, pelo **MUNICÍPIO**, de obrigações aqui previstas. Caberá à **ENTIDADE** notificar o **MUNICÍPIO**, 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.

§ 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 8666/93, alterada pela Lei Federal nº 8883/94.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA**  
**DOS RECURSOS PROCESSUAIS**

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 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 SEGUNDA**





**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Via Antonio Leite de Oliveira, 100

Bº Paulas e Mendes - Piedade - SP - CEP: 18170-000

Telefone: (15) 3244-1228 - E-mail: saude@piedade.sp.gov.br

**DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO**

O prazo de vigência do presente CONVÊNIO será de **12 (doze) meses**, a contar da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por igual período até 60 (sessenta) meses.

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

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA**  
**DAS ALTERAÇÕES**

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

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA**  
**DA PUBLICAÇÃO**

O presente CONVÊNIO será publicado, por extrato, no Jornal Oficial do Município, conforme Instruções nº 02/2016 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA**  
**DO FORO**

As partes elegem o Foro da Comarca de Piedade com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiando que seja para dirimir questões oriundas do





**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Via Antonio Leite de Oliveira, 100  
Bº Paulas e Mendes - Piedade - SP - CEP: 18170-000  
Telefone: (15) 3244-1228 - E-mail: saude@piedade.sp.gov.br

presente CONVÊNIO que não puderam ser resolvidas pelas partes e pelo Conselho Municipal de Saúde.

E por estarem as partes justas e conveniadas, firmam o presente convênio em 05 (cinco) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

Piedade, 03 de janeiro de 2019.

  
José Tadeu de Resende  
Prefeito Municipal

  
José Eduardo Taliani  
Provedor .

TESTEMUNHA:

\_\_\_\_\_

Nome:

RG:

\_\_\_\_\_

Nome:

RG:



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE**

## **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Via Antonio Leite de Oliveira, 100  
Bº Paulas e Mendes - Piedade - SP - CEP: 18170-000  
Telefone: (15) 3244-1228 - E-mail: saude@piedade.sp.gov.br

### **PLANO OPERATIVO – MATERNIDADE**

#### **I. INTRODUÇÃO**

A Associação da Santa Casa de Misericórdia de Piedade, fundada aos 29 dias de junho de 1961, denominada associação é uma entidade civil, de direito privado e de caráter filantrópico. Associação é essencialmente beneficente e não poderá mudar sua natureza. Sua existência tem por fim proporcionar atendimento médico hospitalar, mantendo em seu estabelecimento serviços médico-hospitalares destinados a usuários do Sistema Único de Saúde, Convênios e Particulares.

É o único hospital do município contratualizado com o SUS para realização de procedimentos de baixa e média complexidade, para uma população estimada de 54.797 habitantes e oferece atendimentos em urgências e emergências, atendimento ambulatorial especializado e internações nas áreas pediátricas, clínica médica, clínica cirúrgica e saúde mental.

#### **II. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CONTRATADA**

A Associação Santa Casa de Misericórdia no seu hospital mantém leitos, sendo 50 deles disponibilizados ao SUS, subdivididos em clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria e saúde mental, possui Pronto Atendimento adulto e infantil, Laboratório de apoio diagnóstico para exames bioquímicos, Raio-X, Ultrassonografia, entre outros.

Oferece atendimento Ambulatorial de Especialidades e cirurgias aos pacientes referenciados do município e região, conforme pactuação com o Sistema Único de Saúde. No Pronto Atendimento realiza cerca de 9.000 (nove mil) atendimentos mensais e é porta municipal de entrada para maioria das internações.

Sua principal missão é promover serviços de saúde com qualidade e humanização assegurando assistência sistematizada e individualizada, conferindo competência aos atendimentos.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Via Antonio Leite de Oliveira, 100  
Bº Paulas e Mendes - Piedade - SP - CEP: 18170-000  
Telefone: (15) 3244-1228 - E-mail: saude@piedade.sp.gov.br

**III. DADOS ENTIDADE / DADOS RESPONSÁVEIS**

<b>Órgão/ Entidade Proponente</b> SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIEDADE		
<b>CNPJ:</b> 54.022957/001-01		<b>CNES:</b> 2083175
<b>Endereço:</b> Rua Quintino Bocaiuva, nº 154, Centro		
<b>Cidade:</b> Piedade		<b>UF:</b> SP
<b>CEP:</b> 18170.000	<b>DDD/Telefone</b> (15) 3244-8200 (15) 997896361	<b>E-mail:</b> administracao_02@santacasapiedade.org.br taliane@taliane.com.br

<b>Responsável pela Instituição:</b> JOSE EDUARDO TALIANI	
<b>CPF:</b> 046.908.118-06	<b>RG:</b> 9.831.551-1
<b>Cargo:</b> Provedor	<b>Função:</b> Provedor

**IV. DADOS DO PROPONENTE / DADOS RESPONSÁVEIS**

<b>Responsável pelo Município:</b> JOSÉ TADEU DE RESENDE		
<b>CPF:</b> 542.918.288 53	<b>RG:</b> 6.072.626	
<b>Cargo:</b> Prefeito	<b>Função:</b> Prefeito	
<b>Endereço:</b> Rua Rosa Almeida Duarte, nº 1.618, Bairro Capela de São Roque		
<b>Cidade:</b> Piedade	<b>UF:</b> SP	
<b>CEP:</b> 18170-000	<b>DDD/Telefone:</b> (15) 32448400	<b>E-mail:</b> jtderesende@gmail.com



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Via Antonio Leite de Oliveira, 100  
Bº Paulas e Mendes - Piedade - SP - CEP: 18170-000  
Telefone: (15) 3244-1228 - E-mail: saude@piedade.sp.gov.br

**V. OBJETO**

<b>Objeto</b>	<b>Descrição</b>
Contratação de Organização da Sociedade Civil ou Entidade/Instituição para fornecimento de equipe para complementar os serviços prestados na Maternidade	Manter Equipe médica de Ginecologista/Obstetra e Pediatra. Implementar o controle de CCIH. Realizar partos, curetagem, atendimento das intercorrências e urgências das gestantes, além de realizar exames de imagem para diagnóstico e acompanhar nas transferências. Assistência em regime de internação e atender as intercorrências das gestantes.

**a) Objetivo**

Contratação de Entidade para realizar o gerenciamento e manter serviços de Equipe Médica na Maternidade, na assistência à saúde prestada em regime hospitalar e deverá compreender o conjunto de atendimentos desde e sua admissão no hospital até a sua alta hospitalar.

Deverá manter Equipe Médica Especializada em Ginecologista/Obstetrícia e Pediatra para plantão *in loco* (24 horas por dia) e implementar o serviço de programa de controle de infecção hospitalar (CCIH), contemplando ações prevista em Portaria do Ministério da Saúde.

Realizar partos, curetagem, primeira consulta com o RN, consultas pediatria, atendimento as intercorrências e urgências das gestantes, além de realizar exames de imagem para diagnóstico e acompanhar nas transferências para as referências CROSS.

A instituição assumirá a responsabilidade pela seleção, contratação e gestão das Equipes médicas necessárias para a plena execução das atividades do serviço da Maternidade.





## PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Via Antonio Leite de Oliveira, 100  
Bº Paulas e Mendes - Piedade - SP - CEP: 18170-000  
Telefone: (15) 3244-1228 - E-mail: saude@piedade.sp.gov.br

### b) Atendimento Hospitalar

- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com relação de medicamentos do SUS – Sistema Único de Saúde;
- Tratamentos das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo de internação;
- Visitas diárias em leitos da maternidade e berçário;
- Permitir a presença de acompanhantes nas internações, conforme previsto em Legislação que regulamenta o SUS – Sistema Único de Saúde;
- Protocolo para atendimento médico, solicitação de exames e internações;
- Prestação de serviços médicos e correlatos ora proposto contemplará ações voltadas ao atendimento de gestantes e ao nascituro, até a determinação de alta médica.

## VI. METAS A SEREM ATINGIDAS

### a) Metas quantitativas:

META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DA META
- 57 Partos/mês; - 02 curetagens/mês;	- Atendimento às gestantes do município nas 24 horas; - Visitas diárias em leitos de maternidade e berçário - Realizar partos (normal e cesariana) e curetagem; - Recepção do RN ao nascer; - Implementar CCIH.	- Diminuir em 5% dos partos cesáreas; - Garantir pediatra na sala de parto.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Via Antonio Leite de Oliveira, 100  
Bº Paulas e Mendes - Piedade - SP - CEP: 18170-000  
Telefone: (15) 3244-1228 - E-mail: saude@piedade.sp.gov.br

**b) Metas qualitativas:**

<b>META</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>INDICADOR DA META</b>
Manter a Comissão de controle de Infecção Hospitalar. Manter o Comitê de Mortalidade Infantil.	Avaliar programa de controle de Infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando ações previstas em Portaria do Ministério da Saúde. Diminuição da taxa de mortalidade infantil.	CCIH – Comissão de controle de Infecções Hospitalares. SIM – Sistema de Informações Mortalidade.

**VII. VALOR**

A ENTIDADE receberá o montante anual de **R\$ 3.486.993,60 (três milhões, quatrocentos e oitenta e seis mil, novecentos e noventa e três reais e sessenta centavos)**, que será repassado mensalmente no valor de **R\$ 290.582,80 (duzentos e noventa mil, quinhentos e oitenta e dois reais e oitenta centavos)**.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Via Antonio Leite de Oliveira, 100  
Bº Paulas e Mendes - Piedade - SP - CEP: 18170-000  
Telefone: (15) 3244-1228 - E-mail: saude@piedade.sp.gov.br

**REPASSES AO TERCEIRO SETOR**  
**TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO - TERMO DE CONVÊNIO**

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): **MUNICÍPIO DE PIEDADE**  
CONVENIADA: **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIEDADE**  
TERMO DE CONVÊNIO N° (DE ORIGEM): 003/2019  
OBJETO: Fornecimento de equipe para complementar os serviços prestados na maternidade da entidade.

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

- a) o ajuste acima referido estará sujeito 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) Qualquer alteração de endereço – residencial ou eletrônico – ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

**2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:**

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

**Piedade, 03 de janeiro de 2019.**

1



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Via Antonio Leite de Oliveira, 100  
Bº Paulas e Mendes - Piedade - SP - CEP: 18170-000  
Telefone: (15) 3244-1228 - E-mail: saude@piidade.sp.gov.br

**GESTOR DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:**

Nome: José Tadeu de Resende  
Cargo: Prefeito Municipal de Piedade  
CPF: 542.918.288-53  
RG: 6.072.626 SSP/SP  
Data de Nascimento: 19/03/1946  
Endereço residencial completo: Rua Rosa Almeida Duarte, nº 1618, Bairro Capela de São Roque, Piedade/SP  
E-mail institucional: gabinete@piidade.sp.gov.br  
E-mail pessoal: jtderesende@gmail.com  
Telefone (15) 3244-8400  
Assinatura: \_\_\_\_\_

**Responsáveis que assinaram o ajuste:**

**PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:**

Nome: José Tadeu de Resende  
Cargo: Prefeito Municipal de Piedade  
CPF: 542.918.288-53  
RG: 6.072.626 SSP/SP  
Data de Nascimento: 19/03/1946  
Endereço residencial completo: Rua Rosa Almeida Duarte, nº 1618, Bairro Capela de São Roque, Piedade/SP  
E-mail institucional: gabinete@piidade.sp.gov.br  
E-mail pessoal: jtderesende@gmail.com  
Telefone (15) 3244-8400  
Assinatura: \_\_\_\_\_

**PELA ENTIDADE CONVENIADA:**

Nome: José Eduardo Taliani  
Cargo: Provedor  
CPF: 046.908.118-06  
RG: 9.831.551-1  
Data de Nascimento: 27/07/1963  
Endereço residencial completo: Rua Major Lucio Pinto, nº 77, Centro, Piedade/SP  
E-mail institucional: administração\_01@santacasapiidade.org.br  
E-mail pessoal: taliani@taliani.com.br  
Telefone(s): (15) 3244-8200  
Assinatura: \_\_\_\_\_