

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE****TERMO ADITIVO Nº 03/2025 ao CONTRATO Nº 09/2024/SMS.G/SERMAPI/CACAC**

PROCESSO SEI Nº: 6018.2024/0073146-4 ✓

CONTRATANTE: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO por meio de sua SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE

CONTRATADA: DAVITA SERVIÇOS DE NEFROLOGIA VILA ARICANDUVA LTDA ✓

OBJETO DO CONTRATO: Assistência à saúde da pessoa com Doença Renal Crônica em unidade de alta complexidade em Nefrologia. ✓

OBJETO DO ADITAMENTO: Repasse da assistência financeira complementar da União destinada ao cumprimento do piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, conforme a Portarias GM/MS nº 6.893, 24 de abril de 2025 e GM/MS nº 7.000, de 27 de maio de 2025 e GM/MS nº 7.350, de 30 de junho de 2025.

DOTAÇÃO: 84.10.10. 302.3026.4.113. 3.3.50.39.00. 02.2.605.1481.1 ✓

O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, por meio de sua **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE**, inscrita no CNPJ sob o nº 13.864.377/0001-30, neste ato representado pelo Sr. **LUIZ CARLOS ZAMARCO**, Secretário Municipal da Saúde, doravante designada simplesmente por **CONTRATANTE**, e **DAVITA SERVIÇOS DE NEFROLOGIA VILA ARICANDUVA LTDA**, com sede e foro na Dr. Luis Carlos nº 747 e 745, casas 03 e 04, na Vila Aricanduva, CEP. 03505-000, na cidade de São Paulo, inscrita no CNPJ sob o nº **02.166.621/0001-75**, CNES: **3064174**, com seu ato constitutivo arquivado na Junta Comercial do Estado de São Paulo (JUCESP) sob o NIRE 35.231.342.305, com registro no Conselho Regional de Medicina – **CREMESP sob o nº 922136**, neste ato representado por sua procuradora **MARIENNE LAGO RODRIGUES DE MELO**, portadora da cédula de identidade nº 101082030-IFP/RJ, inscrita no CPF/MF sob o nº 082.633.397-00 adiante, designada como **CONTRATADA**, adiante, designada como **CONTRATADA**, encontrar-se dentro da hipótese prevista no art. 124, inciso II, "d", da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, e considerando o disposto no art. 199, § 1º, da Constituição da República, art. 215, § 1º, da Lei Orgânica do Município, e artigos 4º, § 2º e 24 a 26, a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em especial o disposto no art. 9º sobre a Direção Única do SUS que deve ser exercida em cada esfera de governo sendo que, no âmbito dos Municípios, por sua Secretaria da Saúde ou órgão competente e a Lei Municipal nº 13.317/02, resolvem celebrar o presente Termo Aditivo, consoante Despacho Autorizatório publicado no DOC/SP de 11/08/2025, consubstanciado no presente instrumento cujas cláusulas seguem abaixo



Id 00019445.3

DocuSigned by

M.L.R.M.

Assinado por: MARIENNE LAGO RODRIGUES DE MELO 08263339740



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo o tem por objeto repassar a assistência financeira, complementar da União destinada ao cumprimento do piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, com base nas Portarias GM/MS n° 6.893, de 24 de abril de 2025, GM/MS n° 7.000, de 27 de maio de 2025 e GM/MS n° 7.350, de 30 de junho de 2025.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES GERAIS

A CONTRATADA é elegível para o recebimento da assistência financeira de que trata este aditivo na qualidade de Entidades privadas contratualizadas ou conveniadas, nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição, que atendam, pelo menos, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo Sistema Único de Saúde – SUS;

Parágrafo único - AO CONTRATADO deverá manter em arquivo, pelo prazo de cinco anos, os documentos comprobatórios da realização do pagamento da complementação aos profissionais beneficiados.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO PREÇO

A CONTRATADA receberá os recursos das Portarias GM/MS 6.893/2025, GM/MS n° 7.000/2025 e GM/MS n° 7.350/2025, que perfaz o valor de **R\$ 96.059,29 (noventa e seis mil, cinquenta e nove reais e vinte e nove centavos)**.

DAVITA SERVIÇOS DE NEFROLOGIA VILA ARICANDUVA LTDA – CNES 3064174	
Portaria GM/MS n° 6.893/2025- abril	R\$ 30.823,95
Portaria GM/MS n° 7.000/2025 - maio	R\$ 31.573,04
Portaria GM/MS n° 7.350/2025 - junho	R\$ 33.662,30
TOTAL	R\$ 96.059,29

Parágrafo único O não repasse pelo Ministério da Saúde dos valores correspondentes às instituições não transfere para a Secretaria Municipal de Saúde – SMS/SP a obrigação de complementar o piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, os quais são de responsabilidade do Ministério da Saúde para todos os efeitos legais.

CLÁUSULA QUARTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

As instituições/estabelecimentos de saúde beneficiados estão obrigados a apresentar relatório para prestação de contas, comprovando que os recursos foram integralmente repassados para os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, até o quinto dia útil do mês subsequente ao repasse, conforme ANEXO I.

O relatório para prestação de contas, deverá ser entregue e protocolado na Divisão de Controle da Coordenadoria de Avaliação e Controle da Assistência Complementar/CACAC, a sua versão digitalizada deverá ser enviada para o endereço de e-mail: divisaodecontrole@prefeitura.sp.gov.br, para que seja encaminhado por expediente SEI, para a Coordenadoria de Finanças e Orçamento – CFO, para que possa compor o Relatório Anual de Gestão - RAG do respectivo ente federativo beneficiado.



Id 00019445.3

DocuSigned by

M.L.M.

Assinado por: MARIENNE LAGO RODRIGUES DE MELO 08263339740



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

CLÁUSULA QUINTA – DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas as demais cláusulas e condições do Contrato Inicial e suas alterações posteriores, que não estão sendo modificadas por este instrumento.

CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

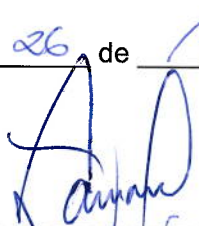
O presente contrato será publicado, por extrato, no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO FORO

As partes elegem o foro da Capital, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas ou omissas no presente contrato que não puderem ser resolvidas pelas próprias CONTRATANTES ou pelo Conselho Municipal de Saúde.

E por estarem as partes justas e contratadas, firmam o presente CONTRATO em 01 (uma) via, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

São Paulo, 26 de Agosto de 2025.

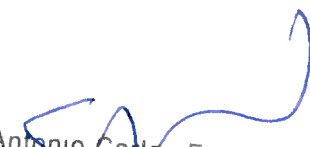


LUIZ CARLOS ZAMARCO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Assinado por: MARIENNE LAGO RODRIGUES DE MELO 08263339740
CPF: 08263339740
Papel: CEO - REPRESENTANTE LEGA
Data/Hora de Assinatura: 18/08/2025 | 16:47:41 BRT

O: ICP-Brasil, OU: VideoConferencia
C: BR
Emissor: AC CertSign RFB G5

MARIENNE LAGO RODRIGUES DE MELO
DAVITA SERVIÇOS DE NEFROLOGIA VILA ARICANDUVA LTDA


Antonio Carlos Franco
Coordenador
COCIn - Coordenação de Controle
RF 547.804.913 - CRM 426

TESTEMUNHAS:





SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO I – Relatório para Prestação de Contas

PRESTAÇÃO DE CONTAS DO COMPLEMENTO DO PISO NACIONAL DE ENFERMAGEM
 DEMONSTRATIVO INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS
 COMPETÊNCIA (mês/ano): 00/00000

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS / SUS / RECURSO FEDERAL

Nome do Órgão Concessor: Secretaria Municipal da Saúde
 Portarias: GM/MS nº XXXX de XX/XX/XXX e GM/MS nº XXXX, de XX/XX/XX
 Objeto: Complemento Piso Salarial de Enfermagem
 Período: 00/00/0000 a 00/00/0000

Nome da Instituição/Estabelecimento de Saúde: _____ CNES: _____
 Endereço Completo: _____ CNPJ: _____
 Valor Repassado: R\$ _____ Nº da Ordem Bancária (OB): _____ Data do Crédito Bancário: 00/00/00000

RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS BENEFICIADOS COM O COMPLEMENTO SALARIAL DO PISO NACIONAL DE ENFERMAGEM

SEQ.	NOME DO BENEFICIADO	CARGO	Nº REGISTRO NO CONSELHO DE ENFERMAGEM	Nº DO CPF	NATUREZA DA DESPESA (POR EXEMPLO: PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS)	DATA DO PAGAMENTO	VALOR DO COMPLEMENTO SALARIAL (R\$)	
1								
2								
3								
PREENCHER COM A QUANTIDADE DE LINHAS QUE FOREM NECESSÁRIAS, PARA REGISTRAR TODOS OS BENEFICIADOS QUE RECEBERAM O COMPLEMENTO DO PISO DE ENFERMAGEM								
							TOTAL	

(DEVERÁ SER IGUAL AO VALOR REPASSADO)

Declaro(amos), na qualidade de responsável(ais) legal(ais) da instituição/estabelecimento de saúde supra epigrafada, sob as penas da Lei, que a despesa relacionada comprova a exata aplicação dos recursos recebidos para os fins indicados.

Assinatura(as):

Nome, Cargo e Nº do CPF,
 Representante(s) Legal(ais),
 Nome da Instituição/Estabelecimento de Saúde

