

**CONVÊNIO Nº 085/2025/SMS.G.SERMAP**

**PROCESSO SEI:** 6018.2025/0137117-0 ✓

**CONVENIENTE:** PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO por meio de sua SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE / FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

**CONVENIADA:** ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE SÃO PAULO - INSTITUTO JÔ CLEMENTE

**OBJETO DO CONVÊNIO:** Repasse de recurso financeiro oriundo de **EMENDA PARLAMENTAR FEDERAL**, que irá contemplar o repasse de recurso de ITMAC para as entidades privadas, sem fins lucrativos que mantém Convênios ou Contratos SUS ou parcerias com a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

**DOTAÇÃO:** 84.10.10.302.3026.4.113.3.3.50.39.00.02.1.600.1840.1

**NOTA DE EMPENHO:** Nº 162994/2025. ✓

O **MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**. Por meio de sua **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE / FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**, com sede na rua Dr. Siqueira Campos, nº 172 – 10º andar – Liberdade – CEP: 01509-020 – São Paulo – SP, inscrita no **C.N.P.J.** sob o nº 13.864.377/0001-30, neste ato representado por seu Secretário **LUIZ CARLOS ZAMARCO**, doravante designada simplesmente por **CONVENIENTE** e a **ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE SÃO PAULO - INSTITUTO JÔ CLEMENTE**, entidade civil, sem fins lucrativos com sede na Rua Loefgreen, Nº 2109 – Vila Clementino, CEP: 04040-033 – São Paulo - SP, inscrita no CNPJ sob o nº 60.502.242/0001-05, CNES nº 2091593, com seu Estatuto Social registrado no 4º Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas de Títulos e Documentos, com registro no Conselho Regional de Medicina – CREMESP sob o nº 903747, neste ato, representado por **HAILTON OLIVEIRA MENDES JUNIOR**, adiante, designada como **CONVENIADA** e, considerando que a entidade foi **CONTRATADA** a prestar assistência à saúde de forma complementar ao **SUS** por meio do **CONTRATO Nº 007/SMS/2023**, resolvem celebrar o presente Convênio, consoante ao Despacho Autorizatório, exarado em SEI 148019157, publicado no **DOC/SP de 17/12/2025, página nº 132 e 133**, consubstanciado no presente instrumento cujas cláusulas seguem abaixo:

*homj* 

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O presente ajuste tem por objeto, a concretização do repasse de recurso financeiro oriundo de **EMENDA PARLAMENTAR FEDERAL**, no valor total de **R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais)**, estabelecido por meio da **PORTARIA GM/MS Nº 7.327, DE 26 DE JUNHO DE 2025**, que se refere à aplicação das emendas parlamentares para **INCREMENTO TEMPORÁRIO DA ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (MAC) / AO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE**.

PRESTADOR	CNES	PORTARIA MS	CÓD. EMENDAS	PARLAMENTAR	VALOR (R\$)
APAE - JÔ CLEMENTE	2091593	PORTARIA GM/MS Nº 7.327, DE 26 DE JUNHO DE 2025	15810017	Jefferson Campos	200.000,00

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA UTILIZAÇÃO DO RECURSO**

A **CONVENIADA** utilizará o recurso no valor total de **R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais)** para custeio de insumos para Exames de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho), destinados ao atendimento da população SUS, conforme detalhado no Quadro II do **PROGRAMA DE UTILIZAÇÃO DO RECURSO**.

**Parágrafo Primeiro:** Conforme consta na **Portaria Nº 152/2020-SMS.G**, publicada no **DOC/SP no dia 28/03/2020, página nº 65**, os recursos das Emendas Parlamentares, serão repassados na conta mãe da **CONVENIADA**, e após o recebimento do respectivo valor a **CONVENIADA** providenciará a transferência do recurso para conta específica no Banco do Brasil.

**Parágrafo Segundo:** O recurso deve ser aplicado em aplicações de renda fixa lastreados em títulos do tesouro até a sua aplicação e utilização final.

**Parágrafo Terceiro:** É expressamente proibido o pagamento de pessoal, encargos sociais, gratificações, assessorias, aquisição de equipamentos e/ou material permanente, obras novas, ampliações, reformas de setores administrativos e intermediários, taxas, tarifas bancárias (Negociar com o Banco a Isenção). Na impossibilidade, a **CONVENIADA** deverá ao final de cada mês, depositar na conta com recursos próprios os valores debitados na conta sob a pena de glosa e atualização da mesma, multas, juros, taxas administrativas como: água, luz, telefone, internet, limpeza, segurança, alimentação, e demais despesas correlatas e despesas de atividades meio e/ou intermediárias.

**Parágrafo Quarto:** A utilização do recurso só poderá ser efetuada enquanto vigente esse Convênio e enquanto a **CONVENIADA** estiver atrelada ao SUS Municipal. Finda a vigência o recurso não utilizado deverá ser devolvido à **CONVENIENTE**.

**CLÁUSULA TERCEIRA – PRESTAÇÃO DE CONTAS**

*homj*



**Parágrafo primeiro.** A **CONVENIADA** deverá utilizar a totalidade do recurso repassado de acordo com o **PROGRAMA DE UTILIZAÇÃO DO RECURSO** e Nota de Liquidação do Pagamento, no prazo previsto a partir do recebimento do valor.

**Parágrafo segundo.** A prestação de contas pela **CONVENIADA**, após a utilização do recurso, deverá ser efetuada por meio da apresentação de relatório contendo as informações referentes aos gastos, notas fiscais ou outros documentos comprobatórios, bem como dos valores resultantes da aplicação do recurso em renda fixa, conforme consta na Portaria Nº 152/2020-SMS.G, publicada no DOC/SP no dia 28/03/2020, página nº 65, **ANEXO V – PRESTAÇÃO DE CONTAS.**

**Parágrafo terceiro.** O **PROGRAMA DE UTILIZAÇÃO DO RECURSO** poderá ser reavaliado a qualquer tempo, desde que, devidamente acordado entre as Partes, devendo ser encartado no respectivo processo de Convênio.

**Parágrafo quarto.** O não cumprimento das metas estabelecidas e a execução da utilização do recurso em desacordo com as normas legais estabelecidas ensejará na glosa parcial ou total do recurso e a consequente devolução do mesmo ao Fundo Municipal de Saúde, devidamente atualizado.


**Parágrafo quinto.** A devolução de saldo de recurso e/ou devolução de tarifa e saldo de aplicações financeiras não utilizadas dentro do prazo legal pactuado, ou de valores glosados, deverão ser realizadas na **Conta nº 22.347-6, da Agência 1897-X do Banco do Brasil.**

**Parágrafo sexto.** Após o fim da vigência do respectivo Convênio, a **CONVENIADA** deverá prestar contas no **prazo de 30 dias úteis.**

#### **CLÁUSULA QUARTA - DA REGULAMENTAÇÃO**

**Parágrafo primeiro.** O recurso será aplicado para custeio de insumos para Exames de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho), para a população do Município.

**Parágrafo segundo.** A **PROGRAMAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO RECURSO** foi analisada e aprovada pela Comissão de Trabalho constituída conforme consta na **Portaria 274/2025-SMS/GAB, que altera a redação do art. 4º, da Portaria nº 152/2020**, específica para o assunto, considerando o objetivo de melhorar o atendimento à população incrementando a ampliação do custeio proporcionando a redução de filas de atendimento e/ou aumento da oferta de serviços complementares aos contratos e ajustes existentes, devidamente explicitadas nas metas pactuadas.

*homj* 

**CLÁUSULA QUINTA - 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 SEXTA - DO PREÇO, RECURSO ORÇAMENTÁRIO E DA DOTAÇÃO**

O recurso proveniente da EMENDA PARLAMENTAR, FONTE 02, que perfaz o valor total de **R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais)**, será repassado à **CONVENIADA** em **parcela única**.

**Parágrafo primeiro.** O pagamento do recurso e a prestação de contas serão tratados em processo SEI apartado.

**Parágrafo segundo.** A despesa decorrente deste convênio correrá, no presente exercício a conta da dotação nº 84.10.10.302.3026.4.113.3.3.50.39.00.02.1.600.1840.1.

**Parágrafo terceiro.** Ultrapassado o valor do recurso, o valor excedente correrá por conta da Conveniada.

**CLÁUSULA SÉTIMA - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO**

O prazo de vigência do presente convênio será de **12 (doze) meses e terá por termo inicial a data de recebimento do recurso definida nas NOTA DE LIQUIDAÇÃO DO PAGAMENTO**, conforme constou no **PROGRAMA DE UTILIZAÇÃO DO RECURSO**.

**Parágrafo único.** Por qualquer eventualidade justificada e em comum acordo entre as partes, essa vigência poderá ser prorrogada, por iguais períodos até o limite do **Contrato N° 007/SMS.G/2023**.

**CLÁUSULA OITAVA - DAS ALTERAÇÕES**

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

**CLÁUSULA NONA - 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 DÉCIMA - 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 CONVENIENTE 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, 22 de dezembro de 2.025.



**LUIZ CARLOS ZAMARCO**  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

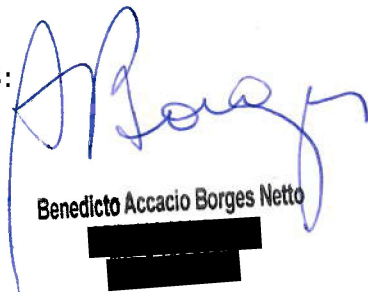


**HAILTON OLIVEIRA  
MENDES  
JUNIOR:** [REDACTED]

Assinado de forma digital por  
HAILTON OLIVEIRA MENDES  
JUNIOR: [REDACTED]  
Dados: 2025.12.22 12:00:42  
-03'00'

**HAILTON OLIVEIRA MENDES JUNIOR**  
**ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE SÃO PAULO -  
INSTITUTO JÔ CLEMENTE**

TESTEMUNHAS:



Benedicto Accacio Borges Netto  
[REDACTED]

## José Cardoso da Rocha Neto

---

**De:** Regina Pessoa <regina.pessoa@ijc.org.br>  
**Enviado em:** terça-feira, 9 de dezembro de 2025 16:29  
**Para:** José Cardoso da Rocha Neto; Leila de Araújo Macedo; Hailton Oliveira; Ana Carolina Santana Rodrigues  
**Cc:** Sandra Feldman Gakas; Leliana Patricio Santos  
**Assunto:** RES: Solicitação SMS/AJ - 1580017  
**Anexos:** NOV25 P 7.327 15810017 Jeff Campos 200k.pdf; Declaração exclusividade - BIOCLIN (1).pdf

Prezados,

Com relação ao questionamento recebido, referente à Emenda Parlamentar Federal n.º **15810017**, esclarecemos que a declaração da BIOCLIN, que seguiu junto ao plano de utilização de recursos, é por exclusividade.

O esclarecimento está apontado no plano de utilização, em “Observações”.

Permanecemos à disposição.

At.te.

**Regina Pessoa**  
**Analista de Projetos**  
**Captação de Recursos**  
11 5080-7180  
[regina.pessoa@ijc.org.br](mailto:regina.pessoa@ijc.org.br)



Acesse



**ijc** INSTITUTO  
Jô Clemente **64**  
anos

Siga nossas redes sociais



---

**De:** José Cardoso da Rocha Neto <jcrocha@PREFEITURA.SP.GOV.BR>

**Enviada em:** terça-feira, 9 de dezembro de 2025 16:12

**Para:** Leila de Araújo Macedo <leila.macedo@ijc.org.br>; Hailton Oliveira <hailton.oliveira@ijc.org.br>; Regina Pessoa <regina.pessoa@ijc.org.br>; Ana Carolina Santana Rodrigues <ana.santana@ijc.org.br>

**Cc:** Sandra Feldman Gakas <sgakas@PREFEITURA.SP.GOV.BR>; Leliana Patricio Santos

<lelianasantos@PREFEITURA.SP.GOV.BR>

**Assunto:** Solicitação SMS/AJ

Prezados(as), boa tarde.

Com a urgência que o caso requer, esclarecer ao questionamento do jurídico desta SMS conforme documento em anexo.

Atenciosamente,

 <p><b>PREFEITURA DE SÃO PAULO</b></p> 	<p><b>JOSÉ CARDOSO DA ROCHA NETO</b> ASSISTENTE ADMINISTRATIVO DE GESTÃO SERMAP/CACAC/EMENDAS PARLAMENTARES</p> <p><b>SECRETARIA DA SAÚDE - SMS</b> jcrocha@prefeitura.sp.gov.br</p> <p>Rua Dr. Siqueira Campos, 172   8º Andar (11) 5465-9564 Liberdade - 01509-020   São Paulo   SP</p> <p><a href="http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude">www.prefeitura.sp.gov.br/saude</a></p>
---	---

**IMPORTANTE** Esta mensagem, incluindo qualquer anexo, é destinada exclusivamente para a(s) pessoa(s) a quem é dirigida, podendo conter informação confidencial e/ou legalmente protegida. Se você não for o destinatário desta mensagem, por favor, não divulgue, copie, distribua, examine ou, de qualquer forma, utilize a informação aqui contida, por ser ilegal. Caso você tenha recebido esta mensagem por engano, pedimos que nos retorne este e-mail, e elimine seu conteúdo em sua base de dados, registros ou sistema de controle. This message, including any attachment, is intended exclusively for the person(s) to whom it is addressed, and may contain confidential and / or legally protected information. If you are not the recipient of this message, please do not disclose, copy, distribute, examine or, in any way, use the information contained herein, as it is illegal. If you have received this message in error, we ask that you return this email to us and delete your content in your database, records or control system.

## PROGRAMAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE RECURSO EMENDA FEDERAL

### 1 - IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

- NOME: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Paulo
- CNPJ: 60.502.242/0001-05
- ENDEREÇO: Rua Loefgren, 2109 – Vila Clementino – São Paulo/SP
- CEP: 04040-030
- CNES: 2091593

### 2 - REPRESENTANTE LEGAL:

- NOME: Hailton Oliveira Mendes Júnior
- CARGO QUE OCUPA: Gerente Administrativo Financeiro
- CPF: --
- R.G.: --

### 3 – OBJETO

#### 3.1 Definição do objeto:

Utilização do recurso financeiro advindo de **Emenda Parlamentar Federal n.º 15810017** apoio à manutenção de unidades de saúde, destinada à Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Paulo para **custeio de insumos** para Exames de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) até o limite do valor total da referida Emenda Parlamentar, que perfaz o montante de **R\$ 200.000,00** (duzentos mil reais), conforme Quadro I.

- Programa – Incremento ao custeio de serviços da atenção especializada à Saúde
- Ações e Serviços – Média Complexidade – Procedimentos com finalidade diagnóstica
- Justificativa – Realização do teste do pezinho – O recurso será destinado à aquisição de kits laboratoriais, fundamentais para a manutenção das atividades de triagem e para a detecção precoce de doenças que podem comprometer o desenvolvimento saudável dos recém-nascidos.

### Quadro I – Emenda Parlamentar destinada

Portaria MS	Código da Emenda	Valor (R\$)
GM/MS Nº 7.327, DE 26 DE JUNHO DE 2025	15810017	<b>200.000,00</b>

### 3.2 Detalhamento do Objeto:

O recurso será utilizado para **custeio de insumos** para Exames de Triagem Neonatal/Teste do Pezinho que identificam seis doenças, voltados aos usuários do SUS e que quanto mais cedo forem identificadas, melhores são as chances de tratamento. A doenças é a Toxoplasmose Congênita, detalhada no Quadro II, no prazo de 12 (doze) meses, até o limite do valor total da Emenda Parlamentar que soma **200.000,00** (duzentos mil reais).

### Quadro II – Detalhamento AQUISIÇÃO DE INSUMOS

Descrição	Quantitativo	Valor Unitário	Valor Total da programação
Biolisa Toxoplasmose Igm (480 testes)- Bioclin/Quibasa	120	R\$ 1.680,00	R\$ 201.600,00
<b>TOTAL DA PROGRAMAÇÃO</b>	<b>120</b>		<b>R\$ 201.600,00</b>

Origem	Valor
Emenda	R\$ 200.000,00
O valor excedente ao recurso da emenda parlamentar ficará a cargo da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Paulo.	R\$ 1.600,00
<b>Total</b>	<b>R\$ 201.600,00</b>

#### Observações:

1. Mudanças na cotação da moeda estrangeira e questões aduaneiras exercem impacto direto no valor final dos insumos.
2. Esclarecemos que a declaração da BIOCLIN, que segue, junto a este plano de utilização de recursos, é por exclusividade.

## **4 META A SER ATINGIDA**

### **4.1 Definição da Meta**

**Meta A** – Aquisição de 120 kits Biolisa Toxoplasmose Igm (480 testes)- Bioclin/Quibasa, insumos laboratoriais que realizarão 57.600 exames e identificarão a doença Toxoplasmose Congênita para recém-nascidos do SUS.

## **5 AÇÕES DE CONTROLE E AVALIAÇÃO**

A avaliação do desempenho será medida pelo relatório de aquisição dos insumos e relatório de realização dos exames dessas doenças da Triagem Neonatal/Teste do Pezinho.

## **6 VIGÊNCIA**

A presente programação terá a vigência de 12 meses a partir do recebimento do recurso.

**São Paulo, 24 de novembro de 2025.**



**Hailton Oliveira Mendes Junior**  
**Gerente Administrativo Financeiro**



**Á ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE SÃO PAULO**  
**INSTITUTO JO CLEMENTE**  
**CNPJ: 60.502.242/0001-05**

## **DECLARAÇÃO**

A empresa QUIBASA QUÍMICA BÁSICA LTDA , com sede no endereço da Rua TELES DE MENEZES, nº 92, bairro Santa Branca, da cidade de Belo Horizonte, do Estado de Minas Gerais CEP 31565-130, Telefone 31 34395454, e-mail: licitacao@bioclin.com.br , inscrito no CNPJ sob o n.º 19.400.787/0001-07, Inscrição Estadual nº 062.205992.00-69, por intermédio de sua Procuradora, Sra. Michelly Lino Ickert e devidamente inscrito no CPF nº [REDACTED] Portadora da Carteira de Identidade nº [REDACTED] expedida pelo SSP/MG, DECLARA para os devidos fins que é fabricante , distribuidora a detentora dos registros dos kits abaixo:

- BIOLISA TOXOPLASMOSE IgM DBS - 96 TESTES OU 480 TESTES // Marca Bioclin // Fabricante: Quibasa Química Básica LTDA // Finalidade: Determinação de Anticorpos da classe IgM Anti-T. gondii em amostras de sangue seco coletadas em papel filtro (DBS) // Método: Imunoenzimático captura (ELISA)// Armazenagem: 2 a 8 °C // RMS: 10269360387

Belo Horizonte 09 de outubro de 2025.

**MICHELLY LINO** Assinado de forma digital  
por MICHELLY LINO  
**ICKERT: [REDACTED]** ICKERT: [REDACTED]  
[REDACTED] Dados: 2025.10.09  
14:56:39 -03'00'

**MICHELLY LINO ICKER – PROCURADORA**

**CPF: [REDACTED]**

