

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE****TERMO ADITIVO Nº 01/2025** ao **CONTRATO Nº 21/2024/SMS.G/SERMAP/CACAC**

PROCESSO SEI Nº: 6018.2024/0104818-0 ✓

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

CONTRATADA: **DAVITA SERVIÇOS DE NEFROLOGIA JARDIM DAS IMBUIAS 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 as Portaria GM/MS nº 6.807/2025, GM/MS nº 6.893/2025 e Portaria GM/MS nº 7.000, de 27 de maio de 2025

DOTAÇÃO: 84.10.10.302.3026.4.113.3350.3900.02.2.605.1481.1 ✓

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 JARDIM DAS IMBUIAS LTDA**, com sede e foro na Av. Atlântica nº 5.071, Interlagos, CEP 04.772.005, inscrita no CNPJ sob o nº 97.479.646/0004-88, CNES: 6207693, com seu Contrato Social registrada na Secretaria de Desenvolvimento Econômico – NIRE JUCESP sob o nº 35905734814, com registro no Conselho Regional de Medicina – CREMESP sob o nº 985543, neste ato representado por seus procuradores **FERNANDA CERQUEIRA OURIQUES**, portadora da cédula de identidade nº 13.048.536-0-DETRAN/RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 108.804.167-18 e **DANIEL ESTRELA GOMES**, portador da cédula de identidade nº 152.243 OAB/RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 092.687.507-83, adiante, adiante, designada como **CONTRATADA**, encontrar-se dentro da hipótese prevista no art. 79, 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 24/06/2025, consubstanciado no presente instrumento cujas cláusulas seguem abaixo

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 Portaria GM/MS Nº 6.807, de 27 de março de 2025, Portaria GM/MS nº 6.893, de 24 de abril de 2025 e Portaria GM/MS nº 7.000, de 27 de maio de 2025.





SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

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 6.807/25, GM/MS nº 6.893/25 e Portaria GM/MS nº 7.000/25, que perfaz o valor de **R\$ 142.399,02** (cento e quarenta e dois mil, trezentos e noventa e nove reais e dois centavos), conforme quadro abaixo.

DAVITA SERVIÇOS DE NEFROLOGIA JARDIM DAS IMBUÍAS LTDA – CNES 6207693	
Portaria GM/MS nº 6.807/2025 -março/25	R\$ 46.522,91
Portaria GM/MS nº 6.893/2025- abril/25	R\$ 46.960,34
Portaria GM/MS nº 7.000/2025-maio/25	R\$ 48.915,77
TOTAL	R\$ 142.399,02

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.

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.





SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

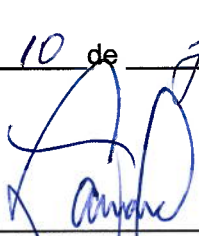
O presente contrato será publicado, por extrato, no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

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, 10 de Julho de 2025.


LUIZ CARLOS ZAMARCO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

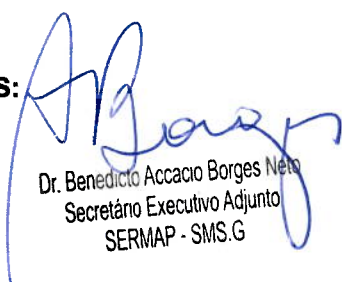
DocuSigned by
 Fernanda Cerqueira Ouriques
 Signed By: FERNANDA CERQUEIRA OURIQUES TOBIM15/15
 CPF: 000000000
 Signed Date: 26/06/2025 15:53:18 BRT
 ID: ICP-Brasil: CN: Certificado Digital PF A3
 C: BR
 Email: AC: Siga@brasil.gov.br

FERNANDA CERQUEIRA OURIQUES
DAVITA SERVICOS DE NEFROLOGIA JARDIM DAS IMBUIAS LTDA

DocuSigned by
 Daniel Estrela Gomes
 Assinado por: DANIEL ESTRELA GOMES D054780761
 CPF: 000000000
 Signed Date: 26/06/2025 14:03:24 BRT
 ID: ICP-Brasil: CN: Presidente
 C: BR
 Email: AC: Siga@brasil.gov.br

DANIEL ESTRELA GOMES
DAVITA SERVICOS DE NEFROLOGIA JARDIM DAS IMBUIAS LTDA

TESTEMUNHAS:


Dr. Benedicto Accacio Borges Neto
Secretário Executivo Adjunto
SERMAP - SMS.G





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): 00/0000

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: CNPJ: CNES:

Endereço Completo: Nº da Ordem Bancária (OB): Data do Crédito Bancário: 00/00/0000
Valor Repassado: R\$

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
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(eis) 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

