

**CONVÊNIO Nº 009/SMS.G/2023** ✓

**PROCESSO SEI:** 6018.2023/0064541-8 ✓

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

**CONVENIADA:** ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NOSSA SENHORA DO PARI

**OBJETO DO CONVÊNIO:** Repasse de recurso financeiro oriundo de EMENDA PARLAMENTAR MUNICIPAL/INTERVENÇÃO LOCAL nos termos da Lei Nº 17.201 de 14/10/2019. ✓

**DOTAÇÃO:** 84.10.10.302.3026.4.113.3.3.50.39.00 - FR  
00.1.500.7999. ✓

**NOTA DE EMPENHO:** Nº 70885/2023. ✓

O **MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**, por meio de sua **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE**, com sede na Rua General Jardim, nº 36, inscrita no CNPJ sob o nº 13.864.377/0001-30, neste ato, representado por seu Secretário **LUIZ CARLOS ZAMARCO**, doravante designada simplesmente por **CONVENENTE**, e a **ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NOSSA SENHORA DO PARI**, sem fins lucrativos com sede em São Paulo, na Rua Hannemann, nº 234 - Pari, CEP: nº 03031-040, inscrita no CNPJ sob o nº 05.245.390/0001-83, CNES nº 2091399, com seu Estatuto Social registrado no 3º Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas de Títulos e Documentos, com registro no Conselho Regional de Medicina - CREMESP sob o nº 933805, neste ato, representada por sua Diretora Presidente **ANA CECILIA DA SILVA SANTOS**, brasileira, portadora da cédula de identidade RG Nº 18.418.273-6 SSP/SP, inscrita no CPF/MF sob o nº 100.021.488/54 adiante, designada como **CONVENIADA** e considerando que a **CONVENIADA** foi habilitada e homologada pelo EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 002/2017-SMS a prestar assistência à saúde de forma complementar ao Sistema Único de Saúde-SUS por meio de **Convênio Nº 020/SMS.G/2018**, resolvem celebrar o presente CONVÊNIO consoante Despacho Autorizatório em SEI 086820141, publicado no **DOC/SP de 21/07/2023; página 24**, consubstanciado no presente instrumento cujas cláusulas seguem abaixo:

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente ajuste tem por objeto concretizar o repasse de recurso financeiro oriundo de **INTERVENÇÃO LOCAL** no valor total de **R\$ 100.000,00** (cem mil reais), o recurso será utilizado para custeio de insumo hospitalar, conforme descrito no quadro II do respectivo programa de utilização do recurso, nos termos da Lei Nº 17.201 de 14/10/2019, que veda a exigência de contrapartida adicional às Santas Casas e às Unidades Hospitalares Filantrópicas e Entidades sem fins lucrativos, inclusive serviços assistenciais complementares, ambulatoriais e hospitalares, contempladas com EMENDAS PARLAMENTARES destinadas à saúde no âmbito do Município de São Paulo. Por sua vez, a **CONVENIADA** apresentou declaração constando que destina no mínimo **80% (oitenta por cento)** de seus serviços de saúde, inclusive serviços assistenciais complementares, ambulatoriais e hospitalares, exclusivamente, ao Sistema Único de Saúde (SUS).

#### **CLÁUSULA SEGUNDA - PRESTAÇÃO DE CONTAS**

**Parágrafo primeiro.** A prestação de contas será por meio da apresentação de relatório, contendo as explicações dos gastos, de notas fiscais ou outros documentos comprobatórios, bem como dos valores resultantes da aplicação dos recursos em renda fixa, conforme previsto na Programação apresentada, dentro do prazo definido no **PROGRAMA DE UTILIZAÇÃO DO RECURSO**, parte integrante deste TERMO, contatos a partir do recebimento dos recursos.

**Parágrafo segundo.** O **PROGRAMA DE UTILIZAÇÃO DO RECURSO** específico para **INTERVENÇÃO LOCAL**, poderá ser reavaliado a qualquer tempo, desde que, devidamente acordado entre às partes, devendo ser encartado no respectivo processo de Convênio.

**Parágrafo terceiro.** A não execução das atividades/ações descrita no **PROGRAMA DE UTILIZAÇÃO DO RECURSO**, implicará na restituição proporcional do recurso não executados à Municipalidade.

#### **CLÁUSULA TERCEIRA - DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO**

Conforme dispostos nos Artigos 2º e 3º da Lei Nº 17.201, de 14 de outubro de 2019, deverá ser observado:

**Parágrafo primeiro.** 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 instrumento e

verificação dos dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados e de acordo com os dispositivos da LEI Nº 17.201, de 14/10/2019.

**Parágrafo segundo.** Após execução do objeto para o qual a **INTERVENÇÃO LOCAL** se destina, as unidades contempladas pelo recurso deverão prestar contas da aplicação, garantidas a transparência no processo de destinação e uso do recurso público.

**Parágrafo terceiro.** As despesas decorrentes da execução desta LEI correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

**Parágrafo quarto.** A **CONVENIADA** facilitará a **CONVENENTE** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados.

**Parágrafo quinto.** Em qualquer hipótese é assegurado à **CONVENIADA** amplo direito de defesa e o direito à interposição de recursos.

#### **CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENIADA**

**Parágrafo primeiro.** A eventual mudança de endereço do estabelecimento da **CONVENIADA** será imediatamente comunicada à **CONVENENTE**, que analisará a conveniência de manter os serviços em outros endereços.

**Parágrafo segundo.** A **CONVENIADA** deverá notificar a **CONVENENTE** de eventual alteração de seus atos constitutivos ou de sua diretoria, enviando-lhe, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos registrados junto à JUCESP (Junta Comercial do Estado de São Paulo) e com a devida atualização do CNPJ.

#### **CLÁUSULA QUINTA - DO PREÇO, RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E DA DOTACÃO.**

O repasse do recurso proveniente da **INTERVENÇÃO LOCAL**, FONTE 00, no valor total de **R\$ 100.000,00** (cem mil reais), será utilizado para custeio de insumo hospitalar, conforme descrito no quadro II do respectivo programa de utilização do recurso, e será repassado à **CONVENIADA** em **parcela única**.

**Parágrafo primeiro.** O pagamento do recurso referido e a prestação de contas será tratado em processo SEI apartado.

**Parágrafo segundo.** As despesas decorrentes deste convênio correrão, no presente exercício a conta de dotação nº 84.10.10.302.3026.4.113.3.3.50.39.00 – FR 00.1.500.7999.

#### **CLÁUSULA SEXTA - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO**

O prazo de vigência do presente Convênio **terá por termo inicial a data de recebimento do recurso, definida na NOTA DE LIQUIDAÇÃO DO PAGAMENTO, e seu encerramento dar-se-á em 25/09/2023.**

**CLÁUSULA SÉTIMA – DAS ALTERAÇÕES**

Qualquer alteração do presente Convênio será objeto de Termo Aditivo, na forma da legislação.

**CLÁUSULA OITAVA - 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 NONA- DO FORO**

As partes elegem o foro da Capital, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do presente convênio que não puderem ser resolvidas pela própria **CONVENENTE** ou pelo Conselho Municipal de Saúde.

E por estarem às partes justas e conveniadas, firmam o presente convênio em 01 (uma) via e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

São Paulo, 09 de AGOSTO de 2.023.



  
**LUIZ CARLOS ZAMARCO**  
**SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE**

ANA CECILIA DA SILVA  
SANTOS:10002148854

Assinado de forma digital por ANA  
CECILIA DA SILVA  
SANTOS:10002148854  
Dados: 2023.07.27 14:59:24 -03'00'

**ANA CECILIA DA SILVA SANTOS**  
**ASSOCIACAO BENEFICENTE DE ASSISTENCIA SOCIAL NOSSA SENHORA DO PARI**

  
Conferme  
RALEIA  
PK  
634 6979  
(086820141)  
SANTAS

TESTEMUNHAS:



**Associação Beneficente de  
Assistência Social  
Nossa Senhora do  
Pari**

## **PROGRAMAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE INTERVENÇÃO LOCAL**

### **1 - IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE**

- NOME: **ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NOSSA SENHORADO PARI**
- CNPJ: **05.245.390/0001-83**
- ENDEREÇO: **RUA HANNEMANN 234**
- CEP: **03031-040**
- CNES: **2091399**

### **2 - REPRESENTANTE LEGAL:**

- NOME: **ANA CECILIA DA SILVA SANTOS**
- CARGO QUE OCUPA: **DIRETORA PRESIDENTE**
- CPF: **100.021.488-54**
- R.G.: **18.418.273-6**

### **3 – OBJETO**

#### **3.1 Definição do objeto:**

Utilização do recurso financeiro advindo de Intervenção Local, para apoio à manutenção de unidades de saúde (incremento MAC), destinada a **Associação Beneficente de Assistência Social Nossa Senhora do Pari** para custeio de insumo hospitalar, até o limite do valor total da referida Emenda Parlamentar, que perfaz o montante de **R\$ 100.000,00**, conforme Quadro I.

**Quadro I – Emenda Parlamentar destinada ao Associação Beneficente de Assist. Social Nossa Senhor do Pari**

<b>DOTAÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
<b>81.10.10.302.302634.113.33503900.00.1.500.17999.1</b>	<b>R\$ 100.000,00</b>

#### **3.2 Detalhamento do Objeto:**

O recurso será utilizado para auxiliar no pagamento para custeio Material descrito no quadro II, no prazo de 3 (três) meses, até o limite do valor total da Emenda Parlamentar que soma **R\$ 100.000,00** (Cem mil Reais).



**Associação Beneficente de  
Assistência Social  
Nossa Senhora do  
Pari**

#### Quadro II- Detalhamento

<b>PRODUTO</b>	<b>VALOR UNITÁRIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
OPME- ORTESE PROTESE E MATERIAIS ESPECIAIS	TABELA SUS	R\$ 100.000,00

### 3 META A SER ATINGIDA

Com aquisição destes materiais hospitalares pretendemos manter a capacidade de cirurgias no atendimento ao paciente SUS.

#### 3.3 Definição da Meta

Devido à grande demanda, o material solicitado é produto indispensável para o perfeito atendimento ao paciente internados e de atendimentos ambulatoriais

### 4 – AÇÕES DE CONTROLE E AVALIAÇÃO

Realização de relatório mensal de cirurgias realizadas

### 5 - VIGÊNCIA

A presente Programação deverá ser executada até 25/09/2023, termino do contrato 20.SMS.G2018, tendo como início a data de recebimento do recurso, não podendo ser prorrogado.

São Paulo, 17 de junho de 2023

ANA CECILIA DA SILVA Assinado de forma digital por ANA  
CECILIA DA SILVA  
SANTOS:10002148854 SANTOS:10002148854  
Dados: 2023.07.11 16:52:02 -03'00'

Ana Cecilia da Silva Santos  
Diretora-Presidente