



3º TERMO ADITIVO

Convênio nº 02/2019 – SMS

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, na qualidade de gestora do SUS Municipal, doravante denominado simplesmente **SECRETARIA**, e de outro o Hospital Filantrópico, **HOSPITAL DR. ADOLFO BEZERRA DE MENEZES** doravante denominado simplesmente **HOSPITAL**, resolvem em comum acordo aditar o Convênio nº 02/2019 – SMS, celebrado em 29 de maio de 2019, nos seguintes termos:

CLÁUSULA PRIMEIRA

O presente tem por objeto manter a integração do HOSPITAL no Sistema Único de Saúde - SUS e definir a sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, visando à garantia da atenção integral à saúde Mental dos munícipes de São José do Rio Preto conforme Documento Descritivo previamente definido entre as partes, a fim de promover a qualificação da assistência e da gestão hospitalar de acordo com as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP e a Política Nacional de Saúde Mental.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

O presente convênio terá sua vigência prorrogada de 01 de junho de 2021 até o dia 31 de maio de 2022, podendo, de comum acordo entre as partes, mediante termo aditivo, haver alteração ou renovação do ajuste, observados os limites e condições legais.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

3.1 O valor global estimado para a execução deste Termo Aditivo, importa em R\$ 9.981.755,04 (nove milhões, novecentos e oitenta e um mil, setecentos e cinquenta e cinco reais e quatro centavos), conforme abaixo especificado:

Resumo da Programação Orçamentária				
Pré-Fixado	Físico	Valor Mensal	Físico	Valor Total
Média Complexidade Ambulatorial - Quantidade	6.523	R\$ 27.063,69	78.276	R\$ 324.764,28
Média Complexidade Hospitalar – Diárias.	4.960	R\$ 397.046,45	59.520	R\$ 4.764.557,40
Tabela Diferenciada de Diárias para munícipes de São José do Rio Preto – Teto.	3.521	R\$ 281.857,30	42.252	R\$ 3.382.287,60
Incentivos	Físico	Valor Mensal	Físico	Valor Total
INTEGRASUS (Portaria Ministério da Saúde nº 3.168/17)		R\$ 12.459,48		R\$ 149.513,76
Incentivo Municipal para leitos de hebiatria – Diárias.	155	R\$ 6.386,00	1.860	R\$ 76.632,00
Incentivo Municipal de alcance de metas qualitativas (Portaria Ministério da Saúde nº 3.410/13).		R\$ 107.000,00		R\$ 1.284.000,00
TOTAL GERAL	15.159	R\$ 831.812,92	181.908	R\$ 9.981.755,04



3.2 O valor global estimado fica distribuído conforme a Ficha de Programação Orçamentária – FPO aprovada na reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde do dia 11 de maio de 2021, que onera o Fundo Municipal de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA QUARTA

Ficam mantidas as demais cláusulas do Convênio.

E por estarem as partes justas e conveniadas, firmam o presente Termo em 03 (três) vias.

São José do Rio Preto,

18 MAI 2021


ALDENIS ALBANEZE BORIM
SECRETÁRIO MUNICIPAL SAÚDE


GRACIO TOMAZ SATURNO
PROVEDOR
HOSPITAL DR. ADOLFO BEZERRA DE MENEZES



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

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO.**

CONVENIADA: **HOSPITAL DR. ADOLFO BEZERRA DE MENEZES.**

TERMO DE CONVÊNIO N°(DE ORIGEM): **02/2019 – SMS (3º Termo Aditivo)**

OBJETO: Prestação de serviços de saúde hospitalares (incluindo apoio diagnóstico e terapêutico e), inclusive para o atendimento de urgência e emergência em psiquiatria na integralidade do cuidado atendendo a fase aguda da doença mental ou crônica agudizada e o período de desintoxicação de dependentes químicos, pelo HOSPITAL, integrante da rede de serviços de saúde localizado no Município de São José do Rio Preto, aos usuários do Sistema Único de Saúde, em regime de complementação com o poder público municipal

VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1): **R\$ 9.981.755,04**

EXERCÍCIO (1):

ADVOGADO(S)/ N° OAB / E-MAIL : (2) _____

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) as informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concessor e entidade beneficiária, estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);

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.

LOCAL e DATA:

18 MAI 2021



AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: Edson Edinho Coelho Araujo
Cargo: Prefeito Municipal
CPF: 496.630.038-04

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:

Nome: Grácio Tomaz Saturno
Cargo: Provedor
CPF: 396.212.0008-49

Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: Aldenis Albaneze Borim
Cargo: Secretário Municipal de Saúde
CPF: 785.663.048-53

Assinatura: _____

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

PELA ENTIDADE CONVENIADA:

Nome: Grácio Tomaz Saturno
Cargo: Provedor
CPF: 396.212.0008-49

Assinatura: _____

- (1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.
(2) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.